



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

Piano della Performance 2018-2020

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

Sommario

1. DEFINIZIONI E FINALITA'	4
2. PIANO DELLA PERFORMANCE	6
3. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA	10
3.1 CHI SIAMO.....	10
3.2 MISSION	11
3.3 VISION	13
4. ANALISI DEL CONTESTO	20
4.1 Analisi del contesto esterno	20
4.2 Analisi del contesto interno	24
4.2.1 La struttura organizzativa dell'azienda da Atto Aziendale	32
4.2.3 La Pianta Organica	34
4.3 Le risorse economiche.....	36
5. PIANO STRATEGICO ED OPERATIVO	37
Piano di Riorganizzazione dell'assetto Logistico Assistenziale	37
5.1 Obiettivi Annuali.....	39
Il Piano Operativo	40
5.2 La Pianificazione Strategica Triennale 2018-2020	41
Attuazione atto Aziendale	41
Accreditamento	42
Piano Assunzioni e ottimizzazione impiego risorse umane	42
Avvio comitati.....	43
Ottimizzazione dei posti letto.....	43
Spesa Farmaceutica e centri prescrittori	44
Attivazione posti Letto U.O. Chirurgia Plastica	44
Valorizzazione P.O. san Giovanni di Dio	44
Obiettivi e risultati attesi nel triennio	44
Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale	44
Definire le funzioni e le discipline dei presidi ospedalieri sulla base di standard minimi.....	45
Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio	45
Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera	45

Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera	45
Definire e governare le reti cure ospedaliere per le patologie complesse tempodipendenti...	45
Valorizzazione delle tecnologie digitali.....	46
5.3 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità.....	47
6. Sistema Di Budget	50
6.1 Valutazione.....	50
6.2 Collegio Tecnico.	51
6.3 Organismo Indipendente di Valutazione.....	52
7. IL SISTEMA PREMIANTE	54
OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	54
8. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORAMENTI	55
9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA	56
10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	58

IL SISTEMA DI MISURA E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

1. DEFINIZIONI E FINALITA'

Il presente documento viene redatto, in armonia con le specificità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Cagliari, allo scopo di dare attuazione ai principi generali di cui al **Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009** "attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, e delle successive modifiche ed integrazioni, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". Esso detta la disciplina generale in base alla quale dovrà realizzarsi il ciclo di gestione della performance e consolidarsi il sistema di misura compresi tutti gli strumenti funzionali alla prescritta valutazione delle prestazioni e dei risultati.

La finalità da perseguire è il miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda, la massima valorizzazione dei suoi dipendenti, sia delle competenze professionali, tecniche e gestionali e della capacità di assumere responsabilità per risultati delle strutture (performance organizzativa); ciò si abbina con la performance individuale misurabile tramite la valorizzazione differenziale del merito all'interno dell'equipe di appartenenza: il sistema consente l'erogazione meritocratica dei premi, nel rispetto dei principi dell'integrità e della trasparenza dell'azione amministrativa.

Il ciclo di gestione della performance ha cadenza annuale e si sviluppa nell'arco temporale del Piano triennale della performance; si svolge in forma coerente con quanto previsto dalla legislazione regionale vigente con particolare riferimento alle norme in materia di programmazione finanziaria e di bilancio; si concretizza tecnicamente attraverso un sistema di coinvolgimento delle direzioni di struttura che caratterizza il classico processo budgetario.

Gli strumenti di misurazione e valutazione della performance aventi conseguenze sul rapporto di lavoro del personale dipendente sono disciplinati nel rispetto delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) vigenti, fatta comunque salva l'applicazione delle norme di legge aventi carattere imperativo e inderogabile.

Si definisce performance il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità organizzata (gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma o politica pubblica) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle

finalità e degli obiettivi prefissati dall'Azienda ed, in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

Si distingue in performance organizzativa ed individuale.

La **performance organizzativa** è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento della *mission* dell'Azienda e degli obiettivi individuati e negoziati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder. Afferisce la sfera organizzativo-gestionale dell'Azienda.

La **performance individuale** è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi tesi al raggiungimento della *mission* dell'Azienda e per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli *stakeholder*; gli obiettivi sono attribuiti alla struttura di appartenenza, il dirigente superiore informa opportunamente tutti i collaboratori in via preventiva.

Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno e dell'azione professionale messe a disposizione dell'organizzazione.

La performance organizzativa e la performance individuale sono correlate nel ciclo della performance.

2. PIANO DELLA PERFORMANCE

L'art 10 comma 1 lettera a) del D.Lgs. 150/2009, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74 del 25/05/2017, individua nel Piano della performance (PP) il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, consolidano e razionalizzano una serie di strumenti di pianificazione, di documentazione e di rendicontazione previsti oramai da diversi decenni ed adottati nel corso del tempo.

Il Piano, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto 150/2009 e ss.mm. ii:

- è un documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di pianificazione del Ciclo di gestione della prestazione di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi previsti ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della prestazione di ciascuna struttura (*prestazione organizzativa*).

Il Piano (PP) è lo strumento base che, validato dall'OIV aziendale, consente all'Azienda di avviare il conseguente *Ciclo di gestione della prestazione* (articolo 4 del decreto). Come detto, si tratta di un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse in ipotesi rese disponibili da parte della Regione, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i valori target correlati. Le verifiche finali e la rendicontazione della prestazione, infatti, sono il presupposto per svolgere le valutazioni della prestazione (previa istruttoria e proposta alla direzione da parte dell'OIV aziendale).

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare *"la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della prestazione"*.

In base all'articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, il PP viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

1. gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
2. gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
3. gli obiettivi assegnati ai titolari delle strutture dirigenziali dotate di autonomia di budget, ed i relativi indicatori.

In via metodologica, al fine di assicurare la doverosa trasparenza dei procedimenti amministrativi, l'Azienda specifica le caratteristiche degli obiettivi previste dall'art 5 c.2:

- a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d. riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Gli indirizzi strategici (articolo 15, comma 2, lett. b), del decreto) - sono programmati su base triennale e vengono definiti, da parte della Direzione Generale (Organo di indirizzo politico-amministrativo). Essi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione della performance.

Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8 del decreto, sulla base del presente Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'articolo 7 del decreto stesso.

Il Piano della performance della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari è redatto prendendo spunto dalle disposizioni di cui alle Delibere della Commissione nazionale CIVIT n°89 e n°104 del 2010.

Al suo interno sono esposti i seguenti dettagli:

a – i contenuti minimi e le modalità con cui si è provveduto alla redazione concreta del **Piano della Performance** di cui alla delibera n° 112/2010;

b – la metodologia per l'introduzione del "sistema" – coerentemente con il **processo di budget** – con particolare attenzione alla definizione del "**Ciclo della performance**" con i doverosi collegamenti al "**Protocollo applicativo per la gestione del Sistema Premiante Aziendale**" e con le procedure di verifica e valutazione della **performance organizzativa** e della **performance individuale** dei dipendenti.

Il documento rispecchia le scelte organizzative contenute nella proposta dell'*atto aziendale* ed include gli obiettivi descritti coerenti con le scelte di pianificazione triennale della Direzione Generale e, a scalare, dell'alto management e delle Unità operative.

Il documento di Piano della Performance, in quanto rappresentazione del processo e delle modalità con cui si realizzano le scelte strategiche, si sviluppa a partire dall'analisi delle determinanti (*Mission, Valori, Vision, Contesto Interno, Ambiente Esterno*) considerate da parte della Direzione Generale, partendo dall'individuazione degli obiettivi fino alla misurazione degli *output/outcome* ai diversi livelli dell'organizzazione.

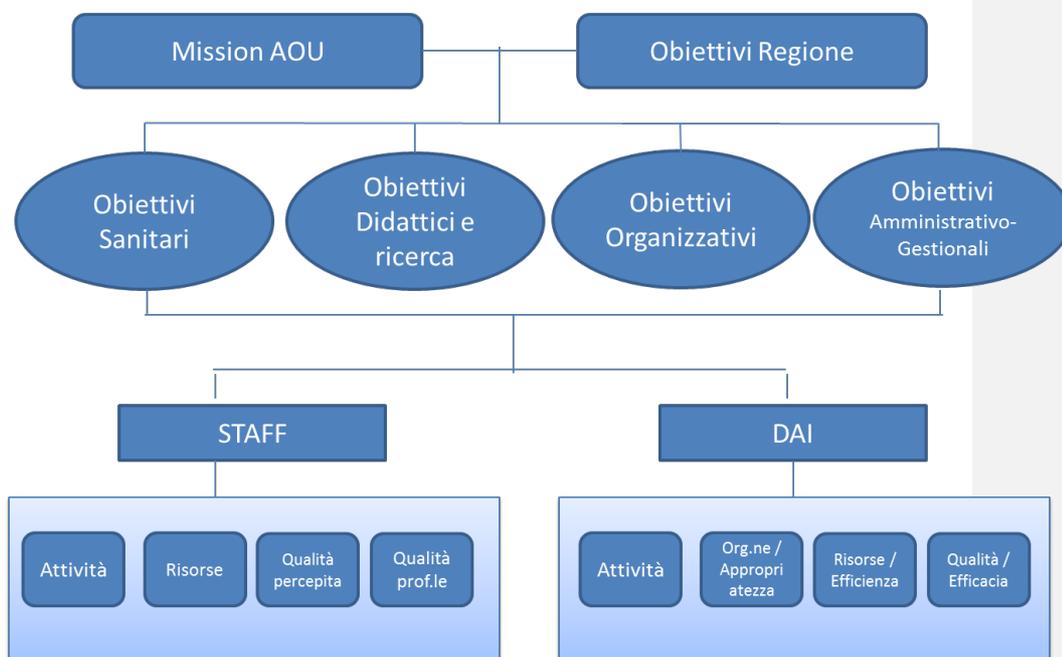
Il piano delle performance e la sua rendicontazione (relazione sulla performance) costituiscono lo strumento integrato di comunicazione dell'azienda con i soggetti coinvolti in cui convogliare gli altri strumenti attualmente esistenti; anche la parte successiva di rendicontazione, infatti, verrà integrata per fornire un quadro completo e unitario dell'andamento dell'azienda agli *stakeholder* di riferimento (con eventuali integrazioni alla relazione sulla performance come per bilancio sociale, riesame aziendale,...).

Le variazioni che potranno intervenire durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale, saranno inseriti all'interno del Piano secondo quanto previsto dall'art. 10 c. 3 del decreto citato. Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in caso di necessità che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (art. 6 c. 1).

Il percorso di programmazione degli obiettivi sarà condotto coerentemente con i tempi e le modalità propri del ciclo di programmazione e controllo strategico e del sistema di valutazione.

Il piano è reso conoscibile e disponibile on line sul sito aziendale (www.aoucagliari.it), esclusi gli allegati tecnici, come previsto da normativa.

Albero della performance



3. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

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

3.1 CHI SIAMO

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, istituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 13/1 del 30.3.2007, adottata in base all'art. 1 comma 3 della L.R. 28 luglio 2006 n. 10, è operativa dal 14.05.2007.

L'azienda attualmente ha sede legale in Cagliari presso Via Ospedale, n. 54, 09124 – Cagliari.

Garantisce le prestazioni istituzionali attraverso i Presidi Ospedalieri "Duilio Casula" di Monserrato, il presidio ospedaliero "San Giovanni di Dio" di Cagliari e la Clinica "Psichiatrica" attualmente ubicata in via Liguria, secondo quanto disposto dalla DGR 48/15 del 2.12.2014.

L'Azienda ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale, amministrativa patrimoniale, e tecnico-organizzativa.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili:

ad essa conferiti dall'Azienda ASL 8 di Cagliari a titolo di proprietà all'atto dell'istituzione, come da ricognizione approvata con delibera del Direttore Generale n. 341 del 29 marzo 2008;

messi a disposizione a titolo gratuito dall'Università degli Studi di Cagliari, ai sensi dell'art. 8, comma 4, lettera a, del decreto legislativo 517/1999;

ad essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività a titolo oneroso ovvero a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio, quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio, e si propone di riservare particolare attenzione alla sua valorizzazione.

3.2 MISSION

L'A.O.U. è la sede istituzionale di attività assistenziali integrate con quelle della didattica e della ricerca proprie della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Cagliari. Eroga e sviluppa, integrandole, assistenza sanitaria polispecialistica, ricerca e formazione, di rilievo ed interesse nazionale ed internazionale

Persegue la centralità del Cittadino e dello Studente e favorisce la valorizzazione dei Professionisti anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

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

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

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

La missione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è caratterizzata dalle seguenti macrofunzioni:

- a) **funzione assistenziale** - l'Azienda è orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza;
- b) **la medicina traslazionale** - di cui all'Art. 6 comma 13 della L. n. 240/2010.
- c) **funzione didattica** - l'Azienda è sede di tutti i livelli dell'organizzazione formativa, ovvero Corsi di Laurea in professioni sanitarie, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Formazione continua degli operatori sanitari successiva all'abilitazione professionale, anche nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Continua in Medicina prevista dal Ministero della Salute;
- d) **attività di ricerca di base e clinica (nazionale ed internazionale) e trasferimento tecnologico (terza missione)** - l'Azienda realizza attività di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative ed a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali. L'Azienda Ospedaliero- Universitaria, sede di Comitato Etico, promuove con ogni mezzo l'attività di sperimentazione clinica.
- e) **promozione della salute** - l'Azienda partecipa a tutte le attività di prevenzione in collaborazione con l'Azienda per la Tutela della Salute con particolare riferimento agli screening per i tumori, alle attività di educazione sanitaria nella lotta alle malattie, ecc.

Essi sono intesi come "prodotto globale" ed il dimensionamento e l'aggregazione delle Unità Operative deve tener conto sia dell'attività assistenziale che delle attività didattiche e di ricerca, valutate su parametri oggettivi.

Le attività assistenziali, didattiche e di ricerca sono obiettivi integrati in tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda e per tutto il personale impiegato, fermo restando il rispetto dei compiti istituzionali riferiti allo stato giuridico del personale.

L'AOU ha l'obiettivo della creazione di una figura professionale unitaria di dirigente sanitario, in grado di svolgere in modo eccellente i compiti di didattica, ricerca ed assistenza, indipendentemente dall'istituzione di provenienza. E' peculiarità dell'AOU l'attività di ricerca competitiva nella comunità scientifica internazionale e la massima efficienza didattico-

formativa, in quanto possibile sede di tutti i livelli della formazione.

L'Azienda si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno costante a:

- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori;
- accrescere la posizione di eccellenza per il trattamento di tutte le patologie, ed in particolare per l'alta specialità,
- sviluppare la ricerca scientifica e le attività specialistiche e interdisciplinari a carattere spiccatamente innovativo;
- favorire la sperimentazione di nuovi modelli didattici;
- mettere a punto modalità gestionali atte a coniugare all'eccellenza delle prestazioni la razionalità nell'uso delle risorse;
- favorire l'integrazione ospedale-territorio anche attraverso percorsi di dimissione protetta.

3.3 VISION

L'Azienda adotta, come riferimento fondamentale per la propria gestione, la programmazione basata sulle risorse disponibili, costruita in base agli indirizzi strategici della Regione e dell'Università, in sinergia con la programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con i Dipartimenti Universitari. Tali indirizzi vanno a costituire il quadro di riferimento entro il quale viene elaborata la programmazione aziendale. Gli impegni che l'Azienda assume si basano sulle seguenti macro aree, che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica:

a) L'integrazione Ospedale-Università:

L'Azienda realizza il principio dell'inscindibilità delle funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza attraverso un rapporto di cooperazione e leale collaborazione con l'Università e con la Facoltà di Medicina e Chirurgia e con i Dipartimenti Universitari, finalizzato alla qualificazione delle attività stesse e alla realizzazione dei fini istituzionali. A tal fine:

- promuove un contesto favorevole allo sviluppo della ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa;
- definisce un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza;

- promuove la partecipazione della componente ospedaliera alle attività di formazione e ricerca.

b) Il sistema del governo aziendale:

L'Azienda individua ed attua strategie mirate alla appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici e promuove l'innovazione assistenziale. A tal fine:

- adegua l'organizzazione aziendale e il sistema delle relazioni ai principi ed ai contenuti della L.R. 17/2016 e del protocollo regionale di intesa fra Regione e Università;
- definisce il sistema per il governo aziendale, che integri e completi gli strumenti per la realizzazione dei programmi di governo clinico e lo sviluppo dei sistemi informativi clinicamente orientati;
- valorizza le persone e lo sviluppo delle competenze anche attraverso l'applicazione innovativa degli strumenti della contrattazione collettiva;
- organizza le strutture amministrative tecniche e di supporto in base al principio della distinzione tra indirizzo e controllo (competenza della Direzione Generale) e attuazione e gestione (competenza della Dirigenza);
- sviluppa percorsi assistenziali integrati all'interno dell'Azienda e fra ospedale e territorio;
- promuove le aree di eccellenza clinica;
- promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica e organizzativa;
- persegue il progressivo sviluppo della degenza ospedaliera in aree omogenee per intensità di cura.

La visione strategica, nel perseguimento delle finalità istituzionali, comporta la realizzazione, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili, di un sistema idoneo per il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza e di qualità dei servizi offerti a pazienti, studenti e specializzandi.

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

- **centralità della persona:** pone al centro dell'attività il cittadino al fine di soddisfarne in

maniera trasparente i bisogni e le aspettative, promuovendo l'umanizzazione dei servizi sanitari, garantendo il supporto psicologico ai pazienti, ai soggetti fragili ed ai loro familiari, e sostenendo il personale sanitario sottoposto a particolari fattori di stress;

- **equità:** garantire a ogni persona il diritto alle prestazioni più appropriate, senza alcuna discriminazione;
- **appropriatezza clinica:** garantire prestazioni adeguate, sulla base di valutazioni scientifiche nel rispetto dei principi etici;
- **assenza dolore:** garantire nelle fasi di cura il controllo del dolore a tutela della dignità della persona;
- **percorsi assistenziali preferenziali:** assicurare percorsi assistenziali preferenziali per soggetti fragili, deboli o affetti da patologie di particolare gravità;
- **integrazione didattica:** realizzare nella fase assistenziale un'adeguata risposta all'esigenza tecnico didattica derivante dai diversi obiettivi formativi della facoltà di medicina e chirurgia;
- **ricerca e innovazione:** promuovere processi innovativi diagnostici e l'adeguamento tecnologico conseguente allo sviluppo della ricerca, per migliorare il processo assistenziale con la formalizzazione anche di linee guida, protocolli ed indicatori di esiti delle attività cliniche;
- **formazione:** investire nella formazione continua del personale per lo sviluppo della conoscenza professionale, in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi;
- **valorizzazione risorse umane:** l'azienda promuove le condizioni per una partecipazione diffusa degli operatori nei processi e nelle attività, tramite l'istituzione di processi di valorizzazione orientate allo sviluppo delle qualità professionali nell'operatività dell'organizzazione;
- **promuove l'integrazione e la cooperazione tra le aziende del servizio sanitario regionale** per favorire il coordinamento delle politiche del personale, delle politiche finalizzate agli acquisti attraverso procedure unificate, dei processi di gestione integrata dei magazzini e della relativa logistica, delle reti informatiche, delle tecnologie sanitarie e della valutazione dell'impatto delle stesse, ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 27 luglio 2016, n.17
- **ascolto:** favorire il dialogo con gli Enti Locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di tutela dei cittadini e dei volontari per garantire una migliore offerta.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, per il perseguimento della propria mission, è articolata in strutture organizzative nell'ambito delle quali sono individuati, nell'ottica del migliore utilizzo possibile delle risorse, delle conoscenze e delle competenze, gli ambiti di specializzazione ed i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori.

Le tipologie di strutture organizzative aziendali sono le seguenti:

a) **Dipartimenti:** La L.R. 10/2006 individua, all'art. 9, il dipartimento come modello ordinario di gestione operativa a livello aziendale o interaziendale. Questo modello è ulteriormente confermato dalle recenti leggi di riforma del sistema sanitario regionale che rafforzano il modello dipartimentale e il ruolo a loro attribuito nel favorire il raggiungimento degli standard qualitativi e quantitativi di assistenza ospedaliera definiti dal decreto ministeriale n. 70 del 2015.

I dipartimenti sono costituiti dalla aggregazione delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali, in base all'art. 17 bis, comma 2, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 9, comma 4, lett. f, della l.r. 10/2006 e s.m.i. e sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti. Il Dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse. I Dipartimenti possono essere classificati in: Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), Dipartimenti Funzionali, Dipartimenti Interaziendali.

L'assetto strutturale dell'azienda prevede i Dipartimenti ad Attività Integrata (D.A.I.), che assicurano l'omogeneità e l'affinità dei percorsi assistenziali con le peculiari esigenze di didattica e di ricerca programmate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il D.A.I. supera l'attuale logica dei reparti e con la gestione unitaria delle risorse economiche, strumentali ed umane, garantisce l'integrazione con la didattica e la ricerca per il miglioramento continuo della qualità e quantità dell'Assistenza.

Il D.A.I. fornisce al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici, e riabilitativi perseguendo, nella logica della centralità della persona, il livello più elevato possibile dell'appropriatezza della cura.

Il D.A.I. risponde non solo all'esigenza di una Azienda Ospedaliero Universitaria, ma di una piena integrazione gestionale sulla base dei seguenti requisiti tra l'assistenza, la didattica, la ricerca:

- ✓ flessibilità nell'utilizzo degli spazi, delle risorse umane e tecnologiche per una razionalizzazione ed ottimizzazione dei costi in linea con i vincoli del bilancio;

- ✓ ottimale offerta dei servizi all'utente favorendone la collocazione al centro del percorso assistenziale;
- ✓ massima cooperazione tra struttura ospedaliera ed Universitaria, con l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare; predisposizione di linee guida e percorsi assistenziali integrati;
- ✓ l'organizzazione dipartimentale deve assumere dimensioni adeguate e comprende un numero maggiore di strutture per lo sviluppo di economie di scala significative, una maggiore efficacia delle risposte assistenziali e l'accrescimento delle competenze professionali degli operatori.

I DAI sono organizzati per aree funzionali e finalità assistenziali cercando di ubicare l'insieme delle attività e delle strutture aggregate in una condizione di continuità logistica e spaziale per favorire e facilitare l'interscambio del personale e delle tecnologie.

Il DAI gestisce in termini funzionali le strutture che lo compongono:

- ✓ è dotato di autonomia operativa e gestionale;
- ✓ individua i fabbisogni di formazione e di sviluppo della qualità;
- ✓ è titolare di budget ed è organizzato per centri di responsabilità;
- ✓ propone alla Direzione Aziendale i piani operativi di produzione nel rispetto delle risorse assegnate e degli obiettivi generali;
- ✓ è soggetto a rendicontazioni analitiche, cura la raccolta e l'elaborazione dei dati di attività e l'utilizzo delle risorse trasmettendole agli uffici;
- ✓ partecipa, nelle forme di competenza e con modalità definite nell'apposito regolamento, alla programmazione; organizza la verifica ed il controllo del raggiungimento degli obiettivi anche di singole unità organizzative sulle risorse gestite

b) Strutture complesse: costituiscono articolazione organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie assegnate (budget). Ciascuna struttura complessa può afferire ad un solo Dipartimento strutturale, ad un Dipartimento funzionale o direttamente alla Direzione Strategica.

Il numero di Strutture Complesse Sanitarie (29) è correlato alla necessità di garantire i parametri indispensabili per l'accreditamento delle Scuole di Specializzazione.

Si evidenzia inoltre che a seguito delle D.G.R. n° 48/15 del 02/12/2014 e n° 34/16 del 12/07/2017, con le quali è stato disposto il trasferimento della Clinica Psichiatrica

dalla ex Asl 8 e della S.C. Chirurgia Plastica dall'A.O. Brotzu a questa Azienda, non si è previsto una contestuale assegnazione dei relativi posti letto all'Azienda. Situazione che determina una mancata corrispondenza con il modello ministeriale HSP12 del 01/01/2017 riferito a questa AOU.

c) Strutture semplici: sono articolazioni organizzative o funzionali che possono afferire direttamente al Dipartimento, quando svolgono attività di interesse di diverse Strutture complesse, in tal caso hanno specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (budget negoziato con il Direttore di Dipartimento), oppure possono essere articolazioni interne (S.S.) ad una singola Struttura complessa, svolgendo un'attività specifica e pertinente, ma non complessivamente coincidente.

d) Progetti/Gruppi di Progetto sono costituiti da insieme di attività e funzioni o da strutture affini o complementari sotto il profilo delle attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate, al fine di coordinarne l'azione nella prospettiva di un determinato risultato, sono equiparati ai Dipartimenti funzionali.

e) Programmi

In considerazione delle specifiche esigenze formative e della stretta correlazione esistente tra attività assistenziale e didattica, il Direttore generale d'intesa con il Rettore affida la responsabilità e la gestione di programmi inter e/o infradipartimentali, finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca ai professori universitari di prima e seconda fascia, in coerenza con i rispettivi SSD di afferenza.

Con le stesse modalità possono essere istituite ed assegnate forme di coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. In quanto tali, costituiscono un modello organizzativo che consente, anche in relazione a determinati processi assistenziali o di ricerca di rilievo aziendale, la programmazione e l'organizzazione unitaria di attività e competenze fornite da professionisti afferenti a strutture organizzative, anche diverse.

Gli incarichi ad essi relativi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità di struttura complessa o semplice in relazione alle attività di ricerca.

Responsabile del Programma può competere, pertanto, l'assegnazione, il coordinamento e la gestione di risorse umane e strumentali e la responsabilità diretta in ordine al raggiungimento degli obiettivi.

Per ogni Dipartimento sono riportati i macrosettori scientifico disciplinari. Nell'allegato 1 è riportato l'elenco dei SSD.

Il numero dei programmi che saranno attivati saranno coerenti con le disposizioni normative vigenti e compatibili con le disponibilità del fondo di riferimento.

4. ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno

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

Informazioni rilevanti sul contesto di riferimento

L'Azienda accoglie pazienti provenienti dall'intero territorio regionale e una minima parte di ricoverati sono invece residenti in altre regioni italiane o dall'estero. Nell'anno 2016 si sono registrati 435 ricoveri (Ordinari o Diurni) a carico di pazienti non residenti sul territorio regionale, mentre i restanti 24934 ricoveri risultano ripartiti per ASL di residenza dei pazienti così come riportato nella tabella seguente.

Tabella 1 - Distribuzione dei pazienti residenti in Sardegna ricoverati nel 2016 (RO+DH) per ASL di residenza.

ASL Residenza	N° Ricoveri (RO+DH)	% Ricoveri (RO+DH)
<u>101 - SASSARI</u>	187	0,75%
<u>102 - OLBIA</u>	175	0,70%
<u>103 - NUORO</u>	514	2,06%
<u>104 - LANUSEI</u>	397	1,59%
<u>105 - ORISTANO</u>	1206	4,84%
<u>106 - SANLURI</u>	1545	6,20%
<u>107 - CARBONIA</u>	1514	6,07%
<u>108 - CAGLIARI</u>	19396	77,79%
Totale	24934	100,00%

Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera – AOU Cagliari – Anno 2016

Dalla distribuzione si evince una netta preponderanza dei ricoveri a carico di pazienti provenienti dalla provincia di Cagliari, in particolare 15941 (63.93%) sono a carico di soggetti che risiedono nell'Area Metropolitana, che comprende i comuni di: Assemini, Cagliari, Capoterra, Decimomannu, Maracalagonis, Pula, Quartu Sant'Elena, Sarroch, Selargius, Sestu, Settimo San Pietro, Sinnai, Uta, Villa San Pietro, Quartucciu, Elmas, e Monserrato.

Luigi Minerba 13/11/17 08:35

Deleted: xxx

Tabella 2 - Distribuzione dei pazienti residenti nell'Area Metropolitana di Cagliari ricoverati nel 2016 (RO+DH) per comune di residenza.

Luigi Minerba 13/11/17 08:36

Deleted: xxx

	Comune residenza	n° ricoveri (RO+DH)
092003	Assemini	845
092009	Cagliari	5932
092011	Capoterra	924
092015	Decimomannu	264
092037	Maracalagonis	329
092050	Pula	256
092051	Quartu Sant'Elena	2558
092066	Sarroch	241
092068	Selargius	936
092074	Sestu	759
092075	Settimo San Pietro	218
092080	Sinnai	716
092090	Uta	318
092099	Villa San Pietro	83
092105	Quartucciu	474
092108	Elmas	286
092109	Monsezzate	802
Totale complessivo		15941

Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera – AOU Cagliari – Anno 2016

Risulta pertanto importante analizzare più nel dettaglio le caratteristiche di questa area per meglio comprendere le esigenze dei suoi cittadini che costituiscono il bacino di utenza principale per l'Azienda, sia sotto gli aspetti più prettamente demografici che sono quelli socio-economici tramite la lettura di alcuni importanti indicatori. Emerge in particolare un indice di dipendenza senile molto elevato per la città di Cagliari rispetto agli altri paesi facenti parte dell'area della città metropolitana. Nel complesso infatti questo indice per la città metropolitana di Cagliari ad un valore inferiore rispetto a quello delle ripartizioni per Provincia e al valore complessivo regionale. L'incidenza di residenti stranieri è più alta nella città di Cagliari rispetto agli altri comuni del territorio che afferisce alla città metropolitana. Quest'ultima, con un valore pari a 3,1 ha un'incidenza di residenti stranieri più alta di quella complessiva regionale e anche delle ripartizioni per Provincia, seconda solo a quella di Sassari.

Tabella 3– Principali indicatori demografici 2016.

Luigi Minerba 13/11/17 08:36

Deleted: xxx

Territorio		Popolazione residente	Densità demografica ⁽¹⁾	Indice dipendenza senile ⁽²⁾	Incidenza residenti stranieri ⁽³⁾
092003	Assemini	26.686	225,82	22,7	2,2
092009	Cagliari	154.460	1.816,88	41,0	5,0
092011	Capoterra	23.661	345,47	24,9	1,6
092015	Decimomannu	8.139	293,64	24,6	2,2
092037	Maracalagonis	7.912	78,05	24,5	1,7
092050	Pula	7.422	53,43	31,8	3,0
092051	Quartu Sant'Elena	71.125	737,72	26,8	2,9
092066	Sarroch	5.244	77,31	33,3	1,0
092068	Selargius	28.975	1.086,24	26,0	1,4
092074	Sestu	20.786	430,48	19,2	1,4
092075	Settimo San Pietro	6.697	287,49	23,3	0,9
092080	Sinnai	17.225	76,93	24,0	1,2
092090	Uta	8.553	63,49	22,3	2,0
092099	Villa San Pietro	2.098	52,60	27,7	1,8
092105	Quartucciu	13.224	473,44	23,8	2,1
092108	Elmas	9.395	689,48	24,6	3,2
092109	Monsezzato	20.055	3.117,37	31,7	1,4
292	Città metropolitana Cagliari	431.657	345,69	30,7	3,1
090	Provincia Sassari	494.471	64,28	32,2	4,2
091	Provincia Nuoro	213.086	37,79	35,0	2,3
095	Provincia Oristano	160.766	53,76	38,4	1,8
111	Provincia Sud Sardegna	358.158	54,84	35,4	1,5
20	Sardegna	1.658.138	68,80	33,4	2,9

Fonte: Istat – Anno 2016

⁽¹⁾ Rapporto tra la popolazione residente dell'area e la superficie dell'area (kmq)

⁽²⁾ Rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni e più e la popolazione in età da 15 a 64 anni

⁽³⁾ Rapporto percentuale fra la popolazione residente straniera e la popolazione residente totale

Come facilmente atteso la percentuale di famiglie mono-componente risulta particolarmente elevata nella città di Cagliari dove questa tipologia costituisce quasi la metà del totale delle famiglie. I tassi di attività, occupazione e disoccupazione risultano preoccupanti sull'intero territorio regionale e i valori fatti registrare dalla città metropolitana di Cagliari non si discostano da quelli relativi alle diverse province e all'intera regione. Migliore invece per quest'area la situazione relativa all'istruzione, dato che presenta una percentuale di popolazione con basso titolo di studio inferiore rispetto al dato regionale e a quello delle altre ripartizioni geografiche.

Tabella 4– Principali indicatori sociali 2016.

Luigi Minerba 13/11/17 08:36

Deleted: xxx

Territorio		% famiglie monocomponente ⁽¹⁾	Tasso attività ⁽²⁾	Tasso occupazione ⁽³⁾	Tasso disoccupazione ⁽⁴⁾	% popolazione basso titolo studio ⁽⁵⁾
092003	Assemini	5,4	57,3	45,8	20,1	17,1
092009	Cagliari	46,4	50,5	41,7	17,4	14,8
092011	Capoterra	4,4	55,1	45,3	17,9	15,2
092015	Decimomannu	1,3	53,5	42,8	20,0	18,5
092037	Maracalagonis	1,5	51,1	38,5	24,7	19,8
092050	Pula	2,0	51,2	42,0	17,9	20,8
092051	Quartu Sant'Elena	14,3	53,1	42,9	19,3	15,8
092066	Sarroch	1,2	48,8	39,6	19,0	23,8
092068	Selargius	5,5	55,5	46,2	16,8	14,9
092074	Sestu	4,3	61,6	50,6	17,7	15,8
092075	Settimo San Pietro	1,0	54,2	42,6	21,3	18,1
092080	Sinnai	2,5	52,7	41,1	22,0	16,9
092090	Uta	1,1	54,6	41,0	24,9	19,5
092099	Villa San Pietro	0,4	50,7	41,9	17,4	22,8
092105	Quartucciu	2,5	56,0	44,6	20,5	16,5
092108	Elmas	2,0	56,6	47,8	15,6	16,2
092109	Monerrato	4,4	53,0	42,7	19,4	17,3
292	Città metropolitana Cagliari	25,3	53,1	43,2	18,6	16,0
090	Provincia Sassari	31,9	50,9	41,8	18,0	20,2
091	Provincia Nuoro	14,3	48,3	39,8	17,6	21,3
095	Provincia Oristano	9,1	47,1	38,6	18,0	22,9
111	Provincia Sud Sardegna	19,4	47,3	37,6	20,6	21,3
20	Sardegna	100,0	50,0	40,6	18,6	19,8

Fonte: Istat – Anno 2016

⁽¹⁾ Rapporto percentuale tra le famiglie con un componente e le famiglie totali con almeno un componente

⁽²⁾ Rapporto percentuale tra la popolazione residente di 15 anni e più appartenente alle forze lavoro e la popolazione residente di 15 anni e più

⁽³⁾ Rapporto percentuale tra gli occupati di 15 anni e più e la popolazione residente di 15 anni e più

⁽⁴⁾ Rapporto percentuale tra la popolazione residente di 15 anni e più in cerca di occupazione e la popolazione residente di 15 anni e più appartenente alle forze lavoro

⁽⁵⁾ Rapporto percentuale tra la popolazione residente di 6 anni e più con licenza elementare e la popolazione residente di 6 anni e più

Anche il contesto nazionale va tenuto in considerazione come parametro di riferimento per comprendere meglio la situazione della nostra regione, in particolare per quanto concerne struttura della popolazione, speranza di vita e indicatori di mortalità.

CDG_1 10/11/17 08:52

Formatted: Font: 12 pt

Tabella 5 – Popolazione stimata al 30/06/2014, composizione per età (%) e Indice di Vecchiaia

Luigi Minerba 13/11/17 08:36
Deleted: xxx

Regione	MASCHI						FEMMINE					
	15-64	<15 anni	>64 anni	>74 anni	>84 anni	Indice vecchiaia	15-64	<15 anni	>64 anni	>74 anni	>84 anni	Indice vecchiaia
Sardegna	68,4	12,7	19,0	8,2	1,9	149,8	65,0	11,4	23,6	12,1	3,8	207,2
Italia	66,2	14,7	19,1	8,7	2,0	129,9	63,0	13,1	23,9	12,9	4,2	183,4

Fonte: Elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati Istat 2014

La struttura della popolazione mostra una quota inferiore di popolazione di età inferiore ai 15 anni sul territorio regionale e un più alto indice di vecchiaia.

CDG_1 10/11/17 08:52
Formatted: Font:12 pt

Tabella 6 – Giorni perduti per cause evitabili pro capite (0-74 anni) per tipologia di intervento e principali gruppi diagnostici

Luigi Minerba 13/11/17 08:36
Deleted: xxx

Regione	Totale	Tipologia di intervento			Principali gruppi diagnostici			
		Prev. primaria	Diagnosi pr. e ter.	Igiene e ass. sanitaria	Tumori	Sist. circolatorio	Traumat. e avvelen.	Altre cause
		Sardegna	27,71	17,71	2,36	7,65	10,41	5,20
Italia	24,30	14,61	2,09	7,60	9,12	5,77	3,88	5,53

Regione	Totale	Tipologia di intervento			Principali gruppi diagnostici			
		Prev. primaria	Diagnosi pr. e ter.	Igiene e ass. sanitaria	Tumori	Sist. circolatorio	Traumat. e avvelen.	Altre cause
		Sardegna	13,86	4,98	4,81	4,08	7,21	2,33
Italia	13,91	5,13	4,24	4,54	6,95	2,57	1,14	3,25

Fonte: Elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati Istat 2014

L'analisi dei giorni perduti per cause evitabili ci mostra una condizione di svantaggio per la regione Sardegna sia per quanto riguarda la classificazione per tipologia d'intervento (tranne che per il sottogruppo dell'igiene e assistenza sanitaria) che per quanto concerne quella per principali gruppi diagnostici e questo sia per i maschi che per le femmine.

CDG_1 10/11/17 08:52
Formatted: Font:12 pt

4.2 Analisi del contesto interno

L'azienda Ospedaliero Universitaria si trova in un momento di importante trasformazione organizzativa, in applicazione dell'Atto Aziendale approvato definitivamente ad ottobre del 2017.

Si propone pertanto un'analisi del contesto interno nel cui opera l'azienda con i risultati ottenuti negli ultimi anni

Attività di ricovero

Presidio	Ricoveri ordinari			Ricoveri Day Hospital e Day Surgery		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
San Giovanni di Dio	6478	6309	4.176	2313	3074	3.152
Monserato	13181	12991	13.972	3087	3680	3.383
TOTALE	19659	19333	18.148	5400	7151	6.535

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

	MDC	RO dimissioni 2016	%	DH/DS dimissioni 2016	%	Totale complessivo
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.587	14,26 %	127	1,94%	2.714
14	Gravidanza, parto e puerperio	2.409	13,27 %	176	2,69%	2.585
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.230	12,29 %	447	6,84%	2.677
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	2.018	11,12 %		0,00%	2.018
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.191	6,56%	35	0,54%	1.226
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.178	6,49%	9	0,14%	1.187
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	948	5,22%	79	1,21%	1.027
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	786	4,33%	205	3,14%	991
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	755	4,16%	9	0,14%	764
08	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	735	4,05%	242	3,70%	977
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	593	3,27%	365	5,59%	958

09	Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella	405	2,23%	713	10,91 %	1.118
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	398	2,19%	670	10,25 %	1.068
02	Malattie e disturbi dell'occhio	318	1,75%	2.498	38,22 %	2.816
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	301	1,66%	44	0,67%	345
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	290	1,60%	5	0,08%	295
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	277	1,53%	51	0,78%	328
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	246	1,36%	1	0,02%	247
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	169	0,93%	115	1,76%	284
19	Malattie e disturbi mentali	116	0,64%	1	0,02%	117
20	Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	78	0,43%		0,00%	78
00	#N/D	72	0,40%		0,00%	72
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	20	0,11%	13	0,20%	33
25	Infezioni da HIV	16	0,09%	730	11,17 %	746
22	Ustioni	8	0,04%		0,00%	8
24	Traumi multipli significativi	4	0,02%		0,00%	4
Totale complessivo		18.148		6.535		24.683

Accessi al pronto soccorso generale

Accessi al Pronto Soccorso	ANNO				
	2012	2013	2014	2015	2016
Totale accessi	25.735	25.316	24.571	23.830	19.474
Fasce di età > 70 anni	6582 (25,5%)	6604 (26,08%)	6.781 (27,50%)	6.987	6.251
% rossi in ingresso	2.90%	2,40%	3,20%	3.90%	3.90%
% gialli in ingresso	37.6%	41,40%	44,30%	48.30%	58,00%
% verdi in ingresso	54.9%	50,90%	47,10%	39.80%	34.10%
% bianchi in ingresso	4.4%	5,10%	5,40%	7.80%	3.70%

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

Attività Ambulatoriale per esterni

BRANC A	BRANCA	Totale
01	ANESTESIA	5
02	CARDIOLOGIA	13.576
03	CHIRURGIA GENERALE	142
04	CHIRURGIA PLASTICA	2.275
05	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	602
06	DERMOSIFILOPATIA	11.413
07	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	1.704
08	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	24.592
09	ENDOCRINOLOGIA	2.230
10	GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	9.308
11	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	667.315
12	MED. FISICA E RIABILIT. RECUPERO E RIAB. ETC.	3.127
13	NEFROLOGIA	172

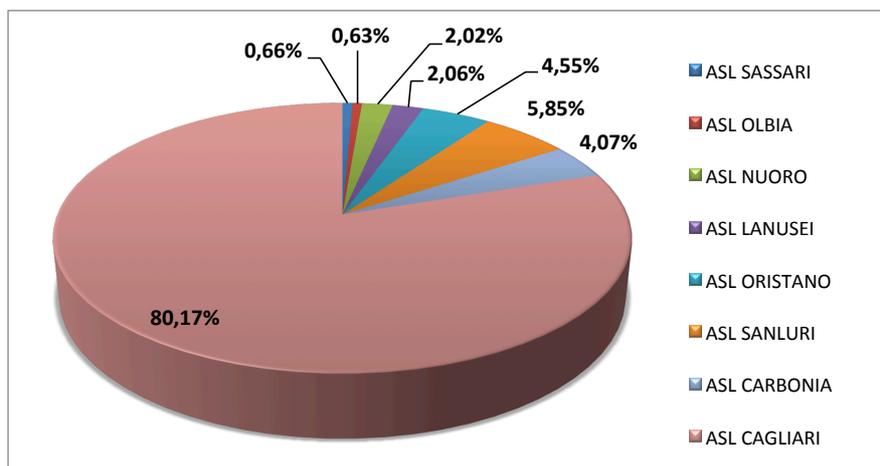
14	NEUROCHIRURGIA	1.643
15	NEUROLOGIA	11.160
16	OCULISTICA	14.496
17	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	1.850
18	ONCOLOGIA	4.127
19	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	138
20	OSTETRICA E GINECOLOGIA	11.808
21	OTORINOLARINGOIATRIA	3.596
22	PNEUMOLOGIA	290
23	PSICHIATRIA	3.384
24	RADIOTERAPIA	79
25	UROLOGIA	268
26	ALTRO	144.158
N/D	Senza Branca	43.984
	Totale	977.442

Anno 2016

Attrazione dalle province della Sardegna,

L'attività di ricovero in regime ordinario prodotta dall'AOU rappresenta poco meno dell'10% rispetto ai ricoveri regionali, mentre rappresenta poco più del 7% dei ricoveri in regime diurno

L'AOU di Cagliari si conferma polo di attrazione per l'intera area cagliaritana e per i territori confinanti, e per le aree più prossime come il Medio Campidano e Oristanese.



4.1.2 Quadro normativo di riferimento

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

Normativa Nazionale e Regionale di Riferimento
Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro SSN
D.Lgs. N° 502 / 1992 e ss.mm.ii.
D.Lgs. N° 229 / 1999 e ss.mm.ii.
D. Lgs. 517/99 - Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università
Digs. 30/03/2001 n°165, Norme generali dell'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche
D.lgs. 27/10/2009 n°150, attuazione della legge 4 marzo n°15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico ed efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni.
Legge 23/12/2009 n°191 art.2 c.88, Legge Finanziaria 2010, riguardo alla gestione commissariale per le regioni sottoposte al piano di rientro
Delibere Commissariali n°44 e n°45 del 2010 relativamente all'adozione e successiva integrazione del Piano Operativo 2010
Legge 122 del 30/07/2010, che traduce in legge il D.L. 31/05/2010, riguardante misure di stabilizzazione finanziaria e competitività economica
L. 135 / 2012 disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini
L. 189/2012 recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute.
Patto per la Salute 2014-2016 - Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema
Decreto 02/04/2015, n. 70 che reca il Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
Protocollo d'intesa tra Regione Autonoma della Sardegna ed Università degli Studi di Cagliari siglato in data 11.10.2004, recepito dal Piano Sanitario Regionale approvato dal Consiglio Regionale in data 19.1.2007
LR. 21 / 2012 Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di

disposizioni legislative sulla sanità.
LR. 23 / 2014 Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n.23 del 2005, n.10 del 2006 e n.21 del 2012
LR 2015, N. 36 Misure urgenti per l'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale e ulteriore proroga del commissariamento delle ASL.
Deliberazione n. 38/12 del 28-7-2015 di approvazione del "Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna" e la successiva deliberazione n. 6/15 del 2.2.2016 "proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna"
Deliberazione n. 63/24 del 15-12-15 con la quale viene disciplinato il "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso" – Piano di rientro anni 2016-2018.
Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17. Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale).
Delibera GR del 23 settembre 2016, n. 51/4. Individuazione del Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari.
Deliberazione n. 22/23 del 3.5.2017 : Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2017
Deliberazione n. 39/5 del 9.8.2017 : Aggiornamento degli obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali in coerenza con la programmazione regionale L. R.n. 10/2006, art. 16, comma 1, lettera a).
Linee guida al Protocollo d'intesa tra Regione e le Università, deliberate con la DGR n. 23/4 del 20.4.2016, con le quali è stato rinnovato il nuovo PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE SARDEGNA E LE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI E SASSARI IN APPLICAZIONE DEL D.LGS. N. 517/1999, adottato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 34/3 il 12/07/2017
Delib.G.R. n. 29/2 del 16.6.2017 "Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Ospedaliero Universitarie e dell'Azienda ospedaliera "Brotzu". Approvazione definitiva.
DELIB. GR. N. 34/16 DEL 12.7.2017 Attuazione del Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso (Delib.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015). Programma di riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera nell'area omogenea di Cagliari (articolo 9, comma 6, della legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014)
Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna" e la successiva deliberazione n. 6/15 del 2.2.2016 "proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della

CDG_1 13/11/17 17:06
Formatted: Font:(Default) +Theme Body

CDG_1 13/11/17 17:06
Formatted: Font:(Default) +Theme Body

CDG_1 13/11/17 17:06
Formatted: Font:11 pt
Luigi Minerba 13/11/17 08:29
Deleted: è

CDG_1 13/11/17 17:06
Formatted: Font:(Default) +Theme Body, 11 pt

CDG_1 13/11/17 17:06
Formatted: Font:11 pt

CDG_1 13/11/17 17:06
Formatted: Font:(Default) +Theme Body, 11 pt

CDG_1 13/11/17 17:06
Formatted: Font:(Default) +Theme Body

4.2.1 La struttura organizzativa dell'azienda da Atto Aziendale

Con delibera del Direttore Generale dell'AOU n. 930 del 9 novembre 2017, che prende atto della determinazione del Direttore Generale dell'Assessorato alla Sanità del 13/10/2017 n. 1051, si completa la fase di approvazione dell'Atto Aziendale dell'AOU Cagliari, che prevede la seguente macro-articolazione organizzativa :



CDG_1 13/11/17 11:26

Formatted: Normal, Justified

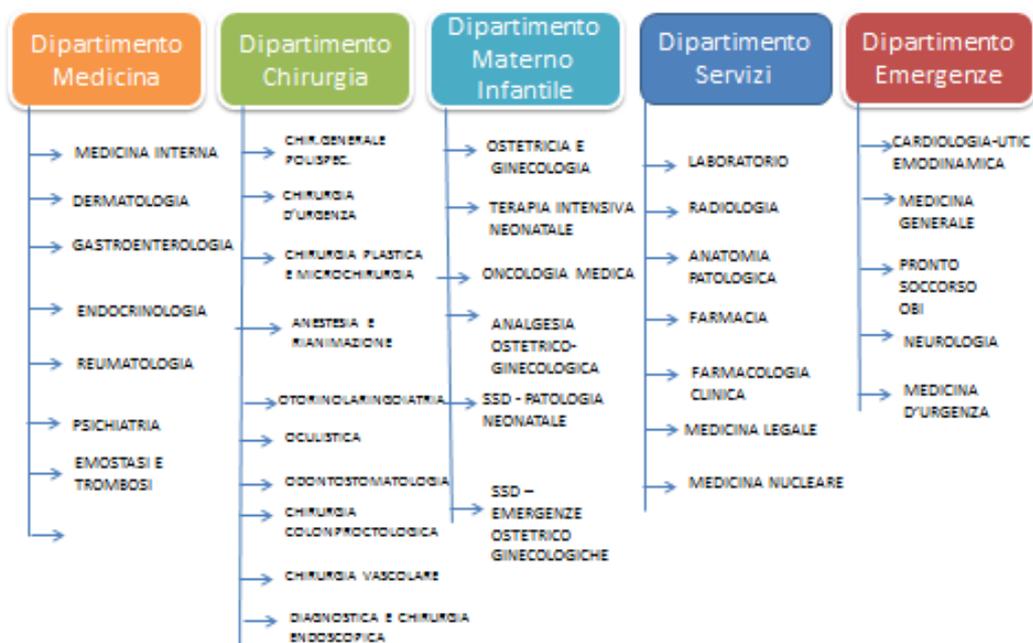
Unknown

Formatted: Font:(Default) +Theme Body, 11 pt, Not Bold, Font color: Auto

e l'articolazione per Dipartimenti ad attività integrata e relative Strutture complesse, come riportate nella figura successiva. La revisione organizzativa prevede una riduzione del numero dei Dipartimenti ad attività integrata e delle Strutture complesse, come da indicazioni delle Linee guida.

Luigi Minerba 13/11/17 09:48

Formatted: Font:(Default) +Theme Body, 12 pt, Not Bold, Font color: Auto, Kern at 14 pt



Unknown

Formatted: Font:(Default) +Theme Body, 12 pt, Not Bold, Font color: Auto, Kern at 14 pt

4.2.3 La Pianta Organica

La situazione del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari è schematizzato nelle tabelle riportate:

<u>Ruolo</u>	<u>N. Dip.</u>	<u>Tempo ind.</u>	<u>Tempo det.</u>
<u>Sanitario</u>	<u>1229</u>	<u>1216</u>	<u>13</u>
<u>Amministrativo</u>	<u>112</u>	<u>112</u>	-
<u>Tecnico</u>	<u>307</u>	<u>305</u>	<u>2</u>
<u>Professionale</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	-
Totale	1651	1636	15

Tale personale può essere distinto in:

personale del **Servizio Sanitario Regionale**

	<u>N. Dip.</u>	<u>Tempo ind.</u>	<u>Tempo det.</u>
<u>Sanitario</u>	<u>973</u>	<u>960</u>	<u>13</u>
<u>Amministrativo</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	-
<u>Tecnico</u>	<u>275</u>	<u>273</u>	<u>2</u>
<u>Professionale</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	-
TOTALE	1332	1317	15

e personale universitario:

<u>Ruolo</u>	<u>N. Dip.</u>	<u>Tempo ind.</u>	<u>Tempo det.</u>
<u>Sanitario</u>	<u>256</u>	<u>256</u>	
<u>Amministrativo</u>	<u>31</u>	<u>31</u>	
<u>Tecnico</u>	<u>32</u>	<u>32</u>	
<u>Professionale</u>	-	-	
<u>TOTALE</u>	<u>319</u>	<u>319</u>	

Il personale in regime di somministrazione lavoro (interinale) risulta così composto:

<u>Ruolo</u>	<u>N. interinali</u>
<u>Sanitario</u>	<u>32</u>
<u>Amministrativo</u>	<u>3</u>
<u>Tecnico</u>	
<u>Professionale</u>	
<u>Totale</u>	<u>35</u>

**situazione del personale rilevata a novembre 2017*

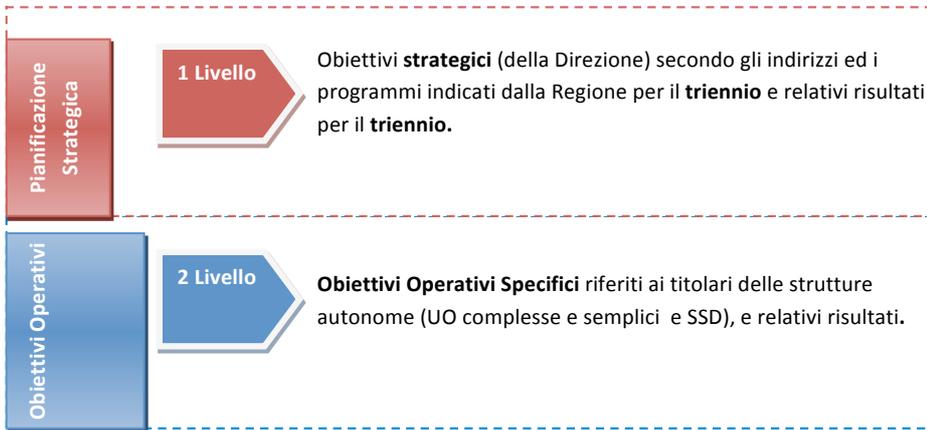
4.3 Le risorse economiche

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ASSEGNAZIONE FSR	108.665.643,00	120.337.907,00	126.285.887,00	126.977.846,00	137.416.154,00	135.572.814,00	134.272.692,00	137.493.420,00	144.229.600,00
COSTI DELLA PRODUZIONE	128.879.465	135.277.153	141.711.920	145.366.345	143.075.210	148.204.387	158.189.869	156.567.853	160.192.240
IRAP	4.127.000,00	4.448.000,00	5.021.000,00	4.849.000,00	4.954.000,00	4.492.000,00	4.519.547,66	4.753.992,86	4.823.054,87
COSTI DELLA PRODUZIONE (+IRAP)	133.006.465,00	139.725.153,17	146.732.920,00	150.215.345,00	148.029.210,00	149.696.387,00	159.709.416,86	161.321.845,65	165.015.294,48
RISULTATO ECONOMICO	-21.276.358,00	-12.785.133,00	-19.979.672,00	-8.044.513,00	290.239,00	-3.488.798,05	-17.193.662,44	-8.959.337,94	-10.409.430,70
FSR/COSTI DELLA PRODUZIONE	84,32%	88,96%	89,11%	87,35%	96,04%	91,48%	84,88%	87,82%	90,04%
PERDITA/FSR	-19,58%	-10,62%	-15,82%	-6,34%	0,32%	-2,57%	-12,81%	-6,52%	-7,22%
Acquisti per beni di consumo:	36.502.920,76	40.076.202,34	39.699.940,77	38.869.691,81	34.337.818,06	39.276.103,27	41.442.915,47	52.454.612,51	52.382.485,86
- <i>materiale sanitario</i>	35.256.068,07	38.974.343,55	38.661.563,48	37.620.976,22	33.142.347,23	38.116.205,73	40.520.047,07	51.698.011,30	51.749.346,00
di cui File F	€ 11.712.749,72	€ 12.161.059,34	€ 12.457.436,51	€ 14.147.765,38	€ 12.532.090,57	€ 16.102.294,08	19.879.024,16	31.932.783,00	32.600.000,00
- <i>materiale non sanitario</i>	1.246.852,69	1.101.858,79	1.038.377,29	1.248.715,59	1.195.470,83	1.159.897,54	922.868,40	756.601,21	633.139,86
costo del personale ssn+unica + IRAP	73.683.496,34	73.003.078,59	79.632.621,21	79.992.931,18	78.587.425,25	80.281.851,24	82.332.626,73	82.753.974,84	81.820.808,65
Acquisti per prestazioni di servizi:	11.935.000,00	13.415.000,00	16.893.000,00	17.909.000,00	19.090.598,58	20.658.757,45	18.088.654,99	17.173.499,03	17.533.610,89
A) Sanitari:	2.281.000,00	3.035.000,00	5.182.000,00	5.592.000,00	7.188.814,31	7.701.278,43	5.540.373,18	5.491.263,17	5.620.322,31
B) Non sanitari:	9.654.000,00	10.380.000,00	11.711.000,00	12.317.000,00	11.901.784,27	12.957.479,02	12.548.281,81	11.682.235,86	11.913.288,58

5. PIANO STRATEGICO ED OPERATIVO

La presente sezione rappresenta il **core** del Piano della Performance, ovvero la parte programmatica del documento in cui si sono definiti gli obiettivi, gli indicatori gli output/outcome nonché le relative modalità di identificazione degli obiettivi stessi. La pianificazione segue una logica per livelli ovvero:



Nella modalità di definizione degli obiettivi si sono rispettati i seguenti livelli:

- 1° Livello, gli obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione;
- il 2° livello, quello cioè riferito ai titolari delle strutture autonome (dipartimenti-UO complesse- SSD- Programmi), dove vengono individuati obiettivi operativi "specifici".

Piano di Riorganizzazione dell'assetto Logistico Assistenziale

Il percorso di riorganizzazione del Presidio Duilio Casula si realizzerà sulla base di un complesso progetto che ha visto il trasferimento degli ultimi reparti di degenza durante l'estate del 2017.

CDG_1 9/11/17 14:58
Formatted: Font:16 pt, Font color: Custom Color(RGB(15;36;62))

CDG_1 15/11/16 13:02
Formatted: Heading 2, Left

Luigi Minerba 15/11/16 12:42
Deleted: -

Luigi Minerba 15/11/16 12:41
Deleted: <#>Premessa - ... [1]

CDG_1 9/11/17 14:58
Formatted: Font:(Default) +Theme Headings, 12 pt, Not Bold, Italic, Font

CDG_1 10/11/16 17:12
Formatted: Space After: 0 pt, Line spacing: 1.5 lines

CDG_1 9/11/17 14:58
Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 14:58
Formatted: Font:12 pt, Not Highlight

Luigi Minerba 13/11/17 10:01
Deleted: il

CDG_1 9/11/17 14:58
Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 14:58
Formatted: Font:12 pt, Not Highlight

CDG_1 9/11/17 14:58
Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 14:58
Formatted: Font:12 pt, Not Highlight

La costruzione dei nuovi Blocchi (provvisoriamente denominati con la lettera R) consentirà di trasferire al Duilio Casula alle specialità a conduzione universitaria attualmente dislocate presso altre aziende sanitarie. Tale fatto consentirà di implementare ulteriormente l'offerta assistenziale creando sinergie tra le varie discipline che rafforzeranno la qualità dei percorsi diagnostico assistenziali.

Con una connotazione di questo tipo il Duilio Casula non solo sarà inevitabilmente una fondamentale realtà nell'offerta sanitaria del sud Sardegna, ma sarà facilmente identificabile come una cittadella universitaria di primissimo piano dove gli studenti delle varie facoltà sanitarie potranno usufruire di una struttura organizzativa moderna ed efficiente.

Resta inteso che sarà necessario e doveroso eventualmente adeguare le dotazioni organiche alla normativa vigente in grado di garantire turnazioni, dopo aver concluso il piano di efficientamento alla luce anche delle limitazioni funzionali che molti dipendenti presentano, nonché alla nuova riorganizzazione prevista con l'atto aziendale e che vedrà luce dal 2018.

CDG_1 9/11/17 14:58

Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 14:58

Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 14:59

Formatted: Font:12 pt, Not Highlight

CDG_1 9/11/17 14:59

Formatted: Font:12 pt

CDG_1 18/10/17 09:14

Formatted: Font:12 pt, Highlight

5.1 Obiettivi Annuali

Il progetto di riorganizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria ha un duplice scopo: miglioramento del servizio all'utenza e taglio dei costi.

Il trasferimento delle degenze dal San Giovanni al Policlinico effettuate nel 2017 ha lo scopo di migliorare innanzitutto la qualità dell'assistenza: il PO Duilio Casula è una struttura nuova, decisamente più confortevole ed è realizzato con standard moderni, a differenza del PO San Giovanni di Dio, che ha 172 anni e, richiede manutenzioni continue, anche di notevole impegno di risorse.

Come prescritto dal Ministero, "la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, nella prospettiva derivante dal Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, di cui all'art. 15, comma 13, lett. c), d. l. n. 95/2012, convertito in l. n. 135/2012" si agirà "sia in relazione alla definizione di linee guida per i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri, che per la definizione dei valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori e soglie per rischi di esito, con aggiornamento del decreto ministeriale sulle alte specialità, nonché per la individuazione di linee di indirizzo e profili organizzativi relativi agli standard della clinical governance".

Nondimeno sarà indispensabile il coordinamento con ciò che ha previsto il decreto del MIUR del 13/06/2017 avente ad oggetto "Standard, requisiti e indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria".

L'azienda nel 2018 inoltre sarà concentrata nell'implementazione dell'Atto Aziendale approvato definitivamente con deliberazione n. 930 del 9 novembre 2017 che implicherà la riorganizzazione delle unità operative, l'istituzione di nuove strutture e servizi.

In sintesi lo scopo è quello di completare il PO Casula con tutte le specialità interventistiche e chirurgiche afferenti al polo dell'emergenza urgenza, necessarie al buon andamento della Facoltà di Medicina e delle varie Scuole di specializzazione.

Si ritiene indispensabile per completare l'offerta assistenziale e ambulatoriale contemplando nel contempo anche quella relativa alla didattica, di poter disporre di un'altra struttura (al momento individuata nel S. Giovanni di Dio) ubicata a Cagliari, di facile accessibilità ai

Luigi Minerba 15/11/16 12:42

Deleted: Scopo del

CDG_1 10/11/16 17:56

Formatted: Heading 2, Left, Page break before

CDG_1 18/10/17 09:14

Formatted: Font:12 pt, Highlight

CDG_1 10/11/16 17:12

Formatted: Space After: 0 pt, Line spacing: 1.5 lines

CDG_1 9/11/17 09:09

Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 09:09

Formatted: Font:12 pt, Not Highlight

CDG_1 9/11/17 09:09

Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 09:09

Formatted: Font:12 pt, Not Highlight

CDG_1 9/11/17 09:09

Formatted: Font:12 pt, Not Highlight

CDG_1 9/11/17 09:09

Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 09:11

Formatted: Font:12 pt, Not Highlight

CDG_1 9/11/17 09:11

Formatted: Font:12 pt

CDG_1 9/11/17 15:12

Formatted: Font:12 pt, Italic

CDG_1 9/11/17 15:12

Formatted: Font:12 pt, Italic

Luigi Minerba 13/11/17 10:03

Deleted: h

CDG_1 9/11/17 15:12

Formatted: Font:12 pt, Highlight

Luigi Minerba 13/11/17 10:03

Deleted: del 00/11/2017

CDG_1 9/11/17 15:12

Formatted: Font:12 pt, Highlight

5.2 La Pianificazione Strategica Triennale 2018-2020

In generale la strategia è la riflessione d'insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'Azienda intende perseguirli. La Direzione Aziendale dell'AOU di Cagliari ha definito la propria programmazione strategica triennale 2018-2020 in ottemperanza a quanto prescritto a livello Regionale

Il periodo sarà caratterizzato dall'attuazione (progettazione esecutiva-avvio realizzazione) degli interventi strutturali e riorganizzativi nei due stabilimenti, secondo quanto previsto dalla programmazione FSC 2007-2013 (Policlinico di Monserrato Realizzazione blocco R), e dal Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020, per il completamento degli interventi presso i Presidi Ospedalieri AOU di Cagliari, finalizzati all'accorpamento di tutti i servizi sanitari e amministrativi attualmente dislocati nel territorio di Cagliari (Delibera del DG AOU Cagliari n. 367 del 4/05/2017), e dell'Atto Aziendale.

Il programma Sanitario nel triennio 2018/2020 è composto da un insieme di azioni/sezioni che determineranno notevoli cambiamenti nella struttura organizzativa dell'Azienda così sinteticamente proposte:

- ✓ Completamento dei percorsi di Accreditamento di tutte le Unità Operative di degenza, delle strutture ambulatoriali e dei servizi nell'arco del Triennio.
- ✓ Completamento di un piano di assunzioni e ottimizzazione utilizzo delle risorse umane.
- ✓ Valorizzazione P.O. san Giovanni di dio

Attuazione atto Aziendale

Con l'adozione dell'Atto Aziendale l'AOU di Cagliari ha definito il proprio assetto organizzativo rendendo quindi necessario procedere alla graduazione ed al successivo conferimento degli incarichi dirigenziali secondo quanto stabilito dall'organigramma aziendale nel pieno rispetto dei Contratti di lavoro del Comparto.

Sono in fase di ridefinizione i regolamenti che disciplinano la graduazione delle funzioni e la successiva fase di conferimento degli incarichi. Inoltre sono in fase di realizzazione sono anche i seguenti :

- ✓ regolamento per il funzionamento dei Dipartimenti Assistenziali
- ✓ nuovo regolamento di budget
- ✓ regolamento aziendale per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali

CDG_1 9/11/17 09:14

Formatted: Font:(Default) Calibri, 13 pt, Bold, Font color: Custom Color(23;54;93), Not Highlight

CDG_1 14/11/17 12:42

Formatted: Font:(Default) +Theme Body, 12 pt, Font color: Auto

CDG_1 14/11/17 12:42

Formatted: Normal, Justified, Line spacing: 1.5 lines

CDG_1 14/11/17 12:42

Formatted: Font:(Default) +Theme Body, 12 pt, Font color: Auto

CDG_1 14/11/17 12:42

Formatted: Font:12 pt, Bold, Not Highlight

Accreditamento

Nel corso degli ultimi due anni sono state avviate le procedure di accreditamento conseguenti al trasferimento di diverse UU.OO. dal P.O San Giovanni di Dio al P.O. Duilio Casula.

Oltre alle strutture trasferite di recente è intenzione di questa Azienda portare a termine tutti i procedimenti finalizzati all'ottenimento dell'accREDITAMENTO delle UU.OO..

Piano Assunzioni e ottimizzazione impiego risorse umane

Nel calcolo della dotazione organica per tipologia e numero dei posti letto e garantire lo standard minimo previsto dalle norme in materia di accREDITAMENTO delle Strutture sanitarie.

Dall'analisi della Direzione medica di Presidio, della Direzione delle professioni Sanitarie e della proiezione delle cessazioni nel triennio 2018/2020 (stante la situazione attuale dei posti letto) emerge una forte carenza di personale.

In particolare:

- ✓ Per quanto riguarda i Dirigenti Medici risulta una carenza di 23 unità a cui dovranno essere sommati n. 37 unità che cesseranno dal servizio tra il 2018 e il 2020 per un totale di 60 unità
- ✓ Per quanto riguarda i collaboratori Sanitari infermieri si rileva una carenza di 76 unità
- ✓ per quanto riguarda gli OSS una carenza di circa 40 unità

Al fine di dare adeguata risposta alle necessità assistenziali, è assolutamente necessario avviare un piano di assunzioni di figure professionali *"compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili"* che in parte vanno a sostituire il personale cessato nel 2017 e/o cesseranno nel corso del triennio, e in parte dovranno potenziare l'organico già esistente, al fine di garantire gli standard minimi previsti dalla normativa sull'accREDITAMENTO delle strutture.

In fase di programmazione delle assunzioni dovranno essere previste delle deroghe riferite alle figure di collaboratore Sanitario Infermiere e di OSS che appaiono estremamente carenti rispetto al fabbisogno necessario a garantire i livelli assistenziali attuali non tanto in termini assoluti quanto in relazione alla alta percentuale (oltre il 40%) di personale escluso dalla turnazione per limitazioni del Medico Competente e/o beneficiano di istituti giuridici vari (L.104, legge 151 ecc.).

Nel triennio andrà supportata la cultura dell'organizzazione dipartimentale del personale e l'avvio di percorsi di presa in carico dei pazienti attraverso percorsi multidisciplinari governati da un unico punto di accesso, in tal senso sarà fondamentale affinare e consolidare alcune procedure (*già avviate nel corso del 2017*) e percorsi di

riorganizzazione sia a livello dipartimentale sia di blocco operatorio con una adeguata governance garantita dalla istituenda struttura complessa di Nursing.

In particolare verranno valorizzati e certificati percorsi chirurgici (Tiroide, Colon-Retto, Pancreas, Percorso Brest) ma che coinvolgono strutture diagnostiche e internistiche secondo gli step che verranno codificati.

La valorizzazione e razionalizzazione delle risorse umane sarà inoltre supportata da un adeguato piano formativo finalizzato a far acquisire le competenze necessarie alla riconversione di personale per consentire un utilizzo interdipartimentale

Avvio comitati

Nel corso del triennio sarà messa a regime l'attività dei comitati recentemente costituiti con programmi di lavoro specifici e mirati, tutti i comitati contribuiranno in modo più incisivo alla attuazione dei sistemi di verifica, controllo e governo clinico, in particolare il Comitato per le Infezioni Ospedaliere, Il comitato per il Buon uso del Sangue, il comitato per il prontuario terapeutico aziendale, il comitato per le radiazioni ionizzanti.

Ottimizzazione dei posti letto

Un elemento strategico nella programmazione triennale è l'ottimizzazione dei posti letto per acuti. In tal senso sarà di fondamentale importanza a avrà una forte priorità nel 2018 l'attivazione dei posti letto dell'OBI che consentirà una maggiore appropriatezza dei ricoveri.

Il programma di ottimizzazione dei posti letto dovrà tener conto della specificità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria che oltre all'assistenza deve creare le condizioni per le attività di didattica e di ricerca, e garantire le attività delle scuola di specializzazione della facoltà di medicina e l'attività di formazione per i corsi in professioni sanitarie.

In ultimo dovranno definirsi meccanismi di coinvolgimento e partecipazione dei sanitari sugli obiettivi aziendali attraverso forme di democrazia interna e in particolare con l'attivazione del consiglio dei sanitari, in particolare le azioni da condividere e da porre in essere debbono essere associate ad altre azioni derivanti da riflessioni sul fatto che:

- ✓ vi è spesso un utilizzo improprio dei letti nel dipartimento chirurgico;
- ✓ il tasso di ospedalizzazione, come anche gli indici di performance, sono fortemente condizionati dall'operatività del Pronto Soccorso e dalla indisponibilità disponibilità di posti di osservazione breve intensiva nonché dalla possibilità di dimettere il paziente in condizioni di sicurezza verso altri livelli assistenziali di lungodegenza;
- ✓ il potenziamento delle dimissioni protette, secondo protocolli condivisi tra l'ospedale e i servizi territoriali organizzati a livello di distretto, è ritenuta un'efficace misura per migliorare l'efficienza dell'assistenza ospedaliera, consentendo di ridurre il numero di giornate di ricovero inappropriate;

Dovranno essere favoriti i percorsi di umanizzazione, di trasparenza e di facilità di accesso alle strutture sanitarie attraverso procedure e percorsi certificati.

Spesa Farmaceutica e centri prescrittori

Saranno individuati percorsi per la razionalizzazione sulla prescrizione dei farmaci finalizzati al contenimento della spesa anche attraverso la contrattazione di obiettivi condivisi con i direttori delle UU.OO. e i direttori dei centri di riferimento regionale. e una rivalutazione sulle autorizzazioni dei medici per il rilascio delle credenziali AIFA.

Particolare attenzione verrà dedicata al controllo della spesa farmaceutica attraverso la rivisitazione di tutti i centri prescrittori e la condivisione di regole e comportamenti meglio definiti dalla commissione per il prontuario terapeutico aziendale.

Attivazione posti Letto U.O. Chirurgia Plastica

Altro aspetto prioritario è la piena attuazione di quanto disposti con la DRG n. del con la dotazione organica necessaria al funzionamento Chirurgia Plastica, inoltre, come da nuovo atto aziendale, verranno potenziate le attività del blocco operatorio anche con l'incremento del numero delle sale e verranno definiti i dipartimenti e i regolamenti di funzionamento.

Valorizzazione P.O. san Giovanni di Dio

Nell'ambito della ridefinizione della rete ospedaliera è intendimento di questa direzione rivalutare il P.O. san Giovanni di Dio trasformandolo in ospedale di giorno implementando le attività che consentono un utilizzo più appropriato del P.O. così come esposto ampiamente nel paragrafo successivo.

Nell'arco del triennio si prevede inoltre la riqualificazione di una parte del presidio per consentire il trasferimento "all'interno del medesimo" della Clinica psichiatrica dalla struttura attualmente allocata in strutture di proprietà dell'ATS.

Obiettivi e risultati attesi nel triennio

Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale

- Trasferimento delle attività di ricovero in piattaforme di degenza post-acute con un incremento dei posti letto per post-acute (+165%)
- Riduzione del tasso di ospedalizzazione al valore di 160 per mille abitanti

- Riduzione dell'offerta di posti letto ospedalieri per acuti (-13,2%), utilizzati in modo non appropriato
- Miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera (ICM)
- Trasferimento di specifiche attività di ricovero programmato verso percorsi ambulatoriali organizzati

Definire le funzioni e le discipline dei presidi ospedalieri sulla base di standard minimi

- Specializzazione dell'offerta ospedaliera in relazione alla funzione del ruolo svolto nella rete regionale e degli ambiti di popolazione serviti

Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio

- Sperimentazione di aree di degenza con funzioni di ospedali di comunità e strutture intermedie come strumento di raccordo e integrazione ospedale territorio
- Istituzione dei servizi di continuità assistenziale extra-ospedaliera
- Consolidamento di percorsi assistenziali integrati verso cui orientare il cittadino in cura per periodi di tempo medio-lunghi (malattie croniche)

Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera

- Utilizzo del modello di ospedale aperto al cittadino
- Consolidamento del sistema di monitoraggio delle attività erogate, attraverso specifici indicatori
- Riduzione della mobilità passiva ospedaliera interregionale

Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera

- Riconversione e riqualificazione di alcuni stabilimenti ospedalieri
- Accorpamento delle strutture omogenee e riduzione delle duplicazioni, con riduzione del numero di strutture complesse
- Riorganizzazione dell'assistenza sulla base di modelli dipartimentali e di piattaforme omogenee di erogazione dell'assistenza
- Riduzione della degenza media standardizzata

Definire e governare le reti cure ospedaliere per le patologie complesse tempodipendenti

- Predisporre azioni finalizzate all'attivazione delle reti assistenziali **Hub e Spoke**

- Riduzione delle duplicazioni inutili di servizi specialistici
- Sviluppo di un modello cooperativo secondo i diversi livelli di complessità attribuita
- Definizione di una metodologia per l'accREDITAMENTO delle reti specialistiche, in termini di competenze, di volumi e di esiti.

Valorizzazione delle tecnologie digitali

- informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con i pazienti e prestatori di assistenza (c.d. caregiver) informali per il monitoraggio e consulenza on-line.

Nell'AOU di Cagliari i servizi attualmente esistenti e progressivamente trasferiti nel P.O. "Dulio Casula" di Monserrato, saranno integrati dalle unità di degenza specialistica di ortopedia e urologia (dal 2018), dal servizio di emodinamica interventistica *H24* e caratterizzati da ulteriori funzioni legate, oltre che alle peculiarità della ricerca e formazione, al ruolo svolto dall'AOU nelle reti di patologia a livello regionale come il centro di riferimento materno-infantile di 2° livello (ostetricia, rianimazione pediatrica e neonatale, neonatologia), il centro regionale sclerosi multipla e il Servizio di Genetica medica.

5.3 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità

In questo paragrafo vengono riportati i piani operativi negoziati dalle Unità Operative della AOU di Cagliari. Al fine di agevolare la comprensione e le modalità di lettura è necessaria una breve descrizione della scheda proposta.

In questo paragrafo sono riportati i piani operativi negoziati dalle Unità Operative della AOU di Cagliari, declinazione degli obiettivi strategici previsti per l'Azienda dalla deliberazione della G.R. n. 22/23 del 3/5/2017, e di quelli aggiornati con DGR n. 39/5 del 9/8/17, in attesa di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2018 e successivi da parte della Regione.

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - AO, AOU				
Dimensione dell'Assistenza Collettiva				
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
Punti 10 5	Potenziare l'utilizzo dei sistemi informativi in materia di rischi e danni da lavoro (Sistema di sorveglianza MailProf)	(N. casi analizzati e inseriti/N. segnalazioni a Spresal)*100	95%	Obiettivo coerente con la programmazione nazionale (PNP 2014-2018) e regionale (FRP 2014-2018), 2016 è 83%
5	Adesione al progetto dell'OMS "Save Lives Clean your hands"	N. Monitoraggi/anno in ciascun Presidio ospedaliero	Almeno 2 monitoraggi per PO con N. osservazioni >= 500 in ciascuna settimana indice	Dati trasmessi in formato digitale attraverso il software OMS
Dimensione dell'Assistenza ospedaliera				
Area della Qualità e Governo clinico				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
Punti 45 5*	Rinnovo dell'Accreditamento del sistema trasfusionale	(N. strutture trasfusionali accreditate/N. strutture della rete regionale trasfusionale)*100	100%	Evidenza dell'applicazione e del monitoraggio ai sensi del Decreto Ministeriale 2 novembre 2012
5**	Applicazione strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	(N. strutture che compilano SISPAC/N. totale di strutture che effettuano attività chirurgica)*100	>=80%***	Il valore è misurato sui flussi informativi trasmessi entro 31 gennaio 2018, DGR 63/24 del 2015
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
Punti 35 8	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA	Punteggio Griglia	>=24	Il punteggio complessivo è calcolato sugli indicatori 16 (Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari) e 17 (Rapporto ricoveri DRG a rischio di inappropriatezza/ricoveri non DRG a rischio di inappropriatezza in regime ordinario)
0	Miglioramento degli indicatori PNE	Incremento % rispetto al punteggio 2015	Variazione positiva di almeno il 50% degli indicatori visibili con il "heatmap" e critici (sotto la media) per ciascuna delle strutture monitorate con il PNE; mantenimento dei valori medi e superiori alla media	Il Valore dello standard è calcolato sui dati 2017 nell'ambito della valutazione degli obiettivi 2018 del DG con peso=7
9	Attualizzazione degli audit PNE edizione 2016	(N. Audit effettuati/N. Audit richiesti)*100	>=80%	Le attività di Audit hanno come riferimento l'attività del 2015
8	Miglioramento casistica e performance dell'ospedale	ICM e ICP ricoveri ordinari	AOB: ICM<1,12; ICP <0,95. AOUCA: ICM<0,95; ICP<1,00 AOUSS: ICM<1,04; ICP<1,05	Valori dell'attività 2017 migliori rispetto ai dati 2015

* Per l'AOU di Cagliari il peso = 0

** Per l'AOU di Cagliari il peso = 10

*** Le strutture che aderiscono al programma devono dimostrare una percentuale di compilazione delle schede SISPAC pari ad almeno al 60% degli interventi chirurgici rilevati in un periodo indice dell'ultimo trimestre 2017.

20/22

Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
26	Perseguire i target di risparmio attribuiti	Differenza tra costi della produzione 2017 e costi della produzione 2016	< 0 = Target trasmesso dall'Assessorato*	I riferimenti sono costituiti dalle direttive assessoriali emanate nel corso dell'anno in applicazione alla DGR 63/24 2015 e s.m.
Dimensione della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
4	ACU CA: 1. Stipula contratto appalto lavori blocco R	Atto formale	1/1	
4	ACU SS: 1. Stipula contratto appalto lavori di ampliamento del complesso ospedaliero universitario	Atto formale	1/1	
4	AOB: 1. Approvazione della progettazione definitiva dei lavori di riqualificazione dei locali di medicina nucleare, radiologia e endoscopia digestive del PO Businco entro dicembre 2017 2. Approvazione della progettazione esecutiva dei lavori di riqualificazione delle strutture esistenti in funzione del nuovo assetto organizzativo del PO Microclemico entro dicembre 2017 3. Stipula dei contratti per la realizzazione delle opere programmate con DGR n. 63/09 del 25/11/2016 entro dicembre 2017	Atto formale	3/3**	
Dimensione della gestione amministrativo-contabile				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
5	Completamento del percorso PAC	N. di regolamenti approvati	6	I regolamenti si riferiscono alle aree: 1) Rimanenze (DA n. 1/2014), 2) Patrimonio netto (DA n. 4/2015), 3) Immobilizzazioni (DA 4/2015 e n. 3/2017), 4) Crediti e ricavi (DA n. 1/2016 e n. 45/2016), 5) Debiti e costi (DA n. 45/2016), 6) Disponibilità liquide (DA n. 45/2016).
Dimensione della Riorganizzazione Aziendale				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
9	Adozione dell'Atto Aziendale	Trasmissione della deliberazione alla Regione	Entro due mesi dall'approvazione definitiva delle linee di indirizzo da parte della Giunta Regionale	Legge regionale n. 10/2006

* Il 100% del punteggio è raggiunto se il valore del risultato è < 0 = al target verrà progressivamente ridotto (in proporzione allo scostamento), con limite a zero nel caso in cui lo scostamento sia >= al 30%.
 ** L'obiettivo verrà ridotto di 1/3 in caso di mancata adozione di ciascuno dei tre atti formali contraindicati con i punti 1, 2 e 3 (es. - 1/3 mancata adozione atto formale 1, - 2/3 mancata adozione degli atti formali 1 e 2, etc).

La scheda risulta così costituita:

- Nella prima colonna è descritto l'Obiettivo
- Nella seconda colonna è riportato il Valore raggiunto nell'anno precedente
- Nella terza colonna è riportato il Valore Atteso dell'Obiettivo o standard di riferimento
- Nella quarta colonna è riportato il Valore Minimo Accettabile dell'Obiettivo
- Nella quinta colonna è riportato Peso Obiettivo in termini %

Esempio

SCHEMA DI BUDGET - ANNO xxx

Esempio di struttura Chirurgica:

<i>STRUTTURA :09cx Chirurgia XYZ</i>				
<i>RESPONSABILE: Prof. WWWWWW</i>				
OBIETTIVO	VALORE ANNO X-1	VALORE ATTESO X	VALORE MIN/MAX ACCETTABILE X	PESO OBIETTIVO %
Incremento valore della produzione	€ 4.000.000,00	>=4.202.000	>=4.180.000	
% Ricoveri LEA in Regime Ordinario	16,78%	5,00%	9,85%	
% Ricoveri Ripetuti	2,26%	3,62%	4,00%	
Indice di Case Mix (ICM)		>0,95	=0,95	
Indice Comparativo di Performance (ICP)		<0,95	<1	
Proposta e approvazione da parte del comitato etico di almeno uno studio	\	2 studi entro il XX/XX/20XX	1 studio entro il XX/XX/20XX	
Riduzione scarichi consumo dispositivi medici	€ 865.854,86	riduzione rapporto tra valore scarichi consumi dispositivi medici 20XX/valore produzione 2015	riduzione rapporto tra valore scarichi consumi dispositivi medici 20XX/valore produzione 2015	
Degenza Media DRG YHYHY (Interventi MMMMM)	4,09	3,4	3,74	
Utilizzo dei sistemi informativi aziendali:				
•Order Entry (prestazioni interne)		100% correttezza compilazione	90% correttezza compilazione	
•Chiusura interventi SO		100% correttezza compilazione	90% correttezza compilazione	
•Chiusura lista d'attesa post intervento/ricovero		100% correttezza compilazione	90% correttezza compilazione	
•Utilizzo armadio farmaceutico		100% utilizzo	90% utilizzo	
•% SDO I inserite Regime Ordinario+Day Hospital	100,00%	100,00%	100,00%	
Frequenza corsi obbligatori aziendali: Corso Antincendio		80% personale	60% personale	
Aderenza ai percorsi di miglioramento della qualità aziendale				
Cagliari, Il Direttore della struttura		Il Direttore Generale Dott. Giorgio Sorrentino		

Esempio di scheda budget del Servizio

OBIETTIVO	VALORE RAGGIUNTO ANNO XXX-1	VALORE ATTESO ANNO XXX (Standard)	VALORE MINIMO ACCETTABILE ANNO XXX	PESO OBIETTIVO %
1) % RICOVERI LEA REGIME ORDINARIO				
2) % RICOVERI RIPETUTI				
3) DEGENZA MEDIA TRIMMATA DRG XX				
.....				

Cagliari

Il Direttore della Struttura

Il Direttore Generale

6. Sistema Di Budget

Il sistema di gestione per budget è lo strumento fondamentale per il pieno perseguimento delle attività programmate da parte delle strutture e per garantire l'unitarietà della gestione aziendale.

L'Azienda articola la propria organizzazione in centri di responsabilità cui corrispondono le unità di Budget.

Il Direttore Generale individua annualmente nell'ambito della programmazione aziendale, gli obiettivi rilevanti ai fini della corresponsione dei compensi incentivati e li attribuisce, con il supporto tecnico degli uffici di staff, ai Direttori di Dipartimento che a loro volta li attribuiscono ai Direttori di Struttura Complessa, struttura semplice dipartimentale, ai Programmi.

L'Attribuzione del Budget presuppone una negoziazione tra le parti con sottoscrizione di un documento di Budget.

La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi viene valutata unitamente all'OIV sulla base della predeterminazione dei criteri oggettivi.

Con apposito regolamento verrà definito l'intero processo con la previsione di un comitato di Budget con compiti di assegnazione, aggregazione e consolidamento degli obiettivi da assegnare annualmente.

La struttura programmazione e controllo di gestione predispone la documentazione tecnico-contabile del budget e collabora alla valutazione delle proposte formulate dai dipartimenti per le articolazioni delle varie strutture.

6.1 Valutazione

Alla luce dei principi di cui al D.Lgs. 286/99, come modificato dal D.Lgs. 150/2009 ed delle disposizioni contrattuali, l'Azienda nell'ambito della propria autonomia organizzativa, adotta un regolamento per disciplinare la valutazione del personale dirigenziale sia ospedaliero che universitario, del personale del comparto.

La Valutazione è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati, in relazione alle risorse attribuite, e della professionalità espressa, è caratteristica essenziale ed

ordinaria del rapporto di lavoro o dell'attività assistenziale prestata.

Gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione complessa, semplice etc. attribuiti a professori, ricercatori universitari sono soggetti alla valutazione e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del S.S.N. Nel caso di valutazione negativa, il Direttore Generale ne dà comunicazione al Rettore per i conseguenti provvedimenti.

6.2 Collegio Tecnico.

Il Collegio Tecnico è competente, quale valutatore di seconda istanza, per le valutazioni periodiche delle attività professionali dei singoli dirigenti (ospedalieri e universitari) alla scadenza dell'incarico conferito, al termine del primo quinquennio di servizio e al raggiungimento dell'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

In caso di verifica dei Professori e ricercatori universitari dev'essere prevista la presenza nel collegio della componente universitaria.

La valutazione del dirigente è effettuata attraverso un meccanismo che sostanzialmente presenta due gradi di giudizio. Viene infatti applicato il principio stabilito dalla legge e dal contratto di riferimento secondo il quale i valutatori di prima istanza predispongono gli elementi necessari alla verifica demandata agli organismi collegiali competenti. Il valutatore di prima istanza è il soggetto che è a più diretta conoscenza dell'attività svolta dal valutato; soggetto che, in linea di massima, coincide con il direttore della struttura cui è assegnato il dirigente da valutare. Al valutatore di seconda istanza – il Collegio Tecnico – compete il compito di formalizzare la valutazione finale. La valutazione del collegio si esplicita con un giudizio positivo/ negativo che chiude il processo di valutazione. La procedura di valutazione deve essere improntata ai principi di cui ai ccnl di riferimento.

Sono organi di valutazione di prima istanza:

- ✓ Il Direttore di Dipartimento per i direttori della Struttura Complessa e per quelli a valenza dipartimentale
- ✓ Il Direttore di Struttura Complessa per tutti i dirigenti che afferiscono alla struttura.

Il Valutato potrà allegare alla relazione osservazioni e chiedere di essere sentito dal collegio. Sulla base della valutazione di prima istanza il collegio esprime un motivato giudizio, tenuto conto delle osservazioni, in contraddittorio, del valutato, redigendo un apposito verbale.

Il Collegio, prima di formulare un giudizio negativo deve convocare il dirigente interessato al fine di acquisire le sue osservazioni e contro deduzioni. L'interessato può farsi assistere da persone di Sua fiducia.

Gli effetti della valutazione sono quelli compiutamente previsti dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali.

Il Collegio Tecnico è costituito da tre componenti.

Il funzionamento, le procedure ed i criteri di riferimento del Collegio Tecnico sono definiti con apposito regolamento aziendale.

6.3 Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance è istituito dall'art. 14 del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150. Tale organismo sostituisce il Servizio di controllo interno e svolge, in aggiunta alle attività di controllo strategico, di cui al Decreto legislativo n. 286/1999, ulteriori attività disciplinate dal Decreto legislativo n. 150/2009, dalla Legge 190/2012 e dal Decreto legislativo n. 33/2013.

Tra le principali competenze assegnate, l'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso; valida la relazione sulla performance di cui all'art. 10 del Decreto legislativo n. 150/2009; garantisce la correttezza dell'utilizzo dei premi, nel rispetto dei principi di valorizzazione del merito e della professionalità; propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice; assicura la corretta applicazione delle linee guida predisposte dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e dal Dipartimento della Funzione Pubblica; promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e l'integrità; svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa; verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

L'Organismo Indipendente di Valutazione è composto da tre componenti individuati dal Direttore Generale , previa procedura selettiva, nel rispetto delle direttive impartite dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

L'Organismo dura incarica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

L'Organismo si avvale del supporto di strutture interne all'Azienda che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting, quale il Servizio di Programmazione e Controllo.

7. IL SISTEMA PREMIANTE

Nell'ambito del Ciclo annuale della performance è previsto un percorso per la distribuzione del salario di risultato, nel rispetto dei CCNL vigenti, attraverso l'adozione di un Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA) redatto in forma coerente coi principi del D.Lgs. 150/2009.

In base alle modifiche di cui al successivo decreto n 141/2011, il Titolo III° (Merito e premi) ha subito un robusto intervento teso al superamento delle 3 Fasce di merito di cui all'art. 19; giusta la deroga consentita dal comma 2 dell'art.31 del D.Lgs. 150/2009, le Aziende adottano criteri di differenziazione condivisi e trasparenti, tali da consentire l'erogazione dei premi in relazione a:

- 1 – Performance organizzative (%) del CdR di appartenenza
- 2 – Apporto del singolo alla produttività dell'equipe interna al CdR stesso.

Ricordato che il CCNL vigente prevede Fondi dedicati alle Aree Contrattuali presenti in Azienda, per la distribuzione dei premi al personale occorre disporre di una metodologia dichiarata e coerente col "processo di budget". A tal fine la AOU di Cagliari ha varato un "protocollo applicativo per la gestione del sistema premiante aziendale" che fa parte integrante del Ciclo di gestione della performance col quale si definiscono i "criteri di distribuzione" della retribuzione di risultato. Si tratta di un sistema assolutamente coerente con i principi del DLgs 150/2009 in quanto prevede la connessione diretta fra il grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura (performance organizzativa) e la possibilità offerta obbligatoriamente ai dipendenti di ottenere il pagamento della retribuzione di risultato e/o del premio di produttività (performance individuale) in funzione di un punteggio differenziale di flessibilità che apprezza il contributo alla produttività della struttura di appartenenza.

OBIETTIVI INDIVIDUALI

Lo scopo principale della valutazione individuale consiste nel valorizzare il contributo dell'apporto professionale, tecnico e umano del singolo rispetto al raggiungimento degli obiettivi della struttura organizzativa in cui opera il dipendente e, più in generale, del rispetto agli obiettivi globali dell'azienda. Tale valutazione si svolge secondo la metodologia contenuta nel documento "Protocollo Applicativo per la gestione del Sistema premiante aziendale anno 2011-2012" per la dirigenza e per il comparto, rispettivamente secondo quanto previsto dalle deliberazioni del

Direttore Generale n. 39 del 20/01/2012 e n. 177 del 22/02/2012, a cui si rinvia per ulteriori approfondimenti.

La valutazione che sta alla base deve necessariamente essere strutturata secondo un percorso metodologico che conduce il dipendente a migliorare, se necessario, il proprio livello di performance ma, soprattutto, comprendere che il sistema premiante è dovuto solo se il contributo offerto è superiore allo standard.

Il protocollo applicativo relativo al Sistema premiante attualmente vigente è visualizzabile attraverso il sito aziendale nella sezione trasparenza e merito.

Gli elementi variabili che permettono la definizione dell'incentivo promesso ad inizio anno riguardano i seguenti passaggi:

- Parametro individuale d'accesso
- Parametro aggiuntivo (in base a criteri predefiniti)
- Valenza differenziale fra Macrostrutture
- Valenza differenziale alla Unità Operativa di appartenenza.
- Valorizzazione differenziale individuale (punteggio di flessibilità individuale).

E' utile ricordare che l' incentivo promesso può variare in base alla performance della UO di appartenenza e dalla eventuale "variazione" del punteggio di flessibilità individuale verificato a fine anno da parte del dirigente superiore.

8. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORAMENTI

La problematica della valutazione permanente dei comportamenti e delle capacità gestionali del personale riguarda soprattutto i dirigenti ed è direttamente collegata dalla normativa contrattuale alla conferma dell'incarico affidato. Il personale del Comparto, invece, viene sottoposto a valutazione essenzialmente per espletare le selezioni per il passaggio di fascia.

Il D.Lgs. 150/2009 non è intervenuto su questi aspetti della valutazione comportamentale, dunque l'AOU di Cagliari deve consolidare i precedenti regolamenti adattandoli ai principi della trasparenza del metodo ripreso nei Regolamenti vigenti, garantendo, però, il diritto alla privacy.

Sul tema vale il principio della partecipazione del valutato a tutte le fasi del processo valutativo che lo riguarda; la scheda di valutazione deve essere "contestualizzata" da parte del diretto superiore (il valutatore di 1^a istanza).

A garanzia dell'oggettività del processo e per rimuovere ogni rischio di patologia da lavoro (mobbing), i Contratti hanno prescritto la cosiddetta "Valutazione di 2^a istanza".

Si tratta di un passaggio che garantisce tutti gli attori del processo valutativo: il valutando ed il valutatore. Anche l'Azienda ha dei vantaggi dal rispetto di questa impostazione, in quanto si risolvono eventuali possibili situazioni di "conflitto" sempre negative per la serenità degli ambienti e per il mantenimento della produttività delle strutture.

Nel CCNL vigente è prevista la potestà del Nucleo di Valutazione (Oggi diventato OIV) d'intervenire in 2^a istanza, esclusivamente per valutare in modo conclusivo i direttori/dirigenti di struttura (complessa o semplice, ma dotata di autonomia di gestione, in attuazione dell'art. 27 del CCNL del 2000). Il giudizio finale del singolo soggetto, posto a confronto le valutazioni ottenute da gruppi omogenei di dirigenti, può essere espresso soltanto nei termini positivo o negativo (+) o (-).

Infine, anche per le competenze professionali e dei comportamenti nei confronti dell'organizzazione è prevista una valutazione di seconda istanza. In questo caso, alla fine dell'incarico il CCNL del 2000 prevede la valutazione da parte di un organismo dedicato: il Collegio Tecnico di Area omogenea, presieduto dal Capo dipartimento o figura Referente della macrostruttura.

Il giudizio conclusivo, anche in questo caso può essere soltanto di tipo positivo o negativo.

Il regolamento di valutazione permanente attualmente vigente è visualizzabile attraverso il sito aziendale nella sezione trasparenza e merito.

9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto vi deve essere un'integrazione logica tra il piano delle performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

La coerenza dei contenuti del Piano delle performance agli indirizzi del bilancio di previsione viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da confluire in un unico gantt temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di gestione, all'Organismo indipendente di valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primis il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

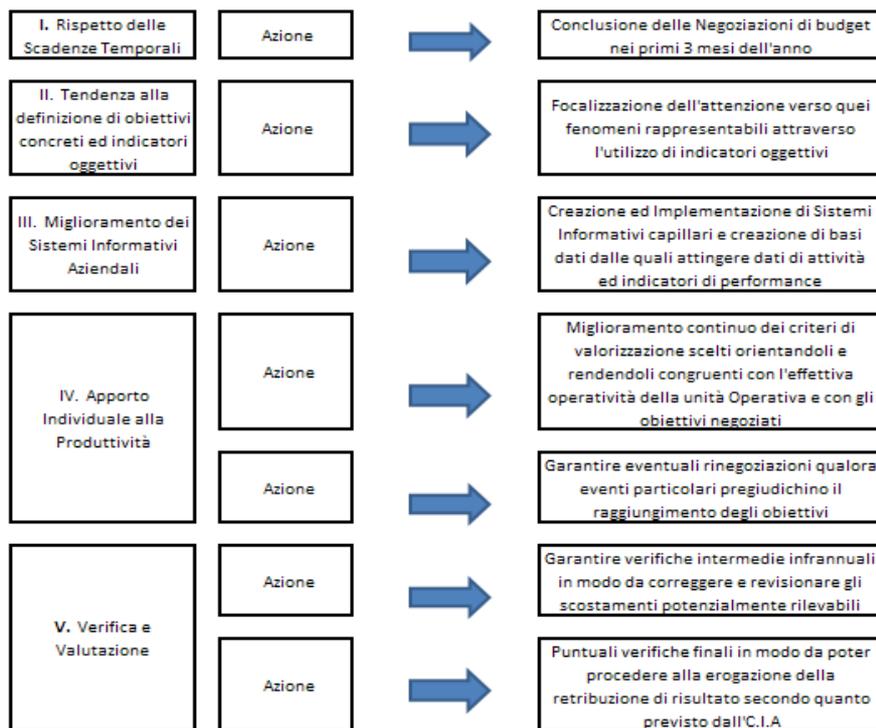
L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nella seconda metà dell'anno precedente quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 31 dicembre, salvo diverse disposizioni regionali.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base economico-finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali.

In particolare, oltre al sistema autorizzativo per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale.

10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

La gestione del “Ciclo di Gestione della Performance” prevede un continuo monitoraggio di tutti gli step incrementali che lo compongono fatto salvo che le modalità di programmazione risentono ovviamente della normativa e dei vincoli dettati a livello Regionale e Nazionale, l’attenzione è volta al miglioramento del “Sistema di Budget” e del sistema di “Valorizzazione dell’apporto individuale alla produttività”. A tal fine è utile procedere ad una armonizzazione di tutto il processo implementato prevedendo miglioramenti quali:



Infine il piano della performance, deve essere sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

Il piano potrà essere revisionato nel corso dell'anno in funzione della variazione degli obiettivi regionali e su eventuali disposizioni sul nuovo assetto organizzativo della AOUDI Cagliari. Le aree strategiche verranno sviluppate considerando i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali "linee di produzione" aziendali.