



OGGETTO: Adozione del Piano Triennale delle Performance 2022– 2024.

**Il Direttore Generale
Dott.ssa Chiara Seazzu**

**Coadiuvato dal
Direttore Amministrativo F.F. Dott.ssa Maria Luisa Mastino
Direttore Sanitario F.F. Dott. Ferdinando Coghe**

Su proposta delle Struttura Programmazione e Controllo

PREMESSO

Che il D.Lgs. n. 150/09, all'art. 10, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance aziendale, stabilisce l'adozione, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, di un documento programmatico denominato Piano delle Performance;

VISTA

Che la Delibera CIVIT n. 112/2010 definisce la struttura e modalità di redazione del Piano della Performance, prevedendo altresì che ordinariamente nelle amministrazioni vi sia un processo di definizione di "azioni di miglioramento continuo del Ciclo di gestione della Performance";

VISTA

Che la delibera CIVIT n. 6/2013, "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013", oltre che dettare alcune prescrizioni sui contenuti del Piano della performance 2013, invita all'aggiornamento del sistema in attuazione dell'art. 5, commi 11, 11bis e 11quater, del D.L. n. 95/2012, a seguito del monitoraggio annuale che ogni Azienda deve obbligatoriamente svolgere, con il supporto dell'Organismo indipendente di valutazione, relativamente "all'impatto della valutazione in termini di miglioramento della performance e sviluppo del personale, al fine di migliorare i sistemi di misurazione e valutazione in uso";

CONSIDERATO

Che con la deliberazione aziendale n. 586 del 30/05/2019, è stato disposto il rinnovo degli incarichi dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, per un



periodo di anni tre con decorrenza dal 11.12.2018, e pertanto a far data dal 12/12/2021 è scaduto il mandato dell'Organismo in parola, in quanto non più rinnovabile;

PRESO ATTO

Che con Deliberazione n. 1579 del 13/12/2021 è stata indetta una procedura selettiva pubblica, ai sensi del D.M. 06 agosto 2020, finalizzata all'acquisizione di manifestazioni di interesse per la nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, e che ad oggi si è in attesa del rinnovo dell'incarico dei componenti dell'organismo suddetto;

CONSIDERATO

il D.Lgs. n. 33/2013, all'art. 10, c. 8, lett. b), indicante l'obbligo per le amministrazioni di pubblicare il Piano della Performance in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "amministrazione trasparente";

RITENUTO

di procedere alla formale adozione del Piano della Performance per il triennio 2022-2024 e alla relativa pubblicazione, in osservanza dei vigenti disposti normativi, sul sito istituzionale dell'Azienda, dando atto che lo stesso è stato adeguato, nel proprio ciclo di gestione, alle sopravvenute normative ed agli orientamenti attuativi espressi dalla CIVIT/ANAC in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza istituzionale;

RITENUTO

che il Piano Triennale della performance è corredato dai piani operativi e strategici delle strutture, al fine di poter dettagliare la pianificazione strategica ad un livello di dettaglio gestionale significativo, utile anche per coordinare l'attribuzione, da parte dei Responsabili appartenenti ai citati livelli organizzativi, di obiettivi di risultato a tutto il personale afferente alle strutture;

SENTITO

il parere favorevole del Direttore Amministrativo F.F. e del Direttore Sanitario F.F.;



DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa

- a) di adottare il Piano della Performance per il triennio 2022-2024 dando atto che il documento in oggetto contiene i Piani Operativi e strategici riportanti gli obiettivi da assegnare ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali aziendali, alle Strutture Semplici e ai Programmi;
- b) di pubblicare il Piano della Performance sul sito aziendale, nella sezione “Amministrazione Trasparente” - “Piano della Performance”;
- c) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
- d) di trasmettere il presente provvedimento al Collegio sindacale.

**Il Direttore Generale
Dott.ssa Chiara Seazzu
F.to**

**Il Direttore Sanitario F.F.
Dott. Ferdinando Coghe
F.to**

**Il Direttore Amministrativo F.F.
Dott.ssa Maria Luisa Mastino
F.to**

Il Direttore S.C. Affari Generali

certifica che la deliberazione è stata pubblicata all’Albo pretorio on line dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari a partire dal 31.01.2022, resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi ed è stata porta a disposizione per la consultazione.

S.C. Programmazione e Controllo- Direttore Prof. Luigi Minerba F.to

Estensore: Simona Cuneo



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**



Piano della Performance 2022-2024

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	10
3.3 VISION	12
4. ANALISI DEL CONTESTO	18
4.1 Analisi del contesto esterno	18
4.2 Analisi del contesto interno	18
L'attività di ricovero	20
Attività Ambulatoriale per esterni (tabella 4)	23
4.2.1 La struttura organizzativa dell'azienda da Atto Aziendale	25
4.2.3 Le risorse umane	28
<i>Situazione Personale Dipendente del SSN e Universitario</i>	28
4.3 Le risorse economiche.....	30
5. PIANO STRATEGICO ED OPERATIVO	31
5.1 Obiettivi Annuali.....	32
Il Piano Operativo	32
5.2 La Pianificazione Strategica Triennale 2022-2024	33
Attuazione atto Aziendale	33
Accreditamento	33
Piano Assunzioni e ottimizzazione impiego risorse umane.....	33
Avvio comitati	34
Ottimizzazione dei posti letto.....	34
Spesa Farmaceutica e centri prescrittori.....	35
Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa	35
Obiettivi e risultati attesi nel triennio	36
Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale.....	36
Definire le funzioni e le discipline dei presidi ospedalieri sulla base di standard minimi	36
Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio.....	36

Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera	36
Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera.....	36
Definire e governare le reti cure ospedaliere per le patologie complesse tempo dipendenti ..	37
Valorizzazione delle tecnologie digitali	37
5.3 Gli obiettivi Operativi per Centri di Responsabilità	38
6. Sistema Di Budget	45
6.1 Valutazione.....	45
6.2 Collegio Tecnico.....	46
6.3 Organismo Indipendente di Valutazione.....	46
7. IL SISTEMA PREMIANTE	48
OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	48
8. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORAMENTI	49
9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA	50
10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	51

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).

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 definite dall'*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)

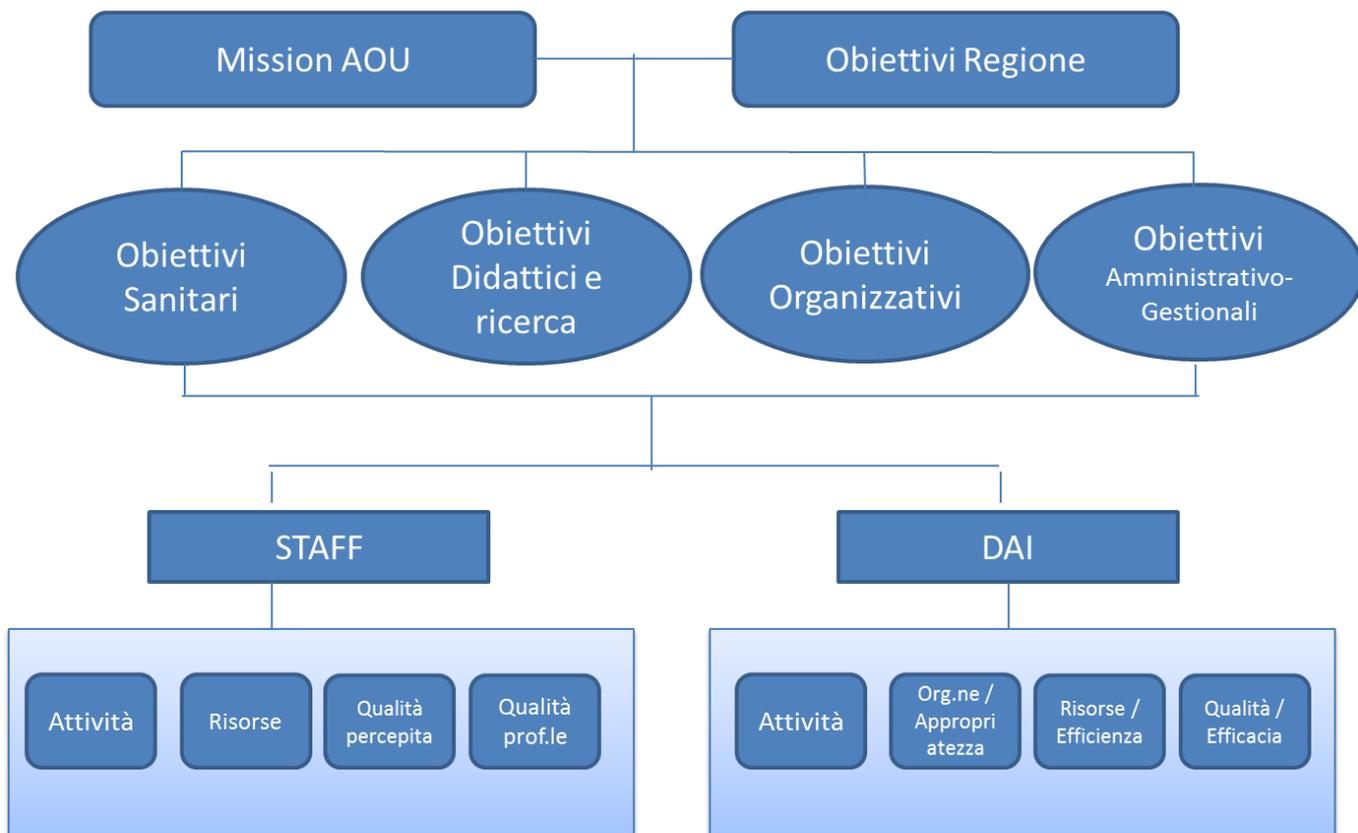
Il documento di Piano della Performance, in quanto rappresentazione del processo e delle modalità con cui si realizzano le scelte strategiche, si sviluppa a partire dall'analisi delle determinanti (*Mission, Valori, Vision, Contesto Interno, Ambiente Esterno*, in particolare Regione Sardegna) considerate da parte della Direzione Generale, partendo dall'individuazione degli obiettivi, regionali e aziendali, fino alla misurazione degli *output/outcome* ai diversi livelli dell'organizzazione secondo lo schema definito dall'Albero della performance riportato in figura 1.

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.

Figura 1 . 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'articolo 2 della l. 24/2020 di riforma del SSR la prevede tra gli Enti del Servizio sanitario regionale..

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. 24/2020 individua, all'art. 16 c. f), 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.

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 ex art. 5 D.lvo n. 517/1999

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.

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

La situazione delle strutture e degli incarichi assegnati al 31/12/2021 è la seguente:

STRUTTURE	NUMERO
Strutture Complesse	37
Strutture Semplici Dipartimentali	12
Strutture Semplici	10
Programmi	7

4. ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno

Il contesto esterno è rappresentato da tutte quelle forze che tramite una loro manifestazione concreta implicano dirette conseguenze nell'operatività quotidiana dalla Azienda Ospedaliera, in particolar modo non può essere trascurato l'effetto pandemico.

Informazioni rilevanti sul contesto di riferimento

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

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

4.2 Analisi del contesto interno

In seguito alle dimissioni da Direttore Generale in data 22/04/2021, è stata nominata con Deliberazione della Giunta Regionale n. 17/11 del 07/05/2021 in qualità di Commissario straordinario la Dott. Agnese Foddis con poteri di organizzazione e gestione indispensabili per la continuità e funzionalità dell'Azienda.

Il periodo commissariale è stato superato con la nomina del nuovo Direttore Generale Dott.ssa Chiara Seazzu (D.G.R. n. 51/32 del 30/12/2021), il cui incarico decorre dal 01/01/2022, assicurando stabilità nell'organizzazione e gestione delle attività a medio e lungo termine dell'AOU, nel rispetto degli obiettivi strategici assegnati annualmente dalla Giunta Regionale.

Per il periodo 2020/2021, sulla base delle disposizioni Nazionali e regionali, il modello organizzativo deliberato dalla Regione Sardegna, ha previsto per l'AOU Cagliari la classificazione in Ospedale nonCOVID19, che ha avuto come conseguenza la riduzione delle attività di ricovero programmatico e la sospensione delle attività ambulatoriali.

Nello schema seguente, viene messo in evidenza, su base documentale, l'impatto organizzativo definito dai percorsi che l'azienda ha deliberato proprio per garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori durante l'emergenza sanitaria:

Revisione procedura Anestesia rianimazione "Misure igienico sanitarie di contenimento/prevenzione Infezione COVID19. Paziente Critico" delibera n. 872 del 03.07.20
PDTA Area Materno-Infantile "PDTA neonato pretermine/a termine sospetto/accertato COVID-19" delibera n.873 del 03.07.20
PDTA Dermatologia "PDTA DEL PAZIENTE AMBULATORIALE DERMATOLOGICO IN FASE 2 EMERGENZA SANITARIA DA SARS COV 2" delibera n.874 del 03.07.20
Percorso clinico organizzativo aziendale "PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE ORGANIZZATIVO DEL PAZIENTE SOSPETTO SARS COV 2 DEGENZA "AREA FILTRO" delibera n.632 del 18.05.20
Procedura "Procedura di sicurezza all'interno del Serv Farmacia ai fini del conten dei contagi durante l'emergenza COVID19" delibera n. 569 del 30.04.20
Procedura An Rianim "Gestione vie aeree e intubazione oro tracheale nel BO per conten/prev infezione COVID19" delibera n.571 del 30.04.20
Procedura Area Neonatale "Procedura igienico sanitario di prevenzione contagio COVID19" delibera n. 482 del 14.04.20
Procedura Aziendale "Procedura per la gestione di caso sospetto o confermato COVID19+ in reparto" delibera n.589 del 05.05.20
Procedura aziendale "Pre-ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione. Misure di contenimento/prevenzione Infezione COVID-19" delibera n.639 del 19.05.2020
Procedura Cardiologia-Emodinamica "La gestione dei pazienti "in elezione" in Emodinamica in emergenza COVID-19" Delibera n.936 del 22.07.2020
Procedura DAI Chirurgia "Gestione ingressi dei pazienti in regime di emergenza/urgenza. Misure di contenimento/prevenzione infezione SARS CoV-2 " delibera n. 843 del 29.06.20
Procedura DAI Chirurgia "Procedura attività ambulatoriale "in elezione" - Fase 2 COVID-19" Delibera n.956 del 23.07.2020
Procedura DAI di Chirurgia "Gestione dei pazienti ricoverati in Chirurgia e identificazione precoce di casi sospetti COVID-19" delibera n.638 del 19.05.20
Procedura DAI di Chirurgia "La tracheostomia e cricotirotomia nel pz chir urgente sospetto COVID-19" delibera n. 570 del 30.04.20
Procedura DAI Emergenza Urgenza "Procedura per la gestione di caso sospetto o confermato COVID19+ in Pronto Soccorso" delibera n.640 del 19.05.20
Procedura DH Dermatologia "Procedura di gestione pazienti in Day surgery e Day Hospital. Misure di contenimento/prevenzione Infezione COVID-19" delibera n. 871 del 03.07.20
Procedura Medicina Nucleare "Procedura di gestione accessi pazienti in Medicina Nucleare. Misure di contenimento/prevenzione infezione SARS CoV-2" delibera n. 844 del 26.06.20
Procedura SC Anestesia Rianimazione "Misure igienico sanitarie di contenimento/prevenzione infezione Covid19" delibera n. 506 del 16.04.20
Revisione procedura DAI Chirurgia "Pre-ospedalizzazione per interventi chirurgici in elezione. Misure di contenimento/prevenzione Infezione COVID-19" delibera n.902 del 09.02.2020

L'attività di ricovero

Nelle tabelle seguenti sono rappresentati i volumi di attività (Ricoveri ordinari, in regime diurno, attività di pronto soccorso), occorsi durante il periodo della pandemia (tutt'ora in corso) confrontati con l'anno 2019 pre-Covid-19. I dati mostrano la resilienza della struttura durante l'anno 2020 (-21%) ed il parziale recupero dell'anno 2021 (+18,4% rispetto al 2020). La riduzione è stata più marcata per i ricoveri in regime diurno, come riportati nelle tabelle successive, e per gli interventi programmati.

Tabella 1 – Attività di ricovero: totali generale e per Dipartimento

N. RICOVERI 2021 proiezione	N. RICOVERI 2020	N. RICOVERI 2019
24.082	20.346	25.775

DIPARTIMENTO	N. RICOVERI ORDINARI 2021 proiezione	N. RICOVERI ORDINARI 2020	N. RICOVERI ORDINARI 2019
CHIRURGIA*	4.370	3 133	4 043
EMERGENZA	3.810	3 807	4 274
MATERO INFANTILE	4.732	4 559	5 530
MEDICINA	3.070	2 598	3 360
Totale complessivo	15982	14 097	17 207

*sono compresi i ricoveri della Clinica Ortopedica (51)

DIPARTIMENTO	N. DH/DS 2021 proiezione	N. DH/DS 2020	N. DH/DS 2019
CHIRURGIA	4200	3 400	4 498
EMERGENZA	150	133	186
MATERO INFANTILE	1800	1 434	1 827
MEDICINA	1900	1 255	1 986
SERVIZI	50	27	71
Totale complessivo	8.100	6.249	8 568

*la proiezione annua è effettuata sul dato a consuntivo dei primi 9 mesi del 2021. Potrebbe esserci una leggera sottostima dei DH/DS che vengono chiusi a fine anno.

Tabella 2 I 35 DRG più frequenti in azienda

Regime Ricovero Ordinario	anno			Regime Ricovero D/DS	anno		
Descrizione DRG	2019	2020	DIFF	Descrizione DRG	2019	2020	DIFF
NEONATO NORMALE	1060	809	-251	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRACOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	3123	2467	-656
PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	874	688	-186	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1050	1017	-33
PARTO CESAREO SENZA CC	577	449	-128	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	765	430	-335
INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	455	426	-29	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	340	105	-235
POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 CON CC	379	229	-150	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	264	172	-92
INTERVENTI SULLA TIROIDE	369	250	-119	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 SENZA CC	233	54	-179
NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	366	287	-79	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	184	310	126
ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17	293	248	-45	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	181	90	-91
SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >=96 ORE, ETÀ > 17 ANNI	289	245	-44	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	172	170	-2
ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELLAPPARATO DIGERENTE, ETÀ >17 SENZA CC	280	168	-112	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO LORBITA, ETÀ > 17	172	118	-54
NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO DIGERENTE, CON CC	276	190	-86	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETÀ > 17 SENZA CC	160	47	-113
INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	275	176	-99	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	139	96	-43
EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CELEBRALE	270	227	-43	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	137	32	-105
INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT MEDICATO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE	265	232	-33	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZIAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	128	68	-60
MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	263	205	-58	MALATTIE INFIAMMATORIE DELLINTESTINO	107	118	11
NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	249	222	-27	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	88	45	-43
EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	191	186	-5	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	79	43	-36
CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	183	144	-39	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	79	25	-54
COLECISTECT. LAPAR. SNZ. ESP. DOTTO COM. SNZ. CC	176	161	-15	INTERVENTI PRIMARI SULLIRIDE	75	52	-23
NEOPLASIE DELLAPPARATO RESPIRATORIO	168	179	11	CEFALEA, ETÀ > 17 ANNI	71	27	-44
MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	157	110	-47	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	63	3	-60
POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 SENZA CC	155	75	-80	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	59	19	-40
TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	150	89	-61	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	51	14	-37
ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	148	123	-25	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	45	13	-32
ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	143	76	-67	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	41	70	29
ALTRE DIAGNOSI PREPARATO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	139	104	-35	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	39	20	-19
INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT MEDICATO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE	138	100	-38	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	35	19	-16
MINACCIA DI ABORTO	136	100	-36	INTERVENTI SULLA RETINA	35	14	-21
NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	131	160	29	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 SENZA CC	34	7	-27
ALTRE DIAGNOSI PREPARATO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	131	97	-34	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	33	81	48
EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	130	140	10	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	33	29	-4
MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	128	105	-23	MALATTIE DELLOSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	33	23	-10
ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELLAPPARATO DIGERENTE, ETÀ >17 CON CC	122	113	-9	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	31	25	-6
MALATTIE INFIAMMATORIE DELLINTESTINO	122	98	-24	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE	30	17	-13
MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	122	37	-85	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO LORBITA, ETÀ < 18	24	6	-18

Tabella 3 Accessi al Pronto soccorso

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (proiezione)
SC –Medicina e Chirurgia di accettazione e urgenza	32.851	25485	35540
SC - Clinica Ostetrica	5.909	3549	3650
SC - Clinica Oculistica	4.68	-	-
Totale accessi	43.440	29 034	39.190

Attività Ambulatoriale per esterni (tabella 4)

Nella tabella seguente, in attesa del dato definitivo viene fatta una proiezione annuale sulla dato effettivo dei primi nove mesi del 2021 dell'attività ambulatoriale per le prestazioni erogate ai pazienti esterni, estratta dal sistema CUPWEB ed esposta secondo la struttura erogante.

Il numero delle prestazioni erogate, ancorché non definitivo, indica un forte abbattimento dell'attività viste le restrizioni dettate dell'emergenza Covid-19, ancora trascinate dal 2020.

Come previsto con il Piano di riavvio delle attività ambulatoriali in AOU Cagliari diffuso in data 8/06/2020 si è proceduto alla riapertura degli ambulatori , e il 2021 ha risentito di questa riorganizzazione, e ha visto erogare un numero di prestazioni con un abbattimento di quasi un terzo degli introiti.

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

STRUTTURA COMPLESSA/STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	Previsione Importo
SC CHIRURGIA GENERALE E POLISPECIALISTICA	141.319,75
SC DERMATOLOGIA	258.883,25
SC ENDOCRINOLOGIA	178.746,05
SC MEDICINA GENERALE	144,61
SC OCULISTICA	185.280,15
SC ONCOLOGIA MEDICA	63.293,20
SC REUMATOLOGIA	105.190,19
SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	145.631,23
SSD CHIRURGIA VASCOLARE	29.917,55
SSD MEDICINA NUCLEARE	143.259,40
SC - ORTOPEDIA	55.599,59
SC ANATOMIA PATOLOGICA	174.604,60
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	49.239,29
SC CARDIOLOGIA - UTIC	169.051,39
SC CHIRURGIA D'URGENZA	30.763,91
SC CHIRURGIA PLASTICA E MICROCHIRURGIA	9.380,24
SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	4.526,52
SC FARMACOLOGIA CLINICA	74.762,69
SC GASTROENTEROLOGIA	118.464,65
SC LABORATORIO	3.386.186,79
SC MEDICINA INTERNA	235.905,99
SC NEUROLOGIA	188.733,75
SC ODONTOSTOMATOLOGIA	19.354,04
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	186.749,99
SC OTORINOLARINGOIATRIA	105.923,13
SC RADIOLOGIA	1.530.746,57
SSD CHIRURGIA COLONPROCTOLOGICA	28.369,63
SSD DIABETOLOGIA	155.281,20
SSD DIAGNOSTICA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA	138.022,77
SSD EMERGENZE OSTETRICO - GINECOLOGICHE	21.180,48
SSD EMOSTASI E TROMBOSI	187.819,09
SSD PATOLOGIA NEONATALE	25.178,16
PROGRAMMA PMA DIAGNOSTICA OSTETRICO - GINECO	20.240,39
PROGRAMMA INTEGRAZIONE INTERDISCIPLINARE ASSIS	22,72
PROGRAMMA MEDICINA DEL LAVORO	77,12
Totale complessivo	8.167.983,64

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 con le relative Strutture complesse, riportate nella figura successiva. La revisione organizzativa prevede una riduzione del numero dei Dipartimenti ad attività integrata e delle Strutture complesse, secondo quanto disposto dalle Linee guida.

Figura 3 Articolazione organizzativa



4.2.3 Le risorse umane

Situazione Personale Dipendente del SSN e Universitario

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

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

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

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

e personale universitario:

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

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

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

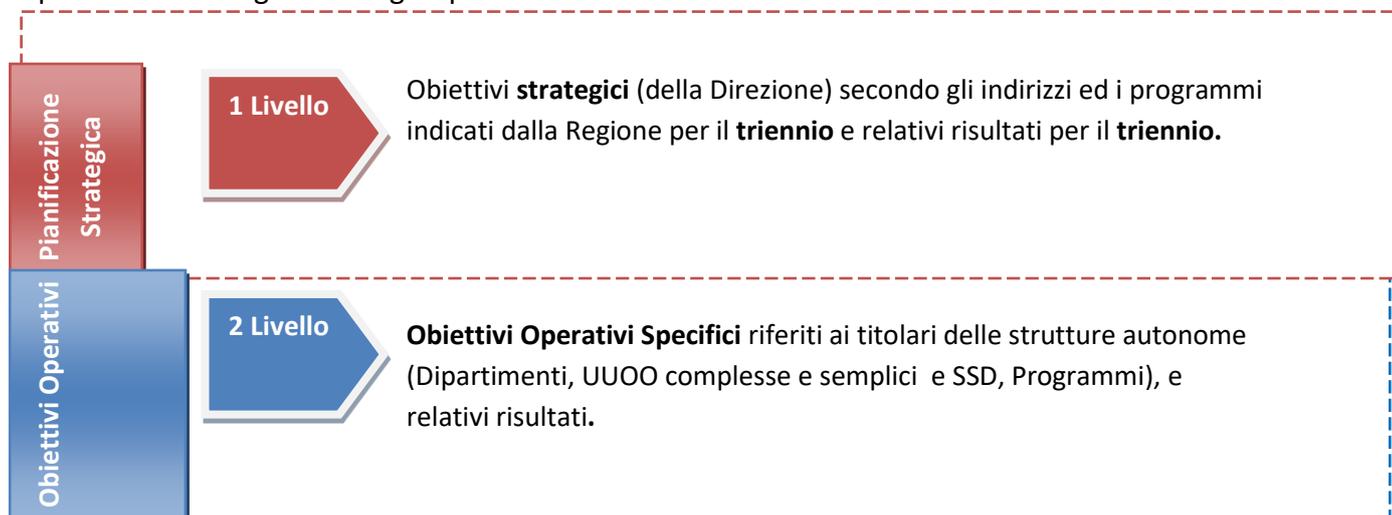
4.3 Le risorse economiche

Con la deliberazione n. 1411, adottata dal Commissario Straordinario in data 15.11.2021, avente ad oggetto *Programmazione Annuale e Triennale 2022-2024*, sono stati predisposti i documenti di programmazione annuale e triennale 2021-2023, ai quali si rimanda per ogni dettaglio e composti da:

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

5. PIANO STRATEGICO ED OPERATIVO

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



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

- 1° Livello, gli obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione;
- il 2° livello, quello cioè riferito ai titolari delle strutture autonome (dipartimenti-Strutture Complesse – Strutture Semplici Dipartimentali – Strutture Semplici - Programmi), dove vengono individuati obiettivi operativi *“specifici”*.

5.1 Obiettivi Annuali

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

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

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

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

Il Piano Operativo

Il progetto di riorganizzazione dell'AOU di Cagliari tiene conto di molteplici aspetti fondamentali, sostanziale l'osservanza del piano di riordino della rete ospedaliera della Regione Sardegna, la mission propria di una azienda ospedaliero-universitaria, la capacità e le prospettive logistiche delle strutture afferenti all'Azienda, i progetti già avviati ed in corso di realizzazione quali la costruzione del nuovo blocco a Monserrato, e non ultimo l'obiettivo di accorpate tutte le strutture assistenziali universitarie ad alto impatto assistenziale in una unica sede, e la riorganizzazione dell'AOU secondo quanto previsto nell'Atto aziendale.

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

5.2 La Pianificazione Strategica Triennale 2022-2024

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 definisce la propria programmazione strategica triennale 2022-2024 tenendo conto:

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 implementazione 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 questa Azienda sta portando a termine tutti i procedimenti finalizzati all'ottenimento dell'accREDITamento delle Unità Operative.

Piano Assunzioni e ottimizzazione impiego risorse umane

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

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

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

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

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

Avvio comitati

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

Ottimizzazione dei posti letto

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

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

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

- ✓ vi è spesso un utilizzo improprio dei letti nel dipartimento chirurgico;
- ✓ il tasso di ospedalizzazione, come anche gli indici di performance, sono fortemente condizionati dall'operatività del Pronto Soccorso e dalla indisponibilità di posti di osservazione breve intensiva nonché dalla impossibilità 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, l'utilizzo dei biosimilari in sostituzione dei farmaci biologici e il miglior utilizzo dei dispositivi medici.

Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa

Con il Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa, ovvero il Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa dell'AOU di Cagliari, adottato con deliberazione n. 693 del 8-6-2021 sono state specificate le azioni richieste per attuare le linee d'intervento relativamente al Governo delle Liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e al Governo delle Liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero, predisposto in coerenza con le indicazioni contenute nel Piano Regionale Governo Liste d'Attesa (PRGLA) e nel Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA). Dovrà essere implementato anche il piano di recupero delle liste d'attesa causate dall'emergenza Covid-19.

Obiettivi e risultati attesi nel triennio

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

Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale

- Trasferimento delle attività di ricovero in piattaforme di degenza post-acuti con un incremento dei posti letto per post-acuti (+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)
- Miglioramento degli indicatori del PNE
- 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

- 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

Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera

- Riconversione e riqualificazione di alcuni stabilimenti ospedalieri (Presidio di Monserrato e San Giovanni di Dio)
- 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** definite dalla programmazione regionale
- 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.
- Telemedicina

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 Unità Operative e da assegnare per l'anno 2022, partendo dalle indicazioni e obiettivi strategici per il miglioramento delle performance che la Direzione Aziendale intende raggiungere, in attesa di obiettivi individuati dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Tali obiettivi verranno declinati e condivisi dalla Direzione Generale con i Direttori con incarico di Dipartimento, struttura complessa, di struttura semplice dipartimentale, programmi e strutture semplici e qui di seguito riportati secondo l'area della performance di appartenenza:

AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Garantire la prenotazione delle prestazioni tramite CUP e il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio come previsto dal PNGLA e PRGLA attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Riduzione del TAT (turn around time) del laboratorio analisi per le prestazioni specialistiche richieste dai reparti ospedalieri e dagli utenti esterni.
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente, e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Predisposizione e Attivazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e dei percorsi idonei a garantire l'integrazione ospedale -territorio
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'integrazione dei servizi di PS con il sistema di emergenza 118
Area di performance della produzione	Garantire la promozione e la tutela della salute della donna
Area di performance della produzione	Garantire l'efficacia assistenziale per le patologie croniche

Area di performance della produzione	Garantire il miglioramento della casistica e della performance dell'ospedale
Area di performance della produzione	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE . Attuazione degli Audit PNE edizione 2021
Area di performance dell'appropriatezza	Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica
Area di performance dell'appropriatezza	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
Area di performance dell'appropriatezza	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatazza
Area di performance dell'appropriatezza	Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico.
Area di performance dell'appropriatezza	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA
Area di performance dell'appropriatezza	Riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012
Area di performance dell'appropriatezza	Garantire la vigilanza per un corretto uso del farmaco e porre attenzione alla possibile insorgenza di reazioni avverse.
Area di performance dell'appropriatezza	Garantire l'appropriatezza chirurgica
Area di performance dell'appropriatezza	Riduzione delle 5 pratiche ad alto rischio di inappropriatazza identificate dalla Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM) nell'ambito del progetto di Slow Medicine "Fare di più non significa fare meglio"
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Riduzione della % di ricoveri ripetuti entro 30 gg per la stessa MDC.
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Riduzione dei parti cesarei
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire l'efficacia e la qualità dell'attività clinico - assistenziale

Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Adesione al progetto dell'OMS "Save Lives Clean your hands"
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire la predisposizione di un Piano di Formazione sulla gestione del Rischio Clinico
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire il controllo di qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dai privati convenzionati
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire l'adempimento delle disposizioni in materia di Performance, Trasparenza, Integrità e Anticorruzione ai sensi di quanto disposto dalla Decreto Legislativo n°150/2009, n°165/2001, n°33/2013, n°190/2012 e n°97/2016
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Monitoraggio e controllo delle scadenze nella trasmissione dei flussi informativi aziendali e in particolare del rispetto della chiusura e della qualità della codifica nelle SDO.
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Potenziamento del Sistema Informativo Sanitario allo scopo di favorirne una reale finalizzazione alle esigenze conoscitive della azienda, con particolare riferimento ai flussi NSIS ed economici finanziari, la de-materializzazione delle ricette
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Completamento del percorso PAC
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Contenimento dell'acquisto dei farmaci non inseriti in PTR
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva aumentando la % di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto per inibitori della pompa protonica, vitamina D, sartani, Fans e statine
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il contenimento della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici attraverso la budgetizzazione degli impiantabili

Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il riscontro fisico delle rimanenze di reparto dei beni sanitari di consumo al 31 dicembre e verifica della corrispondenza tra il suddetto riscontro e quanto presente in giacenza al 31/12 nel modulo informatico "armadietto di reparto" nel software "Areas".
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il monitoraggio trimestrale del volumi di attività per C.D.R.
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il controllo di tutte le macro-autorizzazioni di spesa per ogni ufficio autorizzativo nell'ambito del Budget Autorizzativo
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il perseguimento dei target di risparmio assegnati
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Gestione del blocco totale del turnover del personale amministrativo e tecnico (escluso OSS)garantendo che l'eventuale deroga a tale limitazione è ammessa previo rispetto del target di risparmio assegnato.
Area di performance degli investimenti	Garantire l'approvvigionamento di beni e servizi
Area di performance degli investimenti	Garantire la gestione dell'area tecnica e del patrimonio
Area di performance dell'innovazione e ICT	Avvio delle procedure per la gestione delle infrastrutture di rete, dei sistemi di sicurezza informatica, dei sistemi applicativi software, ed help desk
Area di performance dell'innovazione e ICT	Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità
Area di performance dell'innovazione e ICT	Analisi dei Flussi informativi/parametri per il governo clinico ed economico
Area di performance dell'innovazione e ICT	Gestione dei sistemi applicativi gestionali in area amministrativo contabile, clinica e ospedaliera, territoriale direzionale/trasversale di base
Area di performance dell'innovazione e ICT	Garantire la dematerializzazione nei processi amministrativi/sanitari attraverso il corretto utilizzo dei sistemi informatici (atti, protocollo, e-prescription...)in linea con le disposizioni nazionali, regionali e con i regolamenti ATS
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.

Area di performance dello sviluppo organizzativo	Definizione del fabbisogno formativo del personale sanitario al fine di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il Governo clinico dell'organizzazione delle cure e adozione del Piano di Formazione annuale
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura ospedalieri
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi diagnostici.
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi territoriali e ambulatoriali .

La scheda risulta così costituita:

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

ESEMPIO 1

SCHEDA DI BUDGET - ANNO 2022

SCHEDA DI BUDGET 2022				
<i>STRUTTURA: codice xxx descrizione yyayayaya</i>				
<i>RESPONSABILE: Prof. XzXzXzXzXz</i>				
OBBIETTIVO	VALORE 2021	VALORE ATTESO 2022	VALORE MIN/MAX ACCETTABILE 2021 80 % del peso	PESO OBIETTIVO %
Miglioramento degli esiti del monitoraggio griglia LEA: (% di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari) (all. B patto salute 2010)	62,63%	>=75%	>=65%	20%
Percentuale SDO inserite regime di ricovero ordinario, DH/DS		100% chiusura entro il termine di 5 gg del mese successivo alla dimissione	100% chiusura entro il termine di 5 gg del mese successivo alla dimissione	10%
Miglioramento dell'Indice di Case Mix (ICM)= è il rapporto fra il peso medio dei ricoveri ed il peso medio della casistica nazionale	1,04	=>1,10	=>1,05	10%
Miglioramento dell'Indice comparativo di Performance (ICP) = è il rapporto fra la degenza media standardizzata per case-mix di un dato e la degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione	0,90	=<0,9	=<0,88	10%
Diminuzione della Degenza Media su DRG	al III trimestre 2021 = DM 5,47	DM del DRG 050 <=3,82	DM del DRG 050 <=4,00	5%
Diminuzione della Degenza Media su DRG	al III trimestre 2021 = DM 4,00	DM del DRG 266 <=2,64	DM del DRG 266 <=3,00	5%
Proposta e approvazione di studi da parte del comitato etico		2 studi entro il 31/12/2021	1 studio entro il 31/12/2021	10%
Stesura di PDTA / Procedure / protocolli (secondo la Guida per la stesura e gestione dei PDTA delibera n. 638 del 18/07/2017 e rev. 1 del 11/12/2019)		almeno n. 1 deliberazione entro settembre 2021	almeno n. 1 deliberazione entro dicembre 2021	10%
Formazione obbligatoria DI. 831/2008 totale ore di formazione 16 (n. ore 12 in presenza e n. 4 ore in FAD)		100% del personale assegnato compresi specializzandi/interinali	>=95% del personale assegnato compresi specializzandi/interinali	10%
Formazione obbligatoria sul Regolamento UE 679/2016 (GDPR) per la protezione dei dati in ambito sanitario corso FAD durata n. 1 ora		100% del personale assegnato compresi specializzandi/interinali	>=95% del personale assegnato compresi specializzandi/interinali	10%
Cagliari			Il Direttore Generale	
Il Direttore della struttura			Dott.ssa Chiara Seazzu	

ESEMPIO 2

STRUTTURA

ухуууууууууу

DIRETTORE

Prof. Xcxkxcxcxcx

Obiettivi Anno 2022

OBIETTIVO	VALORE ATTESO	VALORE MASSIMO ATTESO	PESO
		80% DEL PESO	
Proposta e approvazione di studi da parte del comitato etico	2 studi entro il 31/12/2022	1 studi entro il 31/12/2022	10%
Avvio procedura di acquisizione servizio Televisita	30/0/06/2022	31/12/2022	10%
Linee guida per analisi dati finalizzati agli studi spontanei	Entro il 30/06/2022	Entro il 31/08/2022	10%
Predisposizione contenuto tecnico per software anatomia patologica	Entro il 31/05/2022	Entro il 31/07/2022	10%
Coordinamento predisposizione della reportistica DPI periodica collegata all'attività sanitaria	Reportistica quindicinale	Reportistica per un periodo superiore al mese	10%
Predisposizione del Piano Formativo Aziendale	Entro 30/11/2022	Entro 31/12/2022	10%
Censimento dei sistemi informativi aziendali	Entro 30/04/2022	Entro 31/12/2022	10%
			10%
			20%

6. Sistema Di Budget

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

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

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 professionale 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 in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

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

7. IL SISTEMA PREMIANTE

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

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

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

Ricordato che il CCNL vigente prevede Fondi dedicati alle Aree Contrattuali presenti in Azienda, per la distribuzione dei premi al personale occorre disporre di una metodologia dichiarata e coerente col *“processo di budget”*. A tal fine la AOU di Cagliari ha varato un *“protocollo applicativo per la gestione del sistema premiante aziendale”* che fa parte integrante del Ciclo di gestione della performance col quale si definiscono i *“criteri di distribuzione”* della retribuzione di risultato.

Si tratta di un sistema assolutamente coerente con i principi del DLgs 150/2009 in quanto prevede la connessione diretta fra il grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura (performance organizzativa) e la possibilità offerta obbligatoriamente ai dipendenti di ottenere il pagamento della retribuzione di risultato e/o del premio di produttività (performance individuale) in funzione di un punteggio differenziale di flessibilità che apprezza il contributo alla produttività della struttura di appartenenza.

OBIETTIVI INDIVIDUALI

Lo scopo principale della valutazione individuale consiste nel valorizzare il contributo dell'apporto professionale, tecnico e umano del singolo rispetto al raggiungimento degli obiettivi della struttura organizzativa in cui opera il dipendente e, più in generale, del rispetto agli obiettivi globali dell'azienda. Tale valutazione si svolge secondo la metodologia contenuta nel documento *“Protocollo Applicativo per la gestione del Sistema premiante aziendale anno 2011-2012”* per la dirigenza e per il comparto, rispettivamente secondo quanto previsto dalle deliberazioni del Direttore Generale n. 39 del 20/01/2012 e n. 177 del 22/02/2012, a cui si rinvia per ulteriori approfondimenti.

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

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

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

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

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

8. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORAMENTI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

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

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

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

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

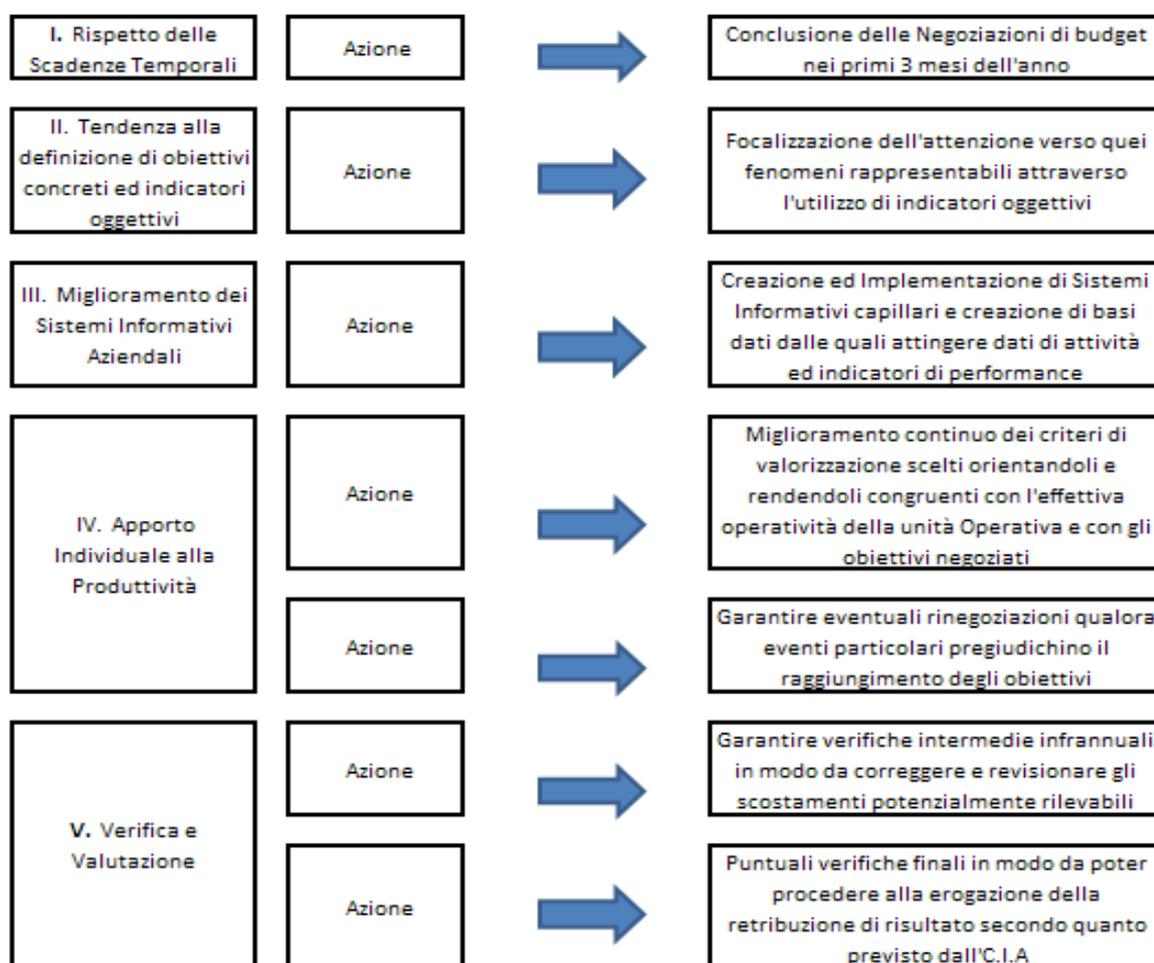
L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nella seconda metà dell'anno precedente quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 31 dicembre, salvo diverse disposizioni regionali.

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

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

10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

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



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

Il piano potrà essere revisionato nel corso dell'anno in funzione della variazione degli obiettivi regionali e su eventuali disposizioni sul nuovo assetto organizzativo della AOU di Cagliari.

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