



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**



Piano della Performance 2021-2023

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	12
4. ANALISI DEL CONTESTO	19
4.1 Analisi del contesto esterno	19
4.2 Analisi del contesto interno	19
Attività di ricovero	21
Accessi al pronto soccorso.....	22
Attività Ambulatoriale per esterni.....	23
4.2.1 La struttura organizzativa dell'azienda da Atto Aziendale.....	25
4.2.3 La Pianta Organica	27
<i>Situazione Personale Dipendente SSN e Universitario</i>	27
4.3 Le risorse economiche.....	29
5. PIANO STRATEGICO ED OPERATIVO	30
5.1 Obiettivi Annuali.....	31
Il Piano Operativo	31
5.2 La Pianificazione Strategica Triennale 2021-2023	33
Attuazione atto Aziendale	33
Accreditamento	33
Piano Assunzioni e ottimizzazione impiego risorse umane.....	34
Avvio comitati	34
Ottimizzazione dei posti letto.....	34
Spesa Farmaceutica e centri prescrittori.....	35
Valorizzazione P.O. san Giovanni di Dio	35
Obiettivi e risultati attesi nel triennio	36
Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale.....	36
Definire le funzioni e le discipline dei presidi ospedalieri sulla base di standard minimi.....	36

Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio.....	36
Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera	36
Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera.....	36
Definire e governare le reti cure ospedaliere per le patologie complesse tempo dipendenti ..	37
Valorizzazione delle tecnologie digitali	37
5.3 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità	38
6. Sistema Di Budget	44
6.1 Valutazione.....	44
6.2 Collegio Tecnico.....	45
6.3 Organismo Indipendente di Valutazione.....	46
7. IL SISTEMA PREMIANTE	48
OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	48
8. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORTAMENTI	49
9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA	50
10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	52

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 (ad aggiornamento annuale) che è definito dalla Direzione Generale (Organo di indirizzo politico-amministrativo);
- 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.
- ha lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità e attendibilità alla rappresentazione della performance di una organizzazione pubblica, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio (sia in termini di associazione delle risorse agli obiettivi, sia in termini di gestione del processo e dei soggetti coinvolti) e conformemente alle prescrizioni di cui al Programma Triennale per l'Integrità e la Trasparenza (PTIT) e al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC).

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). C

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. (Vedi le ultime delibere di incarico a pag. 37)

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.

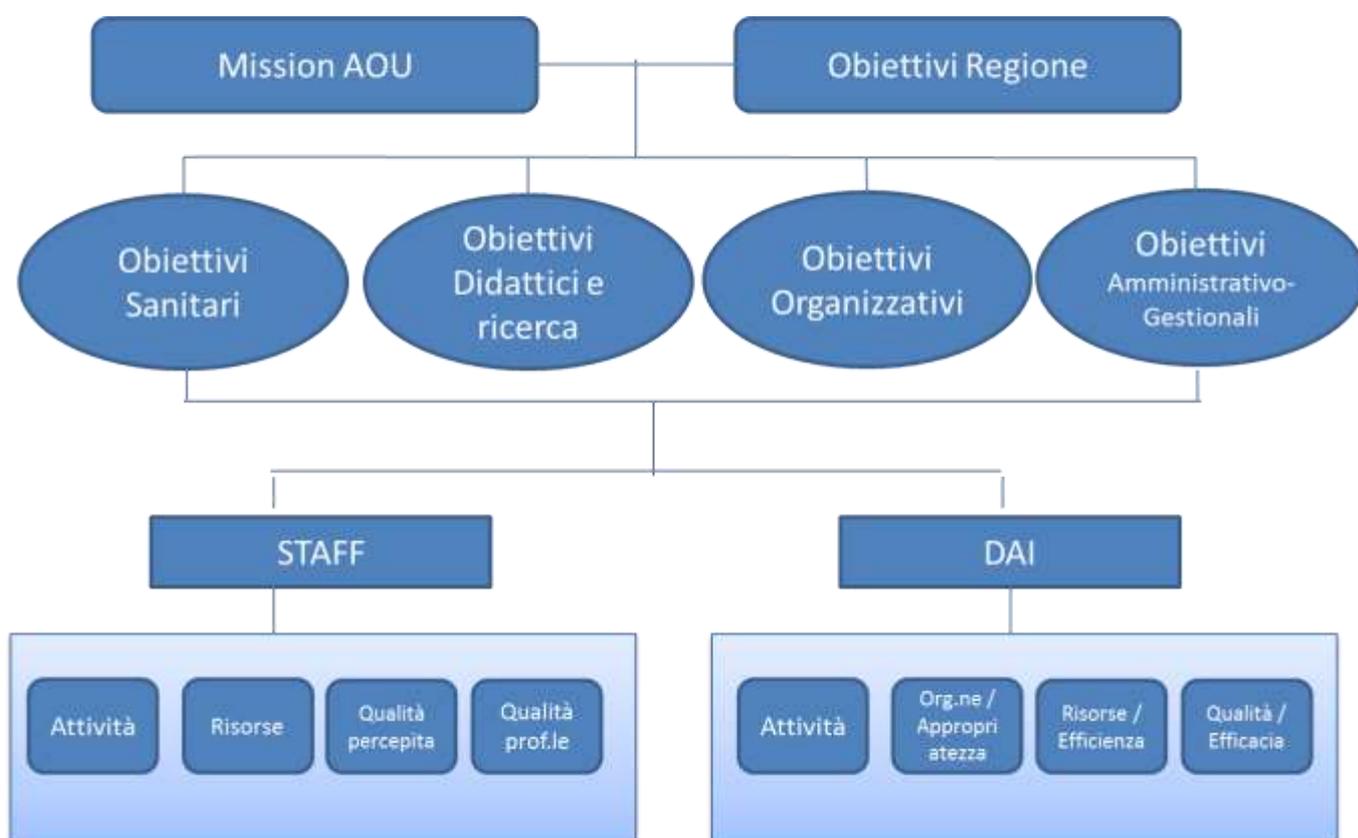
Il piano delle performance e la sua rendicontazione (relazione sulla performance) costituiscono lo strumento integrato di comunicazione dell'azienda con i soggetti coinvolti in cui convogliare gli altri strumenti attualmente esistenti; anche la parte successiva di rendicontazione, infatti, verrà integrata 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 2007;
- 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'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 alla complessità e rilevanza degli stessi. Al 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, in particolar modo non può essere trascurato l'effetto pandemico.

Informazioni rilevanti sul contesto di riferimento

L'emergenza sanitaria in corso, ha pesantemente condizionato il sistema sanitario regionale, nelle sue modalità organizzative ordinarie, imponendo nuove disposizioni, soggette a frequenti modifiche ed integrazioni, in funzione dell'evoluzione dell'epidemia.

L'andamento dell'epidemia e le conseguenti disposizioni restrittive, potranno, in futuro, portare alla revisione del presente piano.

4.2 Analisi del contesto interno

Si propone pertanto un'analisi del contesto interno nel cui opera l'azienda con i risultati ottenuti negli ultimi anni, in particolar modo l'anno 2020 nel quale le disposizioni Nazionali e regionali, in particolare il modello organizzativo deliberato dalla Regione Sardegna, ha previsto per l'AOU Cagliari la classificazione in Ospedale nonCOVID19, che ha avuto come conseguenza la riduzione delle attività di ricovero programmatico e la sospensione delle attività ambulatoriali.

Si rende pertanto opportuno mettere in evidenza anche tutti i percorsi che l'azienda ha deliberato proprio in riferimento all'emergenza sanitaria:

Revisione procedura Anestesia rianimazione "Misure igienico sanitarie di contenimento/prevenzione Infezione COVID19. Paziente Critico" delibera n. 872 del 03.07.20
PDTA Area Materno-Infantile "PDTA neonato pretermine/a termine sospetto/accertato COVID-19" delibera n.873 del 03.07.20
PDTA Dermatologia "PDTA DEL PAZIENTE AMBULATORIALE DERMATOLOGICO IN FASE 2 EMERGENZA SANITARIA DA SARS COV 2" delibera n.874 del 03.07.20
Percorso clinico organizzativo aziendale "PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE ORGANIZZATIVO DEL PAZIENTE SOSPETTO SARS COV 2 DEGENZA "AREA FILTRO" delibera n.632 del 18.05.20
Procedura "Procedura di sicurezza all'interno del Serv Farmacia ai fini del conten dei contagi durante

l'emergenza COVID19" delibera n. 569 del 30.04.20
Procedura An Rianim "Gestione vie aeree e intubazione oro tracheale nel BO per conten/prev infezione COVID19" delibera n.571 del 30.04.20
Procedura Area Neonatale "Procedura igienico sanitario di prevenzione contagio COVID19" delibera n. 482 del 14.04.20
Procedura Aziendale "Procedura per la gestione di caso sospetto o confermato COVID19+ in reparto" delibera n.589 del 05.05.20
Procedura aziendale "Pre-ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione. Misure di contenimento/prevenzione Infezione COVID-19" delibera n.639 del 19.05.2020
Procedura Cardiologia-Emodinamica "La gestione dei pazienti "in elezione" in Emodinamica in emergenza COVID-19" Delibera n.936 del 22.07.2020
Procedura DAI Chirurgia "Gestione ingressi dei pazienti in regime di emergenza/urgenza. Misure di contenimento/prevenzione infezione SARS CoV-2 " delibera n. 843 del 29.06.20
Procedura DAI Chirurgia "Procedura attività ambulatoriale "in elezione" - Fase 2 COVID-19" Delibera n.956 del 23.07.2020
Procedura DAI di Chirurgia "Gestione dei pazienti ricoverati in Chirurgia e identificazione precoce di casi sospetti COVID-19" delibera n.638 del 19.05.20
Procedura DAI di Chirurgia "La tracheostomia e cricotirotomia nel pz chir urgente sospetto COVID-19" delibera n. 570 del 30.04.20
Procedura DAI Emergenza Urgenza "Procedura per la gestione di caso sospetto o confermato COVID19+ in Pronto Soccorso" delibera n.640 del 19.05.20
Procedura DH Dermatologia "Procedura di gestione pazienti in Day surgery e Day Hospital. Misure di contenimento/prevenzione Infezione COVID-19" delibera n. 871 del 03.07.20
Procedura Medicina Nucleare "Procedura di gestione accessi pazienti in Medicina Nucleare. Misure di contenimento/prevenzione infezione SARS CoV-2" delibera n. 844 del 26.06.20
Procedura SC Anestesia Rianimazione "Misure igienico sanitarie di contenimento/prevenzione infezione Covid19" delibera n. 506 del 16.04.20
Revisione procedura DAI Chirurgia "Pre-ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione. Misure di contenimento/prevenzione Infezione COVID-19" delibera n.902 del 09.02.2020

Attività di ricovero

Presidio	Ricoveri ordinari				Day Hospital e Day Surgery			
	2017	2018	2019	2020 proiezione annua*	2017	2018	2019	2020 proiezione annua*
San Giovanni di Dio	3.450	111	40	-	3.684	3.853	3.489	920
Duilio Casula	14.687	17.536	16.941	13.065	3.435	4.226	3.198	4.950
TOTALE	18.137	17.647	16.981	13.065	7.119	8.079	6.687	5.870

*la proiezione annua è effettuata sul dato a consuntivo dei primi 9 mesi del 2020. Potrebbe esserci una leggera sottostima dei DH/DS che vengono chiusi a fine anno.

Nella tabella seguente è riportata l'attività di ricovero classificata per categorie diagnostiche maggiori (MDC) anno 2019

MDC	descrizione MDC	Totale	%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2396	13,92%
14	Gravidanza, parto e puerperio	2165	12,58%
05	Malattie e disturbi del sistema circolatorio	2157	12,54%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	1734	10,08%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1343	7,80%
07	Malattie e disturbi del fegato, vie biliari e pancreas	1193	6,93%
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	934	5,43%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca e gola	895	5,20%
10	Malattie e disturbi endocrini, della nutrizione e del metabolismo	745	4,33%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	613	3,56%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	526	3,06%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	498	2,89%
18	Malattie infettive e parassitarie	469	2,73%
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi emopoietici	352	2,05%
11	Malattie e disturbi del rene e vie urinarie	307	1,78%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	240	1,39%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	197	1,14%
00	Trapianto di cuore, fegato, midollo, polmone, pancreas/rene e pancreas. Tracheostomia	129	0,75%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	104	0,60%
21	Traumatismi ed avvelenamenti	95	0,55%
19	Disturbi psichici	67	0,39%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	18	0,10%
20	Abuso di alcool e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	14	0,08%
25	Infezioni da HIV	8	0,05%
22	Ustioni	6	0,03%
24	Traumatismi multipli	2	0,01%
Totale complessivo		17.207	100,00%

Accessi al pronto soccorso

Accessi al Pronto Soccorso – SC di medicina d’urgenza	ANNO				
	2016	2017	2018	2019	2020 al III trimestre
Totale accessi	19.474	23.625	26.711	32.851	25.485
% rossi in ingresso	3,90%	0	0	4,75%	6,94%
% gialli in ingresso	58,00%	57,90%	54,20%	41,28%	40,78%
% verdi in ingresso	34,10%	34,70%	37,30%	43,46%	41,64%
% bianchi in ingresso	3,70%	3,20%	3,30%	10,50%	10,63%

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020 al III trimestre
SC - Pronto soccorso	19.474	23.625	26.711	32.851	25.485
Clinica Ostetrica	5.679	7.401	7.066	5.909	3.249
Clinica Oculistica	13.869	13.309	14.306	4.680	-
	39.022	44.335	48.083	43.440	28.734

Attività Ambulatoriale per esterni

Nella tabella seguente, in attesa del dato definitivo viene fatta una proiezione annuale sulla dato effettivo dei primi nove mesi del 2020 dell'attività ambulatoriale per le prestazioni erogate ai pazienti esterni, estratta dal sistema CUPWEB ed esposta secondo la struttura erogante.

Il numero delle prestazioni erogate, ancorché non definitivo, indica un forte abbattimento dell'attività viste le restrizioni dettate dell'emergenza Covid-19 per gran parte dell'anno .

Si riportano i riferimenti normativi e deliberativi aziendali che hanno previsto la chiusura degli ambulatori e la loro riapertura.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 11/17 del 11.03.2020 è stato approvato il Piano strategico di attivazione progressiva di strutture di area critica in Regione Sardegna per l'emergenza COVID-19,

In virtù di queste disposizioni normative il Direttore Generale , con nota PG/6563/2020 del 7/03 ha definito le disposizioni in merito all'emergenza COVID-19 tra le quali:

- la sospensione delle attività ambulatoriali;
- sospensione dei ricoveri programmati e DH;
- prosecuzione solo delle attività non procrastinabili;
- le attività ambulatoriali rinviabili devono essere riprogrammate, nel rispetto dei tempi previsti dalla gravità delle diverse patologie;
- sono immediatamente sospese tutte le attività erogate in regime ALPI per il mese di marzo.

Tali disposizioni sono ulteriormente ribadite con la nota PG/7382/2020 del 20/03 del Direttore Sanitario con la quale, onde evitare la diffusione causata dall'epidemia dal COVID-19 si disponeva la sospensione di tutte le attività ambulatoriali nella loro totalità salvo quelle prestazioni dettate dall'emergenza-urgenza e pazienti neoplastici non differibili.

Preso atto della Fase 2 Covid, si è proceduto alla riapertura degli ambulatori così come previsto con il Piano di riavvio delle attività ambulatoriali in AOU Cagliari diffuso in data 8/06/2020, e in considerazione dell'aggravarsi dell'emergenza Coronavirus, per ridurre la possibilità di diffusione, nei due presidi aziendali sono state nuovamente rinviate, da fine ottobre e sino al 15 novembre 2020, le visite, gli esami, i ricoveri programmati, anche in regime libero professionale.

Si potrebbe auspicare in un rientro alla normalità nel 2022/2023 prevedendo un'attività ambulatoriale in linea con il 2019.

Rispetto agli anni precedenti, nei quali sono stabili sia il numero di prestazioni erogate che gli importi incassati, si prevede di chiudere il 2020 con un importo quasi dimezzato, per le motivazioni suesposte.

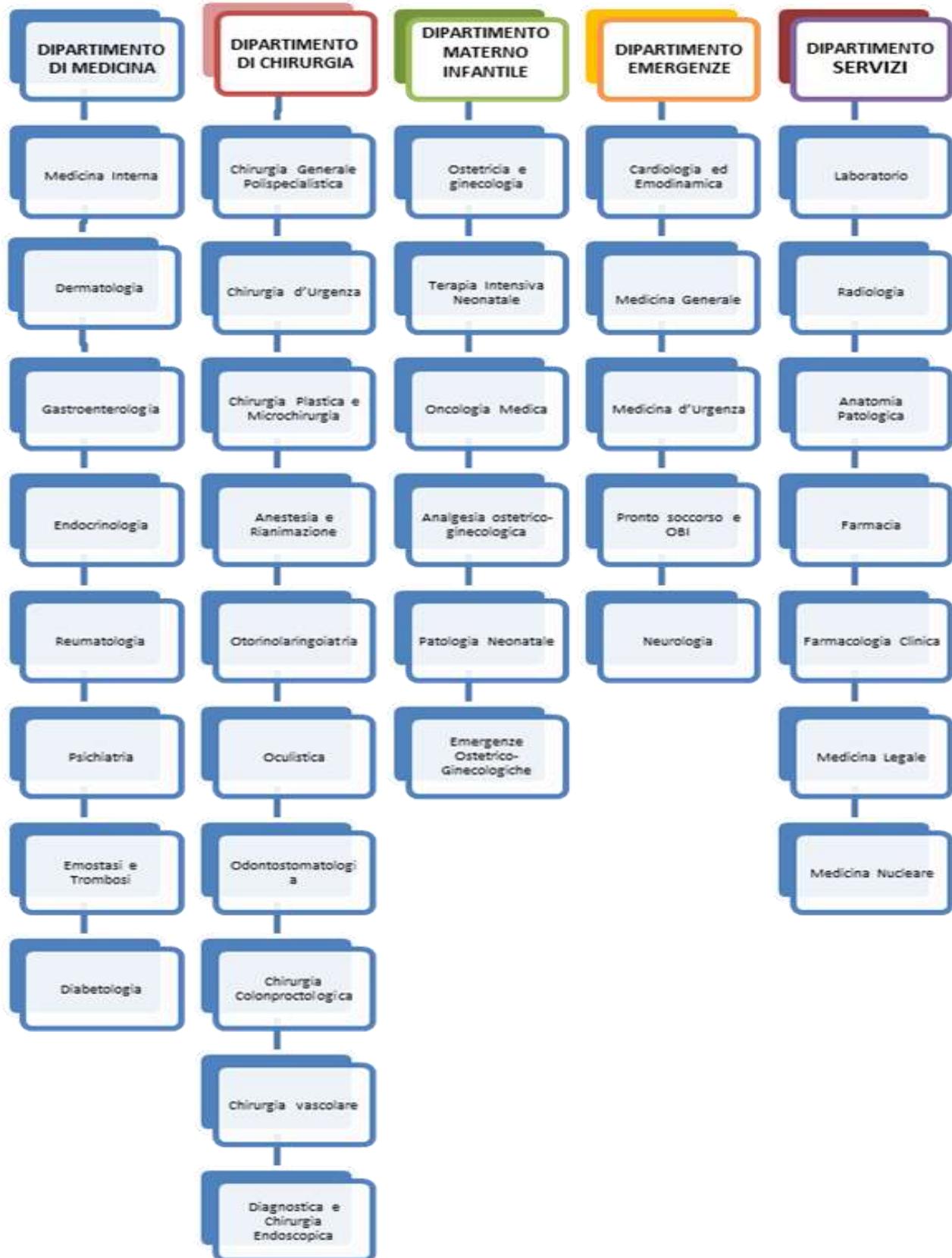
STRUTTURA COMPLESSA/STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	PREVISIONE ANNO 2020
SC CHIRURGIA GENERALE E POLISPECIALISTICA	81.516,05
SC DERMATOLOGIA	220.377,81
SC ENDOCRINOLOGIA	2.649,69
SC ENDOCRINOLOGIA	138.459,85
SC MEDICINA GENERALE	17,21
SC MEDICINA INTERNA	88.517,55
SC OCULISTICA	494.362,91
SC ONCOLOGIA MEDICA	56.105,12
SC PSICHIATRIA	1.434,16
SC REUMATOLOGIA	95.155,33
SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	111.237,47
SSD CHIRURGIA VASCOLARE	25.108,32
SSD MEDICINA NUCLEARE	109.313,01
PR MEDICINA DEL LAVORO	2.609,04
SC ANATOMIA PATOLOGICA	171.715,49
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	44.404,55
SC CARDIOLOGIA - UTIC	167.336,83
SC CHIRURGIA D'URGENZA	21.479,79
SC CHIRURGIA PLASTICA E MICROCHIRURGIA	6.920,72
SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	2.170,83
SC FARMACOLOGIA CLINICA	59.377,24
SC GASTROENTEROLOGIA	81.119,37
SC LABORATORIO	2.414.622,21
SC MEDICINA INTERNA	164.585,32
SC NEUROLOGIA	113.476,17
SC ODONTOSTOMATOLOGIA	8.793,89
SC OSTETRICA E GINECOLOGIA	173.633,43
SC OTORINOLARINGOIATRIA	75.280,35
SC RADIOLOGIA	1.273.942,63
SSD ANALGESIA OSTETRICO - GINECOLOGICA	3.553,52
SSD CHIRURGIA COLONPROCTOLOGICA	30.435,39
SSD DIABETOLOGIA	99.435,33
SSD DIAGNOSTICA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA	48.963,95
SSD EMERGENZE OSTETRICO - GINECOLOGICHE	29.428,31
SSD EMOSTASI E TROMBOSI	189.787,16
SSD PATOLOGIA NEONATALE	11.753,29
Totale complessivo	6.619.079,29

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 :



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.



4.2.3 La Pianta Organica

Situazione Personale Dipendente SSN e Universitario

Il personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari al 31/12/2020 risulta così composto:

RUOLO	2020			2019			DIFFERENZA		
	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.
Sanitario	1264	1194	70	1275	1229	46	-11	-35	24
Amministrativo	115	113	2	121	119	2	-6	-6	0
Tecnico	315	306	9	315	307	8	0	-1	1
Professionale	4	4		3	3		1	1	0
TOTALE	1698	1617	81	1.714	1.658	56	-16	-41	25

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

SSR RUOLO	AL 31/12/2020			AL 31/12/2019			DIFFERENZA			
	N. Dip.	ind.	det.	N. Dip.	ind.	det.	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	
Sanitario	1048	986	62	1.046	1.008	38	2	-	22	24
Amministrativo	91	89	2	95	93	2	-4	-	4	-
Tecnico	296	287	9	287	279	8	9	8		1
Professionale	4	4		3	3		1	1		-
TOTALE	1439	1366	73	1.431	1.383	48	8	-	17	25

e personale universitario:

UNICA	AL 31/12/2020			AL 31/12/2019			DIFFERENZA		
	RUOLO	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	N.Dip.	T.Ind.
Sanitario	216	208	8	229	221	8	-13	-13	0
Amministrativo	24	24		26	26		-2	-2	0
Tecnico	19	19		28	28		-9	-9	0
Professionale							0	0	0
TOTALE	259	251	8	283	275	8	-24	-24	0

Il personale in regime di somministrazione lavoro (interinale) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari al 31/12/2020 risulta così composto:

RUOLO	N. interinali 2020	N. interinali 2019
SANITARIO	34	3
AMMINISTRATIVO	3	3
TECNICO		
PROFESSIONALE		
TOTALE		6

4.3 Le risorse economiche

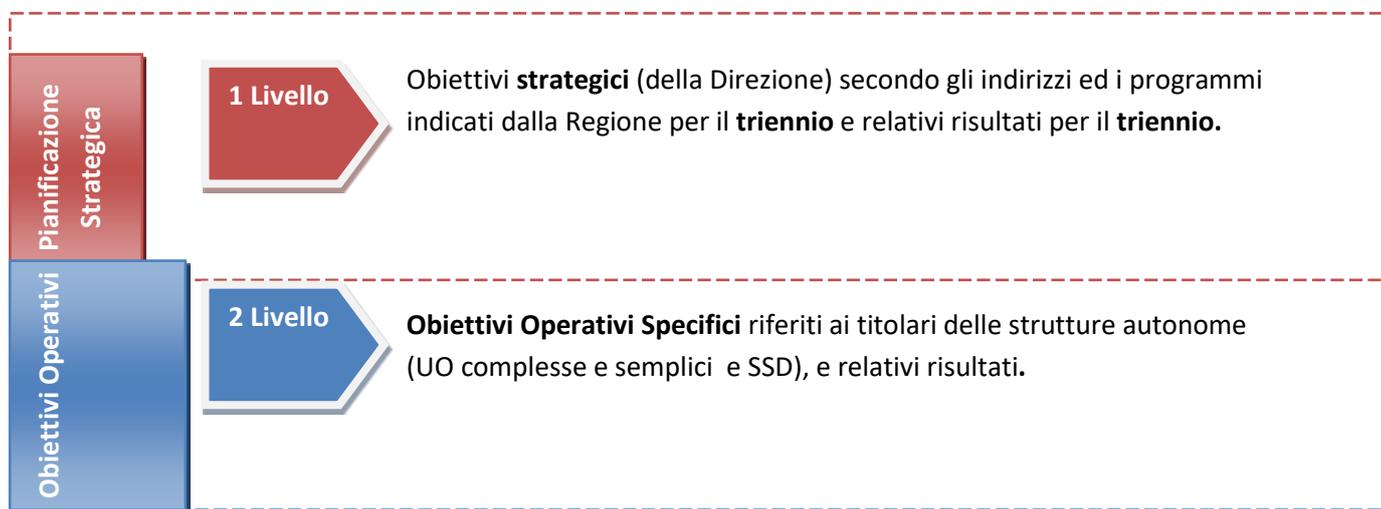
Con la deliberazione n. 1393, adottata dal Direttore Generale in data 16.11.2020, avente ad oggetto *Programmazione Annuale e Triennale 2021-2023*.

Sono stati predisposti i documenti di programmazione annuale e triennale 2021-2023, ai quali si rimanda per ogni dettaglio e composti da:

- conto economico preventivo, redatto secondo lo schema previsto dall'art. 26 del D.lgs. 118/2011, allegato 2, come aggiornato dal D.M. 20.3.2013 (A)
- Modello CE preventivo (B)
- Nota illustrativa al bilancio preventivo economico annuale e triennale (C)
- Piano degli investimenti da effettuare nel triennio 2021-2023 e relative fonti di finanziamento (D)
- Piano del Fabbisogno del Personale (E)
- Relazione del Direttore Generale contenente il Programma annuale e Triennale (F)
- Piano dei Flussi di Cassa Prospettici anno 2021 (G).

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".

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 P.O. Duilio Casula è una struttura nuova, decisamente più confortevole ed è realizzato con standard moderni.

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*”.

Lo scopo è quello di completare il P.O. 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 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 cittadini, per una superficie lorda di circa 25.000 mq., in grado di soddisfare le esigenze assistenziali che non richiedano il ricovero ospedaliero.

Il Piano Operativo

Il progetto di riorganizzazione dell’AOU di Cagliari tiene conto di molteplici aspetti fondamentali, sostanziale l’osservanza del piano di riordino della rete ospedaliera della Regione Sardegna, la mission propria di una azienda ospedaliero-universitaria, la capacità e le prospettive logistiche delle strutture afferenti all’Azienda, i progetti già avviati ed in corso di realizzazione quali la costruzione del nuovo blocco a Monserrato, e non ultimo l’obiettivo di accorpate tutte le

strutture assistenziali universitarie ad alto impatto assistenziale in una unica sede, e la riorganizzazione dell'AOU secondo quanto previsto nell'Atto aziendale.

Gli accorpamenti logistici eseguiti fino ad oggi, hanno permesso di unire tutte le strutture di degenza presso il P.O. Casula, consentendo l'ottimizzazione delle funzioni assistenziali dei diversi Servizi con diretto impatto sul risparmio di personale.

5.2 La Pianificazione Strategica Triennale 2021-2023

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 2021-2023 in ottemperanza a quanto prescritto a livello Regionale, con la deliberazione n.1393 del 16/11/2020.

Il periodo sarà caratterizzato dall'attuazione (progettazione esecutiva-avvio realizzazione) degli interventi strutturali e riorganizzativi nei due presidi, 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), dell'Atto Aziendale e con i limiti dovuti alla emergenza sanitaria dell'ultimo anno che condiziona le priorità aziendali.

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 anche i seguenti regolamenti:

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

Accreditamento

Nel corso degli ultimi 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

Il programma delle assunzioni e cessazioni è descritto nel documento *Piano del fabbisogno del personale*, allegato dei documenti di programmazione, i cui riflessi economici sono esplicitati direttamente nel documento di bilancio.

Il programma assunzioni è funzionale alla sostituzione delle figure professionali cessate durante il triennio e all'attuazione della riorganizzazione dell'AOU.

L'andamento delle assunzioni è condizionato dalle disposizioni in materia concorsuale legate all'emergenza COVID-19.

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 consolidare alcune procedure e percorsi di riorganizzazione sia a livello dipartimentale sia di blocco operatorio con una adeguata governance garantita dalla istituenda struttura complessa di Nursing.

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. Dal 2018 l'attivazione dei posti letto dell'OBI ha iniziato a consentire una maggiore appropriatezza dei ricoveri, che sicuramente vedrà i suoi frutti nel triennio a venire.

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 scuole 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 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 e l'utilizzo dei biosimilari in sostituzione dei farmaci biologici.

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.

Obiettivi e risultati attesi nel triennio

Potranno essere aggiornati sulla base di nuove disposizioni in risposta all'emergenza COVID-19

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 tempo dipendenti

- 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. "Duilio Casula" di Monserrato, sono stati integrati dalla unità di degenza specialistica di ortopedia, come previsto dalla DGG 58/3 del 20/11/20 e recepita in azienda dalla D.G. n. 1443 del 20/11/20, 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.

5.3 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità

Al fine di dare avvio al ciclo della Performance si sono individuati una serie di obiettivi da declinare alle varie UU.OO. e da assegnare per l'anno 2021 , partendo dagli obiettivi assegnati al Direttore Generale, dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, con la deliberazione n. 40/6 del 04/08/2020, e dagli altri obiettivi che la Direzione Aziendale ritiene di dover assegnare per il miglioramento delle performance aziendali.

Tali obiettivi verranno condivisi dalla Direzione Generale con i Direttori di struttura complessa e di struttura semplice dipartimentale e qui di seguito riportati secondo l'area della performance di appartenenza:

Descrizione obiettivo
Avvio cantiere xyxyxyx
Completamento degli interventi presso il Policlinico Duilio Casula di Monserrato dell'AOU finalizzati all'accorpamento di tutti i servizi sanitari e amministrativi attualmente dislocati nel territorio di Cagliari
Consegna lavori 1°lotto Libera Professione - SGD
Espletamento gara yyyy
Espletamento gara xxx

AREA PERFORMANCE DEL GOVERNO CLINICO
Descrizione obiettivo
Applicazione strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica (SisPac)
Attuazione degli audit PNE sulla qualità dei dati anno xy
Progressivo accreditamento istituzionale del sistema sanitario

AREA PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE
Descrizione obiettivo
Governo liste e tempi di attesa post covid-19
Incremento del n. di psicoterapie familiari
Incremento del n. di psicoterapie individuali
Incremento delle visite psicologiche
Mantenimento del numero delle visite
Mantenimento numero pazienti in carico con meno 3 contatti nei 12 mesi
Mantenimento numero pazienti in carico con più 3 contatti nei 12 mesi
Prosecuzione attività aziendale di Farmacovigilanza - Centro regionale di Farmacovigilanza
Volume attività per pazienti ambulatoriali

AREA PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA
Descrizione obiettivo
Riduzione % dei ricoveri LEA in Regime Ordinario
Indice Comparativo di Performance (ICP)
Indice di Case Mix (ICM)
TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)
Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA sugli indicatori (16)
Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA sugli indicatori (17)

AREA PERFORMANCE DELL'EFFICIENZA
Descrizione obiettivo
Accessi tramite CUP
Attivazione e messa a regime del sistema delle richieste attraverso il sistema informatico (Order Entry)
100% percentuale SDO inserite regime ordinario+DS/DS secondo tempistica normativa
Definizione format dei contratti di cui agli incarichi dirigenziali di cui all'Atto Aziendale
Effettuare prenotazioni e registrare tramite il Cup web
Esecuzione routinaria della caratterizzazione molecolare dei tumori solidi su tessuto e finalizzato alla terapia
Incremento dei pesi DRG chirurgici
Mantenimento dei tempi di refertazione entro un'ora per gli esami urgenti, ed entro 12 ore per esami di routine (ad esclusione degli esami con metodica RIA, IFA, molecolari e microbiologia)
Mantenimento del numero dei ricoveri e appropriatezza del DH
Proposta di PDTA
Proposta e approvazione da parte del comitato etico di almeno uno/due studi
Tempistica di refertazione della istopatologia entro 7 gg dal ricevimento del campione (escluse indagini immunoistochimiche)
Tempo intercorso tra effettivo esame non urgente e refertazione in pazienti ricoverati (escluse dimissioni protette e preospedalizzazioni)
Visite CDC per la verifica della corretta gestione dei dispositivi medici e/o farmaci e reagenti di laboratorio
Formazione Obbligatoria del personale della struttura sul D.L 81/2008 : 16 ore di formazione (12 ore in presenza+ 4 ore in FAD)
Costruzione di uno strumento di monitoraggio delle modalità di applicazione delle SDO nelle UU.OO.
Istituzione servizio di continuità assistenziale aziendale
Monitoraggio prestazioni (prenotate/erogate) tramite CUP
Predisposizione con cadenza trimestrale dei report contenenti i dati delle principali voci di costo (costo del personale, spesa farmaceutica, servizi esternalizzati) e dei dati di produzione ai fini dell'attività del tavolo di monitoraggio regionale dell'Assessorato
Coordinamento predisposizione della reportistica DPI periodica collegata all'attività sanitaria
Presentazione Piano di Formazione Aziendale
Predisposizione contratti direttori di struttura complessa

AREA PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO
Descrizione obiettivo
Contenimento delle spese di gestione del laboratorio di farmacologia clinica
Gestione dell'armadio informatizzato garantendo scarico e verifica e monitoraggio giacenze
Incidenza consumi dispositivi medici sul fatturato
Piano Assunzioni di cui al fabbisogno
Riduzione consumi farmaci biologici
Riduzione incidenza sul valore della produzione CMO (Consumo Medicinali Ospedalieri)
riduzione incidenza sul valore della produzione File F
Rispetto dei termini nella presentazione alla Ras dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei collegi sindacali) non si considera rispetto dell'adempimento la presentazione del progetto di bilancio
Predisposizione con cadenza trimestrale dei report contenenti i consumi dei farmaci e altro materiale sanitario per reparto e/o per dipartimento

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 1

SCHEDA DI BUDGET - ANNO 2021

SCHEDA DI BUDGET 2021

STRUTTURA: 26XX SC - MEDICINA GENERALE

RESPONSABILE: Dott. XXXX YYYY

OBIETTIVO	VALORE consuntivo 2020	VALORE ATTESO 2021	VALORE MIN/MAX ACCETTABILE 2021 80 % del peso	PESO OBIETTIVO %
Miglioramento degli esiti del monitoraggio griglia LEA:(Rapporto ricoveri DRG a rischio di inappropriately/ricoveri non DRG a rischio di inappropriately in regime ordinario (all. B patto salute 2010)				20%
Percentuale SDO inserite regime ordinario+DS/DS		100% chiusura entro i termini normativi (entro il 5 del secondo mese successivo a quello di chiusura)	100% chiusura entro i termini normativi (entro il 5 del secondo mese successivo a quello di chiusura)	10%
Miglioramento dell'Indice di Case Mix (ICM)				10%
Miglioramento dell'Indice Comparativo di Performance				10%
Diminuzione della Degenza Media sui DRG X e Y		>=1 GIORNATA	< = 1 GIORNATA	20%
Proposta e approvazione da parte del comitato etico di almeno uno studio		2 studi entro il 31/12/2021	1 studio entro il 31/12/2021	10%
Riduzione dell'incidenza del Consumo Medicinali Ospedalieri (CMO) sulla produzione attività di degenza (ordinaria e DH/DS)		>=5	>=3	10%
Formazione Obbligatoria del personale della struttura sul D.L 81/2008 : 16 ore di formazione (12 ore in presenza+ 4 ore in FAD)		100% del personale	95% del personale	10%

Cagliari
Il Direttore della Struttura

Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Sorrentino

ESEMPIO 2

SCHEDA DI BUDGET 2021

STRUTTURA: SC - XXXYYYZZZ

RESPONSABILE: Dott. XXXX YYYY

OBIETTIVO	VALORE ATTESO	VALORE MASSIMO ATTESO 80% DEL PESO	PESO
Coordinamento predisposizione della reportistica DPI periodica collegata all'attività sanitaria	Reportistica settimanale/quindicinale/mensile	Reportistica per un periodo superiore al mese	30%
Coordinamento, in collaborazione con la Programmazione e Controllo di	Conclusione dei lavori 15/10/2021	10/11/2021	30%
Presentazione Piano di Formazione Aziendale	Entro 30 ottobre 2021	07/11/2021	30%
Adempimenti connessi alla normativa sulla privacy – Regolamento UE 20	Applicazione completa della normativa sulla Privacy e nessuna segnalazione	Applicazione completa della normativa sulla Privacy con eventuali segnalazioni	10%

Cagliari

Il Direttore della Struttura

Il Direttore Generale

Dott. Giorgio Sorrentino

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 (Strutture complesse e Strutture Semplici Dipartimentali/Programmi).

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 e 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 Centro di Responsabilità (CdR) di appartenenza
- 2 – Apporto del singolo alla produttività dell'equipe interna al Centro di Responsabilità 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 situazione 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 (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, poste 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.

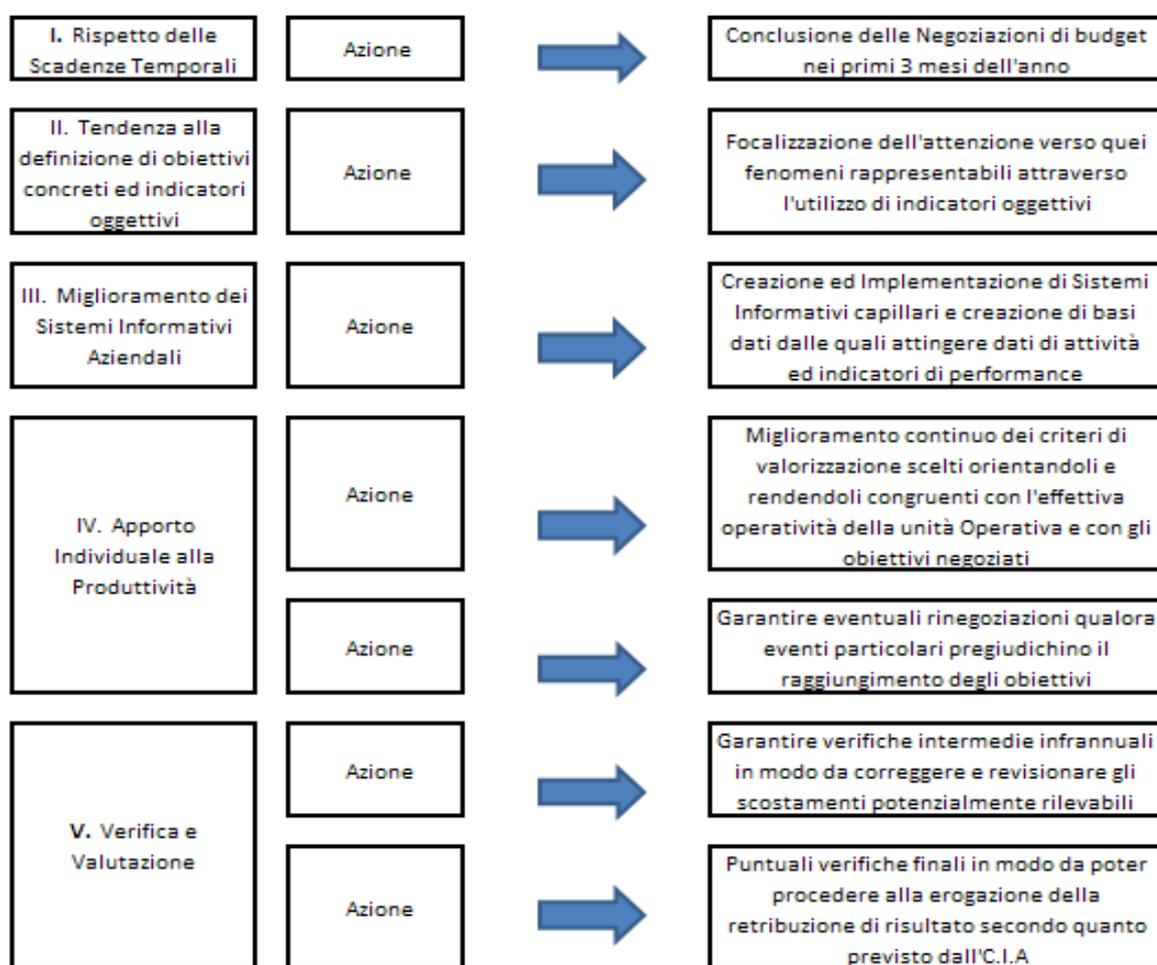
L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nella seconda metà dell'anno precedente quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 31 dicembre, salvo diverse disposizioni regionali.

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 AOU di Cagliari.

Le aree strategiche verranno sviluppate considerando i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali "linee di produzione" aziendali.