



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI



Piano della Performance 2020-2022

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

Sommario

1. DEFINIZIONI E FINALITA'	4
2. PIANO DELLA PERFORMANCE	6
3. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA	10
3.1 CHI SIAMO.....	10
3.2 MISSION	11
3.3 VISION	12
4. ANALISI DEL CONTESTO	19
4.1 Analisi del contesto esterno	19
4.2 Analisi del contesto interno	24
Accessi al pronto soccorso.....	26
4.2.1 La struttura organizzativa dell'azienda da Atto Aziendale.....	30
4.2.3 La Pianta Organica	32
4.3 Le risorse economiche	33
5. PIANO STRATEGICO ED OPERATIVO	34
Piano di Riorganizzazione dell'assetto Logistico Assistenziale	34
5.1 Obiettivi Annuali.....	37
Il Piano Operativo	37
5.2 La Pianificazione Strategica Triennale 2020-2022	39
Attuazione atto Aziendale	39
Accreditamento	39
Piano Assunzioni e ottimizzazione impiego risorse umane.....	39
Avvio comitati	40
Ottimizzazione dei posti letto.....	40
Spesa Farmaceutica e centri prescrittori.....	41
Valorizzazione P.O. san Giovanni di Dio	41
Obiettivi e risultati attesi nel triennio	42
Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale.....	42
Definire le funzioni e le discipline dei presidi ospedalieri sulla base di standard minimi.....	42
Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio.....	42
Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera	42

Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera.....	42
Definire e governare le reti cure ospedaliere per le patologie complesse tempo dipendenti ..	43
Valorizzazione delle tecnologie digitali	43
5.3 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità	44
6. Sistema Di Budget	51
6.1 Valutazione.....	51
6.2 Collegio Tecnico.....	52
6.3 Organismo Indipendente di Valutazione.....	53
7. IL SISTEMA PREMIANTE	55
OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	55
8. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORTAMENTI	56
9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA	57
10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	59

IL SISTEMA DI MISURA E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

1. DEFINIZIONI E FINALITA'

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

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

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

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

Si definisce performance il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità organizzata (gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma o politica pubblica) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati dall'Azienda ed, in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

Si distingue in performance organizzativa ed individuale.

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

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

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

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

2. PIANO DELLA PERFORMANCE

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

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

- è un documento programmatico triennale (ad aggiornamento annuale) che è definito dalla Direzione Generale (Organo di indirizzo politico-amministrativo);
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di pianificazione del Ciclo di gestione della prestazione di cui all'articolo 4 del decreto.
- ha lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità e attendibilità alla rappresentazione della performance di una organizzazione pubblica, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio (sia in termini di associazione delle risorse agli obiettivi, sia in termini di gestione del processo e dei soggetti coinvolti) e conformemente alle prescrizioni di cui al Programma Triennale per l'Integrità e la Trasparenza (PTIT) e al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC).

Esso comprende:

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

Il Piano (PP) è lo strumento base che, validato dall'OIV aziendale, consente all'Azienda di avviare il conseguente *Ciclo di gestione della prestazione* (articolo 4 del decreto). C

Come detto, si tratta di un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse in ipotesi rese disponibili da parte della Regione, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i valori target correlati. Le verifiche finali e la rendicontazione della prestazione, infatti, sono il presupposto per svolgere le valutazioni della prestazione (previa istruttoria e proposta alla direzione da parte dell'OIV aziendale).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al suo interno sono esposti i seguenti dettagli:

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

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

Il documento rispecchia le scelte organizzative contenute nella proposta dell'*atto aziendale* ed include gli obiettivi descritti coerenti con le scelte di pianificazione triennale della Direzione Generale e, a scalare, dell'alto management e delle Unità operative. (Vedi le ultime delibere di incarico a pag. 37)

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

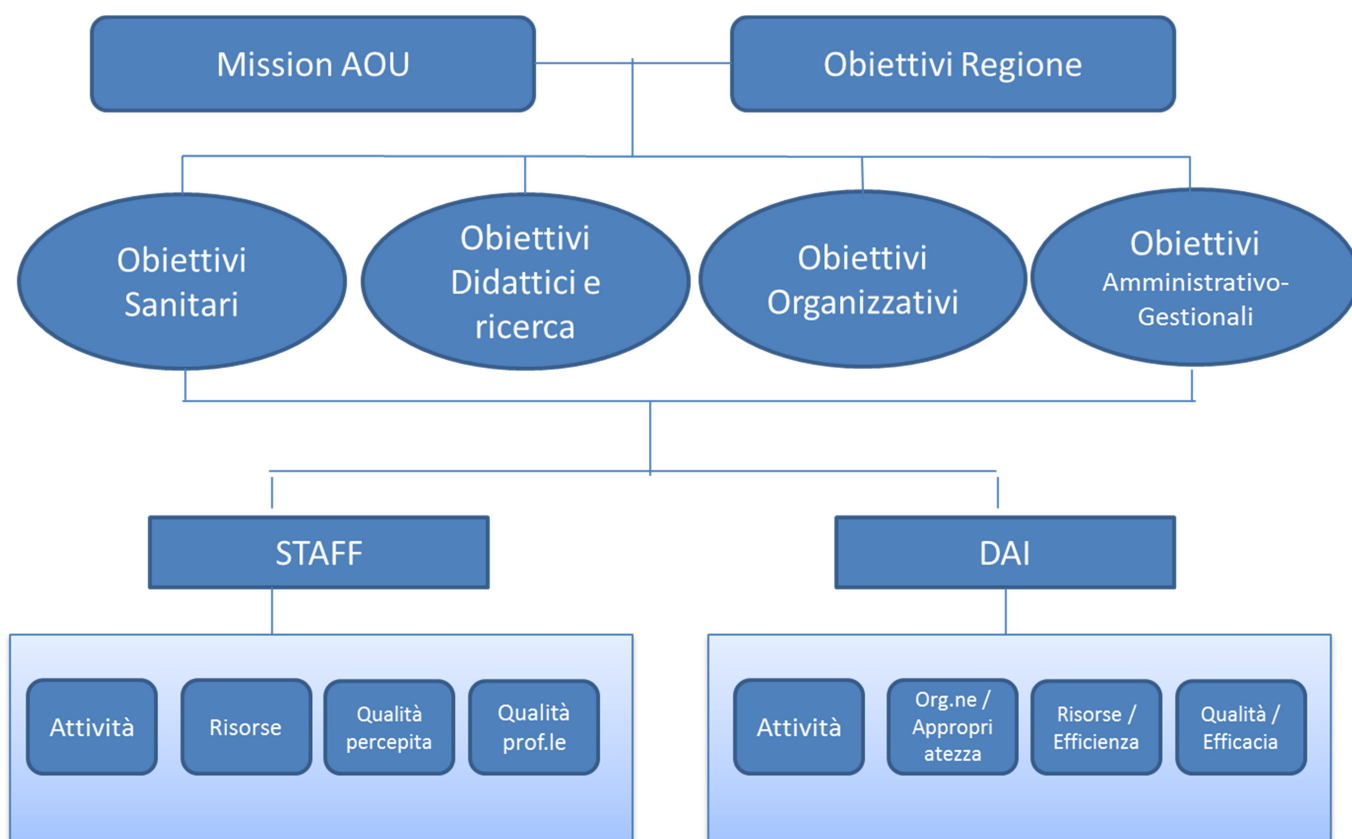
Il piano delle performance e la sua rendicontazione (relazione sulla performance) costituiscono lo strumento integrato di comunicazione dell'azienda con i soggetti coinvolti in cui convogliare gli altri strumenti attualmente esistenti; anche la parte successiva di rendicontazione, infatti, verrà integrata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

Le variazioni che potranno intervenire durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale, saranno inseriti all'interno del Piano secondo quanto previsto dall'art. 10 c. 3 del decreto citato. Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dall'organo di indirizzo politico-

amministrativo in caso di necessità che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (**art. 6 c. 1**). Il percorso di programmazione degli obiettivi sarà condotto coerentemente con i tempi e le modalità propri del ciclo di programmazione e controllo strategico e del sistema di valutazione.

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

Albero della performance



3. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

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

3.1 CHI SIAMO

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

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

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

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

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

- ad essa conferiti dall'Azienda ASL 8 di Cagliari a titolo di proprietà all'atto dell'istituzione, come da ricognizione approvata con delibera del Direttore Generale n. 341 del 29 marzo 2007;
- messi a disposizione a titolo gratuito dall'Università degli Studi di Cagliari, ai sensi dell'art. 8, comma 4, lettera a, del decreto legislativo 517/1999;
- ad essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività a titolo oneroso ovvero a seguito di atti di liberalità.

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

3.2 MISSION

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

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

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

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

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

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

- a) **funzione assistenziale** - l'Azienda è orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza;
- b) **la medicina traslazionale** - di cui all'Art. 6 comma 13 della L. n. 240/2010.
- c) **funzione didattica** - l'Azienda è sede di tutti i livelli dell'organizzazione formativa, ovvero

Corsi di Laurea in professioni sanitarie, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Formazione continua degli operatori sanitari successiva all'abilitazione professionale, anche nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Continua in Medicina prevista dal Ministero della Salute;

- d) **attività di ricerca di base e clinica (nazionale ed internazionale) e trasferimento tecnologico (terza missione)** - l'Azienda realizza attività di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative ed a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali. L'Azienda Ospedaliero- Universitaria, sede di Comitato Etico, promuove con ogni mezzo l'attività di sperimentazione clinica.
- e) **promozione della salute** - l'Azienda partecipa a tutte le attività di prevenzione in collaborazione con l'Azienda per la Tutela della Salute con particolare riferimento agli screening per i tumori, alle attività di educazione sanitaria nella lotta alle malattie, ecc.

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

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

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

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

3.3 VISION

L'Azienda adotta, come riferimento fondamentale per la propria gestione, la programmazione basata sulle risorse disponibili, costruita in base agli indirizzi strategici della Regione e dell'Università, in sinergia con la programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con i

Dipartimenti Universitari. Tali indirizzi vanno a costituire il quadro di riferimento entro il quale viene elaborata la programmazione aziendale. Gli impegni che l'Azienda assume si basano sulle seguenti macro aree, che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica:

a) L'integrazione Ospedale-Università:

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

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

b) Il sistema del governo aziendale:

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

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

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

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

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

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

Le tipologie di strutture organizzative aziendali sono le seguenti:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si evidenzia inoltre che a seguito delle D.G.R. n° 48/15 del 02/12/2014 e n° 34/16 del 12/07/2017, con le quali è stato disposto il trasferimento della Clinica Psichiatrica dalla ex Asl 8 e della S.C. Chirurgia Plastica dall'A.O. Brotzu a questa Azienda, non si è previsto una contestuale assegnazione dei relativi posti letto all'Azienda. Situazione che determina una mancata corrispondenza con il modello ministeriale HSP12 del 01/01/2017 riferito a

questa AOU.

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

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

e) Programmi

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

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

Gli incarichi ad essi relativi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità di struttura complessa o semplice in relazione alla complessità e rilevanza degli stessi. Al Responsabile del Programma può competere, pertanto, l'assegnazione, il coordinamento e la gestione di risorse umane e strumentali e la responsabilità diretta in ordine al raggiungimento degli obiettivi.

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

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

4. ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno

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

Informazioni rilevanti sul contesto di riferimento

L'Azienda accoglie pazienti provenienti dall'intero territorio regionale e una minima parte di ricoverati sono invece residenti in altre regioni italiane o dall'estero. Nell'anno 2018 si sono registrati 261 ricoveri (Ordinari o Diurni) a carico di pazienti non residenti sul territorio regionale, quasi 200 in meno rispetto al 2016 mentre i restanti 24934 ricoveri risultano riconducibili ora solo all'ATS e non più ripartiti per ASSL di residenza, pertanto non è stato possibile effettuare l'analisi eseguita negli anni precedenti a seconda della provenienza del paziente.

ANALISI SITUAZIONE DEMOGRAFICA E STATISTICA

	Sud Sardegna (Cagliari)				Sardegna				Italia			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
tasso di natalità (per mille abitanti)	7	6,5	6,1	5,5	6,7	6,4	6,1	5,7	8	7,8	7,6	7,3
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,2	8,7	8,8	8,1	10	9,8	10,2	9,9	10,7	10,1	10,7	10,5
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-1,1	-1,6	1,2	-2,1	-3,1	-3	-3	-5,2	-2,1	-1,3	-1,8	-2
numero medio di figli per donna	1,12	1,07	1,03	..	1,09	1,07	1,06	1,06	1,35	1,34	1,32	1,32
età media della madre al parto	32,3	32,6	32,6	..	32,4	32,5	32,5	32,5	31,7	31,8	31,9	31,9
speranza di vita alla nascita - maschi	80,4	81,2	81,3	..	79,8	80,2	80,3	80,5	80,1	80,6	80,6	80,8
speranza di vita a 65 anni - maschi	19,3	20,1	19,6	..	19,1	19,2	19,3	19,5	18,7	19,1	19	19,3
speranza di vita alla nascita - femmine	85,4	85,9	85,8	..	84,8	85,2	85,3	85,5	84,6	85	84,9	85,2
speranza di vita a 65 anni - femmine	22,8	23,4	23,1	..	22,4	22,8	22,7	23	21,9	22,3	22,2	22,4
speranza di vita alla nascita - totale	82,9	83,5	83,5	..	82,2	82,6	82,8	..	82,3	82,8	82,7	..
speranza di vita a 65 anni - totale	21,1	21,8	21,3	..	20,7	21	21	..	20,3	20,7	20,6	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	12,1	12	11,8	11,7	11,9	11,8	11,6	11,4	13,8	13,7	13,5	13,4
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	67,3	66,9	66,5	66,6	66,5	66,1	65,7	65,4	64,5	64,3	64,2	64,1
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	20,6	21,1	21,7	21,7	21,6	22,1	22,7	23,2	21,7	22	22,3	22,6
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	48,7	49,4	50,3	50,2	50,4	51,3	52,1	52,9	55,1	55,5	55,8	56,1
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	30,6	31,5	32,6	32,6	32,5	33,5	34,5	35,4	33,7	34,3	34,8	35,2
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	169,6	176	183,7	186	180,7	187,9	195,5	202,7	157,7	161,4	165,3	168,9
età media della popolazione - al 1° gennaio	44,9	45,3	45,7	45,9	45,3	45,7	46,1	46,4	44,4	44,7	44,9	45,2

tab. 1 -Indicatori demografici-anni 2015,2016,2017,2018. Confronto contesto territoriali di riferimento Sud Sardegna-Città metropolitana), Sardegna, Italia. Fonte ISTAT.

Tra gli indicatori riportati nella tab. 1 , la speranza di vita (o vita media), nelle due versioni riferite rispettivamente al totale della popolazione ed a quella oltre 65 anni, è uno degli indicatori più utilizzati a livello internazionale per valutare in termini quantitativi lo stato di salute di una popolazione e quindi più in generale il suo livello di sviluppo.

L'indicatore, che esprime il numero medio di anni che ogni individuo all'età x (un neonato per la prima versione ed un individuo di 65 per la seconda) ha probabilità di vivere, è calcolato sulla base dei dati delle tavole di mortalità per classi quinquennali.

Nel 2018 la vita media in Sardegna raggiunge 80,5 anni per i maschi e 85,5 per le femmine, quest'ultimo superiore al dato Nazionale. All'interno dell'Isola per maschi e femmine la probabilità di sopravvivenza si modifica in relazione alla residenza: nel 2017 un maschio che vive nel Sud Sardegna, ha una probabilità di sopravvivere di maggiore rispetto alla media regionale, come pure una donna.

I dati confermano il progressivo invecchiamento della popolazione di riferimento (Sud Sardegna e città Metropolitana di Cagliari), in relazione al dato medio Nazionale, anche se inferiore alla media regionale.

L'indicatore che permette di analizzare la prevalenza di malattie croniche gravi è costruito effettuando una standardizzazione per sesso ed età della prevalenza di persone ogni 100 che hanno dichiarato di soffrire di due o più di tali patologie.

Le malattie croniche (comprendono un ampio gruppo di malattie quali cardiopatie, ictus, diabete, malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale) sono non trasmissibili; spesso originatesi in età giovanile, si manifestano clinicamente dopo tanti anni e richiedono un'assistenza prolungata. La loro insorgenza rappresenta la principale causa di morte e di invalidità della popolazione mondiale, la cui prevenzione e controllo rappresenta una priorità di salute pubblica ampiamente raccomandata dall'OMS e dalle altre istituzioni a livello nazionale ed internazionale.

La prevalenza delle malattie croniche , rappresenta un effetto dell'invecchiamento della popolazione, e , come dimostra la tabella successiva (tab. 2) , sono in costante aumento nella realtà Regionale, con valori prevalentemente superiori alla media Nazionale.

Tab. 2- Prevalenza di patologie croniche in Sardegna (Fonte : ISTAT Indagine Multiscopo)

	2009		2017	
	Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
persone con almeno due malattie croniche	20,3	22,9	20,9	24
persone con malattie croniche in buona salute	40,4	38	41,5	38
malati cronici - affetti da diabete	4,8	4,4	5,7	6,8
malati cronici - affetti da ipertensione	15,8	14,5	17,8	16,4
malati cronici - affetti da bronchite cronica	6,2	8,8	5,9	7,5
malati cronici - affetti da artrosi, artrite	17,8	19	16,1	19,4
malati cronici - affetti da osteoporosi	7,3	9,9	7,9	10,4
malati cronici - affetti da malattie del cuore	3,6	4,2	4,1	4,2
malati cronici - affetti da malattie allergiche	10,2	11	10,7	12,2
malati cronici - affetti da disturbi nervosi	4,4	4,9	4,5	4,4
malati cronici - affetti da ulcera gastrica o duodenale	3,1	3	2,4	2,5

La mortalità costituisce il più solido degli indicatori epidemiologici, poiché i relativi dati sono disponibili a livello nazionale e internazionale in modo esaustivo, con dettaglio territoriale e su ampie serie storiche.

Si tratta di dati che, in ciascuna nazione, i vari Istituti di Statistica raccolgono *routinariamente* e codificano sulla base di metodologie standardizzate predisposte a livello internazionale, il che consente confronti tra dati omogenei.

La descrizione della **mortalità generale e per cause specifiche** rappresenta pertanto un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione e contribuisce a costruirne il “profilo di salute”; inoltre può fornire utili indicazioni di ricerca per svolgere analisi ulteriori, più mirate.

I tassi di mortalità per alcune cause di morte, mostrano alcuni eccessi nell’Area di Cagliari se riferiti al contesto Nazionale , ed in particolare per i tumori maligni della mammella

Tab. 3 -Mortalità per alcune cause di morte. Fonte ISTAT

2016

Aree	Tasso mortalità malattie infettive M+F	Tasso mortalità tumori M+F	Tasso mortalità tumori maligni colon,retto, ano M+F	Tasso mortalità std tumori maligni mammella F	Tasso mortalità à diabete mellito M+F	Tasso mortalità malattie sistema circolatorio M+F	Tasso mortalità malattie ischemiche cuore M+F	Tasso mortalità malattie apparato respiratorio M+F	Tasso mortalità malattie apparato digerente M+F	Tasso mortalità complicazioni gravidanza, parto, puerperio 15-49 F
1 Sassari	2,31	33,45	3,99	4,02	2,61	30,3	8,72	7,76	4,32	0
2 Nuoro	2,04	33,27	4,15	3,85	2,94	37,3	10,47	6,77	4,53	0
3 Oristano	1,99	31,08	4,65	3,38	3,35	35,43	9	7,76	4,96	0
4 Cagliari	2,14	28,99	3,39	4,17	2,64	24,89	6,1	5,72	3,67	0
5 Olbia-Tempio	1,99	25,36	2,55	3,33	2,62	27,22	8,78	5,11	3,55	0
6 Ogliastra	2,27	29,17	4,37	3,27	2,79	31,44	8,91	6,99	6,11	0
7 Medio-Campidano	1,62	33,85	3,84	4,27	3,44	32,13	10,2	8,99	4,14	0
8 Carbonia-Iglesias	2,68	31,26	3,63	2,95	3,08	31,57	8,84	9,39	3,39	0
9 SARDEGNA	2,15	30,62	3,7	3,83	2,81	29,58	8,14	6,89	4,09	0
Italia	2,1	29,49	3,22	3,16	3,51	36,38	10,95	7,65	3,71	0,01

L’indice di mortalità evitabile è calcolato, per alcune cause potenzialmente evitabili, come somma degli anni di vita potenzialmente persi da coloro che muoiono prima dei 70 anni di età, in altri termini si tratta della somma degli scarti standardizzati tra età alla morte e attesa di vita.

L’indice costituisce uno dei principali indicatori capaci di dare conto delle condizioni di salute della popolazione in quanto, attraverso la misurazione della mortalità prematura, consente di evidenziare la perdita di anni di vita potenzialmente evitabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapie mirate, adeguate condizioni igieniche e corretta assistenza sanitaria.

In questi tre gruppi tra loro non sovrapponibili rientrano in sintesi:

1. prevenzione primaria - morti riconducibili a stili di vita non corretti e rischiosi per la salute (ad es. traumi, patologie circolatorie e polmonari legate a fumo, alcol, dieta o scarsa attività fisica, alcuni tipi di tumore);
2. diagnosi precoce e terapie - tumori per i quali oggi esistono terapie efficaci e programmi di screening in grado di diagnosticare in tempo la malattia (ad es. tumore della mammella, del colon-retto);
3. igiene e assistenza sanitaria - morti riconducibili a scarse condizioni igieniche o livelli di assistenza sanitaria non ottimali (ad es. alcune malattie infettive, malattie croniche del sistema circolatorio, polmonare o endocrino, complicanze della gravidanza, infezioni).

Analizzando gli indici della mortalità evitabile, la Sardegna mostra un tasso standardizzato 0-74 aa. , più elevato a carico del sesso maschile (tutte le cause) (tab.4) e per tutte le classificazioni evitabili (tab.5)

Tassi std. mortalità evitabile (0-74) per genere		
Tassi per 100.000 residenti - Triennio 2014-2016		
	Sardegna	Italia
<i>MASCHI</i>	266,7	245,1
<i>FEMMINE</i>	123,2	126,8

MEV(i) Mortalità Evitabile		Giorni persi per cause evitabili pro capite (0-74 anni)				
Tassi per 100.000 residenti - Triennio 2014-2016		Triennio 2014-2016				
	Regione	Sardegna	Italia		Sardegna	Italia
<i>MASCHI</i>	Tutte le cause	266,7	245,1	<i>MASCHI pos 19</i>	26,2	23,1
	Prev. primaria	160,4	142,9		16,4	13,8
	Diagnosi pr. e ter.	24,9	22,5		2,2	2,0
	Igiene e ass. sanitaria	81,4	79,7		7,6	7,4
<i>FEMMINE</i>	Tutte le cause	123,2	126,8	<i>FEMMINE pos 13</i>	13,27	13,46
	Prev. primaria	44,5	46,9		4,89	4,93
	Diagnosi pr. e ter.	44,7	38,5		4,74	4,12
	Igiene e ass. sanitaria	34,0	41,4		3,64	4,42

Fonte: Elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati Istat 2014-2016
www.mortalitaevitabile.it

4.2 Analisi del contesto interno

L'azienda Ospedaliero Universitaria si trova in un momento di importante trasformazione organizzativa, in applicazione dell'Atto Aziendale approvato definitivamente con deliberazione n. 930 del 9/11/2017.

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

Attività di ricovero

Presidio	Ricoveri ordinari				Day Hospital e Day Surgery			
	2016	2017	2018	2019 proiezione annua*	2016	2017	2018	2019 proiezione annua*
San Giovanni di Dio	4.176	3.450	111	40	3.152	3.684	3.853	3.489
Duilio Casula	13.972	14.687	17.536	16.941	3.383	3.435	4.226	3.198
TOTALE	18.148	18.137	17.647	16.981	6.535	7.119	8.079	6.687

*la proiezione annua è effettuata sul dato a consuntivo dei primi 9 mesi del 2019. Potrebbe esserci una leggera sottostima dei DH/DS che vengono chiusi a fine anno.

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

MDC	Descrizione MDC	Totale Ricoveri (RO+DH/DS)	
02	Malattie e disturbi dell'occhio	2.695	15,18%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.113	11,90%
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.730	9,75%
05	Malattie e disturbi del sistema circolatorio	1.680	9,46%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	1.286	7,24%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.176	6,62%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.051	5,92%
07	Malattie e disturbi del fegato, vie biliari e pancreas	901	5,08%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	759	4,28%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca e gola	755	4,25%
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	732	4,12%
10	Malattie e disturbi endocrini, della nutrizione e del metabolismo	562	3,17%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	425	2,39%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	383	2,16%
18	Malattie infettive e parassitarie	336	1,89%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	274	1,54%
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi emopoietici	271	1,53%
11	Malattie e disturbi del rene e vie urinarie	236	1,33%
21	Traumatismi ed avvelenamenti	180	1,01%
00	Trapianto di cuore, fegato, midollo, polmone, pancreas/rene e pancreas. Tracheostomia	86	0,48%
19	Disturbi psichici	51	0,29%
25	Infezioni da HIV	25	0,14%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	24	0,14%
20	Abuso di alcool e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	12	0,07%
22	Ustioni	6	0,03%
24	Traumatismi multipli	2	0,01%
Totale complessivo		17.751	

Accessi al pronto soccorso

Accessi al Pronto Soccorso – SC di medicina d’urgenza	ANNO					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Totale accessi	24.571	23.830	19.474	23.625	26.711	32.851
% rossi in ingresso	3,20%	3.90%	3.90%	0	0	0,047548
% gialli in ingresso	44,30%	48.30%	58,00%	57,90%	54,20%	41,28%
% verdi in ingresso	47,10%	39.80%	34.10%	34,70%	37,30%	43,46%
% bianchi in ingresso	5,40%	7.80%	3.70%	3,20%	3,30%	10,50%

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
SC - Pronto soccorso	24.571	23.830	19.474	23.625	26.711	32.851
Clinica Ostetrica	4.645	4.897	5.679	7.401	7.066	5.909
Clinica Oculistica	12.870	13.514	13.869	13.309	14.306	4.680
	42.086	42.241	39.022	44.335	48.083	43.440

Attività Ambulatoriale per esterni

Nella tabella seguente, in attesa del dato definitivo viene fatta una proiezione annuale sulla dato effettivo del primo semestre 2019, dell'attività ambulatoriale per le prestazioni erogate ai pazienti esterni, estratta dal sistema CUPWEB ed esposta secondo la struttura erogante.

Erogatore	n. prestazioni	importo
(C) PR MEDICINA DEL LAVORO	256	4.759,04
(C) SC ANATOMIA PATOLOGICA	8.766	253.931,24
(C) SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	9.748	101.470,50
(C) SC CHIRURGIA D'URGENZA	52	1.470,34
(C) SC CHIRURGIA GENERALE E POLISPECIALISTICA	38	785,08
(C) SC DERMATOLOGIA	28.410	539.458,62
(C) SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	220	3.776,76
(C) SC ENDOCRINOLOGIA	550	7.239,40
(C) SC FARMACOLOGIA CLINICA	10.612	115.435,62
(C) SC MEDICINA INTERNA	602	9.926,32
(C) SC OCULISTICA	13.050	1.705.175,62
(C) SC OTORINOLARINGOIATRIA	3.190	39.372,90
(C) SC PSICHIATRIA	758	9.584,86
(C) SC RADIOLOGIA	1.224	114.106,16
(C) SSD CHIRURGIA COLONPROCTOLOGICA	170	3.465,46
(C) SSD DIABETOLOGIA	30.596	222.148,38
(M) PR MEDICINA DEL LAVORO	136	2.809,76
(M) PR UNITA' DI CARDIOANGIOLOGIA	2.216	76.478,42
(M) SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	912	19.267,42
(M) SC CARDIOLOGIA - UTIC	9.438	217.401,84
(M) SC CHIRURGIA D'URGENZA	18	668,38
(M) SC CHIRURGIA PLASTICA E MICROCHIRURGIA	8	30,96
(M) SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	136	2.336,08
(M) SC ENDOCRINOLOGIA	17.480	258.715,26
(M) SC GASTROENTEROLOGIA	7.996	168.383,84
(M) SC LABORATORIO	511.194	3.403.445,98
(M) SC MEDICINA GENERALE	182	3.016,12
(M) SC MEDICINA INTERNA	31.854	348.159,16
(M) SC NEUROLOGIA	10.656	234.779,90
(M) SC ONCOLOGIA MEDICA	4.954	63.879,44
(M) SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	21.826	339.755,26
(M) SC OTORINOLARINGOIATRIA	4.806	98.047,14
(M) SC RADIOLOGIA	14.774	1.333.124,22
(M) SC REUMATOLOGIA	10.488	224.861,96
(M) SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6.458	180.946,22
(M) SSD CHIRURGIA VASCOLARE	3.130	77.235,68
(M) SSD DIAGNOSTICA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA	3.134	207.910,30
(M) SSD EMOSTASI E TROMBOSI	5.682	50.868,40
(M) SSD MEDICINA NUCLEARE	1.720	146.046,86
(M) SSD PATOLOGIA NEONATALE	1.700	33.173,76

Allergologia - Pol. Univ. Monserrato	14.806	290.967,96
Cardiologia - Osp. S.Giovanni di Dio	900	10.458,00
Chirurgia Generale - Pol. Univ. Monserrato	6.572	149.385,44
Laboratorio Analisi - Osp. S.Giovanni di Dio	128.960	648.954,86
Nefrologia - Pol. Univ. Monserrato	778	12.911,48
Odontostomatologia - Clinica Odontoiatrica	1.714	29.154,68
Odontostomatologia - Pol. Univ. Monserrato	860	20.327,96
Totale complessivo	933.730	11.785.609,04

Analizzando il totale complessivo dell'anno 2018 potrebbe prevedersi un leggero incremento in termini di valore totale di prestazioni erogate:

Anno 2018: € 10.990.449,46

4.1.2 Quadro normativo di riferimento

La sintesi del quadro normativo di riferimento è riportato 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

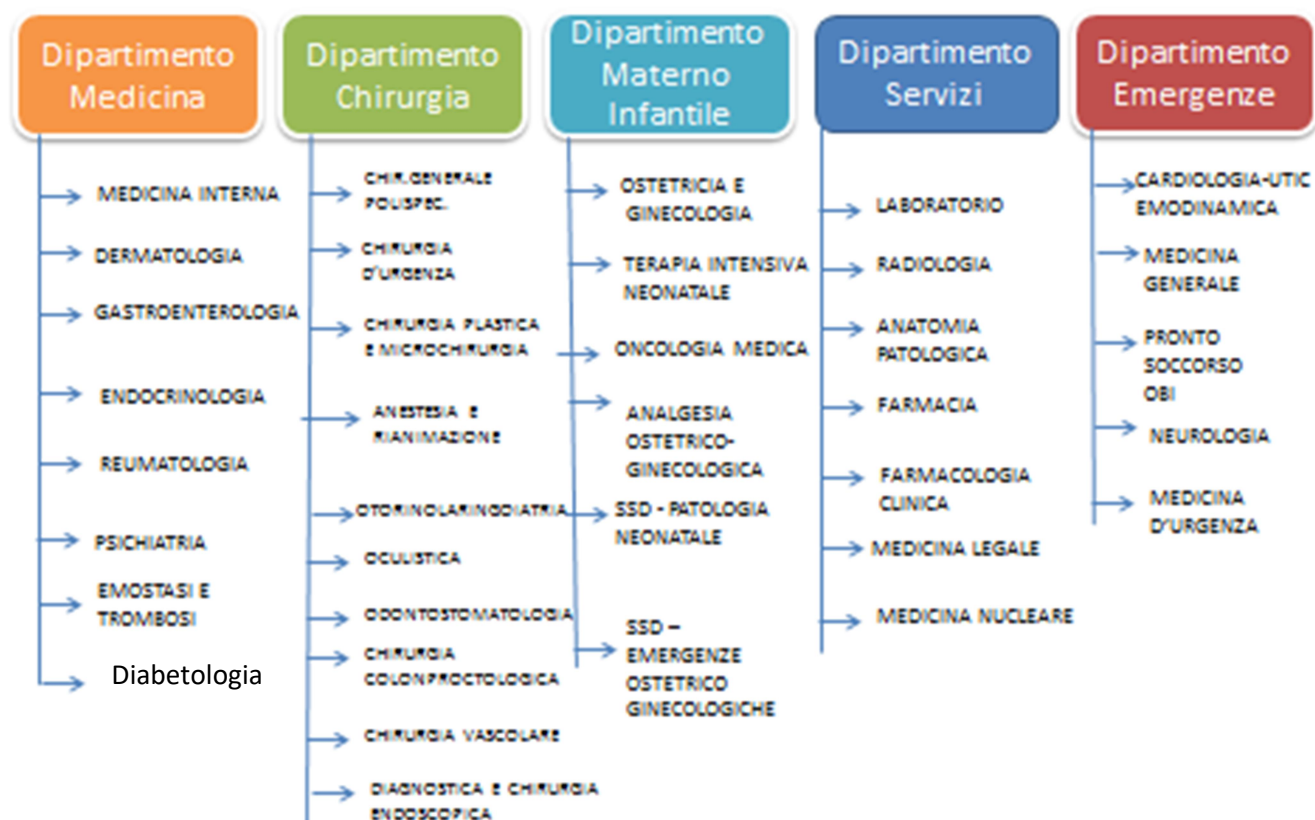
Decreto 02/04/2015, n. 70 che reca il Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
Protocollo d'intesa tra Regione Autonoma della Sardegna ed Università degli Studi di Cagliari siglato in data 11.10.2004, recepito 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.
Deliberazione n. 22/23 del 3.5.2017 : Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2017
Deliberazione n. 39/5 del 9.8.2017 : Aggiornamento degli obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali in coerenza con la programmazione regionale L. R.n. 10/2006, art. 16, comma 1, lettera a).
Linee guida al Protocollo d'intesa tra Regione e le Università, deliberate con la DGR n. 23/4 del 20.4.2016, con le quali è stato rinnovato il nuovo PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE SARDEGNA E LE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI E SASSARI IN APPLICAZIONE DEL D.LGS. N. 517/1999, adottato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 34/3 il 12/07/2017
Delib.G.R. n. 29/2 del 16.6.2017 "Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Ospedaliero Universitarie e dell'Azienda ospedaliera "Brotzu". Approvazione definitiva.
DELIB. GR. N. 34/16 DEL 12.7.2017 Attuazione del Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso (Delib.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015). Programma di riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera nell'area omogenea di Cagliari (articolo 9, comma 6, della legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014)
Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna" e la successiva deliberazione n. 6/15 del 2.2.2016 "proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna" – Approvazione definitiva del Consiglio regionale il 25/10/2017
Delib. 64/17 del 28/12/2018 avente ad oggetto Deliberazioni della Giunta regionale del 15/12/2015, n. 39/4 del 9/8/2017 e n. 23/6 dell'8/5/2018 concernenti "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29 comma3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5. Aggiornamento

4.2.1 La struttura organizzativa dell'azienda da Atto Aziendale

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



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



4.2.3 La Pianta Organica

La situazione del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari al 31/12/2019 è schematizzato nelle tabelle riportate:

RUOLO	2019			2018			DIFFERENZA		
	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.
Sanitario	1275	1229	46	1.237	1.224	13	38	5	33
Amministrativo	121	119	2	113	111	2	8	8	0
Tecnico	315	307	8	308	293	15	7	14	-7
Professionale	3	3		4	4	0	-1	-1	0
TOTALE	1.714	1.658	56	1.662	1.632	30	52	26	26

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

SSR	AL 31/12/2019			AL 31/12/2018			DIFFERENZA		
	N. Dip.	ind.	det.	N. Dip.	ind.	det.	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.
Sanitario	1.046	1.008	38	993	986	7	53	22	31
Amministrativo	95	93	2	83	81	2	12	12	-
Tecnico	287	279	8	280	265	15	7	14	-7
Professionale	3	3		4	4	-	-1	-1	-
TOTALE	1.431	1.383	48	1.360	1.336	24	71	47	24

e personale universitario:

UNICA	AL 31/12/2019			AL 31/12/2018			DIFFERENZA		
	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	N.Dip.	T.Ind.	T.Det.
Sanitario	229	221	8	244	238	6	-15	-17	2
Amministrativo	26	26		30	30	0	-4	-4	0
Tecnico	28	28		28	28	0	0	0	0
Professionale				0	0	0	0	0	0
TOTALE	283	275	8	302	296	6	-19	-21	2

Il personale in regime di somministrazione lavoro (interinale) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari al 31/12/2019 risulta così composto:

RUOLO	N. interinali
SANITARIO	3
AMMINISTRATIVO	3
TECNICO	
PROFESSIONALE	
TOTALE	6

4.3 Le risorse economiche

Le risorse economiche che si previste per il 2020 sono così composte:

A tal fine si precisa che la previsione viene determinata tenendo conto dei seguenti elementi: Dell'assegnazione teorica per il 2020 2021 e 2022, delle risorse del finanziamento indistinto alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di cui alla nota Assessoriale n.20317 del 14/10/2019, pervenuta a questa AOU in data 14/10/2019, pari a €. 162.761.000;

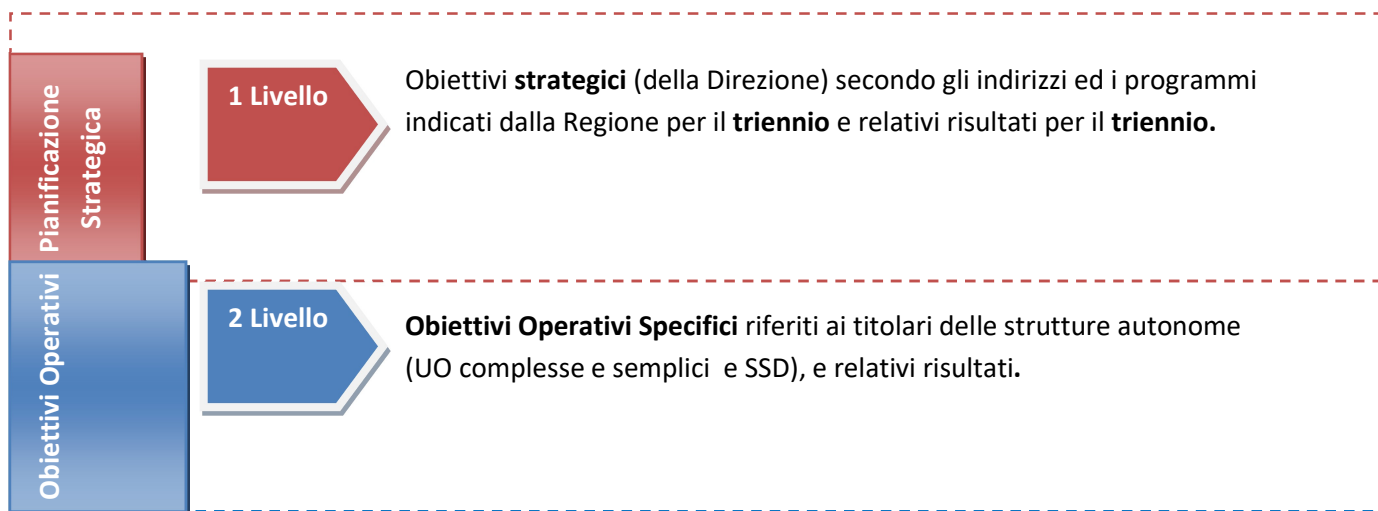
Dei dati storici sull'andamento dei principali costi ed in particolare di quelli del personale dipendente e della correlata IRAP, degli acquisti di servizi sanitari e non sanitari esternalizzati, dei costi per manutenzioni e per godimento beni terzi e dei costi per l'acquisto dei beni sanitari ivi compresi i farmaci relativi al File F.

Nel dettaglio si specifica quanto segue:

Il Valore della Produzione prevista per il 2020 ammonta a circa €. 173.549.120 di cui 162.761.000 di assegnazione FSR teorica prevista come sopra descritto, tale valore mostra un andamento in aumento rispetto al preventivo 2019 di circa 8.850.000

5. PIANO STRATEGICO ED OPERATIVO

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



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

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

Piano di Riorganizzazione dell'assetto Logistico Assistenziale

Il percorso di riorganizzazione del Presidio Duilio Casula si realizzerà sulla base di un complesso progetto che ha visto il trasferimento degli ultimi reparti di degenza durante l'estate del 2017. La costruzione dei nuovi Blocchi (provvisoriamente denominati con la lettera R) consentirà di trasferire al Duilio Casula alle specialità a conduzione universitaria attualmente dislocate presso altre aziende sanitarie. Tale fatto consentirà di implementare ulteriormente l'offerta assistenziale creando sinergie tra le varie discipline che rafforzeranno la qualità dei percorsi diagnostico assistenziali.

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

Resta inteso che sarà necessario e doveroso eventualmente adeguare le dotazioni organiche alla normativa vigente in grado di garantire turnazioni, dopo aver concluso il piano di efficientamento alla luce anche delle limitazioni funzionali che molti dipendenti presentano, nonché alla nuova riorganizzazione prevista dall'atto aziendale, come precedentemente illustrato, e che ha preso avvio nel 2018 con la nomina dei direttori di Dipartimento, e proseguito nel 2019, e la nomina di alcune Unità Operative e del suo Responsabile, come di seguito elencato:

	N. Delibera	Data	INCARICHI NUOVI DIRETTORI STRUTTURE A.O.U.
1	840	01/08/2018	Conferimento incarico di Direzione della S.C. Ostetricia e Ginecologia Prof. Anna Maria Paoletti
2	891	29/08/2018	Conferimento incarico della S.C. Chirurgia Plastica e Microchirurgia al prof. Andrea Figus
3	892	29/08/2018	Conferimento incarico di Direzione della S.C. Odontostomatologia al prof. Vincenzo Piras
4	921	06/09/2018	Conferimento incarico provvisorio di Direzione della S.C. Direzione Infermieristica, Ostetrica e Tecnica delle Professioni Sanitarie alla dott.ssa Maria Rita Pinna
5	924	07/09/2018	Indizione Avviso Interno per l'attribuzione degli incarichi di Responsabile delle Strutture Semplici: Responsabile SSD Analgesia Ostetrico Ginecologica dott. Mauro Cardu
6	925	07/09/2018	Indizione Avviso Interno per l'attribuzione degli incarichi di Responsabile delle Strutture Semplici: Responsabile SSD Emergenze Ostetrico Ginecologiche dott. Bruno Piras
7	952	12/09/2018	Indizione Avviso Interno per attribuzione degli incarichi delle Strutture Semplici Dipartimentali :Responsabile SSD Qualità e Risk management dott. Francesco Paribello
8	1020	27/09/2018	Conferimento a titolo gratuito al prof. Gian Benedetto Melis Direttore S.C. Ostetricia e Ginecologia

9	1057	10/10/2018	Conferimento incarico della S.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche al prof. Andrea Loviselli
10	1271	30/11/2018	Definizione assetto organizzativo S.C. T.I.N. e S.S.D. Patologia Neonatale conferimento incarico Dott. Giovanni Ottonello
11	1383	28/12/2018	Nomina del Direttore di Dipartimento Assistenziale Integrato "Chirurgia" dell'AOU di Cagliari Prof. Roberto Pusceddu
12	1384	28/12/2018	Nomina del Direttore di Dipartimento Assistenziale Integrato "Medicina" dell'AOU di Cagliari Prof. Francesco Marongiu
13	1385	28/12/2018	Nomina del Direttore di Dipartimento Assistenziale Integrato "Materno Infantile" dell'AOU di Cagliari Prof.ssa Anna Paola Paoletti
14	1386	28/12/2018	Nomina del Direttore del Dipartimento "Amministrativo e Tecnico" dell'AOU di Cagliari Dott.ssa Maria Luisa Mastino
15	1387	28/12/2018	Nomina del Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato "Emergenze della AOU di Cagliari Dott.ssa Rosanna Laconi
16	1388	28/12/2018	Nomina del Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato "Servizi" AOU Cagliari Dott. Ferdinando Coghe
17	40	14/01/2019	Incarico Medico Competente Coordinatore per servizio sorveglianza sanitaria dell'Università di Cagliari Prof. Pierluigi Cocco fino al 30/10/2020
18	208	25/02/2019	Conferimento incarico ad interim di Direzione della S.C. Affari Generali e Affari Legali alla Dott.ssa Maria Luisa Mastino
19	207	25/02/2019	Conferimento incarico ad interim di Direzione della S.C. Programmazione e Controllo di Gestione alla dott.ssa Cristina Garau
20	291	18/03/2019	Conferimento incarico Direttore SC Governo Clinico e Appropriatelyzza alla Dott.ssa Paola Racugno
21	472	06/05/2019	Incarico di Responsabile della SSD Emostasi e Trombosi afferente al DAI Medicina alla dottoressa Doris Barcellona
22	1029	02/10/2019	Conferimento incarico provvisorio di Direzione della S.C. Reumatologia al Prof. Alberto Cauli
23	1058	10/10/2019	Conferimento incarico provvisorio di Responsabile di U.O. Diabetologia al Dott. Efisio Cossu
24	1065	14/10/2019	Designazione Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione dell'AOU Dott. Urban Antonio
25	1332	16/12/2019	Conferimento incarico di Direzione della S.C. di Reumatologia al Prof. Alberto Cauli

5.1 Obiettivi Annuali

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

Il trasferimento delle degenze dal San Giovanni al Policlinico effettuate nel 2017 ha lo scopo di migliorare innanzitutto la qualità dell'assistenza: il P.O. Duilio Casula è una struttura nuova, decisamente più confortevole ed è realizzato con standard moderni.

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

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

L'attuazione dell'Atto Aziendale approvato definitivamente con deliberazione n. 930 del 9 novembre 2017 ha visto in parte la riorganizzazione delle unità operative, l'istituzione di nuove strutture e servizi.

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

Si ritiene indispensabile per completare l'offerta assistenziale e ambulatoriale contemplando anche quella relativa alla didattica, di poter disporre di un'altra struttura (al momento individuata nel S. Giovanni di Dio) ubicata a Cagliari, di facile accessibilità ai cittadini, per una superficie lorda di circa 25.000 mq., in grado di soddisfare le esigenze assistenziali che non richiedano il ricovero ospedaliero.

Il Piano Operativo

Il progetto di riorganizzazione dell'AOU di Cagliari tiene conto di molteplici aspetti fondamentali, sostanziale l'osservanza del piano di riordino della rete ospedaliera recentemente approvato

dalla Regione Sardegna, la mission propria di una azienda ospedaliero-universitaria, la capacità e le prospettive logistiche delle strutture afferenti all'Azienda, i progetti già avviati ed in corso di realizzazione quali la costruzione del nuovo blocco a Monserrato, e non ultimo l'obiettivo di accorpare tutte le strutture assistenziali universitarie ad alto impatto assistenziale in una unica sede, e la riorganizzazione dell'AOU secondo quanto previsto nell'Atto aziendale.

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

5.2 La Pianificazione Strategica Triennale 2020-2022

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 2020-2022 in ottemperanza a quanto prescritto a livello Regionale, con la deliberazione n.1179 del 13/11/2019.

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

Attuazione atto Aziendale

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

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

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

Accreditamento

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

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

Si è inoltre avviata la proposta di accREDITamento dell'OBI e dell'Odontostomatologia.

Piano Assunzioni e ottimizzazione impiego risorse umane

Dall'analisi della Direzione medica di Presidio, della Direzione delle professioni Sanitarie e della proiezione delle cessazioni nel triennio 2019/2021 (stante la situazione attuale dei posti letto) emerge una forte carenza di personale.

In particolare:

Al fine di dare adeguata risposta alle necessità assistenziali, è assolutamente necessario avviare un piano di assunzioni di figure professionali *“compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili”* che in parte vanno a sostituire il personale cessato nel 2018 e 2019 e/o cesseranno nel corso del triennio, e in parte dovranno potenziare l'organico già esistente, al fine di garantire gli standard minimi previsti dalla normativa sull'accreditamento delle strutture.

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

Nel triennio andrà supportata la cultura dell'**organizzazione dipartimentale** del personale e l'avvio di percorsi di presa in carico dei pazienti attraverso percorsi multidisciplinari governati da un unico punto di accesso, in tal senso sarà fondamentale affinare e consolidare alcune procedure e percorsi di riorganizzazione sia a livello dipartimentale sia di blocco operatorio con una adeguata governance garantita dalla istituenda struttura complessa di Nursing.

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

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

Avvio comitati

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

Ottimizzazione dei posti letto

Un elemento strategico nella programmazione triennale è l'ottimizzazione dei posti letto per acuti. Nel 2018 l'attivazione dei posti letto dell'OBI ha iniziato a consentire una maggiore appropriatezza dei ricoveri, che sicuramente vedrà i suoi frutti nel triennio a venire.

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

In ultimo dovranno definirsi meccanismi di coinvolgimento e partecipazione dei sanitari sugli obiettivi aziendali attraverso forme di democrazia interna e in particolare con l'attivazione

del consiglio dei sanitari, in particolare le azioni da condividere e da porre in essere debbono essere associate ad altre azioni derivanti da riflessioni sul fatto che:

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

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

Spesa Farmaceutica e centri prescrittori

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

Particolare attenzione verrà dedicata al controllo della spesa farmaceutica attraverso la rivisitazione di tutti i centri prescrittori e la condivisione di regole e comportamenti meglio definiti dalla commissione per il prontuario terapeutico aziendale e l'utilizzo dei biosimilari in sostituzione dei farmaci biologici.

Valorizzazione P.O. san Giovanni di Dio

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

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 tempo dipendenti

- Predisporre azioni finalizzate all' attivazione delle reti assistenziali **Hub e Spoke**
- Riduzione delle duplicazioni inutili di servizi specialistici
- Sviluppo di un modello cooperativo secondo i diversi livelli di complessità attribuita
- Definizione di una metodologia per l'accreditamento delle reti specialistiche, in termini di competenze, di volumi e di esiti.

Valorizzazione delle tecnologie digitali

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

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

5.3 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità

Al fine di dare avvio al ciclo della Performance si sono individuati una serie di obiettivi da declinare alle varie UU.OO. e da assegnare per l'anno 2020 , partendo dagli obiettivi assegnati al Direttore Generale, dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, con la deliberazione n. 3/21 del 15/01/2019, comunicati dalla Direzione Generale ai direttori di struttura complessa e struttura semplice dipartimentale e qui di seguito riportati secondo l'area della performance di appartenenza:

Descrizione obiettivo
Avvio cantiere Servizio Psichiatrico - SGD
Completamento degli interventi presso il Policlinico Duilio Casula di Monserrato dell'AOU finalizzati all'accorpamento di tutti i servizi sanitari e amministrativi attualmente dislocati nel territorio di Cagliari
Consegna lavori 1°lotto Libera Professione - SGD
Espletamento gara arredi Psichiatria SGD
Espletamento gara ecografi
Espletamento gara ecografo per oculistica
Espletamento gara laser chirurgici
Espletamento gara portatili radiologia
Espletamento gara smaltimento sacche urina
Espletamento gara sul rinnovo tecnologico oculistica
Predisposizione atti per conferenza di servizi sopraelevazione Blocchi C, D, N e Q,
Servizi vigilanza antincendio

AREA PERFORMANCE DEL GOVERNO CLINICO
Descrizione obiettivo
Adempimenti connessi alla normativa sulla privacy - Regolamento UE 2016/ 679 (GDPR)
Applicazione strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica (SisPac)
Attuazione degli audit PNE sulla qualità dei dati 2017
Progressivo accreditamento istituzionale del sistema sanitario

AREA PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE
Descrizione obiettivo
Acquisizione presso la struttura di pazienti con nuova diagnosi di diabete mellito di tipo 1 e 2
Attività ambulatorio Piede diabetico: screening e Follow-up delle complicanze neuro-vascolari
Governo liste e tempi di attesa
Incremento del n. di psicoterapie familiari
Incremento del n. di psicoterapie individuali
Incremento delle visite psicologiche
Mantenimento del numero delle visite psichiatriche domiciliari
Mantenimento numero pazienti in carico con meno 3 contatti nei 12 mesi
Mantenimento numero pazienti in carico con più 3 contatti nei 12 mesi
Prosecuzione attività aziendale di Farmacovigilanza - Centro regionale di Farmacovigilanza
Screening per la diagnosi precoce del diabete gestazionale e identificazione delle pazienti a rischio di Diabete permanente (follow-up mediante OGTT da 75 gr.)
Volume attività per pazienti ambulatoriali

AREA PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA
Descrizione obiettivo
% Cesarei esclusi primari
% Day Service Cataratta
% Ricoveri LEA in Regime Ordinario
Adesione al progetto dell'OMS " Save lives clean you hands"
Indice Comparativo di Performance (ICP)
Indice di Case Mix (ICM)
Pre ospedalizzazione
TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)
Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA sugli indicatori (16)
Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA sugli indicatori (17)
Ottimizzazione tempi utilizzo sale operatorie secondo il metodo LEAN

AREA PERFORMANCE DELL'EFFICIENZA
Descrizione obiettivo
Accessi tramite CUP
Attivazione e messa a regime del sistema delle richieste attraverso il sistema informatico
Attivazione OBI h 24
Attivazione Ufficio Previdenziale
Attività di formazione e informazione continua dei coordinatori e del personale infermieristico sui processi di corretta gestione degli stupefacenti nei CDC relativamente alle implicazioni di natura legale
Chiusura Interventi SO
Chiusura lista d'attesa dopo ricovero
Definizione del PDTA del dolore toracico - NSTEMI
Definizione format dei contratti di cui agli incarichi dirigenziali di cui all'Atto Aziendale
Effettuare prenotazioni e registrare tramite il Cup web
Esecuzione routinaria della caratterizzazione molecolare dei tumori solidi su tessuto e finalizzato alla terapia
Incremento dei pesi DRG chirurgici
Mantenimento dei tempi di refertazione entro un'ora per gli esami urgenti, ed entro 12 ore per esami di routine (ad esclusione degli esami con metodica RIA, IFA, molecolari e microbiologia)
Mantenimento del numero dei ricoveri e appropriatezza del DH
Messa a regime delle apparecchiature dei settori di elettroforesi, diagnosi prenatale delle trisomie 21, 18 e 13 e della preeclampsia
Order Entry (prestazioni interne)
Proposta di PDTA
Proposta e approvazione da parte del comitato etico di almeno uno studio
Realizzazione dei processi e collegamenti con i reparti
Regolamento Consulenze (CTP e CTU)
Revisioni del PEIMAF con suo adattamento alle strutture del nuovo PS dell'AOU
Riduzione del tempo di attesa medio in triage (dall'arrivo in Ps alla presa in carico da parte del medico)
Riduzione tempo intercorrente tra richiesta ed esecuzione esami non urgenti in pazienti ricoverati (escluse dimissioni protette e preospedalizzazioni)
Riduzione tempo intercorso tra effettivo esame non urgente e refertazione in pazienti ricoverati
Rispetto del cronoprogramma di implementazione Contabilità Analitica e Contabilità Separata
Stesura programmi di screening mammografico cervice e coloretale. I programmi dovranno essere in linea con gli standard di qualità.
Tempistica di refertazione della istopatologia entro 7 gg dal ricevimento del campione (escluse indagini immunoistochimiche)
Tempo intercorso tra effettivo esame non urgente e refertazione in pazienti ricoverati (escluse dimissioni protette e preospedalizzazioni)
Visite CDC per la verifica della corretta gestione dei dispositivi medici e/o farmaci e regenti di laboratorio
Attivazione attività amministrativa sul nuovo regolamento intramoenia
Avvio procedura centralizzata di reclutamento personale sul rispetto delle linee guida dell'Assessorato alla Sanità

Comitato per la prevenzione delle infezioni correlate all'Assistenza
costruzione di uno strumento di monitoraggio delle modalità di applicazione delle SDO nelle UU.OO.
Istituzione servizio di continuità assistenziale aziendale
Monitoraggio prestazioni (prenotate/erogate) tramite CUP
Predisposizione con cadenza trimestrale dei report contenenti i dati delle principali voci di costo (costo del personale, spesa farmaceutica, servizi esternalizzati) e dei dati di produzione ai fini dell'attività del tavolo di monitoraggio regionale dell'Assessorato
Predisposizione contratti direttori di struttura complessa
Ricognizione dei PDTA approvati con deliberazione e di quelli in corso di elaborazione da parte di gruppi strutturati (che hanno effettuato insieme la specifica formazione)
Standardizzazione processi assistenziali

AREA PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO
Descrizione obiettivo
Contenimento delle spese di gestione del laboratorio di farmacologia clinica
Definizione e corretta quantificazione degli ammortamenti non sterilizzati
Gestione dell'armadio informatizzato garantendo scarico e verifica e monitoraggio giacenze
Incidenza consumi dispositivi medici sul fatturato
Incidenza consumi dispositivi medici sul fatturato (eccetto protesi impiantabili)
Incremento valore della produzione
Mantenimento livelli di attività per il monitoraggio dei farmaci biosimilari
Piano Assunzioni di cui al fabbisogno
Predisporre regolamento contabilità analitica e contabilità separata
Predisposizione linee guida aziendali per riconciliazione del registro dei cespiti
Progetto Fiscalità – invio dati ai consulenti
Riduzione spesa dei farmaci biologici dei pazienti trattati in AOU nel 2017
Riduzione consumi farmaci biologici
Riduzione incidenza sul valore della produzione CMO (Consumo Medicinali ospedalieri)
riduzione incidenza sul valore della produzione File F
Rispetto dei termini nella presentazione alla Ras dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei colleghi sindacali) non si considera rispetto dell'adempimento la presentazione del progetto di bilancio
Rispetto del cronoprogramma della contabilità analitica e contabilità separata
Rispetto del cronoprogramma di cui alle Linee guida sul Registro Cespiti
Rispetto procedure stabilizzazione
Avvio procedura e formazione procedura work flow
Avvio procedura pago PA
Circularizzazione debiti crediti verso altri enti pubblici
Predisposizione con cadenza trimestrale dei report contenenti i consumi dei farmaci e altro materiale sanitario per reparto e/o per dipartimento
Predisposizione linee guida per la gestione del work flow infrasettoriale

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:

SCHEMA DI BUDGET 2020				
STRUTTURA: 090X Chirurgia Generale WYWYWYWYWYW				
RESPONSABILE: JKJKJKJK				
OBIETTIVO	VALORE 2019	VALORE ATTESO 2020	VALORE MIN/MAX ACCETTABILE 2020 60% del peso	PESO OBIETTIVO %
Incremento valore della produzione	€ 3.542.890,44	>=3.650.000	>=3.500.000	45%
Miglioramento degli esiti del monitoraggio griglia LEA: (percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari)		>70%	>=60%	5%
Miglioramento degli esiti del monitoraggio griglia LEA:(Rapporto ricoveri DRG a rischio di inappropriatazza/ricoveri non DRG a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (all. B patto salute 2010)	24,95%	<24%	=24%	10%
Indice di Case Mix (ICM)	1,00	>0,95	>0,85	5%
Incidenza consumi dispositivi medici sul fatturato	€ 917.688,12 (Incidenza sul fatturato 25,90%)	<5%	<3%	5%
Utilizzo dei sistemi informativi aziendali:				
*% SDO Inserite Regime Ordinario+Day Hospital		100% chiusura entro i termini normativi (verifica trimestrale)	100% chiusura entro i termini normativi (verifica trimestrale)	5%
Incremento della somma dei pesi DRG chirurgici	1.002,00	∑ pesi DRG chirurgici >10%	∑ pesi DRG chirurgici >8%	10%
Adempimenti connessi alla normativa sulla privacy – Regolamento UE 2016/679 (GDPR)		Applicazione completa della normativa sulla Privacy e nessuna segnalazione	Applicazione completa della normativa sulla Privacy con eventuali segnalazioni	5%
		Formazione obbligatoria del direttore della Struttura e di tutti i designati	Formazione obbligatoria del direttore della Struttura e di alcuni dei designati	5%
Applicazione strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	100%	>= 90% degli interventi chirurgici del 2019	>= 80% degli interventi chirurgici del 2019	5%
Cagliari			Il Direttore Generale	
Il Direttore della struttura			Dott. Giorgio Sorrentino	

SCHEDA DI BUDGET - ANNO 2020

STRUTTURA: YYYYYYY

RESPONSABILE: Prof. XZXZXZXZ

OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2020	VALORE MINIMO ACCETTABILE ANNO 2020 80% del peso	PESO OBIETTIVO %
Riduzione tempo intercorrente tra richiesta ed esecuzione esami non urgenti.	<48 h	<72 h	40%
Riduzione tempo intercorso tra effettivo esame non urgente e refertazione	<48 h	<72 h	40%
Adempimenti connessi alla normativa sulla privacy – Regolamento UE 2016/679 (GDPR)	Applicazione completa della normativa sulla Privacy e nessuna segnalazione	Applicazione completa della normativa sulla Privacy con eventuali segnalazioni	20%
Proposta e approvazione di almeno uno studio da parte del Comitato Etico o di studio da inviare alla Direzione Sanitaria	2 studi entro il 31/12/2020	1 studi entro il 31/12/2020	20%

Cagliari

Il Direttore della Struttura

Il Direttore Generale

6. Sistema Di Budget

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

L'Azienda articola la propria organizzazione in centri di responsabilità cui corrispondono le unità di Budget (Strutture complesse e Strutture Semplici Dipartimentali).

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

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

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

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

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

6.1 Valutazione

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

La Valutazione è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati, in

relazione alle risorse attribuite, e della professionalità espressa, è caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro o dell'attività assistenziale prestata.

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

6.2 Collegio Tecnico.

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

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

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

Sono organi di valutazione di prima istanza:

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

Il Valutato potrà allegare alla relazione osservazioni e chiedere di essere sentito dal collegio. Sulla base della valutazione di prima istanza il collegio esprime un motivato giudizio, tenuto

conto delle osservazioni, in contraddittorio, del valutato, redigendo un apposito verbale.

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

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

Il Collegio Tecnico è costituito da tre componenti.

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

6.3 Organismo Indipendente di Valutazione

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

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

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

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

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

7. IL SISTEMA PREMIANTE

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

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

1 – Performance organizzative (%) del CdR di appartenenza

2 – Apporto del singolo alla produttività dell'equipe interna al CdR stesso.

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

OBIETTIVI INDIVIDUALI

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

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

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

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

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

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

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

8. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORAMENTI

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

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

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

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

Si tratta di un passaggio che garantisce tutti gli attori del processo valutativo: il valutando ed il valutatore. Anche l'Azienda ha dei vantaggi dal rispetto di questa impostazione, in quanto si risolvono eventuali possibili 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.

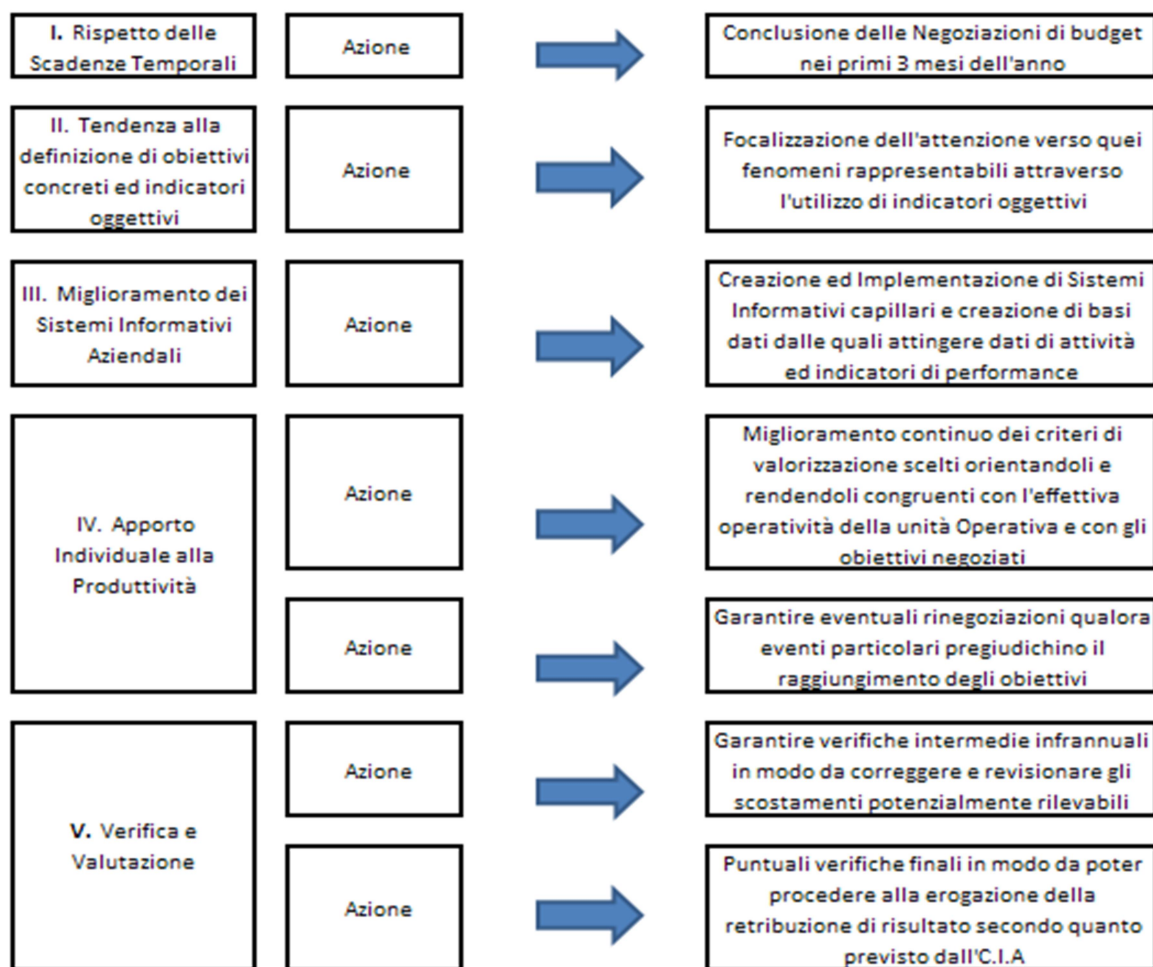
L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nella seconda metà dell'anno precedente quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 31 dicembre, salvo diverse disposizioni regionali.

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.