



Deliberazione 2131

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 15 NOV. 2017

Oggetto: Approvazione Programma Sanitario 2018.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 15 NOV. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale Dott.ssa Graziella Pintus
coadiuvato da
Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario Dott. Vinicio Atzeni

- VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 e smi;
- VISTE** le Leggi Regionali n. 10 del 28/07/2006, n. 23 del 17/11/2014 e n. 17 del 27/07/2016;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 118 del 23/06/2011 e smi, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009 n. 42";
- VISTA** la DGR n. 50/19 del 11/12/2007, avente ad oggetto "Direttive di programmazione e rendicontazione per le Aziende Sanitarie";
- VISTA** la DGR n. 34/23 del 07/07/2015, avente ad oggetto "Indirizzi in merito all'applicazione alla Azienda Sanitarie del titolo II del D.Lgs 23/06/2011 n. 118";
- VISTA** la nota prot. 22287 del 07/09/2017 dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, avente ad oggetto "Assegnazione teorica delle risorse per il finanziamento indistinto alle Aziende sanitarie e ospedaliere per l'anno 2018";
- VISTA** la DGR n. 39/5 del 09/08/2017, avente ad oggetto "Aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali della Aziende sanitarie, in coerenza con la programmazione regionale. LR n. 10/2006, art 16, comma1, lettera a)";
- CONSIDERATO** che, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13 e 18 della L.R. n. 10/2006, entro il 15 novembre di ogni anno, deve essere adottato il programma sanitario annuale e triennale;
- DATO ATTO** che, con la nota prot. n. 24196 del 27/10/2017, si è provveduto a trasmettere i "Documenti di programmazione 2018/2020" alla Conferenza permanente Regione – Enti locali, ai sensi delle disposizioni dell'art. 18, comma 3, e dell'art. 13, comma 3, della L.R. n. 10/2006;
- RITENUTO** di dover approvare il Programma sanitario 2018, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- CON** il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

Per i motivi indicati in premessa:

- di approvare il Programma sanitario 2018, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;



AO Brotzu

- di trasmettere copia della presente deliberazione all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna.

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Laura Balata

Il Direttore Sanitario

Dott. Vinicio Atzeni

Il Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus



**PROGRAMMA SANITARIO
2018**

Sommario

Parte I.....	3
a) <i>Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni</i>	3
Informazioni su elementi identificativi e caratterizzanti dell'Azienda	3
Informazioni sanitarie ed epidemiologiche	5
b) <i>L'offerta dei servizi e i programmi di intervento</i>	9
Parte II.....	17
a) <i>Gli obiettivi programmatici e i progetti</i>	17
b) <i>L'organizzazione aziendale</i>	23
Sviluppo dell'organico nell'anno 2018	32
Parte III.....	34
Programma annuale delle opere pubbliche 2018	34
Programma acquisto immobilizzazioni esercizio 2018	37
Parte IV	38
La programmazione economica e finanziaria	38
a) <i>Conto economico preventivo 2018, redatto secondo il nuovo schema di conto economico previsto dall'art. 26 del Decreto legislativo 118/2011 e ss.mm.ii. (importi €/mgl)</i>	38
b) <i>Piano dei flussi di cassa prospettici ai sensi del D.Lgs. 118/2011 (importi €/mgl)</i>	40
c) <i>Nota illustrativa al bilancio preventivo economico anno 2018</i>	42
d) <i>Relazione del Direttore Generale</i>	48
e) <i>Piano del fabbisogno del personale</i>	52



PROGRAMMA SANITARIO ANNUALE 2018

Il presente documento è redatto secondo quanto previsto dalla DGR n. 34/23 del 7.7.2015, avente ad oggetto: "Indirizzi in merito all'applicazione alle aziende sanitarie del Titolo II D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 concernente "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42". Legge regionale 9 marzo 2015, n. 5, art. 29, comma 2".

Il programma sanitario espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le formule organizzative e gestionali funzionali al perseguimento degli obiettivi sanitari e socio-sanitari desunti dagli atti e documenti di programmazione regionale, riferiti al contesto di competenza dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" (AOB) e per un arco di tempo di un anno successivo all'esercizio nel quale è redatto.

Articolazione del documento

Il documento è articolato in quattro parti.

- La prima parte analizza il contesto di riferimento dell'Azienda Ospedaliera, l'analisi dei bisogni degli utenti, la capacità produttiva dell'offerta di prestazioni e servizi.
- La seconda parte analizza gli obiettivi programmatici e i progetti che l'Azienda intende conseguire nell'anno 2018 in funzione degli atti e documenti programmatori di politica regionale e la presentazione dei valori obiettivo.
- La terza parte contiene il programma annuale delle opere pubbliche.
- La quarta parte riguarda la programmazione economico finanziaria ed è così articolata:
 - a) conto economico preventivo annuale, redatto secondo il nuovo schema di conto economico previsto dall'art. 26 del Decreto legislativo 118/2011 e ss.mm.ii.;
 - b) piano dei flussi di cassa prospettici redatto secondo il nuovo schema di rendiconto finanziario previsto dall'art. 26 del Decreto legislativo 118/2011 e ss.mm.ii.;
 - c) nota illustrativa esplicativa dei criteri di redazione del bilancio preventivo economico 2018.
 - d) relazione del Direttore Generale, nella quale vengono in particolare evidenziati i collegamenti con gli atti di programmazione aziendale e regionale;



Parte I

a) Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni

Informazioni su elementi identificativi e caratterizzanti dell'Azienda

L'azienda ospedaliera "G. Brotzu" (di seguito AOB), è costituita nella sua attuale configurazione, secondo quanto disposto dalla Legge Regionale n. 23 del 17/11/2014, che ha previsto l'incorporazione nella stessa che constava del solo istituto ospedaliero "San Michele", degli istituti ospedalieri "Armando Businco" e "Antonio Cao".

L'accorpamento degli istituti ospedalieri Oncologico Businco e Pediatrico Microcitemico Cao al nucleo originario costituito dall'istituto ospedaliero San Michele ha acquisito piena efficacia giuridica a decorrere dal 01/07/2015. Il processo di accorpamento è proseguito con l'ulteriore trasferimento dell'unità operativa di Chirurgia Pediatrica, dal Presidio Ospedaliero SS. Trinità dell'ex A.S.L. n. 8 di Cagliari, avvenuto il 14/11/2016. A decorrere dal 01/10/2017, sono transitate presso l'AOB le unità operative di Neurochirurgia, dal P.O. Marino, e di Oftalmologia, dal P.O. Binaghi. Per il 1 gennaio prossimo, è programmato il trasferimento delle unità operative di Medicina nucleare, dal P.O. SS.Trinità e dell'Ematologia CTMO, dal P.O. Binaghi dell'ASSL Cagliari. Al riguardo, vi è da precisare che l'acquisizione delle unità operative di Neurochirurgia, Oftalmologia, Medicina nucleare e Ematologia-CTMO non comporta un incremento di strutture complesse in quanto le medesime si andranno ad integrare in una unica struttura con quelle già presenti nell'AOB.

L'assetto organizzativo generale è definito nell'Atto Aziendale, approvato con deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la DGR n. 47/25 del 10/10/2017, di cui si è preso atto con deliberazione n. 1961 del 16/10/2017.

L'AOB ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale. Eroga assistenza sanitaria polispecialistica, nell'ambito dell'emergenza-urgenza in qualità di DEA di II° livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, pediatriche e rare. Costituisce HUB di riferimento regionale per le reti di cura oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare, e HUB di riferimento per il Sud Sardegna per le altre reti di patologia individuate dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 6/15 del 02/02/2016 (Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna). L'azienda ospedaliera "G. Brotzu", inoltre, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'08/04/1993, è riconosciuta come di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione, con particolare riferimento alla chirurgia dei trapianti.

L'attività dell'AOB è rivolta ad un bacino d'utenza teorico di 600.000 abitanti e si sviluppa in prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario (in area medica e in area chirurgica), in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital, nonché in prestazioni ambulatoriali e di day service.

L'AOB promuove l'innovazione terapeutica e tecnologica, lo sviluppo di attività di ricerca e la formazione del personale nell'ottica della centralità del paziente-utente e svolge le proprie funzioni assistenziali in modo unitario e inscindibile nell'ambito del servizio sanitario al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute dei cittadini.



L'AOB riconosce la centralità dei bisogni sanitari del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, che si esprime sia a livello individuale che collettivo. La partecipazione degli utenti alle fasi di programmazione delle attività, all'erogazione e alla valutazione della qualità dei servizi offerti e alla tutela dei diritti degli stessi trova i suoi strumenti nella Carta dei Servizi, nell'Ufficio relazioni con il Pubblico (URP), il sito internet ufficiale nelle sezioni "Diamo voce agli utenti" e "Amministrazione trasparente", nell'organizzazione di audit tematici, eventi e altri incontri aperti e nelle relazioni strutturate con associazioni o singoli utenti.

L'AOB promuove la qualità sia dell'attività assistenziale, sia dell'attività amministrativa.

La qualità dell'attività assistenziale è perseguita attraverso azioni volte a promuovere:

- percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata basata sui bisogni complessivi dei destinatari tramite il lavoro d'equipe e un'organizzazione sinergica tra unità operative coinvolte;
- assicurare agli utenti, la conoscenza dell'offerta assistenziale e la possibilità di usufruire, in maniera appropriata, dei servizi dei quali necessitano, nel tempo e nel luogo più opportuno, entro i limiti delle risorse disponibili;
- offrire prestazioni in condizioni di tutela del rischio legato a possibili fattori ambientali relativamente agli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi, sia per gli utenti che per gli operatori;
- garantire la tracciabilità delle attività assistenziali erogate attraverso una corretta gestione della documentazione sanitaria e la trasparenza dei processi decisionali clinici, nel rispetto e nella tutela del trattamento dei dati riguardanti lo stato di salute dell'assistito.

La qualità dell'attività amministrativa è perseguita attraverso l'adozione di procedure basate sui principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità che garantiscano la correttezza e l'incisività dell'azione amministrativa e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini.

L'AOB, attraverso una specifica attività di integrazione programmata con le articolazioni operative delle aziende sanitarie regionali, si impegna nella realizzazione di specifici percorsi assistenziali nell'ambito della gestione integrata dei pazienti nei percorsi ospedale-territorio. E' considerata prioritaria la funzione-obiettivo della continuità trasversale dei percorsi di cura, intesa come presa in carico globale dell'assistito con integrazione di tutti i momenti del percorso tra i vari attori dei servizi assistenziali.



Informazioni sanitarie ed epidemiologiche

Con un report Istat del 4 maggio 2017 (fonte <http://www.istat.it>), per la prima volta, vengono presentati i dati di mortalità per causa con riferimento alla serie storica completa per gli anni 2003-2014, classificati secondo la Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie - ICD-10 (OMS 1992). In tale report sono forniti gli andamenti temporali dei tassi di mortalità delle prime 25 cause di morte nell'anno 2014, per l'Italia nel complesso e per area geografica di residenza.

L'ordinamento delle cause di morte rilevanti dal punto di vista epidemiologico e sociale, basato sul conteggio della loro frequenza, consente di quantificare il fenomeno in una data popolazione, di monitorare e valutare lo stato di salute nonché di identificare gruppi di individui deceduti per specifiche malattie o lesioni esterne. Le informazioni ottenute consentono di ragionare in termini di priorità sulle problematiche di maggiore impatto in materia di salute pubblica e per la pianificazione di politiche di prevenzione.

Nella tabella seguente sono riportate le prime 25 cause di morte in Italia che spiegano circa il 75% del totale dei decessi con riferimento agli anni 2003 e 2014

PRIME 25 CAUSE DI MORTE (ordinamento secondo il numero dei decessi del 2014)	ANNO 2003		ANNO 2014	
	RANGO	% SU TOTALE DECESSI	RANGO	% SU TOTALE DECESSI
Malattie ischemiche del cuore	1	13,9	1	11,6
Malattie cerebrovascolari	2	11,7	2	9,6
Altre malattie del cuore	3	8,7	3	8,3
Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	4	5,5	4	5,6
Malattie ipertensive	6	3,8	5	5,1
Demenza e Malattia di Alzheimer	9	2,5	6	4,4
Malattie croniche basse vie respiratorie	5	4,0	7	3,4
Diabete mellito	7	3,4	8	3,4
Tumori maligni di colon, retto e ano	8	2,9	9	3,1
Tumori maligni del seno	10	2,0	10	2,1
Tumori maligni del pancreas	15	1,5	11	1,9
Malattie del rene e dell'uretere	17	1,4	12	1,7
Tumori maligni del fegato	12	1,7	13	1,7
Tumori maligni dello stomaco	11	1,9	14	1,6
Influenza e Polmonite	14	1,5	15	1,6
Tumori non maligni	16	1,4	16	1,4
Setticemia	31	0,4	17	1,3
Tumori maligni della prostata	18	1,3	18	1,2
Leucemia	20	0,9	19	1,0
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	13	1,7	20	1,0
Tumori maligni della vescica	21	0,9	21	0,9
Morbo di Hodgkin e Linfomi	22	0,8	22	0,9
Morbo di Parkinson	24	0,6	23	0,9
Tumori maligni del cervello e del SNC	25	0,5	24	0,7
Suicidio e autolesione intenzionale	23	0,7	25	0,7

Nel 2014, tranne qualche eccezione, le prime 25 cause di morte sono le stesse del 2003. Le malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari e le altre malattie del cuore si confermano nelle prime tre posizioni.

Salgono invece di una posizione, dal sesto al quinto posto, le malattie ipertensive che vedono aumentare il proprio peso sul totale dei decessi. Anche alcuni tumori maligni sono tra le prime dieci cause di morte, in



particolare i tumori di trachea, bronchi e polmoni (quarta posizione), del colon, retto e ano (nono posto) e del seno (decimo posto). Le altre sedi tumorali più frequenti nel 2014, benché in posizioni più basse della graduatoria e presenti in una percentuale inferiore al 2% del totale dei decessi, sono il pancreas, che sale di ben quattro posizioni fino all'undicesima, il fegato che invece scende di una fino alla tredicesima posizione, lo stomaco che passa dall'undicesima alla quattordicesima posizione, la prostata e la vescica, stabili rispettivamente al diciottesimo e ventunesimo posto, infine il cervello e il sistema nervoso centrale in ventiquattresima posizione.

In aumento, demenza e malattia di Alzheimer. Questo incremento riflette il profondo cambiamento della struttura per età della popolazione italiana che in 11 anni è ulteriormente invecchiata ed è sempre più afflitta da patologie degenerative tipiche delle età anziane.

Nel gruppo delle prime dieci cause di morte ci sono infine le malattie croniche delle basse vie respiratorie che, rispetto al 2003, scendono di due posizioni fino alla settima e il diabete mellito, che scende dalla settima all'ottava posizione; entrambe le cause rappresentano il 3,4% del totale dei decessi del 2014.

Dopo la decima posizione, particolarmente rilevante è il ruolo della setticemia che nel 2014 causa il triplo dei decessi rispetto al 2003, passando dal trentunesimo al diciassettesimo posto. La sepsi è spesso associata ad un quadro morboso caratterizzato da patologie croniche il cui peso aumenta soprattutto per effetto del processo di invecchiamento della popolazione. L'incremento della mortalità per sepsi potrebbe pertanto essere legato sia alla maggiore presenza di anziani multicronici nella popolazione sia, come evidenziato da altri studi, alla crescente importanza attribuita a questa causa dai medici certificatori.

Tra le restanti cause - che occupano i primi 25 posti della graduatoria del 2014 - ci sono le malattie del rene e dell'uretere (dodicesima posizione), influenza e polmonite (quindicesima posizione), tumori non maligni (sedicesimo posto), la leucemia (diciannovesima posizione) e la cirrosi, fibrosi ed epatite cronica che fanno registrare la maggiore riduzione negli 11 anni considerati, passando dalla tredicesima alla ventesima posizione. Nelle ultime posizioni a partire dalla ventiduesima, pressoché stabili, ci sono il morbo di Hodgkin e linfomi, il morbo di Parkinson e il suicidio.

Analizzando i trend temporali dei tassi delle principali cause di morte dal 2003 al 2014, si rileva, nella maggior parte dei casi, una diminuzione, ma con alcune eccezioni. La demenza e malattia di Alzheimer hanno un andamento crescente fino al 2012, mentre negli ultimi due anni in esame appare una lieve riduzione. La setticemia invece è in aumento in modo quasi costante fino al 2014, con un balzo più rapido nel 2011 e nel 2012. Anche il morbo di Parkinson ha fatto registrare alcuni incrementi nell'arco del periodo di osservazione. Il gruppo dei disturbi metabolici aumenta dal 2003 tra il 2% e il 7% ogni anno fino al 2012 per poi assestarsi negli ultimi due anni. Quasi tutti i tumori principali hanno un andamento in diminuzione, sebbene con velocità diverse nel tempo. Si distinguono i tumori maligni del pancreas e quelli del cervello e del sistema nervoso centrale che invece hanno un trend in crescita. Tra le altre patologie ad avere il trend in costante declino nel tempo ci sono il diabete mellito, la cirrosi, fibrosi ed epatite cronica e gli incidenti di trasporto. Più altalenante è invece l'andamento del tasso di suicidio e autolesione intenzionale che tuttavia dal 2012 risulta in lieve diminuzione.

Per le donne il tumore del seno, pur restando la principale causa di morte tra i tumori, ha un andamento complessivamente decrescente nel tempo. Pressoché costante invece il trend per i tumori di ovaio, cervice uterina e altre parti non specificate dell'utero. Per gli uomini, i tumori maligni della prostata sono in costante diminuzione. Osservando l'andamento del tasso di mortalità dei tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni



mostrato distintamente per i due generi, si rileva che la mortalità ha un andamento differente: per gli uomini ha un andamento decrescente, mentre per le donne il trend è in costante aumento.

Analizzando gli andamenti temporali dei tassi di mortalità per le 10 principali cause di decesso per ripartizione geografica di residenza risulta che le malattie ischemiche del cuore registrano una riduzione generalizzata della mortalità in tutte le aree del Paese. Tuttavia è nel Sud che si osservano decrementi inferiori del tasso: ciò fa sì che negli anni più recenti il livello di mortalità per cardiopatia ischemica nel Sud sia sensibilmente più elevato che nelle altre aree del Paese, rispetto alla situazione del 2003 che vedeva in posizione più sfavorevole il Centro Italia.

Per le malattie cerebrovascolari e le altre malattie del cuore, la diminuzione nel tempo dei tassi si associa ad una convergenza dei livelli di mortalità nelle diverse aree geografiche, con una conseguente riduzione del gap di mortalità tra Sud-Isole (livelli superiori alla media nazionale) e Centro-Nord (livelli in linea o inferiori alla media nazionale).

Anche nel caso dei tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni si evidenzia una graduale convergenza dei tassi delle diverse ripartizioni verso valori inferiori rispetto al passato, determinata in larga parte dalla riduzione osservata nelle aree del Nord e del Centro, storicamente caratterizzate da livelli di mortalità più elevati rispetto al Sud e alle Isole.

La mortalità per malattie ipertensive, dopo una fase di crescita, dal 2012 risulta in diminuzione in tutte le aree del Paese. Permangono in tutto il periodo di studio, marcate differenze geografiche nei livelli di mortalità, con valori sensibilmente superiori nel Sud e nelle Isole rispetto a quelli osservati nelle altre aree.

Per demenze e malattia di Alzheimer, si osserva una sostanziale invarianza nel tempo delle differenze tra aree geografiche, con valori dei tassi più elevati nel Nord e nelle Isole rispetto al Centro e al Sud.

I tassi di mortalità per malattie croniche delle basse vie respiratorie presentano un andamento temporale decrescente in tutte le aree del Paese, che si associa ad una progressiva riduzione della variabilità geografica, caratterizzata da un avvicinamento dei valori (più elevati) nel Sud e nelle Isole verso quelli delle restanti aree.

Anche nel caso del diabete mellito si assiste ad una riduzione dei tassi generalizzata in tutte le aree geografiche. Tuttavia la variabilità geografica nei livelli di mortalità non subisce variazioni nel periodo considerato: i tassi nel Sud e nelle Isole si mantengono sensibilmente superiori (valori pari a quasi il doppio) rispetto a quelli del Centro e del Nord.

L'andamento temporale della mortalità per i tumori maligni di colon, retto ed ano è caratterizzato da un'importante riduzione dei tassi nelle aree del Centro e del Nord del Paese, i cui valori convergono verso i livelli più bassi del Sud, dove i tassi rimangono stabili nel periodo di osservazione. La mortalità appare invece in crescita nelle Isole, dove dal 2010 si osservano i tassi più elevati nel Paese.

I tassi di mortalità dei tumori maligni del pancreas risultano in lieve crescita durante il periodo considerato, senza variazioni di rilievo nel gradiente geografico della mortalità: livelli più elevati permangono nel Nord, quelli intermedi (in linea con il dato nazionale) nel Centro, quelli più bassi nel Sud e nelle Isole.

Tra le donne, la mortalità per tumore maligno del seno decresce nelle aree del Centro-Nord, mentre risulta sostanzialmente stabile nel Sud e nelle Isole. La diminuzione dei tassi è particolarmente marcata nel Nord-Ovest, dove tradizionalmente si osservano i livelli di mortalità più elevati.

Tra gli uomini, una rilevante diminuzione della mortalità per tumore maligno della prostata è osservabile in tutte le aree del Paese. A tale riduzione si accompagna tuttavia nel corso del tempo un aumento della

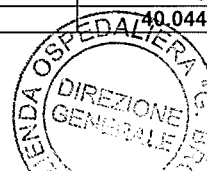


variabilità geografica nei livelli di mortalità: molto simili per tutte le aree all'inizio del periodo di osservazione; caratterizzati da una mortalità più elevata nel Sud e nelle Isole rispetto alle altre aree, negli anni più recenti. Come nel 2003, anche nel 2014 le due più frequenti cause di decesso nel primo anno di vita sono rappresentate dalle malformazioni congenite e dalla sofferenza respiratoria del neonato. Per le infezioni specifiche del periodo perinatale si osserva un notevole aumento della rilevanza sul totale dei decessi (dal 3,1% al 6,6%). Anche i disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale mostrano un aumento del peso sul totale dei decessi (dal 1,2% al 3,5%). L'ipossia e asfissia intrauterina o della nascita, pur rimanendo la quarta causa per numero di decessi nel 2014, presenta una frequenza dimezzata rispetto al 2003 e un peso minore sul totale dei decessi (dal 7,4% al 5%).

Secondo l'ultimo rapporto dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) – Associazione Italiana Registro Tumori (Airtum), nel 2016 sono state stimate complessivamente 365.000 nuove diagnosi di tumore: la più frequente è quella del colon-retto (52.000), seguita da seno (50.000), polmone (40.000), prostata (35.000) e vescica (26.000). In particolare l'incidenza generale dei tumori tra la popolazione femminile risulta in aumento. Nel 2016, sono stati stimati 50 mila nuovi casi di tumore al seno, che rimane il tumore più frequente nelle donne, risulta in aumento anche l'incidenza dei tumori al polmone, corpo dell'utero, linfomi di Hodgking e melanoma. Negli uomini si osserva invece il fenomeno opposto: l'incidenza generale dei tumori si riduce in maniera significativa (- 2,5%), oltre ai tumori del polmone e della prostata, per la prima volta si assiste anche ad un calo dei tumori colon retтали, dello stomaco e del fegato, grazie anche all'impatto positivo dei programmi di screening. In Italia la sopravvivenza dei pazienti oncologici a cinque anni è superiore rispetto alla media europea, e mediamente pari al 68%, in particolare le due neoplasie più frequenti per genere, prostata e seno, hanno una sopravvivenza a 5 anni che si avvicina al 90%.

Nella tabella successiva si esprime in ordine decrescente la numerosità di casi di ricovero dell'AOB relativi all'anno 2016 stratificati per MDC

Codice MDC	Descrizione MDC	Totale casi anno 2016	Incidenza % casi
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	4.757	11,879%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	4.206	10,503%
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	3.987	9,957%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	2.523	6,301%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2.421	6,046%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.334	5,829%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.166	5,409%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	1.881	4,697%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.874	4,680%
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.727	4,313%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.572	3,926%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.496	3,736%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sist. Immunitario	1.432	3,576%
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.350	3,371%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del connettivo	1.340	3,346%
19	Malattie e disturbi mentali	1.222	3,052%
18	Malattie infettive e parassitarie	927	2,315%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	920	2,297%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	913	2,280%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	301	0,752%
21	Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci	291	0,727%
00	Pre MDC	264	0,659%
24	Traumatismi multipli rilevanti	90	0,225%
22	Ustioni	23	0,057%
20	Abuso di alcol, droghe e disturbi mentali indotti	21	0,052%
25	Infezioni da HIV	6	0,015%
Totale		40.044	



b) L'offerta dei servizi e i programmi di intervento

Con D.P.C.M. 8/4/1993 all'A.O.B. sono state assegnate funzioni di Ospedale di Alta Specializzazione e di Rilievo Nazionale, con particolare riferimento alla chirurgia dei trapianti.

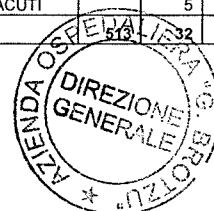
Per lo svolgimento di tale ruolo l'A.O.B. attiva livelli di responsabilizzazione diffusa, intesa come ricorso a forme organizzative basate sui principi della responsabilità e della fiducia assegnata al personale, attraverso i presupposti dell'affidabilità, del coinvolgimento ai vari livelli e del "farsi carico" del proprio lavoro, e di flessibilità operativa come orientamento strategico che consente di affrontare il cambiamento, la variabilità e l'incertezza di un ambiente in costante evoluzione sia interna che esterna.

L'A.O.B. eroga assistenza sanitaria polispecialistica, anche di rilievo nazionale e internazionale, nell'ambito dell'emergenza-urgenza in qualità di DEA di II° livello e polo di riferimento regionale, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, delle patologie pediatriche, delle patologie rare e talassemie e della terapia del dolore.

In attesa dei documenti di attuazione della rete ospedaliera recentemente approvata, la dotazione dei posti letto, nell'anno 2017, per acuti e post acuti complessiva è stata di 828, suddivisi in 697 per ricoveri in regime ordinario, 105 per ricoveri in regime di day hospital e 26 per ricoveri in regime di day surgery.

Le tabelle di seguito riportate mostrano la situazione dei posti letto per istituto ospedaliero e per disciplina:

DESCR. STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
SAN MICHELE	CARDIOCHIRURGIA	ACUTI	24			24
SAN MICHELE	CARDIOLOGIA	ACUTI	41	1	1	43
SAN MICHELE	CHIRURGIA GENERALE e dei TRAPIANTI di FEGATO e PANCREAS	ACUTI	23	1	2	26
SAN MICHELE	CHIRURGIA d'URGENZA	ACUTI	24		1	25
SAN MICHELE	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	ACUTI	1	1	2	4
SAN MICHELE	CHIRURGIA PEDIATRICA	ACUTI	10		2	12
SAN MICHELE	CHIRURGIA PLASTICA	ACUTI	3		1	4
SAN MICHELE	CHIRURGIA TORACO VASCOLARE	ACUTI	22		1	23
SAN MICHELE	MEDICINA II	ACUTI	33	1		34
SAN MICHELE	MEDICINA I	ACUTI	38	1		39
SAN MICHELE	NEUROCHIRURGIA	ACUTI	28			28
SAN MICHELE	NIDO	ACUTI	28			28
SAN MICHELE	NEUROLOGIA	ACUTI	27	4		31
SAN MICHELE	STROKE UNIT	ACUTI	13			13
SAN MICHELE	OCULISTICA	ACUTI			2	2
SAN MICHELE	ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	ACUTI	18		1	19
SAN MICHELE	OSTETRICIA e GINECOLOGIA	ACUTI	34		1	35
SAN MICHELE	CHIRURGIA del PAVIMENTO PELVICO	ACUTI	3		1	4
SAN MICHELE	GINECOLOGIA DISFUNZIONALE ed ENDOSCOPICA	ACUTI	2		1	3
SAN MICHELE	CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	ACUTI	1		1	2
SAN MICHELE	PEDIATRIA	ACUTI	20	2		22
SAN MICHELE	UROLOGIA	ACUTI	24	1		25
SAN MICHELE	UROLOGIA AMBULATORIALE E DH	ACUTI		1	1	2
SAN MICHELE	NEFROLOGIA e DIALISI	ACUTI	20	2	1	23
SAN MICHELE	TRAPIANTO RENE	ACUTI	10			10
SAN MICHELE	RIANIMAZIONE e TERAPIA INTENSIVA	ACUTI	12			12
SAN MICHELE	CARDIOANESTESIA	ACUTI	9			9
SAN MICHELE	UNITA' CORONARICA	ACUTI	8			8
SAN MICHELE	CARDIORIABILITAZIONE	POST ACUTI		10		10
SAN MICHELE	GASTROENTEROLOGIA	ACUTI	24	1		25
SAN MICHELE	NEONATOLOGIA	ACUTI	2			2
SAN MICHELE	NEURORIABILITAZIONE	POST ACUTI	11	1		12
SAN MICHELE	CENTRO DISTURBI PERVASIVI dello SVILUPPO	POST ACUTI		5		5
	TOTALE		512	32	19	564



Indicatori attività chirurgica	anno 2016
Interventi complessivi	14.355
Interventi in presenza di anestesisti	7.372
Interventi ordinari	9.355
Interventi DH	4.111
Interventi DS/ambulatoriali	889
Interventi tecnica robotica	103
TAVI (impianto valvolare aortico transcateretere)	37
Degenza media preoperatoria	2,35

Indicatori attività trapianti	anno 2016
Segnalazioni donazioni	25
Donatori effettivi	14
Trapianto rene	37
Trapianto rene vivente	1
Trapianto rene doppio	5
Trapianto cuore	5
Trapianto fegato	40
Trapianto cornee	82
Trapianto combinato rene- pancreas	3
Trapianto pancreas isolato	1

Indicatori sui parti	anno 2016
Parti (interventi)	883
Totale Parti (DRG 370-375)	886
Parti cesarei (DRG 370 - 371)	456
Parti cesarei primari	298
Parti di donne cesareizzate	158
% Parti cesarei primari	40,90%
Parti spontanei (DRG 372-373-374-375)	430

Indicatori prestazioni specialistica ambulatoriale	anno 2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	956.390
Prestazioni ambulatoriali per interni	2.868.089
Prestazioni ambulatoriali per altri Enti	25.850
<i>di cui screening</i>	20.009
Trapianto	7.272
LDL aferesi	554
Solventi	21.098

Indicatori prestazioni di diagnostica per immagini	anno 2016
TAC COMPLESSIVE	23.781
<i>di cui SSN</i>	4.550
<i>di cui per interni</i>	19.182
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	49
RMN COMPLESSIVE	6.288
<i>di cui SSN</i>	3.337
<i>di cui per interni</i>	2.831
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	16
ANGIOGRAFICA COMPLESSIVE	1.864
<i>di cui SSN</i>	101
<i>di cui per interni</i>	1.714
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	49
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	14.053
<i>di cui SSN</i>	5.454
<i>di cui per interni</i>	8.583
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	16
MAMMOGRAFIE COMPLESSIVE	2.262
<i>di cui SSN</i>	2.177



DESCR. STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
A. BUSINCO	CHIRURGIA SPERIMENTALE	ACUTI	6		2	8
A. BUSINCO	ONCOLOGIA CHIRURGICA	ACUTI	14		2	16
A. BUSINCO	CHIRURGIA TORACICA	ACUTI	8			8
A. BUSINCO	EMATOLOGIA	ACUTI	19	13		32
A. BUSINCO	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO	ACUTI	8			8
A. BUSINCO	ONCOLOGIA GINECOLOGICA	ACUTI	9		2	11
A. BUSINCO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	ACUTI	6			6
A. BUSINCO	TERAPIA DEL DOLORE	ACUTI	4	2		6
A. BUSINCO	MEDICINA NUCLEARE	ACUTI	11			11
A. BUSINCO	ONCOLOGIA MEDICA	ACUTI	42	28		70
A. BUSINCO	RADIOTERAPIA SPERIMENTALE	ACUTI	16			16
	TOTALE		143	43	6	192

DESCR. STABILIMENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
A. CAO	DH TALASSEMIE	ACUTI		17		17
A. CAO	CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO	ACUTI	4			4
A. CAO	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	ACUTI		1		1
A. CAO	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	ACUTI	6	4		10
A. CAO	GINECOLOGIA, DIAGNOSI PRENATALE E PMA	ACUTI		1	1	2
A. CAO	CLINICA PEDIATRICA E TALASSEMIE	ACUTI	13	4		17
A. CAO	1 CLINICA PEDIATRICA	ACUTI	13			13
A. CAO	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	ACUTI	5	3		8
	TOTALE		41	30	1	72

I dati sul numero degli istituti ospedalieri e il numero di posti letto degli istituti ospedalieri San Michele, Businco e Cao sono coerenti con quelli desumibili dai modelli HSP 11 e HSP 12 per l'anno 2017.

Nelle tabelle seguenti sono riportati dati di attività relativi all'anno 2016 per i tre istituti ospedalieri dell'AOB

ISTITUTO OSPEDALIERO SAN MICHELE

Indicatori attività erogata in regime di ricovero	anno 2016
DRG complessivi	25.934
DRG chirurgici totali	10.187
Indice di operatività	39%
DRG ordinari totali	19.892
DRG ordinari chirurgici	6.300
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	32%
DRG ordinari medici	13.592
DRG ordinari acuti (esclusi TI e DRG 395)	18.887
GG degenza ordinaria (circ. dicembre 2015, esclusi TI e DRG 391)	133.475
Degenza media DRG ordinari acuti	6,7
Indice occupazione DRG ordinari acuti (circ. 2015)	82%
Indice di turnover DRG ordinari acuti (circ. 2015)	1,5
Indice di rotazione DRG ordinari acuti (circ. maggio 2015)	42
GG degenza ordinaria post-acuti (circ. maggio 2015)	3.438
Indice occupazione DRG ordinari post-acuti (circ. maggio 2015)	86%
Indice di turnover DRG ordinari post-acuti (circ. maggio 2015)	9
Indice di rotazione DRG ordinari post-acuti (circ. maggio 2015)	6
DRG diurni	6.042
di cui DRG DH	2.155
di cui DRG DS	3.887
Totale accessi	16.932
Accessi DH acuti (escluse specialità 56 e 75)	8.383
Accessi DH post-acuti	8.549
Indice occupazione DH/DS acuti (250gg) (circ. maggio 2015)	95,80%
Indice di turnover diurno acuti (circ. maggio 2015)	0
Indice di rotazione diurno acuti (circ. maggio 2015)	239,5
Indice occupazione DH/DS post-acuti (250gg) (circ. maggio 2015)	213,73%
Indice di turnover diurno post-acuti (circ. maggio 2015)	2,1
Indice di rotazione diurno post-acuti (circ. maggio 2015)	534,3



<i>di cui per interni</i>	85
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	2.113
PET COMPLESSIVE	1.859
<i>di cui SSN</i>	179
<i>di cui per interni</i>	75
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	51.646
TRADIZIONALE COMPLESSIVE	7.030
<i>di cui SSN</i>	44.533
<i>di cui per interni</i>	83
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	23.781

Indicatori prestazioni attività di dialisi	anno 2016
Totale dialisi	32.449
Emodialisi complessive	18.437
Emodialisi paz. ricoverati	2.596
Emodialisi SSN	15.841
Dialisi Peritoneali complessive	14.012
Dialisi Peritoneali SSN	13.596
Dialisi Peritoneali per interni (compresi i ricoverati in Nefrologia)	416

Indicatori attività di pronto soccorso	anno 2016
Accessi -PS adulti	38.424
Ricoveri - PS adulti	8.044
Trasferiti - PS adulti	67
Capacità filtro - PS adulti	79%
Accessi - OBI	4.914
Ricoveri - OBI	713
Trasferiti - OBI	12
Capacità filtro - OBI	85%
Accessi - PS pediatrico	14.117
Ricoveri - PS pediatrico	1.490
Trasferiti - PS pediatrico	375
Capacità filtro - PS pediatrico	87%
Prestazioni di PS complessive	80.678
Prestazioni richieste alle strutture aziendali dai PS	502.275

Indicatori di complessità	anno 2016
Peso medio totale	1,22
Peso medio DRG ordinario	1,32
Peso medio DRG DH/DS	0,89
Peso medio DRG DH	0,77
Peso medio DRG DS	0,95
% DRG ordinari alta complessità su totale DRG ordinari	11%

Indicatori di appropriatezza	anno 2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	2.131
DRG ordinari PI / ordinari non PI (griglia LEA)	0,12
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	11%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	23,50%
DH DIAGNOSTICI	385
DH medici (senza cod. 56, 75)	1.640
DRG ordinari medici brevi (0-2 GG dimessi a domicilio)	4.105
% DRG ordinari medici brevi (solo per i dimessi a domicilio)	24%
% Re-ricoveri ordinari entro 30 gg stessa MDC	4,92%
% PI DS / totale chirurgici PI	85,33%



ISTITUTO OSPEDALIERO A. BUSINCO

Indicatori attività erogata in regime di ricovero	anno 2016
DRG complessivi	8.775
DRG chirurgici totali	2308
Indice di operatività	26%
DRG ordinari totali	4.004
DRG ordinari chirurgici	1.711
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	43%
DRG ordinari medici	2.293
GG degenza ordinari	31267
Degenza media DRG ordinari acuti	7,8
Indice occupazione DRG ordinari	60%
DRG diurni	4.771
<i>di cui DRG DH</i>	4.174
<i>di cui DRG DS</i>	597
Totale accessi	30.512
<i>di cui accessi DH</i>	8.383
<i>di cui accessi DS</i>	8.549
Indice occupazione DH/DS (250gg)	255%

Indicatori attività chirurgica	anno 2016
Interventi complessivi	2.494
Interventi in presenza di anestesisti	1.812
Interventi ordinari	1.625
Interventi DH	863
Interventi DS/ambulatoriali	6
Degenza media preoperatoria	1,6

Indicatori attività trapianti	anno 2016
Trapianto midollo osseo	47

Indicatori prestazioni specialistica ambulatoriale	anno 2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	209.258

Indicatori prestazioni di diagnostica per immagini	anno 2016
Totale immagini SSN	10.547
Totale immagini per interni	8.995
TAC COMPLESSIVE	3.546
<i>di cui SSN</i>	2.142
<i>di cui per interni</i>	1.404
RMN COMPLESSIVE	2.833
<i>di cui SSN</i>	2.106
<i>di cui per interni</i>	727
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	51
ECOGRAFIA COMPLESSIVE	3.884
<i>di cui SSN</i>	2.198
<i>di cui per interni</i>	1.631
<i>di cui per altri enti/solventi</i>	55
MAMMOGRAFIE COMPLESSIVE	2.114
<i>di cui SSN</i>	1.992
<i>di cui per interni</i>	122
PET COMPLESSIVE	1.212
<i>di cui SSN</i>	1.190
<i>di cui per interni</i>	22
TRADIZIONALE COMPLESSIVE	6.007
<i>di cui SSN</i>	919
<i>di cui per interni</i>	5.088



Indicatori di complessità	anno 2016
Peso medio totale	1,12
Peso medio DRG ordinario	1,33
Peso medio DRG DH/DS	0,95
% DRG ordinari alta complessità su totale DRG ordinari	12%

Indicatori di appropriatezza	anno 2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	1.309
% DRG ordinari PI / ordinari non PI (griglia LEA)	0,49
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	32,70%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	12%
DH diagnostici	518
DH medici	4.356
DRG ordinari medici brevi (0-2 GG dimessi a domicilio)	651
% DRG ordinari brevi	32%

ISTITUTO OSPEDALIERO A. CAO

Indicatori attività erogata in regime di ricovero	anno 2016
DRG complessivi	5.335
DRG chirurgici totali	739
DRG ordinari totali	1.621
DRG ordinari chirurgici	14
% DRG chirurgici ordinari sul totale dei DRG ordinari	0,86%
DRG ordinari medici	1.607
GG degenza ordinari	9520
Degenza media DRG ordinari acuti	5,9
Indice occupazione DRG ordinari	64%
DRG diurni	3.714
di cui DRG DH	2.989
di cui DRG DS	725
Totale accessi	15.774
di cui accessi DH	15.032
di cui accessi DS	742
Indice occupazione DH/DS (250 gg)	204%

Indicatori attività chirurgica	anno 2016
Interventi complessivi	1.668
Interventi in presenza di anestesisti	644
Interventi DH	1.668

Indicatori attività trapianti	anno 2016
Trapianto midollo	10

Indicatori prestazioni specialistica ambulatoriale	anno 2016
Prestazioni ambulatoriali per SSN (da FILE C)	121.204

Indicatori prestazioni di diagnostica per immagini	anno 2016
RMN SSN	994
ECOGRAFIA SSN	1.737
TRADIZIONALE SSN	924



Indicatori di complessità	anno 2016
Peso medio totale	0,71
Peso medio DRG ordinario	0,72
Peso medio DRG DH/DS	0,70

Indicatori di appropriatezza	anno 2016
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	155
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	9,56%
% DH diagnostici (su totale DH medici)	35%
DH diagnostici	1.053
DH medici	2.995

L'anno 2016 è il primo anno che permette la rappresentazione dell'attività prodotta dall'AOB nella sua nuova configurazione derivante dall'accorpamento degli istituti ospedalieri Businco e Cao.

Le attività dei tre istituti ospedalieri si diversificano notevolmente e hanno un impatto su alcuni indicatori calcolati a livello aziendale differente rispetto alla situazione in cui operava il solo istituto ospedaliero San Michele.

Di seguito si riporta una tabella che mette a confronto alcuni indicatori relativi all'anno 2015 per il solo ospedale San Michele e all'anno 2016 con la nuova configurazione dell'AOB che comprende anche gli ospedali Businco e Cao

Indicatori di attività	S. Michele	AOB
	Anno 2015	Anno 2016
DRG complessivi	26.308	40.044
DRG chirurgici totali	10.136	13.234
Indice di operatività	39%	33%
DRG ordinari totali	19.995	25.517
GG degenza ordinaria acuti (circ. Dic 2015, esclusi TI e DRG 391)	133.151	176.689
Degenza media DRG ordinari acuti	7	7,2
Indice occupazione DRG ordinari acuti (circ. 2015)	82%	77%
Indice occupazione DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	85%	86%
Indice di turnover DRG ordinari post-acuti (circ. Mag 2015)	6.313	14.527
DRG diurni	105,80%	95,80%
Indice occupazione DH/DS (250gg) (delib. 67/16)	26.308	40.044
Peso medio totale	1,19	1,15
Peso medio DRG ordinario	1,29	1,32
Peso medio DRG DH/DS	0,87	0,86
DRG ordinari PI (all. B patto salute)	1.964	3.595
% DRG ordinari PI su totale DRG ordinari (all. B patto salute)	10%	14%
% DRG ordinari medici brevi (solo per i dimessi a domicilio)	25%	23,5%
% Re-ricoveri ordinari entro 30 gg stessa MDC	4,68%	6,0%

L'occupazione dei posti letto ordinari ha subito una riduzione dovuta alla minore incidenza dei ricoveri in regime ordinario degli ospedali Businco e Cao. L'occupazione dei posti letto diurni, per contro, ha subito un notevole incremento causato dall'elevato numero degli accessi dei ricoveri nei reparti dove prevale il DH ciclico per il trattamento tumorale con i chemioterapici.

La riduzione dell'indice di operatività è dovuto essenzialmente all'incorporazione dell'ospedale Cao che non possiede posti letto ordinari chirurgici. Circa il 50% degli interventi sono programmati e di questi il 64% provengono dalla lista d'attesa. La lista d'attesa rimane ancora alta per gli interventi di patologie tumorali

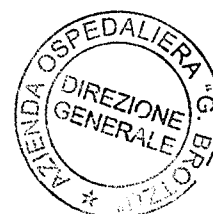


(polmone, mammella, tiroide, urologici e ginecologici), per gli interventi di cardiocirurgia, di chirurgia vascolare, per il trattamento della grande obesità e di PMA.

La complessità della casistica, misurata con il peso medio dei DRG, analizzando i singoli presidi, è risultata in notevole miglioramento nell'ospedale San Michele (da 1,19 nel 2015 a 1,26 nel 2016) e nell'ospedale Businco (da 1,10 nel 2015 a 1,12 nel 2016). Il dato aziendale in diminuzione risente dell'attività di scarso peso medio dei DRG pediatrici dell'ospedale Cao. Ha contribuito all'incremento del peso medio dei due ospedali la cospicua attività trapiantologica del San Michele e l'abbattimento dell'inappropriatezza di alcuni ricoveri, specialmente nell'ospedale Businco; infatti l'inappropriatezza è scesa dell'8% (dal 39% al 32%); complessivamente l'inappropriatezza si attesta al 14%.

Il miglioramento dell'appropriatezza assistenziale, a seguito di stretto monitoraggio dell'Azienda, con conseguenti linee guida e indicazioni, si è evidenziato anche con gli altri indicatori, DRG medici brevi e ricoveri ripetuti; entrambi gli indicatori hanno raggiunto gli standard richiesti.

Nell'anno 2018 l'attività di ricovero dell'AOB sarà in incremento a seguito dell'incorporazione, a decorrere dal 01/10/2017, delle unità operative di neurochirurgia e oculistica, provenienti, rispettivamente, dal presidio ospedaliero Marino e dal presidio ospedaliero Binaghi dell'Assl di Cagliari e, a decorrere dal 01/01/2018, del CTMO proveniente dal presidio ospedaliero Binaghi dell'Assl di Cagliari. Nell'anno 2016 le tre unità operative hanno erogato 2.513 prestazioni in regime di ricovero ordinario e diurno per un valore economico pari a € 8.003.000. Anche l'attività di specialistica ambulatoriale sarà in incremento a seguito dell'incorporazione delle tre unità operative suddette e della medicina nucleare proveniente dal presidio ospedaliero SS. Trinità dell'Assl di Cagliari. Nell'anno 2016 le quattro unità operative hanno prodotto 21.711 prestazioni di specialistica ambulatoriale per pazienti esterni per un valore economico pari a € 755.000.



Parte II

a) Gli obiettivi programmatici e i progetti

L'assetto organizzativo generale di AOB è stato recentemente ridefinito nell'Atto Aziendale, approvato con deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la DGR n. 47/25 del 10/10/2017, di cui si è preso atto con deliberazione n. 1961 del 16/10/2017.

Pertanto, già a fine 2017 e nel 2018, l'Azienda sarà impegnata nei numerosi adempimenti da porre in essere per il passaggio al nuovo assetto organizzativo e volti a garantire la piena operatività dell'Atto.

Di seguito si riportano le principali novità che arricchiranno l'offerta assistenziale proposta dall'Azienda.

L'istituto ospedaliero S. Michele viene individuato quale riferimento regionale per le emergenze urgenze (DGR 34/16 del 12.7.2017), pertanto, al fine di valorizzare il ruolo di HUB regionale e per meglio rispondere al bisogno di salute in questa area, AOB, con l'Atto Aziendale, ha previsto l'istituzione del Trauma center, inserito nel contesto del dipartimento d'emergenza-urgenza, con letti tecnici dipartimentali dedicati, finalizzato al coordinamento e allo sviluppo organizzativo delle strutture complementari che intervengono nella gestione trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche poli-distrettuali o che necessitano di alte specialità.

Sempre nell'ambito delle reti assistenziali regionali, si individua in AOB il riferimento regionale della rete dei trapianti, individuando nella Azienda la struttura regionale abilitata ai seguenti trapianti d'organo:

- di rene da donatore cadavere
- di rene da donatore vivente
- di fegato da donatore cadavere
- di rene-pancreas da donatore cadavere
- di cuore
- di pancreas isolato o "alone"

Inoltre l'Azienda effettua i trapianti di cornea ed i trapianti di cellule staminali ematopoietiche.

Per valorizzare il ruolo di HUB della rete dei trapianti regionali, con l'Atto Aziendale è stato previsto il dipartimento funzionale "Promozione della donazione e gestione del trapianto", finalizzato alle attività di promozione della donazione, coordinamento delle fasi correlate al prelievo d'organo, integrazione delle attività multidisciplinari e multi-professionali nei percorsi di trapianto.

In relazione al ruolo di HUB di riferimento regionale per le reti di cura oncologica, AOB svilupperà la specificità dell'istituto ospedaliero Businco, individuando presso di esso le strutture organizzative prettamente orientate alle patologie tumorali: Chirurgia oncologica e senologia, Oncologia medica, Ginecologica oncologica, Radioterapia oncologica, Medicina nucleare clinica e terapia radiometabolica, Ematologia e CTMO, Chirurgia toracica, Dermatologia, Terapia del dolore, Farmacia clinica e oncologica. Ulteriormente, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionali, AOB istituirà presso lo stabilimento Businco la Breast Unit, per la presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria.

L'Istituto ospedaliero Cao, individuato quale riferimento regionale per la rete delle patologie pediatriche e malattie rare e talassemie, sarà caratterizzato da una ampia e qualificata offerta di prestazioni/attività sanitarie, anche attraverso la allocazione nello stesso di nuove articolazioni organizzative, con un assetto che ricomprende: Clinica pediatrica e malattie rare, Clinica di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, Oncoematologia pediatrica, Anestesia pediatrica, Diabetologia pediatrica, Endocrinologia pediatrica e

Centro screening neonatali, Neurologia ed epilettologia pediatrica, Talassemia (struttura di nuova istituzione, con posti letto diurni, interamente dedicata alla presa in carico del paziente talassemico), Laboratorio di genetica e genomica, Fisiopatologia della riproduzione. Inoltre attraverso la costituzione del Dipartimento Pediatrico, dipartimento strutturale trasversale, si dà completa attuazione alla realizzazione del ruolo di HUB dell'assistenza pediatrica dell'istituto ospedaliero Cao, connesso all'istituto ospedaliero S. Michele per le attività di emergenza e urgenza.

Con la istituzione della SC Sperimentazioni e ricerca, umanizzazione, percorsi integrati per patologie pediatriche, malattie rare e talassemie, inserita nel contesto strutturale dell'istituto ospedaliero Cao si vuole, inoltre, specificamente costituire un riferimento operativo per il coordinamento e la gestione dei percorsi integrati per le patologie pediatriche, malattie genetiche e rare.

La Struttura infatti, assicurerà, tra l'altro, il mantenimento e la implementazione del percorso di prevenzione delle malattie genetiche e rare, garantendo il costante coordinamento tra le Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali, inserite nell'ambito del Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie, e le strutture Fisiopatologia della riproduzione e diagnosi prenatale e Laboratorio di genetica e genomica, finalizzato alla realizzazione della continuità del percorso preventivo diagnostico e terapeutico.

Allo scopo di garantire la valorizzazione e lo sviluppo delle attività di ricerca, l'AOB attribuisce specifiche funzioni in materia alla SC Sperimentazioni e Ricerca, Umanizzazione, Percorsi integrati per Patologie Pediatriche, Malattie Rare e Talassemie costituita nell'ambito dell'Area Funzionale di Igiene, Organizzazione Governo Clinico, Qualità. Tale struttura garantirà la promozione e il coordinamento delle attività di ricerca mediante l'Unità Operativa per la Ricerca e Sperimentazione Clinica, istituita con deliberazione del Direttore Generale n. 547 del 15/3/2017, per lo svolgimento delle funzioni di:

- Ufficio di struttura, a supporto del Comitato Etico Indipendente costituito presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari;
- Sviluppo e gestione delle attività aziendali di ricerca e sperimentazione clinica, tramite azioni di sostegno e coordinamento degli studi clinici profit e no-profit, assicurando una gestione proficua e organica degli stessi, in conformità alle linee guida di Buona Pratica Clinica (Good Clinical Practice), tramite un sistema di Quality Assurance e procedure operative standard per la gestione delle attività.

Sarà inoltre compito della struttura sviluppare e promuovere la partecipazione a reti nazionali di centri d'eccellenza, nonché redigere, in sinergia con la SC Qualità e appropriatezza, accreditamento, percorsi integrati per patologie oncologiche, uno studio di fattibilità finalizzato, in conformità a quanto previsto dall'art. 9, comma 2, della Legge Regionale n. 23 del 20/11/2014, a verificare la possibilità di ottenere il riconoscimento quale istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), definendo, in particolare, i percorsi volti ad acquisire e documentare adeguatamente il possesso dei requisiti occorrenti per tale riconoscimento, previsti dal D.Lgs. n. 288 del 16/10/2003 e ss.mm.ii.

Inoltre, per favorire la valorizzazione e lo sviluppo dell'attività di ricerca sanitaria, l'AOB riconosce le competenze e le produzioni scientifiche dei dirigenti sia nella fase di selezione e attribuzione degli incarichi gestionali e organizzativi che in fase di attribuzione e valutazione degli obiettivi, in coerenza alle normative vigenti.

Ciò premesso, nella definizione degli obiettivi per l'anno 2018 ci si è basati:

- sulle indicazioni ministeriali dettate dal Piano Nazionale Esiti e dal monitoraggio dei LEA, dal Patto per la Salute 2014/2016, dal Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi



all'assistenza ospedaliera", dai più recenti atti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché su quelle desunte dalle disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nella efficienza degli enti del SSN, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (art. 1 commi da 521 a 547 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificati dall'art. 1, comma 390, della Legge n. 232 del 11 dicembre 2016) ;

- sulle indicazioni regionali afferenti la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- sulle indicazioni regionali di cui alla DGR n.63/24 del 15/12/2015, concernente il "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'art. 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5", ed, in particolare su quelle inerenti la razionalizzazione della spesa farmaceutica e gli obiettivi di efficientamento dell'organizzazione ospedaliera;
- sulle indicazioni regionali dettate con provvedimenti riguardanti aree specifiche (ad es. DGR n. 54/11 del 10/11/2015 recante "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica);
- sull'analisi dei bisogni della popolazione sarda;
- sull'offerta del territorio;
- sulla capacità d'offerta che l'AOB ha dal punto di vista strutturale, di risorse professionali e materiali.

Al riguardo, occorre meglio precisare quanto previsto dalle disposizioni nazionali e regionali sopracitate, volte a migliorare le performance e a perseguire l'efficienza dei fattori produttivi e dell'allocazione delle risorse delle aziende ospedaliere. Ciò, in quanto tali disposizioni condizionano fortemente la programmazione dell'esercizio 2018.

A livello regionale, l'art.29, comma 3, della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5, stabilisce che, "a decorrere dal 1° gennaio 2015, il finanziamento del servizio sanitario regionale è assicurato dal Fondo sanitario regionale, costituito in sede di bilancio di previsione, alla luce del fabbisogno determinato a livello nazionale, dell'eventuale finanziamento di livelli assistenziali integrativi, dei costi standard di cui alle norme nazionali in materia, tenuto conto dei maggiori costi derivanti dalle particolari condizioni territoriali insulari" e che, "in presenza di costi sensibilmente superiori a tale maggiorazione, la Giunta regionale è tenuta a disporre un piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso, della durata massima di un triennio".

In attuazione di tali disposizioni, con deliberazione n. 63/24 del 15 dicembre 2015, la Giunta Regionale, accertato il grave disavanzo della gestione sanitaria degli ultimi anni, ha proceduto all'approvazione di un Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale, mirato alla razionalizzazione e all'efficientamento del servizio stesso. In particolare, nello stesso piano, articolato come un vero e proprio piano di rientro, vengono illustrate le azioni da intraprendere nel triennio 2016/2018, per ricondurre il sistema in equilibrio. In attuazione di detto piano, negli anni 2016 e 2017 gli obiettivi di razionalizzazione ed efficientamento sono stati declinati sulle Aziende sanitarie regionali, cui sono stati assegnati specifici target di risparmio, da realizzare secondo indirizzi specificati in più deliberazioni della Giunta Regionale riguardanti le varie aree di intervento. Per l'Azienda Ospedaliera Brotzu, le aree di intervento sono essenzialmente quelle del personale, della spesa farmaceutica, degli acquisti di altri beni e servizi sanitari e le azioni



da porre in essere devono essere finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica e, più in generale, all'efficientamento dell'organizzazione ospedaliera.

A livello nazionale, le disposizioni dell'art. 1, commi da 524 a 530, della legge 28 dicembre 2015 n.208 (Legge di stabilità 2016), stabiliscono che le aziende che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro,

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure,

devono presentare alla propria Regione di riferimento un piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati alle predette lettere a) e b).

Con la disposizione del comma 390 dell'art.1 della legge di bilancio 2017 n. 232 del 11.12.2016, i valori dello scostamento tra i costi e i ricavi che costituiscono il presupposto dei piani di rientro, precedentemente fissati nel 10% dei ricavi e, in valore assoluto, in 10 milioni di euro, sono stati ridotti, rispettivamente, al 7% e a 7 milioni di euro.

Con il Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208," pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 15 luglio 2016, al fine di dare concreta attuazione alle predette disposizioni legislative, è stata definita la metodologia di valutazione dello scostamento di cui alla predetta lettera a), sono stati individuati gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure di cui alla predetta lettera b) e, inoltre sono state definite le linee guida per la predisposizione dei piani di rientro aziendali.

Come sancito dalla DGR n. 63/44 del 25 novembre 2016, la valutazione effettuata sulla base dei dati di consuntivo 2015, ha evidenziato che con riferimento all'Azienda Ospedaliera Brotzu non sono state rilevate le condizioni previste dal D.M. 21 giugno 2016 per la sottoposizione obbligatoria ad un piano di rientro.

Invece, è ormai pressoché certo che, in applicazione delle disposizioni appena citate, l'Azienda Ospedaliera Brotzu, sulla base delle risultanze del bilancio dell'esercizio 2016, debba sottoporsi, a decorrere dal 01/01/2017, ad un piano di rientro triennale definito ai sensi delle disposizioni di cui alla L. 208/2015, poiché lo scostamento tra costi e ricavi sembrerebbe risultare superiore ai nuovi valori fissati dalla legge 232/2016 e già nell'esercizio in corso, debba abbattere lo scostamento tra costi e ricavi, determinato sulla base della metodologia definita dal DM del 21/06/2016, di un importo pari quantomeno al 20% del 70% dello scostamento rilevato nel 2016.

Pertanto, a tutt'oggi, non essendo stato formalmente accertato il livello di scostamento tra costi e ricavi relativi al 2016, non risulta ancora esattamente definito l'obiettivo economico dell'Azienda, né per il 2017, né per gli anni successivi. Pertanto, il presente documento di programmazione, in continuità con i precedenti, individua obiettivi volti a garantire la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse disponibili e a migliorare il livello di scostamento tra costi della produzione e correlativi ricavi, determinati con la metodologia del D.M. 21 giugno 2016.

Con riferimento agli obiettivi di produzione sanitaria, sulla base delle analisi degli ultimi dati epidemiologici e delle liste d'attesa, si è evidenziata l'esigenza per l'AOB di incrementare, nei limiti definiti a livello regionale, la produzione dell'attività delle specialità di cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia tumorale, chirurgia addominale e pelvica e chirurgia bariatrica. Tale potenziamento dell'attività comporterà necessariamente una riorganizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie e del personale dedicato.

Coerentemente con la programmazione e gli indirizzi regionali, è previsto il potenziamento, non ancora stimabile allo stato attuale, se non nella misura dei dati storici 2016, delle attività di neurochirurgia, oculistica, medicina nucleare e CTMO, per effetto del trasferimento presso l'AOB delle unità operative provenienti dai presidi ospedalieri Marino, Binaghi e SS. Trinità di Cagliari.

E' stata inoltre rilevata l'esigenza di potenziare le misure già in atto finalizzate alla razionalizzazione e attivazione dei percorsi dei ricoveri fra gli istituti ospedalieri all'interno dell'Azienda.

Nell'ambito dell'area strategica di governo clinico, sono stati individuati obiettivi tendenti allo sviluppo di misure di razionalizzazione organizzativa, in parte già in atto soprattutto nell'area dei servizi, e al miglioramento del sistema di emergenza – urgenza, soprattutto pediatrica (dal mese di luglio 2016 è operativa la struttura di medicina d'urgenza pediatrica), ma anche obiettivi di appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure (ulteriore implementazione e integrazione dei percorsi assistenziali, miglioramento delle performance aziendali, aumento dell'efficienza delle sale operatorie), nonché di sviluppo dei rapporti con le strutture del territorio per la gestione dei pazienti secondo percorsi condivisi.

Nell'area strategica di governo dei processi, sono stati individuati obiettivi che tendono al miglioramento della governance, a garantire maggiore trasparenza e sviluppo di misure di prevenzione della corruzione e a migliorare la rilevazione e circolazione dei dati clinici, mediante una sempre maggiore integrazione dei flussi informatizzati, e l'attento monitoraggio dell'attività (DGR 67/16 del 29.12.2015).



Nella tabella seguente sono indicati più specificatamente gli obiettivi che l'Azienda intende portare avanti nell'anno 2018 nell'ambito dell'obiettivo strategico generale di incremento dell'efficacia e dell'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi:

OBIETTIVO STRATEGICO	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO STRATEGICO
Aumentare l'efficacia e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi	Identificare i percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale
	Alte specialità chirurgiche: implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo tale da soddisfare le domande e i bisogni (abbattere liste d'attesa)
	Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttando al meglio le potenzialità dell'azienda
	Coordinare l'attività operatoria e la terapia intensiva
	Continuare lo sviluppo dell'informatizzazione aziendale, sia in ambito sanitario che amministrativo
	Migliorare le performance aziendali rispetto agli obiettivi Regionali e al PNE
	Adozione del piano di rientro sulla base delle disposizioni nazionali entro 90 giorni dall'approvazione della relativa DGR
	Stimolare la sensibilità sui costi delle risorse utilizzate anche in funzione del nuovo contesto organizzativo

Nella tabella seguente l'obiettivo strategico è articolato nelle linee d'azione da intraprendere:

Articolazione dell'Obiettivo Strategico	Anno 2018
Identificare percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale	1) Applicazione dei PDTA già deliberati ed organizzazione di Audit Clinici periodici 2) Predisposizione di percorsi specifici di presa in carico dei pazienti (es. tumorali, trapiantati, pediatrici)
Alte specialità chirurgiche: implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo tale da soddisfare le domande e i bisogni (abbattere liste d'attesa)	Aumento delle attività chirurgiche di alta complessità: cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia dei tumori (mammella, polmone, colon-retto, fegato, pancreas, utero e annessi), chirurgia bariatrica
Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttando al meglio le potenzialità dell'azienda	1) Proseguimento nell'aumento delle attività chirurgiche nelle sale operatorie dei tre istituti ospedalieri 2) Perseguimento dell'aumento dell'efficienza nell'impiego delle sale operatorie.
Coordinare l'attività operatoria e la terapia intensiva	1) Pianificazione e coordinamento tra attività chirurgica in elezione delle diverse strutture. 2) Definizione di posti letto di Terapia Intensiva a supporto della chirurgia elettiva (es. cardiocirurgia). 3) Definizione di percorsi per pazienti cronici postoperatori in Terapia Intensiva (es. pazienti post cardiocirurgici che cronicizzano)
Continuare lo sviluppo dell'informatizzazione aziendale, sia in ambito sanitario che amministrativo	1) Completamento della informatizzazione delle attività di utilizzo di Order Entry (richieste informatiche e refertazione per pazienti ricoverati), Cup Web, ricetta dematerializzata. 2) Implementazione utilizzo del SIO per le Liste d'attesa e per la gestione delle attività operatorie (programmazione liste operatorie, SOweb) secondo le nuove Linee Guida ministeriali. 3) Attivazione di procedure per il monitoraggio continuo delle attività e dei ricavi aziendali ai fini del rispetto del piano di rientro
Migliorare le performance aziendali rispetto agli obiettivi Regionali e al PNE	1) Miglioramento delle criticità di alcuni indicatori rilevati negli anni precedenti (Rapporto DRG chirurgici sul totale dei DRG). 2) Riduzione dei 108 DRG potenzialmente inappropriati. 3) Miglioramento dell'appropriatezza della codifica delle SDO con la formazione specifica del Personale Medico
Adozione del piano di rientro sulla base delle disposizioni nazionali entro 90 giorni dall'approvazione della relativa DGR	Adozione e monitoraggio del piano di rientro
Stimolare la sensibilità sui costi delle risorse utilizzate anche in funzione del nuovo contesto organizzativo	1) Assegnazione di obiettivi di budget economico in particolare con riferimento alla spesa farmaceutica per il mantenimento promozione del ricorso all'utilizzo dei farmaci biosimilari a minor costo terapia, razionalizzazione della prescrizione di farmaci oncologici ed oncoematologici ad alto costo, mantenimento costo medio terapia per paziente per pazienti affetti da sclerosi multipla. 2) Mantenimento dei livelli delle rimanenze di beni sanitari. 3) Assegnazione di obiettivi di budget economico con riferimento all'utilizzo razionale dei dispositivi medici. 4) Assegnazione di obiettivi con riferimento al recupero dei rimborsi dalle case farmaceutiche. 5) Razionalizzazione delle procedure di rilevazione dei fabbisogni di beni e servizi. 6) Assegnazione di obiettivi finalizzati al rispetto delle tempistiche di realizzazione di lavori di rilevanza strategica 7) Assegnazione di obiettivi relativi alla gestione delle risorse umane, strumentali e logistiche ai Capi Dipartimento



b) L'organizzazione aziendale

Come precedentemente accennato, l'assetto organizzativo generale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu è stato ridefinito, sulla base degli indirizzi regionali dettati con la DGR n. 29/2 del 16/06/2017, con l'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la DGR n. 47/25 del 10/10/2017, di cui si è preso atto con deliberazione n. 1961 del 16/10/2017.

La struttura organizzativa della AOB, secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale, è articolata in:

- Vertice strategico, costituito dalla Direzione aziendale (Direttore generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario), cui è demandata la definizione delle strategie e delle politiche aziendali sulla base della pianificazione nazionale e regionale, nonché la verifica del corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- Staff della Direzione strategica aziendale, che svolge funzioni strumentali e di supporto alle attività di programmazione e controllo strategico orientate allo sviluppo della produzione dei servizi sanitari e all'efficientamento organizzativo;
- Nucleo operativo, che svolge il complesso delle attività sanitarie di organizzazione, produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, delle attività di supporto diretto (servizi alberghieri e tecnici operanti nelle strutture sanitarie con attività che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie) e delle attività amministrative e tecniche non direttamente coinvolte nella produzione/erogazione dei servizi, mediante le quali vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità di produzione.

L'AOB definisce la sua organizzazione su un modello di gestione operativa fondato sui dipartimenti, in applicazione di quanto previsto dal D.lgs. 502/99 e s.m.i. e dall'art. 9 della Legge Regionale 10/2006.

I dipartimenti possono essere strutturali o funzionali.

- I *dipartimenti strutturali* sono un aggregato di strutture organizzative proprie, omologhe e complementari sotto il profilo delle attività, risorse umane e tecnologiche impiegate e delle procedure adottate, dedicate e permanenti, che svolgono un'attività di produzione di servizi sanitari o attività di supporto all'azienda per la gestione tecnica, logistica ed amministrativa.

Il dipartimento strutturale è dotato di autonomia tecnico-professionale, nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

- I *dipartimenti funzionali* sono finalizzati esclusivamente al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari, già aggregate nei dipartimenti strutturali o direttamente afferenti alla direzione aziendale, non sono dotati di risorse e budget dipartimentale, sono equiparati a gruppi di progetto permanenti. Hanno la funzione di coordinare e integrare attività multidisciplinari e multiprofessionali finalizzate ad obiettivi organizzativi e/o assistenziali comuni, gestire percorsi di cura integrati, PDTA. I dipartimenti funzionali rappresentano un modello organizzativo appunto trasversale che consente, anche o non solo per un periodo di tempo definito, in relazione a determinati processi organizzativi, 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.

All'interno dei dipartimenti operano le strutture organizzative, articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) finalizzate allo svolgimento di



funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza, o di produzione di prestazioni e di servizi sanitari.

Gli elementi per l'individuazione delle strutture organizzative sono la valenza strategica e la complessità organizzativa. La valenza strategica di una struttura è definita dal livello di interfaccia con istituzioni od organismi esterni all'AOB, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza delle problematiche trattate, dal livello di intersettorialità, dal contributo al raggiungimento dei risultati di salute di cui agli indicatori di monitoraggio esterni (D.M. 21/6/2016, Piano Nazionale Esiti, Griglia LEA). La complessità organizzativa di una struttura è definita dalla numerosità e dalla eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dal valore della produzione.

Le strutture organizzative possono essere complesse o semplici.

- Le *strutture complesse* rappresentano, dopo il dipartimento, le aggregazioni più ampie di risorse umane e tecniche e ricomprendono al loro interno altre eventuali strutture organizzative. Sono caratterizzate da una significativa dimensione quali-quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate. La struttura complessa opera, per le proprie specifiche competenze, in autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse assegnate e degli obiettivi stabiliti e dei programmi negoziati e assegnati in modo specifico.

- Le *strutture semplici* sono articolazioni organizzative o funzionali che possono afferire direttamente al dipartimento (struttura semplice dipartimentale SSD), oppure possono essere articolazioni interne a una singola struttura complessa (struttura semplice SS). Le SSD sono caratterizzate da una adeguata dimensione quali-quantitativa delle attività e delle risorse professionali utilizzate, autonomia funzionale e organizzativa, limitatamente alle risorse e agli obiettivi negoziati e assegnati in modo specifico. Le strutture semplici (SS) sono delle articolazioni organizzative delle strutture complesse, con autonomia organizzativa in termini di attività, sulla base delle risorse assegnate dalla struttura complessa di riferimento, strumentazioni e risorse professionali assegnate.

Di seguito si riporta l'articolazione delle strutture organizzative dello Staff della Direzione strategica aziendale e del Nucleo operativo relativamente all'area sanitaria e all'area amministrativa e tecnica.

Staff della Direzione strategica aziendale

Lo Staff, unitario per tutta la Direzione aziendale, sviluppa le proprie funzioni secondo il modello dipartimentale funzionale nel quale sono allocate le seguenti strutture e funzioni:

- SC Comunicazione e relazioni esterne
- SSD Affari legali
- SSD Formazione
- SSD Controllo performance sanitarie e sviluppo strategico
- SSD Servizio prevenzione e protezione

Medico competente che svolge i compiti attribuiti dal Decreto legislativo 81/2008 e s.m.i.,

Coordinamento del Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio ai sensi del Decreto 19.03.2015

Gruppo Tecnico di Supporto alle politiche aziendali per il Governo Clinico ed Economico



Area funzionale di Igiene, Organizzazione, Governo Clinico, Qualità

L'Area è organizzata in un dipartimento funzionale finalizzato al coordinamento di strutture complementari, direttamente afferenti alla direzione sanitaria aziendale con la funzione di coordinare e integrare attività multidisciplinari con obiettivi organizzativi, di qualità assistenziale, di sicurezza e gestione del rischio, di attuazione di percorsi di cura integrati, PDTA, e di sperimentazione e ricerca. E' costituita dalle seguenti unità operative:

- SC Direzione medica unica di Presidio Ospedaliero
- SC Gestione rischio sanitario, percorsi integrati per l'emergenza-urgenza
- SC Qualità e appropriatezza, accreditamento, percorsi integrati per patologie oncologiche
- SC Sperimentazioni e ricerca, umanizzazione, percorsi integrati per patologie pediatriche, malattie rare e talassemie

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

La direzione Infermieristica e Tecnica è organizzata secondo il modello dipartimentale strutturale nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie, che assicura la gestione complessiva di tutte le professioni sanitarie ed è costituito dalle seguenti strutture:

- SC Area Infermieristica e Ostetrica
- SC Area Tecnica, Riabilitazione e Prevenzione
- SC Sviluppo risorse umane e dei processi assistenziali

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, nell'ambito delle funzioni assegnate, ricerca e promuove sulla base di specifici protocolli e accordi, l'integrazione multi professionale e il valore dell'equipe, fatta salva la responsabilità della direzione delle strutture specialistiche prevista dalle norme vigenti. Sviluppa i processi assistenziali in accordo con le strategie aziendali e con gli standard richiesti dai direttori dei dipartimenti sanitari ospedalieri, in coerenza con gli obiettivi assegnati a questi ultimi dai programmi di budget e valutazione della performance, nel rispetto dei principi della normativa di cui alla Legge 10.08.2000, n. 251.

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie coadiuva e supporta la Direzione Aziendale nelle attività di governo assistenziale, concorre alla definizione degli obiettivi di pianificazione strategica aziendale, assicura la gestione integrata delle risorse umane e materiali secondo il modello dipartimentale.

Nella AOB sono istituiti i seguenti dipartimenti sanitari strutturali di produzione:

- Dipartimento Emergenza-Urgenza
- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Oncologico e Internistico
- Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione
- Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie
- Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e trapianti di rene
- Dipartimento Servizi



Dipartimento Emergenza Urgenza

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Anestesia e Rianimazione (presso l'Istituto ospedaliero San Michele), dotata di posti letto
- SC Anestesia e Rianimazione (presso l'Istituto ospedaliero Businco), dotata di posti letto
- SC Medicina d'Urgenza, dotata di posti letto
- SC Ortopedia e Traumatologia, dotata di posti letto
- SC Pronto Soccorso e OBI
- SSD Medicina d'Urgenza Pediatrica

Dipartimento Cardiovascolare

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Cardiochirurgia, dotata di posti letto
- SC Cardiologia (presso l'Istituto ospedaliero Businco)
- SC Cardiologia interventistica con SS Emodinamica, dotata di posti letto
- SC Chirurgia Vascolare, dotata di posti letto
- SC Unità Coronarica nell'ambito della Cardiologia, dotata di posti letto
- SSD Cardioanestesia, dotata di posti letto
- SSD Cardioriabilitazione, dotata di posti letto
- SSD Consulenza e valutazione Cardiologica

Dipartimento Chirurgico

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Chirurgia Generale e dei Trapianti, dotata di posti letto
- SC Chirurgia Oncologica e Senologia, dotata di posti letto
- SC Chirurgia Toracica, dotata di posti letto
- SC Oculistica, dotata di posti letto
- SSD Chirurgia dell'Obesità, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD Chirurgia d'Urgenza, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD Chirurgia ORL e Facciale, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD Dermatologia
- SSD Medicina Trapianti Fegato e Pancreas, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD TIPO Trapianti, dotata di posti letto
- SSD Endoscopia Digestiva

Dipartimento Oncologico e Internistico

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Ematologia e CTMO, dotata di posti letto
- SC Gastroenterologia, dotata di posti letto
- SC Medicina Generale, dotata di posti letto
- SC Medicina Nucleare Clinica e Terapia Radiometabolica, dotata di posti letto
- SC Oncologia Medica, dotata di posti letto
- SC Radioterapia Oncologica, dotata di posti letto
- SSD Farmacia Clinica e Oncologica



Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Neurochirurgia, dotata di posti letto
- SC Neurologia e Stroke Unit, dotata di posti letto
- SC Neuroriabilitazione, dotata di posti letto
- SC Terapia del Dolore
- SSD Neurofisiologia e Disturbi del Movimento, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale
- SSD Servizio Psicologia
- SSD Riabilitazione

Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Chirurgia Pediatrica, dotata di posti letto
- SC Clinica Pediatrica e Malattie rare (presso l'Istituto ospedaliero Cao), dotata di posti letto
- SC Clinica di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, dotata di posti letto
- SC Oncoematologia Pediatrica, dotata di posti letto
- SC Pediatria (presso l'Istituto ospedaliero San Michele), dotata di posti letto
- SC Cardiologia Pediatrica e Cardiopatie congenite - piattaforma ambulatoriale
- SSD Anestesia Pediatrica
- SSD CTMO Pediatrico, dotata di posti letto
- SSD Diabetologia Pediatrica, utilizza, ove necessario, letti tecnici gestiti a livello dipartimentale
- SSD Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, utilizza, ove necessario, letti tecnici gestiti a livello dipartimentale
- SSD Endocrinologia Pediatrica e Centro Screening neonatali
- SSD Neonatologia – Nido, dotata di posti letto
- SSD Neurologia ed Epilettologia Pediatrica, utilizza, ove necessario, letti tecnici gestiti a livello dipartimentale
- SSD Talassemia, dotata di posti letto

Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e Trapianti di rene

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Fisiopatologia della riproduzione umana e diagnosi prenatale (presso l'Istituto ospedaliero Cao), dotata di posti letto
- Ginecologia Oncologica (presso l'Istituto ospedaliero Businco), dotata di posti letto
- SC Nefrologia e Dialisi, dotata di posti letto
- SC Ostetricia e Ginecologia, dotata di posti letto
- SC Urologia, dotata di posti letto
- SSD Medicina Trapianto Renale - Nefrologia abilitata a trapianto, utilizza posti letto gestiti a livello dipartimentale

Dipartimento Servizi

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Anatomia Patologica
- SC Diabetologia e Malattie Dismetaboliche
- SC Farmacia
- SC Fisica Sanitaria
- SC Immunoematologia e Centro Trasfusionale
- SC Laboratorio Analisi
- SC Radiologia
- SC Neuroradiologia e Interventistica Vascolare
- SSD Banca Sangue Cordonale
- SSD Laboratorio di Genetica e Genomica
- SSD Qualità in Radiochimica e Laboratorio Vitro
- SSD Radiologia Oncologica e Interventistica

Nell'AOB sono istituiti inoltre i seguenti dipartimenti funzionali:

- Trauma Center
- Breast Unit
- Promozione della donazione e gestione del trapianto

Trauma Center

Inserito nel contesto del Dipartimento d'Emergenza-Urgenza, con letti tecnici dipartimentali dedicati, finalizzato al coordinamento e allo sviluppo organizzativo delle strutture complementari che intervengono nella gestione trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche poli-distrettuali o che necessitino di alte specialità. Afferiscono al dipartimento funzionale le seguenti strutture: Pronto soccorso e OBI, medicina d'Urgenza Pediatrica, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Medicina d'Urgenza, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia, Chirurgia ORL e Facciale, Neuroradiologia e Interventistica Vascolare, Laboratorio Analisi, Radiologia, Immunoematologia e Centro Trasfusionale, Servizio Psicologia.

A seconda delle specifiche esigenze il Direttore del Trauma Center può individuare la partecipazione di ulteriori articolazioni aziendali finalizzate alla gestione del trauma maggiore. Il Trauma Center si interfaccia per le attività di competenza con il servizio 118 dell'AREUS e SIAT.

Breast Unit

Relativa alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria. Afferiscono al dipartimento funzionale: Chirurgia Oncologica e Senologia, Oncologia Medica, Radioterapia Oncologica, Medicina Nucleare Clinica e Terapia Radiometabolica, Anatomia Patologica, Cardiologia Businco, Farmacia Clinica e Oncologica, Laboratorio di Genetica e Genomica, Radiologia Oncologica e Interventistica, Riabilitazione, Servizio Psicologia.

A seconda delle specifiche esigenze il Direttore della Breast Unit può individuare la partecipazione di ulteriori articolazioni aziendali finalizzate alla gestione della neoplasia mammaria. La Breast Unit si interfaccia per le attività di competenza con i servizi ospedalieri e territoriali della rete delle patologie oncologiche.

Promozione della donazione e gestione del trapianto

Finalizzata alle attività di promozione della donazione, coordinamento delle fasi correlate al prelievo d'organo, integrazione delle attività multidisciplinari e multi-professionali nei percorsi di trapianto. Afferiscono al dipartimento funzionale: Struttura di Coordinamento Aziendale ex Legge 91/1999, Anestesia e Rianimazione, Cardiochirurgia, Chirurgia Generale e dei Trapianti. Urologia, Ematologia e CTMO, CTMO Pediatrico, Anatomia Patologica, Laboratorio Analisi, Immunoematologia e Centro Trasfusionale, Radiologia, Cardioanestesia, Medicina dei Trapianti di Fegato e Pancreas, Medicina del Trapianto Renale – Nefrologia abilitata al trapianto, Neurofisiologia e Disturbi del Movimento, TIPO Trapianti, Unità Coronarica nell'ambito della cardiologia, Endoscopia Digestiva, Dermatologia, Servizio Psicologia.

A seconda delle specifiche esigenze il Direttore del Dipartimento Funzionale Promozione della donazione e gestione del trapianto può individuare partecipazione di ulteriori articolazioni aziendali utili alle finalità del dipartimento. Il Dipartimento si interfaccia per le attività di competenza con i servizi ospedalieri e territoriali della rete trapiantologica regionale e con la Struttura di Coordinamento Regionale.

L'assetto organizzativo dell'AOB è orientato ad organizzare i servizi in modo da garantire all'utenza interna/esterna, compatibilmente con le risorse disponibili, la fruizione di percorsi tecnico amministrativi appropriati e tempestivi, in coerenza con i bisogni accertati e intende favorire una gestione integrata dei processi e delle attività che pone al centro l'unitarietà del livello di risposta all'utente e la sua soddisfazione.

Di seguito vengono riportate le strutture organizzative comprese nei Dipartimenti Amministrativo e Tecnico che adempiono alle funzioni suddette.

Dipartimento Amministrativo

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane
- SC Acquisti Beni e Servizi
- SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione
- SSD Affari Generali

Dipartimento Tecnico

E' costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate:

- SC Gestione Immobili e Impianti e Nuove Realizzazioni
- SC Patrimonio e Logistica
- SC Tecnologie Informatiche e Servizi Informativi
- SSD Tecnologie Sanitarie

La costituzione dei Dipartimenti sanitari trasversali agli istituti ospedalieri della AOB costituisce un elemento fondamentale per assicurare la continuità della presa in carico diagnostica, terapeutica e assistenziale, ulteriormente supportata dall'utilizzo di PDTA interdipartimentali.

Inoltre per assicurare la continuità assistenziale con i servizi sanitari e sociosanitari operanti sul territorio, nell'ambito della Direzione medica unica di Presidio Ospedaliero è costituita una articolazione organizzativa con il compito di identificare precocemente gli assistiti che potrebbero presentare difficoltà alla dimissione o che necessitino di specifici percorsi di presa in carico territoriale per i quali sia opportuno concordare con i competenti servizi dell'ATS, percorsi specifici di dimissione protetta.

La nuova organizzazione ospedaliera regionale, basata sul sistema a rete (modello assistenziale HUB e SPOKE) per offrire ai cittadini tutte le risposte di cui necessitano, ulteriormente orienta l'organizzazione e le attività dell'AOB verso sistemi a forte contenuto di integrazione con le altre Aziende sanitarie regionali.

AOB partecipa attraverso la completa integrazione delle competenze, strutture, tecnologie e percorsi alla configurazione e operatività delle specifiche "reti assistenziali" con il ruolo di HUB di riferimento regionale o del Sud Sardegna.

In quanto HUB, l'AOB partecipa ai processi di standardizzazione delle procedure assistenziali di riferimento regionale, ai percorsi di accreditamento dei centri specialistici nelle reti di cura, avvalendosi delle competenze sviluppate, di processi adottati e implementati, della casistica sanitaria e scientifica prodotta. L'AOB partecipa, inoltre allo sviluppo e applicazione delle metodologie di governo delle reti assistenziali.

A tale scopo il Direttore Sanitario cura il coordinamento con le aziende sanitarie regionali, tenendo conto dell'evoluzione del sistema e del ruolo dell'ospedale nella rete dei servizi: monitora il livello dei servizi e delle prestazioni erogate, l'accesso tempestivo e appropriato ai servizi sanitari, la continuità dell'assistenza, l'integrazione dei percorsi assistenziali fra l'AOB e i servizi sanitari dell'ATS, dell'AREUS e delle Aziende Ospedaliere Universitarie regionali.

Al fine di assicurare il raccordo delle funzioni attribuite all'ATS dall'art. 2, comma 1, della legge regionale n. 17 del 27/07/2016, si prevede l'attivazione di Dipartimenti Funzionali Interaziendali che si configurano come un modello organizzativo trasversale che tende ad integrare le competenze e le conoscenze in una specifica area fra strutture omologhe o complementari, attraverso l'adozione, l'attivazione e la gestione di percorsi, protocolli comuni e linee guida condivise, al fine di garantire la coerenza di sistema delle azioni aziendali e lo sviluppo integrato delle relative risorse professionali.

I dipartimenti funzionali interaziendali istituiti sono i seguenti:

- Dipartimento funzionale interaziendale gestione accentrata gare
- Dipartimento funzionale interaziendale formazione, reclutamento e gestione economica risorse umane
- Dipartimento funzionale interaziendale logistica e ICT.

Tenuto conto delle aree oggetto di accentramento previste della L.R. 17/2016, le Strutture dell'AO Brotzu integrate nei Dipartimenti Funzionali Interaziendali sono le seguenti (tra parentesi il riferimento alla lettera di cui all'art. 2 comma 1):

- Acquisti Beni e Servizi (lettera c) Dipartimento funzionale interaziendale gestione accentrata gare
- Gestione e Sviluppo Risorse Umane (lettera d) (Dipartimento funzionale interaziendale formazione, reclutamento e gestione economica risorse umane)
- Formazione (lettera d) (Dipartimento funzionale interaziendale formazione, reclutamento e gestione economica risorse umane)
- Tecnologie Sanitarie (lettera d) (Dipartimento funzionale interaziendale gestione accentrata gare)
- Tecnologie Informatiche e Servizi Informativi (lettera d) (Dipartimento funzionale interaziendale logistica e ICT)

- Gestione Immobili e Impianti e Nuove Realizzazioni (lettera e) (Dipartimento funzionale interaziendale gestione accentrata gare)
- Patrimonio e Logistica (lettere d ed e) (Dipartimento funzionale interaziendale logistica e ICT).

Come disposto nella DGR n. 29/2 del 16/06/2017, in seguito all'approvazione della rete ospedaliera da parte del Consiglio regionale, l'atto aziendale potrà essere soggetto agli adeguamenti che dovessero rendersi necessari per assicurare la coerenza con le scelte di pianificazione regionale.



Sviluppo dell'organico nell'anno 2018

Il piano di sviluppo delle risorse umane predisposto ai fini del presente documento è strettamente correlato:

- al piano di riorganizzazione aziendale scaturente dall'approvazione dell'atto aziendale come di sopra specificato, che determinerà l'avvio delle procedure selettive per le posizioni apicali vacanti in funzione della nuova strutturazione dei servizi esistenti e di quelli nuovi previsti;
- alla copertura dei posti resisi vacanti e non coperti a motivo delle disposizioni sui limiti alle assunzioni di cui alla DGR n. 43/9 del 01/09/2015 "Disposizioni alle Aziende sanitarie in materia di contenimento della spesa per il personale. Blocco del turn over", tenendo comunque conto dei vincoli di bilancio a cui si è sottoposti;
- al completamento del piano di superamento del precariato, già in fase di attuazione, volto alla progressiva sostituzione dei contratti atipici con contratti di lavoro dipendente.

Tabella sviluppo dell'organico nell'esercizio 2018 in funzione delle scelte strategiche inserite nel programma

CCNL SANITA'	Ruolo	Qualifica	Dotazione organica prevista da atto aziendale	Dotazione organica anno 2017 (presenti)	Previsione cessati anno 2018	Previsione assunzioni anno 2018
area IV	sanitario	direttore s.c.	45	30	2	11
area IV	sanitario	dirigente medico	688	682	18	19
area III	sanitario	direttore s.c. farmacia	1	1		
area III	sanitario	direttore s.c. fisica	1			
area III	sanitario	dirigente farmacista	13	12		
area III	sanitario	dirigente fisico	10	10	1	1
area III	sanitario	dirigente psicologo	17	6	1	8
area III	sanitario	dirigente biologo	33	27	1	3
area III	sanitario	dirigente chimico	1	1		
area III	sanitario	direttore s.c. professioni sanitarie	2			1
area III	sanitario	dirigente professioni infermieristiche	1	1		
area III	sanitario	dirigente professioni tecniche riabilitaz.	1	1		
area III	professionale	dirigente ingegnere	3	3		
area III	tecnico	dirigente avvocato	1			
area III	tecnico	dirigente analista	1	1		
area III	amministrativo	dirigente amministrativo	6	5	1	2
comparto	sanitario	infermiere	1.122	1.172	5	5
comparto	sanitario	ostetrica/o	37	36	2	2
comparto	sanitario	infermiere pediatrico	75	70	1	1
comparto	sanitario	fisioterapista	43	42		
comparto	sanitario	logopedista	7	4		
comparto	sanitario	ortottista - assistente di oftalmologia	4	3		
comparto	sanitario	tecnico audiometrista	1	1		
comparto	sanitario	tecnico sanitario di laboratorio biomedico	125	114	2	7
comparto	sanitario	tecnico sanitario di anatomia patologica	9	7		
comparto	sanitario	tecnico sanitario di radiologia medica	124	119	1	6
comparto	sanitario	tecnico di neurofisiopatologia	6	6		
comparto	sanitario	tecnico della fisiopat. cardiocirc. e perfusione cordiovasc.	5	4		
comparto	sanitario	dietista	9	9		
comparto	sanitario	assistente sanitario	6	5	1	1
comparto	sanitario	operatore prof.le di II cat. - pers. inferm. - bs	4	2	1	
comparto	sanitario	operatore prof.le sanitario personale inferm - c	24	21	4	
comparto	sanitario	collaboratore professionale sanitario esp.	64	49	2	
comparto	professionale	assistente religioso	4	4	1	1
comparto	tecnico	ausiliario specializzato - a	84	80	1	
comparto	tecnico	operatore tecnico addetto all'assistenza - b	24	22	1	
comparto	tecnico	operatore socio sanitario - bs	288	280	2	2
comparto	tecnico	operatore tecnico b	153	127	5	
comparto	tecnico	operatore tecnico specializzato - bs	22	19	1	1



comparto	tecnico	operatore tecnico specializzato esperto - c	3	3		
comparto	tecnico	programmatore - c	2	1		
comparto	tecnico	assistente tecnico - c	38	29	1	1
comparto	tecnico	collaboratore tecnico professionale - d	27	12	1	6
comparto	tecnico	collaboratore professionale assistente sociale - d	3	3		
comparto	amministrativo	commesso - a	9	6		
comparto	amministrativo	coadiutore amministrativo - b	60	47	2	
comparto	amministrativo	assistente amministrativo - c	58	37	2	
comparto	amministrativo	collaboratore amministrativo professionale - d	42	30		
comparto	amministrativo	collaboratore amministrativo professionale esperto - ds	2	2		
			3.308	3.146	60	78



Parte III

Programma annuale delle opere pubbliche 2018

Il Programma annuale delle opere pubbliche per l'esercizio 2018 è costituito dai seguenti documenti di cui all'allegato A della DGR n. 34/23 del 07/07/2015:

- quadro delle risorse disponibili - scheda 1
- articolazione della copertura finanziaria - scheda 2
- elenco annuale (opere pubbliche, forniture e servizi) - scheda 3

TIPOLOGIA RISORSE	Disponibilità finanziaria anno 2018
Entrate aventi destinazione vincolata per legge	5.306.540,00
Entrate acquisite mediante contrazioni di mutuo	
Entrate acquisite mediante apporti di capitali privati	
Trasferimento di immobili art. 53, commi 6-7 d.lgs. N. 163/2006	
Stanzamenti di Bilancio	1.340.000,00
Altro	
Totali	6.646.540,00

Accantonamenti di cui all'art. 12, comma 1 del DPR 207/2010	199.396,20
---	------------



Scheda 2: Articolazione della copertura finanziaria

N. progr. (1)	Cod. Int. Amm.ne (2)	CODICE ISTAT (3)			CODICE NUTS (3)	Tipologia (4)	Categoria (4)	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	Priorità (5)	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA	Cessione Immobili	Apporto di capitale privato	
		Reg.	Prov.	Com.						Anno 2018	S/N (6)	Importo	Tipologia (7)
1	SM1	20	92	9	ITG27	9	A05 30	P.O. S. Michele - Piastra Tecnologica	1	€ 1.000.000	N		
2	AB1	20	92	9	ITG27	4	A05 30	P.O. A. Businco - Riqualificazione Medicina Nucleare, Radiologia e locali Endoscopia	1	€ 400.000,00	N		
3	AC1	20	92	9	ITG27	4	A05 30	P.O. Microcitemico - Riqualificazione strutture esistenti in funzione del nuovo assetto organizzativo	1	€ 1.000.000	N		
4	SM2	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. S. Michele - Adeguamento antincendio - Centrale gas medicinali	1	€ 300.000,00	N		
5	AB2	20	92	9	ITG27	4	A05 30	P.O. A. Businco - Spostamento Anatomia Patologica	1	€ 500.000,00	N		
6	SM3	20	92	9	ITG27	4	A05 30	P.O. S. Michele - Spostamento Chirurgia Maxillo Facciale	1	€ 394.000,00	N		
7	SM4	20	92	9	ITG27	4	A05 30	P.O. S. Michele - Ristrutturazione piani PP e P(-1)	1	€ 362.540,00	N		
8	SM5	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Generale	1	€ 100.000,00	N		
9	SM6	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Ascensori	2	€ 50.000,00	N		
10	SM7	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Distribuzione elettrica	2	€ 150.000,00	N		
11	SM8	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Centro gestione emergenze	1	€ 350.000,00	N		
12	SM9	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Distribuzione gas medicali	3	€ 100.000,00	N		
13	AB3	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. Businco di Cagliari - Messa a norma antincendio - Generale	1	€ 150.000,00	N		
14	AB4	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. Businco di Cagliari - Messa a norma antincendio - Gas medicali	2	€ 50.000,00	N		
15	AB5	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. Businco di Cagliari - Messa a norma antincendio - Ascensori	2	€ 50.000,00	N		
16	AB6	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. Businco di Cagliari - Messa a norma antincendio - Centro gestione emergenze	1	€ 150.000,00	N		
17	AC2	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. Microcitemico di Cagliari - Messa a norma antincendio - Generale	1	€ 150.000,00	N		
18	AC3	20	92	9	ITG27	99	A05 30	P.O. Microcitemico di Cagliari - Messa a norma antincendio - Centro gestione emergenze	1	€ 50.000,00	N		
19	SM10	20	92	9	ITG27	7	A05 30	P.O. S. Michele - Distribuzione idrica sanitaria/legionella	2	€ 120.000,00	N		
20	SM11	20	92	9	ITG27	7	A05 30	P.O. S. Michele - Illuminazione esterna	3	€ 120.000,00	N		
21	AB7	20	92	9	ITG27	7	A05 30	P.O. A. Businco - Illuminazione emergenza	1	€ 200.000,00	N		
22	SBM1	20	92	9	ITG27	6	A05 30	P.O. S. Michele - P.O. Businco - P.O. Microcitemico - Interventi manutenzione < 100.000,00 Euro	1	€ 900.000,00	N		



Scheda 3: Elenco annuale 2018																	
Cod. Int. Amm.ne (1)	CODICE UNIVOCO INTERVENTO - CUI (2)	CUP	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	CPV	Responsabile del Procedimento		Importo annualità	Importo totale intervento	FINALITA' (3)	Conformità		Verifica vincoli ambientali		Priorità (4)	STATO PROGETTAZIONE approvata (5)	Sima tempi di esecuzione	
					Cognome	Nome				Urb (S/N)	Amb (S/N)	TRIM/ANNO INIZIO LAVORI	TRIM/ANNO FINE LAVORI				
SM1			P.O. S. Michele - Piastra Tecnologica	45000000-7	Borelli	Gianluca	1.000.000,00	65.000.000,00	MIS	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		2/2020	4/2025
AB1		C21B16000460006	P.O. A. Businco - Riquilificazione Medicina Nucleare, Radiologia e locali Endoscopia	45000000-7	Borelli	Gianluca	400.000,00	3.250.000,00	MIS	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		3/2019	4/2021
AC1		C21B16000460006	P.O. Microcitemico - Riquilificazione strutture esistenti in funzione del nuovo assetto organizzativo	45000000-7	Borelli	Gianluca	1.000.000,00	6.203.684,01	MIS	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		3/2019	4/2021
SM2		C23D16001790002	P.O. S. Michele - Adeguamento antincendio - Centrale gas medicinali	45259000-7	Borelli	Gianluca	300.000,00	300.000,00	ADN	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		1/2018	4/2018
AB2		C21B16000380002	P.O. A. Businco - Spostamento Anatomia Patologica	45000000-7	Borelli	Gianluca	500.000,00	1.126.000,00	MIS	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		3/2018	4/2019
SM3		C21B16000360002	P.O. S. Michele - Spostamento Chirurgia Maxillo Facciale	45000000-7	Borelli	Gianluca	394.000,00	394.000,00	MIS	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		2/2018	2/2019
SM4		C21B16000350002	P.O. S. Michele - Ristrutturazione piani PP e P(-1)	45000000-7	Borelli	Gianluca	362.540,00	6.252.000,00	MIS	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		3/2018	4/2019
SM5			P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Generale	45000000-7	Borelli	Gianluca	100.000,00	7.166.585,00	ADN	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		2/2020	4/2023
SM6			P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Ascensori	45259000-7	Borelli	Gianluca	50.000,00	550.000,00	ADN	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		3/2019	3/2020
SM7			P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Distribuzione elettrica	45259000-7	Borelli	Gianluca	150.000,00	3.000.000,00	ADN	NA	NA	NA	2	Studio Fattibilità		2/2020	4/2021
SM8			P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Centro gestione emergenze	45259000-7	Borelli	Gianluca	350.000,00	400.000,00	ADN	NA	NA	NA	3	Studio Fattibilità		3/2018	2/2019
SM9			P.O. San Michele di Cagliari - Messa a norma antincendio - Distribuzione gas medicinali	45259000-7	Borelli	Gianluca	100.000,00	1.500.000,00	ADN	NA	NA	NA	3	Studio Fattibilità		2/2020	2/2022
AB3			P.O. Businco di Cagliari - Messa a norma antincendio - Generale	45259000-7	Borelli	Gianluca	150.000,00	4.200.000,00	ADN	NA	NA	NA	3	Studio Fattibilità		2/2020	4/2023
AB4			P.O. Businco di Cagliari - Messa a norma antincendio - Gas medicinali	45259000-7	Borelli	Gianluca	50.000,00	400.000,00	ADN	NA	NA	NA	3	Studio Fattibilità		2/2020	2/2021
AB5			P.O. Businco di Cagliari - Messa a norma antincendio - Ascensori	45259000-7	Borelli	Gianluca	50.000,00	1.120.000,00	ADN	NA	NA	NA	3	Studio Fattibilità		3/2019	2/2021
AB6			P.O. Businco di Cagliari - Messa a norma antincendio - Centro gestione emergenze	45259000-7	Borelli	Gianluca	150.000,00	225.000,00	ADN	NA	NA	NA	3	Studio Fattibilità		3/2018	2/2019
AC2			P.O. Microcitemico di Cagliari - Messa a norma antincendio - Generale	45259000-7	Borelli	Gianluca	150.000,00	2.033.000,00	ADN	NA	NA	NA	3	Studio Fattibilità		2/2020	4/2023
AC3			P.O. Microcitemico di Cagliari - Messa a norma antincendio - Centro gestione emergenze	45259000-7	Borelli	Gianluca	50.000,00	225.000,00	ADN	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		3/2018	2/2019
SM10			P.O. S. Michele - Distribuzione idrica sanitaria/legionella	45259000-7	Borelli	Gianluca	120.000,00	240.000,00	MIS	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		2/2018	4/2018
SM11			P.O. S. Michele - Illuminazione esterna	45213210-8	Borelli	Gianluca	120.000,00	100.000,00	MIS	NA	NA	NA	3	Studio Fattibilità		2/2018	4/2018
AB7			P.O. A. Businco - Illuminazione emergenza	45259000-7	Borelli	Gianluca	200.000,00	400.000,00	MIS	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		1/2018	4/2018
SBM1			P.O. S. Michele - P.O. Businco - P.O. Microcitemico - Interventi manutenzione < 100.000,00 Euro	45213210-8	Borelli	Gianluca	900.000,00	900.000,00	CPA	NA	NA	NA	1	Studio Fattibilità		1/2018	4/2018
			TOTALE				6.646.540,00	104.985.269,01									



Programma acquisto immobilizzazioni esercizio 2018

Nell'anno 2018 si prevede di procedere all'acquisto delle seguenti immobilizzazioni finanziate con fondi FSC 2007-2013:

Testa-Letto - Pronto Soccorso San Michele € 20.000; Ecocolordoppler San Michele € 25.000; Attrezzature e arredi vari San Michele € 43.514, Apparecchiature Ginecologia (Ecografi etc.) Cao € 300.000; Toracica digitale Cao €190.000; Radiologia Portatile per grafia Cao € 110.000; Toracica digitale Businco 190.000; Apparecchio per scopia portatile Businco € 155.000; WS di elaborazione per PET Businco € 85.000; Radioterapia Sistema per Brachiterapia HDR B Businco € 230.000; Anatomia Patologica Businco € 90.000; Portatile grafia radiologia Businco € 110.000

Si prevede inoltre di effettuare l'acquisizione di ulteriori immobilizzazioni da finanziare con risorse proprie per un valore di € 1.020.000.



Parte IV
La programmazione economica e finanziaria

a) Conto economico preventivo 2018, redatto secondo il nuovo schema di conto economico previsto dall'art. 26 del Decreto legislativo 118/2011 e ss.mm.ii. (importi €/mg)

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE	ANNO 2018			
	Anno 2018	Anno 2017	VARIAZIONE 2018/2017	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	103.920	103.026	894	0,87%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	102.890	99.662	3.228	3,24%
b) Contributi in c/esercizio - (extra fondo)	830	3.110	-2.280	-73,31%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	0	2.280	-2.280	-100,00%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA				
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA				
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro	830	830	0	0,00%
5) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche - (extra fondo)				
6) Contributi da altri soggetti pubblici				
c) Contributi in c/esercizio per ricerca				
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente				
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata				
3) da Regione ed altri soggetti pubblici				
4) da privati				
d) Contributi in c/esercizio da privati	200	254	-54	-21,26%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.020	-665	-355	53,38%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti				
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	219.335	208.587	10.748	5,15%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad Aziende sanitarie pubbliche	214.341	203.227	11.114	5,47%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	2.780	3.146	-366	-11,63%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.214	2.214	0	0,00%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.245	3.193	-948	-29,69%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.250	2.250	0	0,00%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	7.315	7.202	113	1,57%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni				
9) Altri ricavi e proventi	495	527	-32	-6,07%
Totale A)	334.540	324.120	10.420	3,21%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	103.404	100.054	3.350	3,35%
a) Acquisti di beni sanitari	100.063	96.743	3.320	3,43%
b) Acquisti di beni non sanitari	3.341	3.311	30	0,91%
2) Acquisti servizi sanitari	9.072	10.216	-1.144	-11,20%
a) Acquisti servizi sanitari - medicina di base				
b) Acquisti servizi sanitari - Farmaceutica				
c) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	114	114	0	0,00%
d) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa				
e) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa				
f) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica				
g) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera				
h) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale				
i) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F				
j) Acquisto prestazioni termali in convenzione				
k) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	527	527	0	0,00%
l) Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	36	36	0	0,00%
m) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	2.130	2.423	-293	-12,09%
n) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	60	60	0	0,00%

o) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.609	2.469	-860	-34,83%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.596	4.587	9	0,20%
q) Costi per differenziale tariffe TUC				
3) Acquisti di servizi non sanitari	28.049	27.970	79	0,28%
a) Servizi non sanitari	27.393	27.242	151	0,55%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	250	343	-93	-27,11%
c) Formazione	406	385	21	5,45%
4) Manutenzione e riparazione	13.592	14.439	-847	-5,87%
5) Godimento di beni di terzi	4.516	4.328	188	4,34%
6) Costi del personale	168.492	157.589	10.903	6,92%
a) personale dirigente medico	72.710	68.526	4.184	6,11%
b) personale dirigente ruolo sanitario non medico	5.827	4.856	971	20,00%
c) personale comparto ruolo sanitario	66.405	62.460	3.945	6,32%
d) personale dirigente altri ruoli	1.053	956	97	10,15%
c) personale comparto altri ruoli	22.497	20.791	1.706	8,21%
7) Oneri diversi di gestione	1.684	1.676	8	0,48%
8) Ammortamenti	9.585	9.680	-95	-0,98%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	97	127	-30	-23,62%
b) Ammortamenti dei fabbricati	3.876	3.845	31	0,81%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	5.612	5.708	-96	-1,68%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti				
10) Variazione delle rimanenze	0	1.723	-1.723	-100,00%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	0	1.699	-1.699	-100,00%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	0	24	-24	-100,00%
11) Accantonamenti	1.456	5.536	-4.080	-73,70%
a) Accantonamenti per rischi	1.006	1.006	0	0,00%
b) Accantonamenti per premio operosità				
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati				
d) Altri accantonamenti	450	4.530	-4.080	-90,07%
Totale B)	339.850	333.211	6.639	1,99%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	-5.310	-9.091	3.781	-41,59%
C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari				
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	397	453	-56	-12,36%
Totale C)	-397	-453	56	-12,36%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni				
2) Svalutazioni				
Totale D)				
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	0	1.135	-1.135	-100,00%
a) Plusvalenze				
b) Altri proventi straordinari	0	1.135	-1.135	-100,00%
2) Oneri straordinari	0	4.233	-4.233	-100,00%
a) Minusvalenze				
b) Altri oneri straordinari	0	4.233	-4.233	-100,00%
Totale E)	0	-3.098	3.098	-100,00%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	-5.707	-12.642	2.702	-21,37%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	11.733	10.831	902	8,33%
a) IRAP relativa a personale dipendente	11.539	10.627	912	8,58%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	57	67	-10	-14,93%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	137	137	0	0,00%
d) IRAP relativa ad attività commerciali				
2) IRES	99	99	0	0,00%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)				
Totale Y)	11.832	10.930	902	8,25%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-17.539	-23.572	3.604	-15,29%



b) Piano dei flussi di cassa prospettici ai sensi del D.Lgs. 118/2011 (importi €/mgl)

SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO		ANNO 2018
OPERAZIONI DI GESTIONE REDDITUALE		
(+)	risultato di esercizio	-17.539
	- Voci che non hanno effetto sulla liquidità: costi e ricavi non monetari	
(+)	ammortamenti fabbricati	3.876
(+)	ammortamenti altre immobilizzazioni materiali	9.488
(+)	ammortamenti immobilizzazioni immateriali	97
	Ammortamenti	13.461
(-)	Utilizzo finanziamenti per investimenti	-1.020
(-)	Utilizzo fondi riserva: investimenti, incentivi al personale, successioni e donaz., plusvalenze da reinvestire	0
	Utilizzo contributi in c/capitale e fondi riserva	-1.020
(+)	accantonamenti SUMAI	0
(-)	pagamenti SUMAI	0
(+)	accantonamenti TFR	0
(-)	pagamenti TFR	0
	- Premio operosità medici SUMAI + TFR	0
(+/-)	Rivalutazioni/svalutazioni di attività finanziarie	0
(+)	accantonamenti a fondi svalutazioni	0
(-)	utilizzo fondi svalutazioni (*)	0
	- Fondi svalutazione di attività	0
(+)	accantonamenti a fondi per rischi e oneri	1.456
(-)	utilizzo fondi per rischi e oneri	-1.456
	- Fondo per rischi ed oneri futuri	0
	TOTALE Flusso di CCN della gestione corrente	12.441
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso regione e provincia autonoma, esclusa la variazione relativa a debiti per acquisto di beni strumentali	-1.450
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso comune	168
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso aziende sanitarie pubbliche	16
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso arpa	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso fornitori	5.294
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti tributari	204
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso istituti di previdenza	241
(+)/(-)	aumento/diminuzione altri debiti	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti (escl. forn. di immob. e C/C bancari e istituto tesoriere)	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione ratei e risconti passivi	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Stato quote indistinte	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Stato quote vincolate	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione per gettito addizionali Irpef e Irap	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione per partecipazioni regioni a Statuto speciale	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - vincolate per partecipazioni regioni a Statuto speciale	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - gettito fiscalità regionale	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - altri contributi extrafondo	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione	1.200
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Comune	1
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Asl-Ao	3.000
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/ARPA	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Erario	3
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Altri	2.200
(+)/(-)	diminuzione/aumento di crediti	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento del magazzino	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento di acconti a fornitori per magazzino	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento rimanenze	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento ratei e risconti attivi	200
	A - Totale operazioni di gestione reddituale	11.077
	ATTIVITA' DI INVESTIMENTO	0
(-)	Acquisto costi di impianto e di ampliamento	0
(-)	Acquisto costi di ricerca e sviluppo	0
(-)	Acquisto Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno	0
(-)	Acquisto immobilizzazioni immateriali in corso	0
(-)	Acquisto altre immobilizzazioni immateriali	-80
(-)	Acquisto immobilizzazioni immateriali	0
(+)	Valore netto contabile costi di impianto e di ampliamento dismessi	0
(+)	Valore netto contabile costi di ricerca e sviluppo dismessi	0
(+)	Valore netto contabile Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno dismessi	0
(+)	Valore netto contabile immobilizzazioni immateriali in corso dismesse	0
(+)	Valore netto contabile immobilizzazioni immateriali dismesse	0



(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Immateriali dismesse	0
(-)	Acquisto terreni	0
(-)	Acquisto fabbricati	0
(-)	Acquisto impianti e macchinari	0
(-)	Acquisto attrezzature sanitarie e scientifiche	-2.179
(-)	Acquisto mobili e arredi	0
(-)	Acquisto automezzi	0
(-)	Acquisto altri beni materiali	-310
(-)	Acquisto Immobilizzazioni Materiali	0
(+)	Valore netto contabile terreni dismessi	0
(+)	Valore netto contabile fabbricati dismessi	0
(+)	Valore netto contabile impianti e macchinari dismessi	0
(+)	Valore netto contabile attrezzature sanitarie e scientifiche dismesse	0
(+)	Valore netto contabile mobili e arredi dismessi	0
(+)	Valore netto contabile automezzi dismessi	0
(+)	Valore netto contabile altri beni materiali dismessi	0
(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Materiali dismesse	0
(-)	Acquisto crediti finanziari	0
(-)	Acquisto titoli	0
(-)	Acquisto Immobilizzazioni Finanziarie	0
(+)	Valore netto contabile crediti finanziari dismessi	0
(+)	Valore netto contabile titoli dismessi	0
(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Finanziarie dismesse	0
(+/-)	Aumento/Diminuzione debiti v/fornitori di immobilizzazioni	0
B - Totale attività di investimento		-2.569
ATTIVITA' DI FINANZIAMENTO		0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Stato (finanziamenti per investimenti)	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (finanziamenti per investimenti)	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (aumento fondo di dotazione)	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (ripiamo perdite)	-23.572
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (copertura debiti al 31.12.2005)	0
(+)	aumento fondo di dotazione	108.173
(+)	aumento contributi in c/capitale da regione e da altri	3.228
(+)/(-)	altri aumenti/diminuzioni al patrimonio netto (*)	-23.572
(+)/(-)	aumenti/diminuzioni nette contabili al patrimonio netto	0
(+)/(-)	aumenti/diminuzione debiti C/C bancari e istituto tesoriere (*)	0
(+)	assunzione nuovi mutui (*)	0
(-)	mutui quota capitale rimborsata	0
C - Totale attività di finanziamento		64.257
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A+B+C+)		60.324
Delta liquidità tra inizio e fine esercizio (al netto dei conti bancari passivi)		
Squadratura tra il valore delle disponibilità liquide nello SP e il valore del flusso di cassa complessivo		0



c) Nota illustrativa al bilancio preventivo economico anno 2018

Il bilancio preventivo economico annuale è redatto secondo le modalità di cui agli articoli 25 e 32 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.

Le previsioni e le conseguenti valutazioni a contenuto economico finanziario e patrimoniale, sono state effettuate sulla base di analisi di tipo storico (rappresentative delle dinamiche già insite nell'azienda) e programmatico e sulle aspettative di acquisizione e di utilizzo delle risorse al fine di consentire di avvicinarsi alla realtà con un maggior grado di approssimazione.

Il procedimento di formazione del sistema di bilancio preventivo implica delle stime o previsioni che prescindono dagli effetti derivanti da variabili imprevedibili, straordinarie o esogene che si possono manifestare durante la gestione, modificando i valori determinati.

Nel bilancio economico di previsione, sono state iscritte solo le componenti economiche positive che ragionevolmente saranno disponibili nel periodo amministrativo considerato. I componenti economici negativi sono correlati alle risorse necessarie al regolare svolgimento delle attività istituzionali.

VALORE DELLA PRODUZIONE

Con la nota del Servizio Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e Controllo di Gestione dell'Assessorato dell'Igiene Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna n. 22287 del 07/09/2017 avente ad oggetto "Assegnazione provvisoria delle risorse per il finanziamento indistinto alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere anno 2018", l'assegnazione teorica indicativa per l'anno 2018 per l'AOB è stata determinata in € 102.890.478,59 come quota F.S. regionale indistinto (voce modello CE AA0030). Gli importi relativi alla mobilità sono definiti nella DGR n. 27/12 del 06/06/2017, ripartiti tra le diverse voci del modello CE secondo quanto di seguito riportato:

AA0350 – Ricavi per prestazioni di ricovero erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione € 128.953.705,00

AA0360 – Ricavi per prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione € 26.258.048,00

AA0380 – Ricavi per prestazioni di File F erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione € 45.198.538,00

AA0460 – Ricavi per prestazioni di ricovero erogate a soggetti pubblici extraregione € 861.422,00

AA0470 – Ricavi per prestazioni ambulatoriali erogate a soggetti pubblici extraregione € 92.650,00

AA0490 – Ricavi per prestazioni di File F erogate a soggetti pubblici extraregione € 45.928,00

Nella nota RAS di cui sopra, si evidenzia che l'assegnazione è puramente indicativa, in quanto suscettibile di variazioni in aumento o diminuzione sulla base delle seguenti variabili:

Approvazione della legge di stabilità anno 2018;



Approvazione dell'intesa sulla proposta di deliberazione CIPE concernente il riparto tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano delle disponibilità finanziarie di parte corrente per il servizio sanitario nazionale nell'anno 2018;

Acquisizione definitiva delle più recenti matrici di mobilità;

Operazioni di riequilibrio.

Il dato dei ricavi per prestazioni di ricovero e per prestazioni di specialistica ambulatoriale così determinato è stato incrementato del valore della produzione 2016 delle unità operative di Neurochirurgia (transitata il 01/10/2017), CTMO (transito previsto per il 01/01/2018), Medicina nucleare (transito previsto per il 01/01/2018) e Oculistica (transitata il 01/10/2017), provenienti dai presidi ospedalieri della Assl di Cagliari Marino, Binaghi e SS. Trinità, per un valore pari a € 8.003.000 (ricovero) e € 755.000 (specialistica ambulatoriale).

I contributi in conto esercizio extra fondo, non avendo nello scenario attuale informazioni definite, sono stati ipotizzati, sulla base delle indicazioni contenute nella nota RAS n. 16100 del 16.06.2017 avente ad oggetto "Risorse finanziarie di parte corrente esercizio 2017 stanziare dalle leggi regionali nn. 5 e 6 del 13.04.2017", riferite alle spese per il funzionamento della Struttura regionale di coordinamento delle attività trasfusionali SRC (€ 80.000), ai finanziamenti per la gestione della Banca delle cellule staminali cordonali (art. 32, comma 11, L.R. 29 maggio 2007, n. 2) (€ 250.000), alle somme rivenienti dalla gestione liquidatoria della Società partecipata della RAS "Fase 1", per sostenere nel biennio 2017-2018 l'avvio di una Unità operativa per la ricerca clinica (€ 1.000.000 - missione 13 - programma 07 - titolo 1 - capitolo SC08.6872).

La voce "rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale" è stimata per un importo pari a € 1.020.000, costituiti a riserva di patrimonio netto in applicazione delle disposizioni del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, in correlazione al pagamento con contributi in conto esercizio di costi per acquisizione di attrezzature sanitarie, arredi e software.

I ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria ammontano a € 219.335.000 e sono composti da € 211.661.000 relativi all'attività di ricovero, ambulatoriale, pronto soccorso e File F e, per la differenza, a ricavi per libera professione intramuraria, prestazioni di immunoematologia erogate alle case di cura private, prestazioni erogate a pazienti paganti e sperimentazioni farmaci e ricavi per cessione plasmaderivati ad Aziende Sanitarie della Regione.

La voce concorsi recuperi e rimborsi ammonta in totale a € 2.245.000 e comprende le indennità per inabilità temporanea corrisposte dall'INAIL, rimborsi per pay back stimati prudenzialmente in € 1.000.000, rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando, diritti per rilascio certificazioni, cartelle cliniche e fotocopie, ecc.

La compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) è stimata per € 2.250.000.

La quota contributi c/capitale imputata all'esercizio è pari a € 7.315.000 e corrisponde alla sterilizzazione degli ammortamenti dei beni immobilizzati acquisiti con finanziamenti in conto capitale, donazioni e in conto esercizio.

Nella voce altri ricavi e proventi sono compresi i fitti attivi, i ricavi provenienti dalla cessione di esercizi pubblici e macchine distributrici, i ricavi per cessione pasti. L'importo complessivo è pari a € 495.000.

COSTO DELLA PRODUZIONE

Si prevede di chiudere l'esercizio 2018 con un costo della produzione pari a € 339.850.000. Nel preconsuntivo 2017 il costo è stimato in € 333.211.000.

L'incremento dal 2017 al 2018 è determinato in gran parte da alcune variabili esogene rispetto alla gestione aziendale quali: l'accorpamento delle unità operative di Neurochirurgia, Centro trapianti midollo osseo, Oculistica e Medicina nucleare provenienti dai presidi ospedalieri della Assl di Cagliari Marino, Binaghi e SS. Trinità, i maggiori costi derivanti dall'applicazione del CCNL in fase di discussione, l'incremento del premio INAIL (aliquote superiori e basi imponibili variate sulla base dell'incremento del personale da assicurare), aumento aliquote tributarie (TARI).

Per i costi di acquisto dei beni sanitari si ipotizza quanto segue:

Il costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati sia per il consumo interno, che per i farmaci oncologici ad alto costo che per l'erogazione diretta è stato stimato sulla base del trend dell'esercizio 2017 e sui possibili effetti delle misure di contenimento della spesa farmaceutica previsti sul presente piano. L'utilizzo del trend dell'anno precedente per la distribuzione diretta è dovuto alle difficoltà di programmare i costi dei farmaci oncologici e per l'epatite C legati alla domanda di pazienti da trattare la cui entità non è attendibilmente stimabile. L'incremento che si rileva su tali costi rispetto all'esercizio 2017 dipende per € 2.625.000 dall'acquisizione delle unità operative di Neurochirurgia, Centro trapianti midollo osseo, Oculistica e Medicina nucleare provenienti dai presidi ospedalieri della Assl di Cagliari.

Il costo per sangue ed emocomponenti, prodotti dietetici, vaccini, prodotti chimici, altri beni e prodotti sanitari, è stimato sulla base del trend dell'esercizio 2017.

La stima dei costi per dispositivi è effettuata sulla base del trend dell'esercizio 2017 incrementato dei costi derivanti dall'acquisizione delle unità operative di Neurochirurgia, Centro trapianti midollo osseo, Oculistica e Medicina nucleare provenienti dai presidi ospedalieri della Assl di Cagliari (€ 912.000). L'andamento storico di tale voce è in aumento a seguito del potenziamento di interventi ad alta complessità.

Per i costi di acquisto dei beni non sanitari si ipotizza quanto segue:

All'interno di questa voce sono ricompresi i prodotti alimentari, i materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza, i combustibili carburanti e lubrificanti, i supporti informatici, cancelleria e stampati, il materiale tecnico strumentale per manutenzioni e riparazioni, altri beni non sanitari non ricompresi nelle categorie suddette. Il costo di queste voci è stimato in linea con il trend dell'anno 2017.

Per i costi di acquisto dei servizi sanitari si ipotizza quanto segue:

All'interno di questa voce sono ricompresi i costi per acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale a fatturazione diretta, i costi per due medici di medicina specialistica interna, i costi per attività di prelievo organi, i rimborsi delle spese funerarie per i donatori d'organo, i costi per prestazioni di trasporto sanitario (plasma, sangue e materiale biologico, trasporto aereo organi ed equipe, ambulanze). Tali costi sono stimati sulla base del trend del 2017.

Tra i servizi sanitari è compresa la voce compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia). L'importo stimato per la specialistica ambulatoriale è calcolato sulla base del trend dell'esercizio 2017.

L'importo per le consulenze a privati ed Asl è stimato sulla base delle convenzioni che fotografano la situazione prevista per l'anno 2018.

Altri costi relativi a questa categoria sono le consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro sanitarie, nelle quali sono compresi i compensi alla dirigenza e al comparto per acquisizione di prestazioni aggiuntive, i contratti di libera professione, le collaborazioni coordinate e continuative, le indennità a personale universitario e il rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando. Il dato di costo è stato stimato sulla entità dei contratti (alcuni dei quali finanziati), e il personale universitario o in comando che si prevede in carico nel 2018. Tali costi hanno un trend in diminuzione a fronte di incrementi dei costi del personale dipendente.

Sono ricompresi inoltre i costi derivanti dall'accordo interregionale per i plasmaderivati, PET (positron emission tomography), radiofarmaco e sperimentazioni cliniche stimati sulla base del trend degli ultimi esercizi.

Per i costi di acquisto dei servizi non sanitari si ipotizza quanto segue:

All'interno di questa voce per quanto riguarda i costi per lavanderia, pulizia, mensa degenti e dipendenti (solo Businco e Cao), servizi di assistenza informatica, servizi di trasporti non sanitari, servizi smaltimento rifiuti speciali, utenze, servizi di vigilanza, portineria è previsto per il 2018 un andamento in linea con il trend dell'esercizio 2017.

I Premi di assicurazione - R.C. Professionale sono previsti sulla base dei contratti in essere. Gli altri premi assicurativi si riferiscono alle polizze incendio, furto, autoveicoli, infortuni, donatori sangue, kasko, colpa lieve, e i premi autoassicurazione INAIL (la cui aliquota è notevolmente incrementata rispetto all'anno 2016).

I costi per altri servizi quali front office, back office, di supporto amministrativo, tecnico, ticket e prenotazione, archiviazione documenti e cartelle cliniche, servizi di contratti di service (gas medicali, procedure emodinamica, cardiologia pediatrica e radiologia angiografica), dose unitaria, spese bancarie, spese postali, spese per abbonamenti, banche dati, spese per pubblicità e inserzioni, servizi di giardinaggio, rilegature volumi delibere e determine, sorveglianza radiazioni ionizzanti, dosimetria personale e ambientale, certificazioni qualità, campionamento e analisi emissioni in atmosfera, ecc., sono stimati in base al trend dell'anno 2017.

Tra i servizi non sanitari sono comprese anche le consulenze tecniche e informatiche stimate sulla base dei contratti in essere nel 2018 ad esclusione delle consulenze tecniche d'ufficio stimate sul trend dell'esercizio 2017.

Nei costi per le manutenzioni si ipotizza quanto segue:

Il costo per manutenzioni è stato previsto sulla base della situazione vigente per il 2017 in attesa della definizione dello scenario che si configurerà con la gara regionale prevista per l'affidamento dei servizi integrati per la gestione delle apparecchiature biomedicali delle Aziende sanitarie della Regione Sardegna (Deter. Prot. 38716 del 31/7/2017) e che riguarderà circa il 60% degli attuali costi aziendali per manutenzioni.



Le manutenzioni a richiesta sono state stimate sulla base del andamento tendenziale del 2017, salvo quelle per fabbricati e pertinenze la cui entità è stata stimata sulla base dei lavori preventivati nel Piano triennale delle Opere Pubbliche predisposto dal servizio competente.

Per quanto riguarda la quota relativa al Project financing, in scadenza nell'agosto 2018 per la parte relativa al canone per servizi anticipati, è stata prevista una lieve riduzione dovuta al presunto risparmio che nella componente relativa alle manutenzioni per attrezzature scientifiche è prevedibile con l'adesione alla gara regionale. La riduzione è prudentemente contenuta in quanto il parco attrezzature attualmente gestite nel Project sarà solo parzialmente acquisito dalla gara regionale.

Nei costi per godimento di beni di terzi si ipotizza quanto segue:

I canoni di noleggio sono valutati sulla base delle evidenze contrattuali risultanti alla data della redazione del presente documento.

Nel costo del personale si ipotizza quanto segue

Il costo del personale è stimato in € 168.492.000. Rispetto al preconsuntivo 2017 è stimato un incremento (tra variazioni in aumento e in diminuzione) per € 10.903.000.

Si specifica di seguito il dettaglio delle variazioni in aumento dovute:

- per € 4.832.000 all'acquisizione delle strutture scorporate dalla ATS: Neurochirurgia del presidio ospedaliero Marino, CTMO e Oculistica del presidio ospedaliero Binaghi e Medicina nucleare del presidio ospedaliero SS Trinità;
- per € 404.000 alla sostituzione di contratti di lavoro flessibile con contratti di lavoro dipendente (in attuazione del piano di rientro dal precariato di cui alla DGR 23/7 del 12.5.2015, nonché in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 2, comma 4 del Decreto legislativo 15.6.2015 n. 81);
- per € 1.250.000 alle assunzioni dei direttori delle nuove strutture complesse individuate nell'Atto aziendale;
- per € 4.230.000 ai rinnovi contrattuali. In questo caso si tratta di uno spostamento dei valori indicati nel conto economico preconsuntivo per l'anno 2017 sotto la voce accantonamenti per rinnovi contrattuali (€ 4.080.000) più i maggiori costi derivanti dall'incremento del personale, in considerazione del fatto che si prevede che il contratto venga applicato entro l'esercizio 2018.

Negli oneri diversi di gestione si ipotizza quanto segue:

In tale categoria di costo sono comprese le imposte di registro, di bollo, tasse circolazione automezzi, ecc. stimate sulla base di quanto rilevato nel 2017. Nella stessa voce gravano le imposte comunali (IMU, TARI, TASI) che hanno subito un incremento rispetto all'anno 2016, le indennità per gli Organi Direttivi e il Collegio Sindacale, i compensi per membri esterni di commissioni, contributi autorità vigilanza gare, contributi progetti formativi, ecc. stimati sulla base del trend degli esercizi precedenti.

Nella voce ammortamenti si ipotizza quanto segue:

Gli ammortamenti sono stimati sulla base delle risultanze del registro cespiti ammortizzabili e sugli investimenti previsti nel piano degli investimenti per il 2018.

Nella voce variazione delle rimanenze si ipotizza quanto segue:



Si ipotizza un valore pari a zero presupponendo che le rimanenze finali siano pressoché simili alle iniziali, avendo dato come obiettivo, ai direttori di tutte le unità operative aziendali, il mantenimento dei volumi di scorta minima.

Nella voce accantonamenti si ipotizza quanto segue:

Nella voce accantonamenti per cause civili ed oneri processuali è stata accantonata una somma stimata sul trend delle spese legali e liti arbitraggi e risarcimenti degli ultimi esercizi. L'entità del fondo è stata stimata sulla base delle denunce ricevute per risarcimento danni derivanti da "malpractice" e per responsabilità civile verso terzi derivante da sinistri vari, avendo stimato che i risarcimenti in franchigia seguono un andamento crescente nel tempo. Nel fondo accantonamenti per interessi di mora è stata accantonata una somma pari ad una stima di interessi passivi definiti sulla base dei ritardi medi di pagamento delle fatture di acquisto di beni e servizi.

Nelle partite relative alla gestione finanziaria si ipotizza quanto segue:

Si stimano interessi moratori sulla base del trend 2017.

Si rilevano interessi passivi sul mutuo, a suo tempo acceso dalla Asl n. 8, a copertura parziale degli oneri derivanti dal *project financing* relativo ai presidi Businco e Cao come da piano di ammortamento.

Nella voce imposte e tasse si ipotizza quanto segue:

L'Irap è stimata in coerenza con l'andamento dei costi del personale. L'Ires è stimata in € 99.000 (13,75% sulla rendita rivalutata dei tre presidi).



d) Relazione del Direttore Generale

Nel proprio impegno di programmazione, l'AOB assume come riferimento le strategie e gli indirizzi definiti a livello nazionale (Piano Sanitario Nazionale, disposizioni legislative in materia sanitaria e provvedimenti di attuazione delle stesse), in sede di Conferenza Stato-Regioni (Patto per la Salute) e dalla Regione Autonoma della Sardegna (Piano Sanitario Regionale, provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera e della rete territoriale, indirizzi riferiti a settori specifici).

La programmazione per l'anno 2018 è orientata oltre che al rispetto delle indicazioni ministeriali dettate dal Piano Nazionale Esiti e dal monitoraggio dei LEA, dal Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015 e dai più recenti atti della Conferenza permanente Stato Regioni (miglioramento nella produttività e nella efficienza degli enti del SSN nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza) e sulle indicazioni regionali riguardanti la razionalizzazione della rete ospedaliera, il "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso" e quelle inerenti la razionalizzazione della spesa farmaceutica e l'efficientamento dell'organizzazione ospedaliera.

Quest'ultimo punto in particolare sarà il focus dell'attività di riorganizzazione in attuazione dell'Atto Aziendale recentemente approvato, che comporterà un percorso di evoluzione, graduale, per una riqualificazione dell'offerta assistenziale mediante una razionalizzazione e snellimento dei percorsi diagnostico-assistenziali, tenuto conto delle peculiarità dei bisogni della popolazione sarda.

Tale obiettivo sarà perseguito tenendo conto anche della sostenibilità economica del processo che sarà favorita dalla riprogettazione dell'organizzazione aziendale e conseguentemente dei suoi processi.

Il perseguimento di tali finalità avverrà in coerenza e compatibilmente con lo scenario dell'organizzazione della Rete regionale che vede l'AOB, come parte integrante dell'ampio e complesso Sistema Sanitario Regionale in via di delineazione e come soggetto che nel contempo deve continuare a svolgere funzioni di rilievo regionale-nazionale relativamente all'alta specialità delle prestazioni in alcune attività assistenziali, nonché sviluppare la sua attività attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento della domanda di salute in generale e, in particolare, nel settore ospedaliero di alta specializzazione.

Inoltre, a seguito dell'avvenuta incorporazione degli stabilimenti ospedalieri Businco e Cao, l'AOB intende rafforzare il proprio ruolo di riferimento regionale e nazionale, nelle aree specialistiche consolidate dei suddetti presidi.

Tra i principi organizzativi di riferimento che si intende seguire per agevolare il raggiungimento degli obiettivi si sottolineano in particolare:

- strutturazione dei Dipartimenti con aggregazione di strutture complesse omogenee sotto il profilo dell'attività, delle risorse umane e delle risorse tecnologiche per favorire una gestione unitaria delle stesse;
- ottimizzazione dell'impiego delle risorse dipartimentali mediante l'estensione a 6gg/settimana e 12h/g dei blocchi operatori e delle tecnologie pesanti;
- istituzione dei Dipartimenti funzionali e gruppi di progetto per l'attuazione di percorsi assistenziali che garantiscano un migliore e più rapido approccio multidisciplinare con particolare riguardo alle patologie

complesse, per seguire il paziente dall'inizio del suo percorso diagnostico alla fine del suo percorso terapeutico, seguito da un team di specialisti che lo accompagnano durante l'iter.

Si sottolinea in particolare l'attuazione dei dipartimenti funzionali del Trauma Center e della Breast Unit con i relativi Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), già deliberati, per il trattamento del paziente con trauma maggiore in codice rosso e la paziente affetta da carcinoma mammario.

L'impegno dell'Azienda a supporto dell'attuazione della connessione tra gli interventi operativi previsti nei PDTA continuerà nel triennio mediante l'integrazione intra aziendale delle attività dei tre presidi ospedalieri, un approccio professionale di tipo multidisciplinare e una necessaria collaborazione a livello regionale per il miglioramento continuo dei percorsi di integrazione ospedale e territorio.

In particolare per la quanto riguarda la Breast Unit, come previsto nel PDTA, "sarà implementata l'interazione con altri servizi di diagnosi e cura di altre strutture e servizi extra aziendali (Centri screening, UO di oncologia, Servizio di Genetica Medica, MMG e servizi territoriali)." "Il perfezionamento di tale percorso integrato permetterà insieme al miglioramento dell'aspetto assistenziale anche un beneficio sugli aspetti informativi e comunicativi attraverso modalità che garantiranno la comprensione del percorso di diagnosi e cura per una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di trattamento."

Superfluo sottolineare che considerata la situazione in divenire della struttura organizzativa dell'Azienda, anche in virtù dei trasferimenti da e verso le altre Aziende sanitarie della Regione di Unità Operative e funzioni, alcuni meccanismi operativi di funzionamento sono ancora oggetto di definizione e adattamento al mutevole scenario.

Tale situazione riguarda in particolare

- l'allocazione delle risorse, coerenti con le inderogabili esigenze del contenimento della spesa e del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, al fine dell'erogazione di prestazioni efficaci ed appropriate. Tale finalità si ritiene sarà agevolata dall'orientamento organizzativo volto al maggior coinvolgimento e responsabilizzazione dei Capi dipartimento nella gestione delle risorse assegnate al Dipartimento stesso, considerata l'introduzione dell'impostazione dipartimentale nell'assistenza del paziente con conseguente gestione e fruizione condivisa tra le UU.OO. di una componente delle risorse tecnologiche, del personale e degli spazi;
- lo sviluppo dei sistemi informativi atti a garantire adeguati flussi di dati, funzionali al potenziamento continuo del governo clinico ed economico del sistema azienda, condizione resasi sempre più necessaria con l'impegno dell'azienda nell'adozione delle misure volte all'allineamento ai parametri del piano di rientro;
- la realizzazione di politiche di investimento subordinatamente all'assegnazione di adeguate risorse in conto capitale, come da programma triennale delle opere pubbliche;
- la riconversione e la riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati (day hospital, day service ed attività ambulatoriale di alta specialità);
- la collaborazione allo sviluppo di percorsi assistenziali integrati, allo scopo di garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate nei diversi setting assistenziali;
- la formazione continua e l'adozione di procedure clinico-terapeutiche standardizzate attraverso il processo di accreditamento;



- sviluppo dei rapporti con le strutture del territorio per la gestione dei pazienti secondo percorsi condivisi.

L'attenzione a tale integrazione si concretizzerà anche sul piano della formazione, in ottemperanza alle linee regionali che prevedono tra gli altri obiettivi il progressivo "Processo di deospedalizzazione e integrazione ospedale-territorio in particolare per quanto riguarda l'assistenza del paziente anziano con frattura del femore".

Nell'ambito dell'area strategica di governo clinico continua l'impegno volto alla riorganizzazione ed efficientamento nell'area dei servizi (laboratori specialistici, anatomia patologica, medicina nucleare, radiologia, servizio farmaceutico), e di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza, soprattutto pediatrica (dal 2016 è operativa la struttura di medicina d'urgenza pediatrica), e il costante monitoraggio degli obiettivi di appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure.

Mentre sono ancora subordinati alla riorganizzazione delle rete ospedaliera e territoriale, a livello regionale, ulteriori obiettivi di riorganizzazione.

Nell'area strategica di governo dei processi, sono stati individuati obiettivi che tendono al miglioramento della governance, a garantire maggiore trasparenza e sviluppo di misure di prevenzione della corruzione e a migliorare la rilevazione e circolazione dei dati clinici, mediante una sempre maggiore integrazione dei flussi informatizzati e l'attento monitoraggio dell'attività (DGR 67/16 del 29.12.2015).

Riguardo all'area strategica di governo economico, continua lo sforzo dell'Azienda nel contenimento e riqualificazione della spesa farmaceutica attraverso la sensibilizzazione verso la prescrizione dei farmaci biosimilari, in attuazione della DGR n. 54/11 del 2015, il monitoraggio dei consumi dei farmaci oncologici e della relativa chiusura delle schede con adeguata sollecitudine che consenta di beneficiare tempestivamente dei rimborsi AIFA (DGR n. 46/54 del 16/11/2011) previsti in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionate (payment by results, risk sharing e cost sharing) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo dei farmaci tra AIFA e case farmaceutiche.

In tale prospettiva, continuerà anche nell'esercizio 2018 il lavoro del gruppo tecnico multidisciplinare istituito per il contenimento della spesa farmaceutica, prevedendo in particolare la standardizzazione di un adeguato sistema di reporting.

Si intendono attivare analoghe misure per il contenimento della spesa per dispositivi medici, con la costituzione di un gruppo tecnico multidisciplinare apposito.

Per quel che riguarda in generale l'area degli approvvigionamenti, dovranno essere adottate misure atte a razionalizzare la rilevazione dei fabbisogni di beni e servizi, mentre per quel che riguarda le procedure di acquisizione degli stessi beni e servizi, le politiche aziendali saranno fortemente influenzate e condizionate dall'attuazione delle disposizioni della legge regionale n. 17 del 27/07/2016, che, al riguardo, attribuiscono all'ATS un ruolo centrale.

Con riferimento agli investimenti, le scelte aziendali, esplicitate nel Programma delle opere pubbliche 2018, sono coerenti con le indicazioni regionali e sono volte a garantire l'adeguamento tecnologico e strutturale dell'Azienda in funzione del ruolo che la stessa deve svolgere nell'ambito della rete ospedaliera regionale.

Un'importante voce di spesa riguarda ancora il costo per manutenzioni volto alla riqualificazione strutturale dei tre presidi con particolare attenzione agli interventi necessari per riqualificare le aree critiche (sale

operatorie, terapie intensive ecc.) mediante la predisposizione della cd. Piastra tecnologica, arginare le carenze strutturali ancora presenti, garantire la sicurezza degli ambienti per pazienti e operatori e agevolare l'accessibilità degli spazi, con un'attenzione sempre maggiore alla confortevolezza degli ambienti, data anche la peculiarità dei pazienti che si rivolgono all'Azienda.



e) Piano del fabbisogno del personale

CCNL SANITA'	Ruolo	Qualifica	Dotazione organica prevista da atto aziendale	Dotazione organica anno 2017 (presenti)	Previsione cessati anno 2018
area IV	sanitario	direttore s.c.	45	30	2
area IV	sanitario	dirigente medico	688	682	18
area III	sanitario	direttore s.c. farmacia	1	1	
area III	sanitario	direttore s.c. fisica	1		
area III	sanitario	dirigente farmacista	13	12	
area III	sanitario	dirigente fisico	10	10	1
area III	sanitario	dirigente psicologo	17	6	1
area III	sanitario	dirigente biologo	33	27	1
area III	sanitario	dirigente chimico	1	1	
area III	sanitario	direttore s.c. professioni sanitarie	2		
area III	sanitario	dirigente professioni infermieristiche	1	1	
area III	sanitario	dirigente professioni tecniche riabilitaz.	1	1	
area III	professionale	dirigente ingegnere	3	3	
area III	tecnico	dirigente avvocato	1		
area III	tecnico	dirigente analista	1	1	
area III	amministrativo	dirigente amministrativo	6	5	1
comparto	sanitario	infermiere	1.122	1.172	5
comparto	sanitario	ostetrica/o	37	36	2
comparto	sanitario	infermiere pediatrico	75	70	1
comparto	sanitario	fisioterapista	43	42	
comparto	sanitario	logopedista	7	4	
comparto	sanitario	ortottista - assistente di oftalmologia	4	3	
comparto	sanitario	tecnico audiometrista	1	1	
comparto	sanitario	tecnico sanitario di laboratorio biomedico	125	114	2
comparto	sanitario	tecnico sanitario di anatomia patologica	9	7	
comparto	sanitario	tecnico sanitario di radiologia medica	124	119	1
comparto	sanitario	tecnico di neurofisiopatologia	6	6	
comparto	sanitario	tecnico della fisiopat. cardiocirc. e perfusione cordiovasc.	5	4	
comparto	sanitario	dietista	9	9	
comparto	sanitario	assistente sanitario	6	5	1
comparto	sanitario	operatore prof.le di II cat. - pers. inferm. - bs	4	2	1
comparto	sanitario	operatore prof.le sanitario personale inferm - c	24	21	4
comparto	sanitario	collaboratore professionale sanitario esp.	64	49	2
comparto	professionale	assistente religioso	4	4	1
comparto	tecnico	ausiliario specializzato - a	84	80	1
comparto	tecnico	operatore tecnico addetto all'assistenza - b	24	22	1
comparto	tecnico	operatore socio sanitario - bs	288	280	2
comparto	tecnico	operatore tecnico b	153	127	5
comparto	tecnico	operatore tecnico specializzato - bs	22	19	1
comparto	tecnico	operatore tecnico specializzato esperto - c	3	3	
comparto	tecnico	programmatore - c	2	1	
comparto	tecnico	assistente tecnico - c	38	29	1
comparto	tecnico	collaboratore tecnico professionale - d	27	12	1
comparto	tecnico	collaboratore professionale assistente sociale - d	3	3	
comparto	amministrativo	commesso - a	9	6	
comparto	amministrativo	coadiutore amministrativo - b	60	47	2
comparto	amministrativo	assistente amministrativo - c	58	37	2
comparto	amministrativo	collaboratore amministrativo professionale - d	42	30	
comparto	amministrativo	collaboratore amministrativo professionale esperto - ds	2	2	
			3.308	3.146	60



