



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

Piano della Performance 2017-2019

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

Sommario

| | |
|--|-----------|
| 1. DEFINIZIONI E FINALITA' | 3 |
| 2. PIANO DELLA PERFORMANCE | 5 |
| 3. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA | 9 |
| 3.1 Chi siamo | 9 |
| 3.2 Cosa facciamo | 10 |
| 3.3 L'amministrazione "in cifre" | 12 |
| 3.4 Missione e principi | 15 |
| 4. ANALISI DEL CONTESTO | 19 |
| 4.1 Analisi del contesto esterno | 19 |
| 4.1.1 Scenario socio economico di riferimento | 19 |
| 4.2 Analisi del contesto interno | 24 |
| 4.2.1 La struttura organizzativa dell'azienda | 24 |
| 4.2.3 I Centri Di Responsabilità | 30 |
| 4.2.4 Le risorse umane | 32 |
| 4.2 Le risorse economiche | 34 |
| 5. PIANO STRATEGICO ED OPERATIVO | 36 |
| 5.1 La Pianificazione Strategica Triennale | 37 |
| 5.1.1 La programmazione Annuale | 40 |
| 5.1.2 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità | 43 |
| 6. PROCESSO DI BUDGET E PRINCIPI METODOLOGICI | 46 |
| 6.1 L'iter del processo di budget | 46 |
| 6.2 Gestione dinamica del budget | 48 |
| 7. IL SISTEMA PREMIANTE | 50 |
| 8. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORTAMENTI | 51 |
| 9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA | 52 |
| 10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE | 53 |

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.

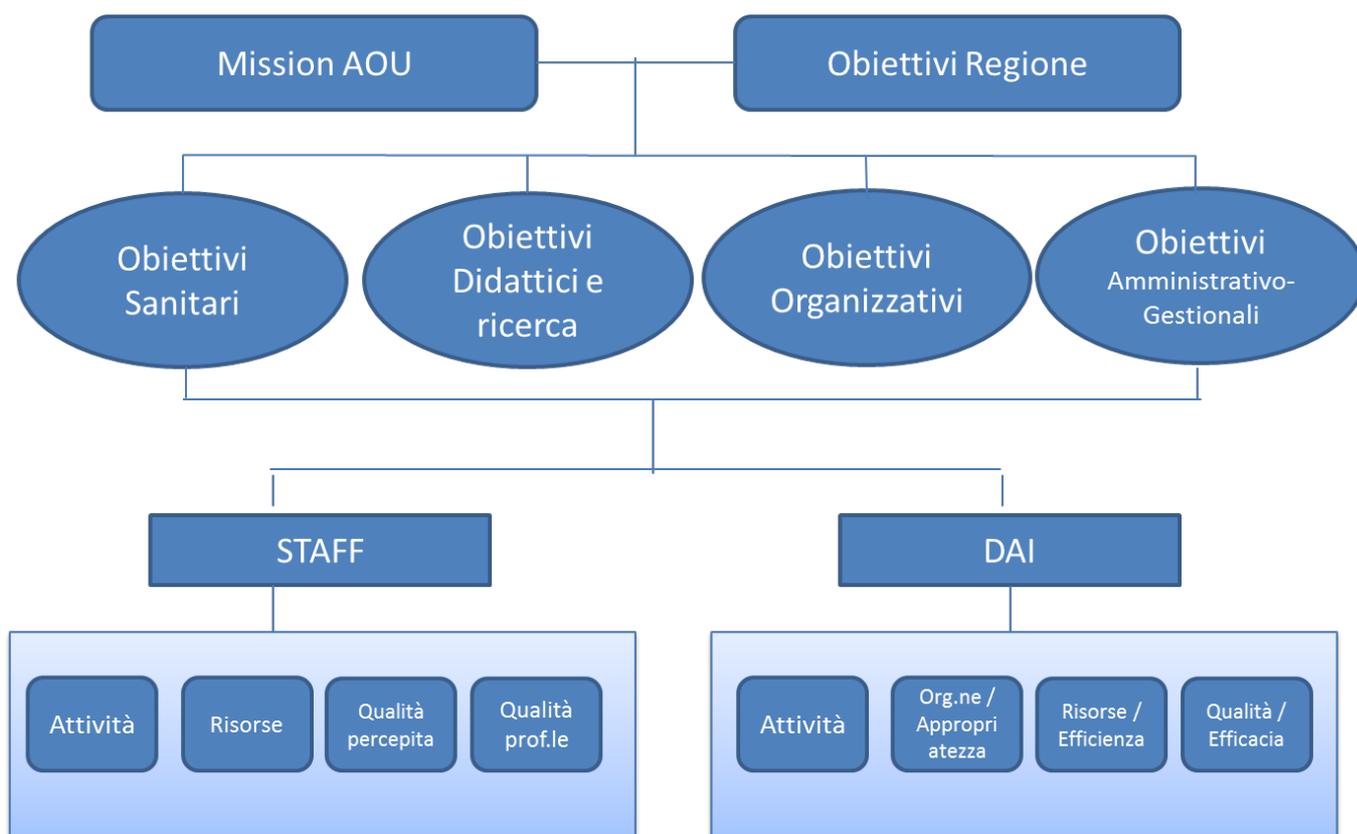
Il piano delle performance e la sua rendicontazione (relazione sulla performance) costituiscono lo strumento integrato di comunicazione dell'azienda con i soggetti coinvolti in cui convogliare gli altri strumenti attualmente esistenti; anche la parte successiva di rendicontazione, infatti, verrà integrata 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'AOU di Cagliari è stata istituita il 30 marzo 2007 con la delibera della Giunta regionale n. 13/1, in attuazione del protocollo d'intesa siglato dalla Regione Autonoma della Sardegna e dall'Università di Cagliari del 2004, ed è operativa dal 14 maggio 2007. Ne fanno parte attualmente l'Ospedale San Giovanni di Dio, il P.O. Duilio Casula di Monserrato.

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

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

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

Dal 2014 in osservanza alle disposizioni regionali, e in accordo con la ASL di Cagliari, si è inoltre proceduto alla elaborazione di un Progetto unitario che vedesse la creazione di un polo pediatrico regionale, da realizzare presso l'ospedale Microcitemico di Cagliari, con il trasferimento della Neuropsichiatria Infantile e la Clinica Pediatrica, che poi si è completato,

mantenendo una presenza ambulatoriale delle due discipline presso la clinica Macciotta per un lungo periodo.

L'obiettivo dell'Azienda è l'integrazione dell'attività assistenziale con la ricerca scientifica e la formazione universitaria. La sede legale dell'AOU è in via Ospedale, 54 – 09124 Cagliari

3.2 Cosa facciamo

L'AOU è il luogo dove l'integrazione delle attività assistenziali formative e di ricerca svolte dal servizio sanitario e dalle Università risponde all'esigenza di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nell'obiettivo condiviso di concorrere al miglioramento del Servizio Pubblico di tutela della salute, al miglioramento qualitativo dei processi formativi nell'area sanitaria, e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica organizzativa del Servizio Sanitario Regionale. È sede della formazione del Medico, dell'Odontoiatra e dei professionisti delle Professioni sanitarie. Con le sue strutture, è naturalmente inclusa nella rete formativa integrata tra strutture Universitarie e strutture accreditate del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per la formazione di Medici Specialisti e nella rete formativa integrata delle Professioni Sanitarie.

L'AOU di Cagliari ospita strutture assistenziali e centri di ricerca di eccellenza.

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

- prevede i seguenti Dipartimenti ad Attività Integrata (in parentesi vengono indicate le diverse Unità Operative facenti capo al Dipartimento):
 1. **Dipartimento di Chirurgia** (Chirurgia Generale ed Endocrinologica, Chirurgia Generale Coloproctologica, Chirurgia Generale Laparoscopica e D'urgenza, Clinica Oculistica, Clinica Otorino)
 2. **Dipartimento di Medicina** (Allergologia e immunologia clinica/Medicina interna, Diagnostica gastroenterologia, Gastroenterologia, Malattie metaboliche, Medicina interna e emocoagulopatie, Nutrizione Clinica, Patologie Osteomuscolari, Medicina interna e malattie del fegato, Clinica Dermos, Diabetologia, Endocrinologia, Farmacologia clinica, Neurologia, Oncologia, Remautologia)
 3. **Dipartimento Materno Infantile** (Anestesia, Ostetricia e Ginecologia, Puericultura / Patologia neonatale);

4. **Dipartimento Emergenza area critica** (Anestesia e rianimazione, Cardiologia, Cardiologia / unità coronarica, Medicina I, Medicina II, Neurologia, Pronto Soccorso);
5. **Dipartimento Diagnostica per immagini** (Medicina Nucleare, Radiologia)
6. **Dipartimento Servizi Diagnosi e Cura** (Anatomia patologica, Laboratorio, Odontoiatria)

- è sede dei Corsi di Laurea Magistrale di Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentarie, delle Professioni Sanitarie (Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Scienze e Tecnica delle Attività Motorie Preventive Adattate, Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione; Laurea di Primo Livello in: Assistenza sanitaria, Fisioterapia, Igiene dentale, Infermieristica, Logopedia, Ostetricia, Tecniche di laboratorio biomedico, Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia, Tecnica della riabilitazione psichiatrica, Scienze delle Attività Motorie e Sportive), e delle Scuole di Specializzazioni in Medicina e Chirurgia (Allergologia ed Immunologia Clinica, Dermatologia e Venereologia, Ematologia, Endocrinologia e del metabolismo, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Malattie Infettive, Medicina dello Sport, Medicina Interna, Nefrologia, Neurofisiopatologia, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Oncologia Medica, Pediatria, Psichiatria, Reumatologia, Chirurgia dell'apparato digerente, Chirurgia generale, Chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Ginecologia ed ostetricia, Oftalmologia, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Anestesia rianimazione e terapia intensiva, Farmacologia medica, Genetica medica, Igiene e medicina preventiva, Medicina del lavoro, Medicina fisica e riabilitativa, Medicina legale, Microbiologia e virologia, Radiodiagnostica, Radioterapia, Scienza dell'alimentazione) con le attività assistenziali proprie della Facoltà di Medicina e Chirurgia, integrate con le altre attività istituzionali della didattica e della ricerca.

L'AOU è attualmente articolata, in due presidi ospedalieri: l'ospedale "San Giovanni di Dio", e l'ospedale "Duilio Casula" denominato anche "Policlinico Universitario" di Monserrato.

3.3 L'amministrazione "in cifre"

L'AOU di Cagliari espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 2 presidi; si riportano di seguito i dati maggiormente significati relativi all'anno 2014.

Informazioni ulteriori sono reperibili sul sito

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

Ospedale Civile San Giovanni di Dio

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

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

L'ospedale è dotato di **175** posti letto, di cui **11** di Day Hospital.

Presidio Ospedaliero Duilio Casula (Policlinico Universitario di Monserrato)

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

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

Con **274** posti letto di cui **39** di DH/Day Surgery, è il presidio più grande dell'AOU.

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 | 19300 | 18.148 | 5400 | 6754 | 6.535 |

*Dato provvisorio

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

| Accessi al Pronto Soccorso | ANNO | | |
|----------------------------|--------------|---------------|----------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 |
| Totale accessi | 25.735 | 25.316 | 24.571 |
| Fasce di età > 70 anni | 6582 (25,5%) | 6604 (26,08%) | 6.781 (27,50%) |
| % rossi in ingresso | 2.90% | 2,40% | 3,20% |
| % gialli in ingresso | 37.6% | 41,40% | 44,30% |
| % verdi in ingresso | 54.9% | 50,90% | 47,10% |
| % bianchi in ingresso | 4.4% | 5,10% | 5,40% |

Attività Ambulatoriale per esterni

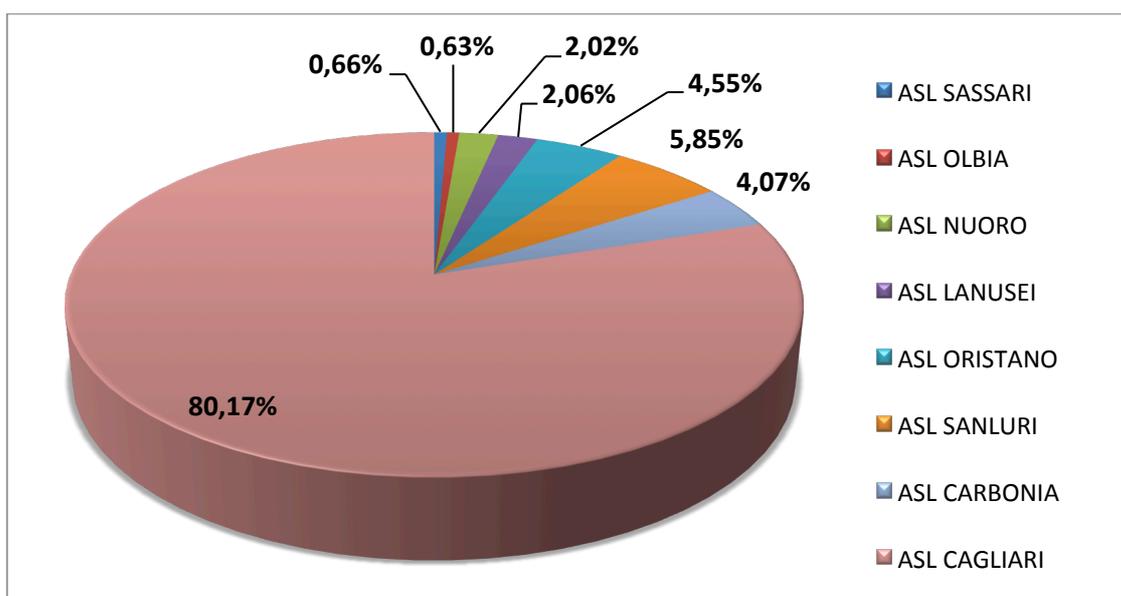
| Presidio | Nr. prestazioni ambulatoriali |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Vari | 499 |
| CAGLIARI - San Giovanni di Dio | 295.074 |
| MONSERRATO (CA) - Pres. Monserrato | 620.459 |
| PROVENTI VARI | 35.977 |
| Totale | 952.009 |

Attività 2014

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.



3.4 Missione e principi

L'AOU di Cagliari ha come obiettivo lo svolgimento unitario e coordinato delle attività di assistenza, didattica e ricerca. Le funzioni e le attività dell'Azienda sono svolte dal personale ospedaliero e da quello universitario.

L'AOU è il luogo dove l'integrazione delle attività assistenziali formative e di ricerca svolte dal servizio sanitario e dalle Università risponde all'esigenza di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nell'obiettivo condiviso di concorrere al miglioramento del Servizio Pubblico di tutela della salute, al miglioramento qualitativo dei processi formativi nell'area sanitaria, e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica organizzativa del Servizio Sanitario Regionale.

L'inscindibilità delle tre fondamentali linee di attività viene realizzata attraverso l'istituzione, di intesa con il Rettore, dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) attraverso una

composizione coerente tra attività assistenziali e Settori Scientifico-Disciplinari e una gestione unitaria delle risorse economiche, strumentali e umane. I DAI rappresentano infatti l'elemento costitutivo fondamentale dell'organizzazione dell'AOU, nei quali si sviluppa l'integrazione tra la programmazione generale dell'assistenza predisposta dall'Azienda e la programmazione didattica scientifica predisposta dall'Università.

L'AOU di Cagliari, come già detto è stata costituita con D.G.R. n. 13.1 del 30.3.2007 in attuazione del 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, ha ufficialmente iniziato le proprie attività il 14.5.2007.

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

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

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

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

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

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

L'Azienda svolge in modo organico ed inscindibile le funzioni di assistenza, ricerca e formazione, rappresentando al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito del quale concorre al

raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute, e del Sistema Universitario, per il raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

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

L'AOU 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 SSR

Valori Fondanti

L'AOU di Cagliari, quale parte integrante del SSR, impronta l'attività istituzionale, all'osservanza dei seguenti valori:

- a) **centralità della persona:** pone al centro dell'attività la persona al fine di soddisfarne in maniera trasparente le aspettative in relazione:
 - alla disponibilità e accessibilità di tutte le informazioni per l'accesso alle prestazioni attraverso una scelta consapevole;
 - alla capacità dell'organizzazione di garantirne, con elevata professionalità, i bisogni e le richieste;
 - alla possibilità di rendere noto l'utilizzo delle risorse in modo appropriato ed efficiente al fine di accrescere la condivisione dei valori e degli obiettivi;
- b) **equità:** garantire ad ogni persona il diritto alle prestazioni più appropriate, senza alcuna discriminazione;
- c) **appropriatezza:** fornire prestazioni appropriate, valutati in termini di valutazioni tecnico scientifiche, ottimizzazione degli interventi nell'ambito del processo/percorso

assistenziale, orientato al miglioramento continuo ed alla limitazione dei tempi d'attesa per la loro fruizione entro i limiti previsti;

- d) **assenza dolore:** garantire nelle fasi di cura l'assenza del dolore a tutela della dignità della persona;
- e) **percorsi assistenziali preferenziali:** assicurare percorsi assistenziali preferenziali per soggetti deboli o affetti da patologie di particolare gravità;
- f) **integrazione didattica:** realizzare nella fase assistenziale un'adeguata risposta all'esigenza tecnico didattica derivante dai diversi obiettivi formativi della facoltà di medicina e chirurgia;
- g) **ricerca e innovazione:** promuovere processi innovativi diagnostici e, l'adeguamento tecnologico conseguente allo sviluppo della ricerca, per migliorare la miglioramento del processo assistenziale con la formalizzazione anche di linee guida, protocolli ed indicatori di esiti delle attività cliniche;
- h) **formazione:** investire nella formazione continua del personale per lo sviluppo della conoscenza professionale, in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi;
- i) **valorizzazione risorse umane:** il raggiungimento dell'alta qualità e dell'eccellenza è strettamente connesso alla professionalità e conoscenza degli operatori.
Queste capacità vengono opportunamente valorizzate attraverso un sistema di valutazione, l'attivazione di premi e miglioramento di carriera e di partecipazione alle trasformazioni operative ed organizzative;
- j) **sinergia:** ricerca di forme di collaborazione con le altre strutture sanitarie regionali contribuendo a garantire un sistema di assistenza in rete;
- k) **ascolto:** favorire il dialogo con gli Enti Locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di tutela dei cittadini e dei volontari per garantire una migliore offerta.

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.

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

4.1.1 Scenario socio economico di riferimento

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

| Descrizione Indicatore | Città di Cagliari | Provincia di Cagliari | Sardegna | Italia |
|--|-------------------|-----------------------|-----------|------------|
| Popolazione residente | 149.883 | 550.580 | 1.639.362 | 59.433.744 |
| Variazione intercensuaria annua | -0,9 | 0,1 | 0,0 | 0,4 |
| Densità demografica | 1763,0 | 120,5 | 68,0 | 196,8 |
| Rapporto di mascolinità | 84,9 | 94,5 | 95,6 | 93,7 |
| Incidenza popolazione residente con meno di 6 anni | 3,8 | 4,9 | 4,8 | 5,6 |
| Incidenza popolazione residente di 75 anni e più | 12,3 | 8,7 | 9,5 | 10,4 |
| Indice di dipendenza anziani | 38,3 | 27,7 | 29,6 | 32,0 |
| Indice di dipendenza giovani | 15,2 | 17,9 | 18,1 | 21,5 |
| Indice di vecchiaia | 251,6 | 154,1 | 164,1 | 148,7 |
| Incidenza di residenti stranieri | 30,3 | 18,6 | 18,7 | 67,8 |
| Incidenza di minori stranieri | 17,3 | 17,4 | 17,7 | 23,4 |
| Rapporto occupazione italiana/straniera | 58,0 | 67,9 | 73,9 | 74,9 |
| Ampiezza media delle famiglie | 2,2 | 2,4 | 2,4 | 2,4 |
| Incidenza famiglie senza nuclei | 41,2 | 33,6 | 34,8 | 33,8 |
| Incidenza famiglie con due o più nuclei | 1,4 | 1,6 | 1,2 | 1,4 |
| Incidenza di giovani che vivono da soli | 10,1 | 7,1 | 7,0 | 7,0 |
| Incidenza di famiglie monogenitoriali giovani | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 1,0 |
| Incidenza di coppie giovani senza figli | 1,5 | 2,7 | 2,4 | 3,1 |
| Incidenza di coppie giovani con figli | 2,5 | 5,0 | 5,4 | 7,1 |
| Incidenza di anziani soli | 24,2 | 23,2 | 25,8 | 27,1 |
| Incidenza di famiglie monogenitoriali anziane | 9,4 | 6,4 | 7,0 | 4,7 |
| Incidenza di coppie anziane senza figli | 15,3 | 11,3 | 11,3 | 14,5 |

| | | | | |
|--|--------|-------|-------|-------|
| Incidenza di coppie anziane con figli | 7,9 | 6,1 | 6,3 | 4,4 |
| Incidenza delle abitazioni in proprietà | 72,6 | 78,4 | 77,7 | 72,5 |
| Superficie media delle abitazioni occupate | 96,4 | 103,4 | 105,7 | 99,3 |
| Indice di affollamento delle abitazioni | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,6 |
| Rapporto adulti con diploma o laurea/licenza media | 252,3 | 132,2 | 113,7 | 164,5 |
| Incidenza di analfabeti | 0,8 | 1,3 | 1,3 | 1,1 |
| Incidenza giovani 15-29 anni che non studiano e non lavorano | 28,0 | 31,4 | 30,7 | 24,7 |
| Tasso di disoccupazione maschile | 17,5 | 17,5 | 17,0 | 9,8 |
| Tasso di disoccupazione femminile | 17,4 | 20,6 | 21,0 | 13,6 |
| Tasso di disoccupazione | 17,4 | 18,9 | 18,6 | 11,4 |
| Tasso di disoccupazione giovanile | 54,1 | 51,8 | 48,5 | 34,7 |
| Tasso di occupazione maschile | 48,0 | 50,8 | 49,6 | 54,8 |
| Tasso di occupazione femminile | 36,5 | 34,3 | 32,2 | 36,1 |
| Tasso di occupazione | 41,7 | 42,2 | 40,6 | 45,0 |
| Tasso di occupazione 15-29 anni | 25,7 | 29,8 | 30,4 | 36,3 |
| Incidenza dell'occupazione nel settore agricolo | 2,5 | 5,2 | 7,6 | 5,5 |
| Incidenza dell'occupazione nel settore industriale | 10,2 | 17,2 | 19,4 | 27,1 |
| Incidenza dell'occupazione nel settore terziario extracommercio | 70,1 | 57,0 | 51,1 | 48,6 |
| Incidenza dell'occupazione nel settore commerciale | 17,3 | 20,6 | 21,8 | 18,8 |
| Incidenza dell'occupazione in professioni ad alta-media specializzazione | 50,0 | 34,2 | 29,6 | 31,7 |
| Incidenza dell'occupazione in professioni artigiane, operaie o agricole | 7,8 | 16,5 | 20,4 | 21,1 |
| Incidenza dell'occupazione in professioni a basso livello di competenza | 11,3 | 15,0 | 16,7 | 16,2 |
| Rapporto occupati indipendenti maschi/femmine | 176,6 | 157,9 | 163,8 | 161,1 |
| Mobilità giornaliera per studio o lavoro | 60,0 | 57,0 | 54,4 | 61,4 |
| Mobilità fuori comune per studio o lavoro | 10,8 | 26,1 | 18,9 | 24,2 |
| Mobilità occupazionale | 29,7 | 111,2 | 64,5 | 85,7 |
| Mobilità studentesca | 8,0 | 47,9 | 35,8 | 35,2 |
| Indice di vulnerabilità sociale e materiale | 99,2 | - | - | 99,3 |
| Posizione nella graduatoria dei comuni dell'indice di vulnerabilità | 2867,5 | - | - | - |
| Incidenza delle famiglie numerose | 1,1 | 1,4 | 1,2 | 1,4 |
| Incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico | 2,5 | 3,3 | 3,3 | 2,7 |
| Incidenza popolazione in condizione di affollamento | 1,4 | 1,0 | 0,9 | 1,5 |
| Incidenza di giovani fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione | 9,8 | 11,9 | 12,2 | 12,3 |
| Incidenza delle famiglie in potenziale disagio di assistenza | 3,1 | 2,4 | 2,6 | 3,0 |

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

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

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

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

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

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

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

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

PROFILO DI SALUTE

La mortalità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Analisi del contesto interno

4.2.1 La struttura organizzativa dell'azienda

L’AOU 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.

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

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

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

IL DIRETTORE GENERALE

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

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

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

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

Compete in particolare al Direttore Generale:

l'organizzazione e la gestione dell'Azienda conformemente ai principi indirizzi e

obiettivi dei diversi livelli di governo del sistema;

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

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

IL COLLEGIO SINDACALE

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

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

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

L'ORGANO DI INDIRIZZO

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

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

Rettore.

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

In particolare l'organo di indirizzo:

- elabora ai fini della pianificazione delle attività operative apposite linee guida;
- propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- esprime parere entro 30 gg dalla richiesta su piani e programmi di attività e di investimento;
- verifica la corretta attuazione della programmazione aziendale nonché la coerenza tra l'attività svolta e i compiti istituzionali dell'Università, tenendo conto della programmazione sanitaria regionale e di quella universitaria.

Il Direttore Generale partecipa ai lavori senza diritto di voto.

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

La tipologia del modello organizzativo è il seguente:

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

strutture organizzative.

In ambito assistenziale le strutture complesse rappresentano l'articolazione interna del Dipartimento ad Attività Integrata. Ciascuna Struttura complessa fa parte di un solo DAI e possiede autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, limitatamente alle risorse e ai programmi negoziati ed assegnati in modo specifico. Concorrono allo svolgimento delle attività formative e di ricerca organizzate dalle strutture istituzionalmente preposte a tali attività.

Strutture semplici: sono articolazioni organizzative o funzionali che possono afferire direttamente al Dipartimento, quando svolgono attività di interesse di diverse Strutture complesse, oppure possono essere articolazioni interne ad una singola Struttura complessa. Per particolari esigenze, in ambito assistenziale possono essere istituite Strutture semplici che svolgano attività che interessino più DAI; in tal caso viene individuato il DAI di riferimento per il quale la struttura semplice svolge l'attività prevalente.

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

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

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

Le responsabilità correlate ad una struttura organizzativa o ad una sua articolazione

interna costituiscono la cosiddetta “posizione organizzativa”, sulla quale l’Azienda attribuisce un incarico (dirigenti) o riconosce un ambito di autonomia professionale (personale del comparto).

4.2.3 I Centri Di Responsabilità

| Dipartimento | Direttore Dipartimento | U.O. | Titolo | Cognome | Nome |
|--------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Diagnostica per Immagini | Prof. | Medicina Nucleare | | | |
| | | Radiologia | Prof. | Saba | Luca |
| Dipartimento Chirurgia | Prof. | CHIRURGIA GENERALE ed ENDOCRINOLOGICA | Prof. | Calò | Pietro Giorgio |
| | | CHIRURGIA GENERALE COLOPROCTOLOGICA | Prof. | Scintu | Francesco |
| | | CHIRURGIA GENERALE LAPAROSCOPICA E D'URGENZA | Prof. | Pisanu | Aldo |
| | | Clinica Oculistica | Prof. | Fossarello | Maurizio |
| | | Clinica Otorino | Prof. | Puxeddu | Roberto |
| | | Dipartimento Emergenza area critica | Prof. Francesco Marrosu | Anestesia e rianimazione | Prof. |
| Cardiologia | Prof. | | | Mercuro | Giuseppe |
| Cardiologia / unità coronarica | Prof. | | | Meloni | Luigi |
| Medicina I | Dott.ssa | | | Goffi | Carmela |
| Medicina II | Dott.ssa | | | Sessini | Angela Patrizia |
| Neurologia | Prof. | | | Marrosu | Francesco |
| Pronto Soccorso | Dott.ssa | | | Laconi | Rosanna |
| Dipartimento Materno Infantile | Prof. Gian Benedetto Melis | | | Anestesia materno infantile | Dott. |
| | | Ostetricia e Ginecologia | Prof. | Melis | Gian Benedetto |
| | | Puericultura / Patologia neonatale | Prof. | Fanos | Vassilios |
| Dipartimento Medicina Interna | Prof. Marongiu Francesco FF | Allergologia e immunologia clinica/Medicina interna | Prof. | Marongiu | Francesco |
| | | Diagnostica gastroenterologica | Prof. | Usai | Paolo SSD |
| | | Gastroenterologia | Prof. | Demelia | Luigi |
| | | Malattie metaboliche | Prof. | Solinas | Aldo |
| | | Medicina interna e emocoagulopatie | Prof. | Marongiu | Francesco |
| | | Patologie Osteomuscolari | Prof. | Mela | Quirico SSD |
| | | Medicina interna e malattie del fegato | Prof. | Marongiu | Francesco |
| | | Clinica Dermo | Prof. | Rongioletti | Franco |
| | | Diabetologia | Dott. | Contini | Pierpaolo |
| | | Endocrinologia | Prof. | Mariotti | Stefano |

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------|--------------|------------------|------------|
| Dipartimento Servizi Diagnosi e Cura | | Farmacologia clinica | Dott.ssa | Chillotti | Caterina |
| | | Neurologia | Prof. | Marrosu | Francesco |
| | | Oncologia | Prof. | Scartozzi | Mario |
| | | Reumatologia | Prof. | Mathieu | Alessandro |
| | Dott. Ferdinando Coghe | Anatomia patologica | Prof. | Faa | Gavino |
| | | Laboratorio | Dott. | Coghe | Ferdinando |
| | Odontoiatria | Prof. | Piras | Vincenzo | |

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

Servizi amministrativi

| Titolo | Cognome | Nome | U.O.C. |
|-----------|----------------|--------------|---|
| Ing. | Cocco | Cristian | Servizio Tecnico e Logistico |
| Prof. | Minerba | Luigi | Titola del Programma "Progetto di ricerca, analisi, programmazione e valutazione dell'organizzazione sanitaria e dei processi assistenziali" |
| Dott. ssa | Garau | Cristina | Servizio Contabilità e Bilancio |
| Dott. | Serra | Vincenzo FF | Affari Generali e Legali |
| Dott.ssa | Mastino | Maria Lusia | Servizio Amministrazione del Personale |
| Dott.ssa | Piras | Maria Teresa | Servizio Provveditorato |

4.2.4 Le risorse umane

Il personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari al 31/12/2016 risulta così composto:

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

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

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

e personale universitario:

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

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

| Ruolo | N. interinali |
|-----------------------|---------------|
| <i>Sanitario</i> | 33 |
| <i>Amministrativo</i> | 2 |
| <i>Tecnico</i> | |
| <i>Professionale</i> | |
| <i>Totale</i> | 35 |

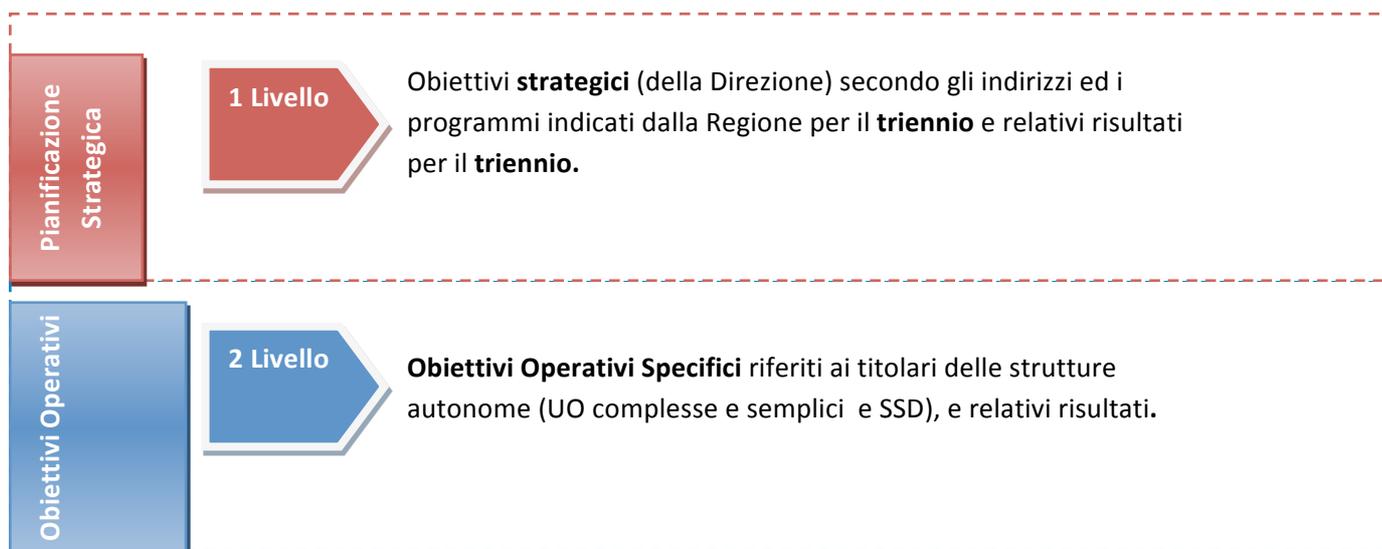
4.2 Le risorse economiche

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

5. 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 (UO complesse), dove vengono individuati obiettivi operativi "specifici".

A livello delle strutture complesse o semplici dotate di autonomia nella gestione delle risorse, è importante individuare un congruo numero di obiettivi sfidanti, cioè tali da stimolare apprezzabili performance rispetto al periodo di riferimento (triennale ed annuale). Sempre in relazione al sistema degli obiettivi di CdR, gli stessi sono adeguatamente "pesati", in modo da rispecchiare gli effettivi livelli di sforzo nel loro conseguimento, anche in considerazione delle risorse effettivamente disponibili.

Ogni obiettivo è dunque pesato percentualmente così come i relativi indicatori.

5.1 La Pianificazione Strategica Triennale

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 2016-2018, in ottemperanza a quanto prescritto a livello Regionale ed in particolar modo:

- la deliberazione n. 51/2 del 20-12-2014 Commissariamento straordinario delle ASL, dell'AOB, delle AOU;
- la deliberazione n.1 / 4 del 13-1-2015 definizione degli obiettivi di mandato dei Commissari straordinari ex L.R. 23/2014 : Avvio delle azioni di riqualificazione e razionalizzazione del SSR...”;
- la deliberazione n. 38/12 del 28-7-2015 di approvazione del “Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna” e la deliberazione n. 6/15 del 2.2.2016 “proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna”;
- le deliberazione n. 54/11 del 10.11.2015 recante “ Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica”;
- la deliberazione n. 63/24 del 15-12-15 con la quale viene disciplinato il “Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso” – Piano di rientro anni 2016-2018;
- la deliberazione n. 60/2 del 2-12-2015 . Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie;
- la deliberazione n. 67/30 del 29-12-2015 con la quale è stato prorogato l’incarico del Commissario Straordinario e integrati gli obiettivi di mandato definiti con la delibera n. 1/14 del 13-01-2015, assegnando ai Commissari l’obiettivo di porre in essere le azioni gestionali ed organizzative previste nel Piano suindicato;
- la successiva nota del 27/01/2016 nr. 309 che integra gli obiettivi dei Commissari in coerenza con la Delibera nr. 63/24 del 15.12.2015 concernente “Piano di riorganizzazione e di riqualificazione..”;

- la deliberazione n. 67/16 del 29/12.2015 recante indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero;
- la Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 sull'istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale;
- la delibera GR del 23 settembre 2016, n. 51/4 con l'individuazione del Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari e l'allegato B alla stessa delibera recante obiettivi dei direttori generali dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e Sassari.

La Direzione Aziendale analizzato il contesto esterno di riferimento, verso il quale la AOU di Cagliari deve necessariamente attenersi, ed analizzate le necessità clinico assistenziali dell'intera Azienda nonché quelle organizzative e gestionali, ha individuato, per il triennio 2017-2019, gli obiettivi strategici di seguito riportati

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. "Duilio 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.

5.1.1 La programmazione Annuale

Sulla base degli elementi precedentemente espressi l'Azienda intende perseguire obiettivi coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza rilevati per complessità e tipologia in funzione della popolazione di riferimento.

La pianificazione annuale è orientata a consolidare il sistema del budget implementato solo da pochi anni secondo le caratteristiche richiamate nei CCNL e rafforzate nelle loro priorità e caratteristiche dal D.Lgs 150/2009, al fine di raggiungere un livello sempre più elevato di condivisione degli obiettivi ritenuti prioritari di carattere sia clinico assistenziale che di tipo organizzativo. Il fine ultimo della pianificazione strategica è quello di radicare maggiormente i processi di valorizzazione delle risorse umane per motivare ed orientare il personale impegnato al raggiungimento degli obiettivi negoziati da ogni Centro di Responsabilità Aziendale.

Per l'anno 2017 gli obiettivi strategici riguardano i 5 ambiti di interesse sotto riportati:

Equilibrio economico-finanziario

In questa area sono definiti obiettivi economici strategici finalizzati al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario e al rispetto del vincolo di bilancio, condizioni necessarie per il funzionamento dell'azienda. A tal fine occorre sviluppare l'utilizzo efficiente delle risorse disponibili e la razionalizzazione dei processi di gestione, acquisizione di beni e servizi, monitoraggio e contenimento della spesa.

- Migliorare l'efficienza economico-finanziaria attraverso la riduzione dei costi ed i processi di riorganizzazione secondo le indicazioni regionali
- Monitoraggio della spesa ai fini della corretta gestione delle risorse attribuite ed introitate

Gestione e sviluppo del personale

Valorizzare le risorse umane significa accrescere il senso di appartenenza all'organizzazione e determinare il miglioramento dell'erogazione dei servizi. Lo sviluppo e la crescita del personale è perseguito attraverso la condivisione dei valori e delle strategie aziendali, la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale.

- Condivisione strategia aziendale / Formazione del personale
- Gestione Libera professione
- Sviluppare il sistema di riconoscimento e valorizzazione delle professionalità

Governo dell'offerta assistenziale

Il governo dell'offerta assistenziale è necessario per garantire risposte efficaci ai bisogni degli assistiti. Ciò significa razionalizzare i modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni e migliorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali. A tal fine è necessario sviluppare un sistema strutturato di rilevazione e analisi dei dati, finalizzato alla definizione e controllo dei processi e alla misurazione dei risultati.

- Migliorare completezza sistema dei flussi informativi
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni
- Sviluppare modelli e processi organizzativi finalizzati all'utilizzo della capacità produttiva delle tecnologie coerenti con una domanda assistenziale appropriata
- Effettuare interventi per il miglioramento funzionale e della sicurezza dei pazienti e degli operatori
- Migliorare i percorsi assistenziali di presa in carico del PS
- Migliorare l'accessibilità ai servizi
- Progetto Nuovo Blocco

Innovazione e ricerca

Tale area strategica persegue lo sviluppo delle infrastrutture edilizie, le tecnologie aziendali e i sistemi informativi in modo razionale e integrato, in funzione dei nuovi modelli di erogazione dei servizi.

- Innovazione ed implementazione dei sistemi informativi

- Innovazione tecnologica e strutturale

Integrazione con l'Università

L'integrazione dell'attività assistenziale con quella di didattica e ricerca è perseguita attraverso lo sviluppo dei rapporti di collaborazione con l'Università per lo svolgimento dell'attività integrata di ricerca e per le attività didattiche nelle discipline mediche, nelle professioni sanitarie e negli altri corsi di laurea.

- Sviluppo dell'attività integrata di didattica e ricerca

Ciascun obiettivo strategico viene successivamente dettagliato in termini operativi per consentirne la sua misurazione

Tutti gli ambiti di interesse dovranno essere riportati alle seguenti aree aziendali, in modo da descrivere le peculiarità tipiche di ogni area nei confronti di un ambito specifico (ad esempio come si declina l'obiettivo strategico "Equilibrio economico-finanziario" all'interno dell'Area Ospedaliera).

Per ogni area indicata di seguito dovranno corrispondere obiettivi che rispecchiano le 5 dimensioni da analizzare sopra riportate.

Area amministrativa e tecnica

Area Staff

Area assistenza ospedaliera

5.1.2 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità

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

| 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 | | | | | |
| Punti 10 | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard (Valore di risultato) | Note e riferimenti esterni |
| | 5 | Potenziare l'utilizzo dei sistemi informativi in materia di rischi e danni da lavoro (Sistema di sorveglianza MalProf) | (N. casi analizzati e inseriti/N. segnalazioni a Spreal)*100 | 95% | Obiettivo coerente con la programmazione nazionale (PNP 2014-2018) e regionale (PRP 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 | | | | | |
| Punti 45 | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard (Valore di risultato) | Note e riferimenti esterni |
| | 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 | | | | | |
| Punti 35 | Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard (Valore di risultato) | Note e riferimenti esterni |
| | 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 "treemap" 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 | Attuazione degli audit PNE edizione 2016 | (N. Audit effettuati/N. Audit richiesti)*100 | >=80% | Le attività di Audit hanno come riferimento l'attivi 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 20 |

* 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.

| Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard (Valore di risultato) | Note e riferimenti e: |
|---|---|--|--|--|
| 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 emanate nel corso dell'anno in appl. DGR 63/24 2015 e smi |
| Dimensione della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare | | | | |
| Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard (Valore di risultato) | Note e riferimenti e: |
| 4 | AQU CA: 1. Stipula contratto appalto lavori blocco R | Atto formale | 1/1 | |
| 4 | AQU SS: 1. Stipula contratto appalto lavori di ampliamento del complesso ospedaliero universitario | Atto formale | 1/1 | |
| 4 | AQB: 1. Approvazione della progettazione definitiva dei lavori di riqualificazione dei locali di medicina nucleare, radiologia e endoscopia digestiva 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 Microcitemico entro dicembre 2017 3. Stipula dei contratti per la realizzazione delle opere programmate con DGR n. 63/39 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 e: |
| 5 | Completamento del percorso PAC | N. di regolamenti approvati | 6 | I regolamenti si riferiscono alle art. (DA n. 1/2014), 2) Patrimonio netto immobilizzazioni (DA 4/2015 e n. 3 ricavi (DA n. 1/2016 e n. 45/2016), (DA n. 45/2016), 6) Disponibilità lire 45/2016). |
| Dimensione della Riorganizzazione Aziendale | | | | |
| Peso | Obiettivo | Indicatore | Standard (Valore di risultato) | Note e riferimenti e: |
| 9 | Adozione dell'Atto Adendale | 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 superiore a 0.
 ** L'obiettivo verrà ridotto di 1/3 in caso di mancata adozione di ciascuno dei tre atti formali controindicati con i puni 1, 2 e 3 (es. - 1/3 mancata adozione atto formale 1, - 2/3 mancata adozione atto formale 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:

| STRUTTURA :09xx Chirurgia XYZ | | | | |
|--|-----------------|---|---|------------------|
| RESPONSABILE: Prof. WWWWWW | | | | |
| 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 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 di 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. PROCESSO DI BUDGET E PRINCIPI METODOLOGICI

I risultati da raggiungere e le attività da svolgere da parte dei singoli Centri di Responsabilità (CdR) sono sempre condizionati dalle risorse disponibili. Per “risorse” si intendono i fattori produttivi: personale, risorse materiali, strumentali e di consumo che vanno ordinariamente in dotazione mediante un piano di assegnazione varato con appositi provvedimenti amministrativi (Bilancio di previsione economico-finanziario e Bilancio sociale). La governance aziendale, quindi, si concretizza attraverso l’attivazione di un qualificato processo di budget operativo, il cui presupposto metodologico prevede la definizione di adeguati indici di assorbimento delle risorse, di processo e di esito. Per ottenere questa finalità, occorrono indicatori capaci di misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso azioni di miglioramento nell’erogazione dei servizi secondo azioni riorganizzative e modalità di impiego delle risorse ottimali.

Per questo fine, le strutture in staff alla direzione, predispongono un “pannello” di indicatori correlati agli obiettivi esposti, facendo in modo che, in funzione delle aree in cui è articolata l’Azienda, siano idonei a consentire le misure qualificando il percorso di monitoraggio e reporting.

Gli indicatori di cui sopra devono essere costruiti previa verifica di rispondenza alle caratteristiche prescritte dalla delibera Civit n°89/10, individuando per ciascuno una specifica unità di misura, un valore minimo accettabile (soglia) ed un valore atteso.

6.1 L’iter del processo di budget

Il budget è lo strumento con il quale, annualmente, gli obiettivi strategici dell’Azienda vengono interpretati e trasformati in obiettivi specifici, da parte della struttura sottostante come Macrostruttura e Dipartimento fino alle Strutture complesse o semplici dotate di autonomia di budget, il tutto gestito in forma condivisa, coordinata e responsabilizzata rispetto ai risultati ottenibili con le risorse disponibili.

Il budget, dunque, attraverso il processo di negoziazione degli obiettivi e degli indicatori di misura, è lo strumento operativo interno di gestione con cui l'Azienda attua ogni anno il processo di attribuzione delle risorse disponibili.

In relazione agli obiettivi individuati, ogni CdR indirizza la propria azione verso il loro raggiungimento.

Gli obiettivi e gli indicatori contenuti nelle schede di budget rappresentano i parametri di riferimento per la verifica dei risultati conseguiti dal singolo centro di responsabilità e, risalendo verso l'alto, dell'intera organizzazione dell'Azienda.

La scheda di budget individua per ogni CdR l'analisi storica delle attività svolte nel corso dell'esercizio precedente, le attività da svolgere ed i risultati da conseguire.

Al fine di garantire al sistema una corretta gestione, si prevede la costituzione di un apposito Comitato Budget composto dai tre direttori, dai referenti dello staff direzionale scelti in funzione delle competenze e dalla programmazione e controllo di gestione.

Il comitato budget, sulla base della programmazione strategica Aziendale individua gli obiettivi specifici dei CdR ed i risultati da conseguire ed organizza appositi incontri di negoziazione con i singoli responsabili. Le negoziazioni seguono l'articolazione dei Centri di Responsabilità che corrispondono all'organigramma consolidato.

Al fine di rendere possibile il conseguimento degli obiettivi di livello strategico, il Direttore Generale individua, negozia ed assegna ai Direttori di Dipartimento obiettivi di macrostruttura ai fini dell'assolvimento delle funzioni di coordinamento e di raccordo delle attività svolte dalle singole Unità Operative.

Coerentemente con gli obiettivi strategici, i responsabili delle macrostrutture partecipano all'attribuzione degli obiettivi specifici alle Unità Operative afferenti.

In seguito alla predisposizione delle proposte di obiettivi specifici da parte del CdR, avviene la negoziazione e l'assegnazione formale degli obiettivi a livello di ciascuna Unità Operativa.

Gli obiettivi vengono formalizzati nella scheda di budget predisposta per ogni CdR, per essere sottoscritta congiuntamente dalla direzione e dal titolare del CdR stesso.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse evidenziare, da una verifica intermedia, una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne non governabili dalle singole Unità Operative, si renderà opportuno attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La negoziazione del budget verte sugli obiettivi specifici da raggiungere nel corso dell'anno di riferimento, nonché sulla scelta degli indicatori più adatti ed i correlati valori cardine di riferimento (Valore Atteso e Valore Minimo Accettabile).

Nelle annualità iniziali, ovvero fin quando il sistema è a regime, si prevede che i Direttori di Dipartimento, ove esistano, affianchino i singoli responsabili di Unità Operativa durante le negoziazioni, assolvendo alla funzione di raccordo e di coordinamento per le attività che saranno discusse da ogni CdR afferente sì da garantire nel tempo l'integrazione ed il buon funzionamento del Dipartimento. Quando i Direttori di Dipartimento saranno in condizione di negoziare direttamente coi CdR sottoposti, allora si realizzeranno dei Livelli di negoziazione:

1° Livello: la Direzione negozia con le Macrostrutture

2° Livello: i Direttori delle Macrostrutture negoziano il budget direttamente con le Unità (CdR) ad essi afferenti.

I preposti servizi in staff garantiscono in ambedue i livelli il supporto tecnico alle negoziazioni; ad essi, inoltre, è attribuito il compito del "monitoraggio" continuo dei risultati e l'allerta sugli interventi correttivi eventualmente da assumere dal CdR medesimo.

6.2 Gestione dinamica del budget

Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget è necessario porre in essere un meccanismo di monitoraggio che consenta di intervenire sulla gestione anche nel corso dell'esercizio.

I Responsabili delle strutture di staff coinvolte che garantiscono i Flussi Informativi e statistici e, unitamente al Responsabile della Programmazione e Controllo di Gestione, provvedono al monitoraggio continuo dei risultati conseguiti ed al loro sistematico confronto con quelli previsti, procedendo alla stesura di appositi report, inviati al responsabile di ogni CdR ed ai prescritti livelli della Direzione Aziendale.

Periodicamente saranno indette apposite riunioni – preferibilmente a livello di Dipartimento - al fine di analizzare la reportistica in modo collegiale fra i Responsabili delle singole Unità Operative ed il Capo Dipartimento stesso.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi e quelli attesi e negoziati, dovuta a cause esterne, non governabili dai singoli CdR e/o dall'Azienda, si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La modificazione degli obiettivi di budget potrà avvenire secondo due diverse modalità:

1. per iniziativa della Direzione aziendale, qualora nell'ambito delle funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infra-annuali, secondo quanto disposto dalla normativa vigente, dovessero emergere significative differenze tra obiettivi negoziati e risultati effettivi;
2. su proposta motivata del CdR interessato – attraverso il coinvolgimento del Comitato Budget - entro 20 giorni dal ricevimento dei reports dei risultati infra-annuali conseguiti dal CdR; la finalità del procedimento di revisione del budget è collegata alla possibilità di adeguare i termini della concertazione ritenute non più valide. La valutazione dei risultati tiene conto delle eventuali criticità e delle eventuali modifiche introdotte nel documento di budget (scheda) .

La revisione infra-annuale del budget è prevista limitatamente alle seguenti situazioni:

- a) risultati effettivi di attività/qualità che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese e/o che comportano una riallocazione interna delle risorse strutturali;
- b) indici effettivi di consumo di risorse che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese;
- c) modificazioni significative nelle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi) disponibili al momento della negoziazione del budget, ovvero per sopravvenuta impossibilità nell'avviare e/o portare a compimento progetti specifici.

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.

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 (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, 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.

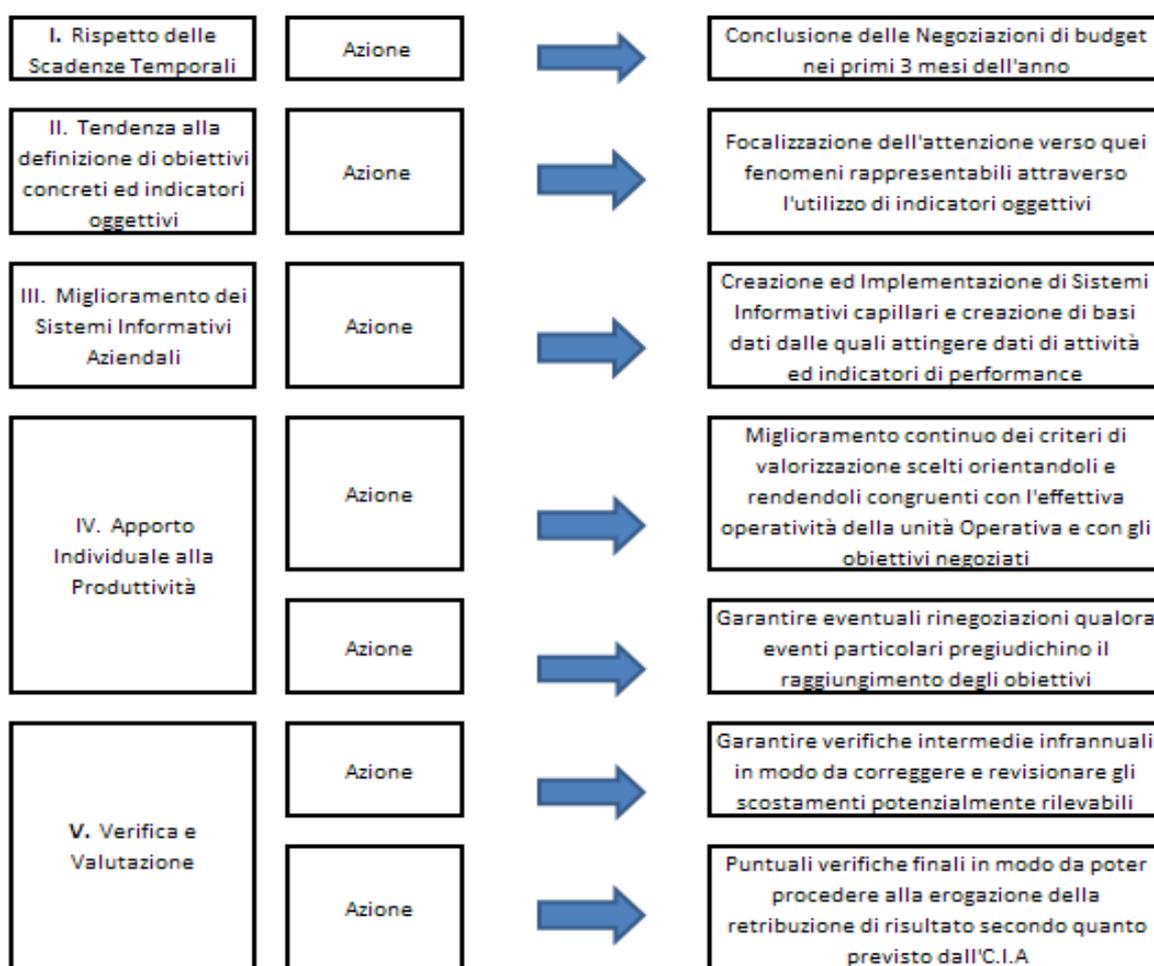
L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nella seconda metà dell'anno precedente quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 31 dicembre, salvo diverse disposizioni regionali.

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.