REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

Deliberazione 814

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 23 MAG. 2013

OGGETTO: approvazione del Piano della performance 2013-2015.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 29 MAG. 2013 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE GENERALE	Dr. Antonio Garau
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dr. Attilio Murru
Direttore Sanitario	Dr. Remigio Carlo Puddu

VISTO il decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i.;

VISTO il decreto legislativo n. 150/2009 di "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

CONSIDERATO che il sopra citato decreto n. 150/2009 reca una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 2 c. 2 del decreto legislativo n. 165/2001 e introduce, tra l'altro, disposizioni sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;

VISTO in particolare l'art. 10 del decreto n. 150/2009 "Piano della performance e Relazione sulla performance";

VISTO l'art. 15 c. 2 del decreto n. 150/2009, secondo il quale il Direttore Generale definisce in collaborazione con i vertici amministrativi aziendali il Piano della performance;

VISTO, altresì, l'art. 16 c. 2 del decreto n. 150/2009, in base al quale le Regioni e gli entri locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli artt. 3, 4, 5 c. 2, 7, 9 e 15 c.1 del medesimo decreto;

VISTA la deliberazione della CiVIT n. 112/2010, con cui la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle pubbliche amministrazioni ha fornito istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;

CONSIDERATE le modifiche apportate al decreto n. 150/2009 dal decreto legislativo n. 141/2011 "Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15";

%

segue deliberazione n. 814 del 23 MAG. 2013

VISTI i CC.NN.LL. 17/10/2008 della Dirigenza Medica e della Dirigenza Sanitaria non medica, amministrativa, professionale e tecnica, e in particolare l'art. 5 c. 1 lett. e) riguardante la disciplina del "Coordinamento regionale" ai sensi del quale, ferma restando l'autonomia contrattuale delle aziende, nel rispetto dell'art. 40 del decreto legislativo n. 165/2001 le Regioni, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie degli stessi CC.NN.LL., possono emanare linee generali di indirizzo, tra l'altro, nella materia relativa ai criteri generali dei sistemi e dei meccanismi di valutazione dei dirigenti;

VISTE, pertanto, le deliberazioni della Giunta Regionale n. 38/26 del 6/8/2009 "Linee di indirizzo della Regione Sardegna in applicazione dell'art. 5 del CCNL sottoscritto il 17.10.2008 per l'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa Aziende ed Enti del S.S.N. e Arpas" e n. 38/27 del 6/8/2009 "Linee di indirizzo della Regione Sardegna in applicazione dell'art. 5 del CCNL sottoscritto il 17.10.2008 per l'area della Dirigenza Medico e Veterinaria Aziende ed Enti del S.S.N. e Arpas";

ACQUISITE le deliberazioni della Giunta Regionale n. 30/60 del 12/7/2011 "Obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2011" e n. 50/35 del 21/12/2012 "Obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali anno 2012. Aggiornamento ed integrazione";

SENTITO l'Organismo Indipendente di Valutazione, costituito con deliberazione n. 356/2011, giusto il verbale OIV n. 3/2013

ATTESO che, al fine di assicurare la qualità , la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni pubblica amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale il Piano stesso, come da art. 11 c. 8 del decreto legislativo n. 150/2009 e, da ultimo, come da decreto legislativo n. 33/2013;

ATTESO, altresì, che il Piano della performance dell'Azienda Ospedaliera Brotzu allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale è stato predisposto in applicazione delle disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 150/2009, in coerenza con la delibera CiVIT n. 112/2010 nonché in coerenza con i contenuti del sistema aziendale di pianificazione ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;

VISTO che, con successivo atto, si procederà all'adozione del documento per il "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance";

CONSIDERATO che è tuttavia necessario adottare il Piano della performance triennio 2013-2015 allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, i cui obiettivi strategici devono essere poi declinati in obiettivi dipartimentali, specifici di struttura e individuali;

VISTA la legge regionale n. 10/2006;

%

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda OspedalieraBrotzu

segue deliberazione n. 814 del 23 MAG. 2013

CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

- di adottare Piano della performance per il triennio 2013 - 2015, predisposto in conformità alle disposizioni normative richiamate in premessa e allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- di disporre la pubblicazione del Piano nel sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu nell'apposita Sezione e nelle sottosezioni di primo e secondo livello previsti dalla normativa vigente;
- di trasmettere una copia del piano all'Assessorato regionale all'Igiene e alla Salute, alla CiVIT (così come previsto dall'art. 10 c. 2 del decreto legislativo n. 150/2009) e al Collegio Sindacale;
- di dare atto che il presente provvedimento è adottato su proposta della Direzione Strategica Aziendale, il cui Comitato di Budget provvederà alla declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi dipartimentali, specifici di struttura e individuali.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Attilio Murru

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Remigio Carlo Puddu

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Antonio Garau

Azienda OspedalieraBrotzu

PIANO DELLA PERFORMANCE

2013-2015

Indice

1 INTRODUZIONE E FINALITA' 3
2 TERMINOLOGIA DEL PIANO 5
3 CHI SIAMO 7
4 COSA FACCIAMO 7
5 COME OPERIAMO 9
6 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE 10
7 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE 13
8 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE 17
9 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO 18
10 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE 25
11 PRINCIPI FONDAMENTALI ALLA BASE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 30
12 CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE 31
13 COMUNICAZIONE DEL PIANO 32

1 INTRODUZIONE E FINALITA'

L'art 10 c. 1 lett. a) del D. Lgs. 150/2009 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'art. 10 c. 1 lett. a), del decreto:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, ~~da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno secondo il principio dello scorrimento annuale~~;
- 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'art. 4 del decreto.

Esso comprende:

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

Il PP è lo strumento base che, validato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), consente all'Azienda di avviare il conseguente *Ciclo di gestione della performance* (art. 4 del decreto). In tale documento programmatico triennale, in coerenza con le risorse in ipotesi rese disponibili da parte della Regione Autonoma della Sardegna, 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 performance, previa istruttoria della Struttura Tecnica Permanente (STP) e proposta alla direzione da parte dell'OIV aziendale.

Secondo quanto previsto dall'art. 10 c. 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'art. 5 c. 1 e all'art. 10 c. 1, il PP viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'art. 10 c. 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:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi. Per ogni indicatore viene dichiarata l'unità di misura, il Valore Storico dell'esercizio precedente, il Valore Minimo Accettabile (performance = 0%) ed il Valore Atteso (performance = 100%);
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Gli indirizzi strategici (art. 15, c. 2 lett. b) del decreto) sono programmati su base triennale e vengono definiti, ben prima dell'inizio del rispettivo esercizio, da parte della Direzione Generale (Organo di indirizzo tecnico-amministrativo). Essi sono articolati in:

- obiettivi strategici (regionali o aziendali);
- obiettivi operativi (di macro e microstruttura).

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'art. 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'art. 7 del decreto stesso.

Il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari è redatto prendendo spunto dalle disposizioni di cui alle Delibere della Commissione nazionale indipendente per la Valutazione, l'Integrità e la Trasparenza delle amministrazioni pubbliche (CiVIT) n. 89 e n. 104 del 2010.

Al suo interno sono esposti i seguenti dettagli:

- i contenuti minimi e le modalità di redazione concreta del Piano della Performance di cui alla delibera n. 112/2010 della CiVIT;
- la metodologia per l'introduzione del "Sistema di Misurazione" – coerentemente con il processo di budget – con particolare attenzione alla definizione del "Ciclo della performance", con i doverosi collegamenti con il tradizionale "Sistema Premiante" e con le procedure di verifica e valutazione della performance organizzativa e della performance individuale dei dipendenti.

Il documento rispecchia le scelte organizzative contenute nell'Atto Aziendale ed include gli obiettivi descritti in coerenza con le scelte di pianificazione triennale della Direzione Generale e, a scalare, dell'Alto management e delle Unità operative.

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

Il PP è triennale, ed è articolato in fasi e attività specifiche, doverosamente sottoposte al processo di "condivisione a cascata".

2 TERMINOLOGIA DEL PIANO

Per una migliore intelligibilità dei contenuti del presente Piano, per una agevole verifica dei criteri e per una necessaria trasparenza dei fatti aziendali, si ritiene di dovere elencare le fondamentali definizioni contenute nel Piano e di dovere esplicitarne la terminologia fondamentale:

- PERFORMANCE: contributo che qualunque soggetto (soggetto giuridico, organizzazione, unità operativa, gruppo o singolo individuo) può apportare al raggiungimento degli obiettivi per i quali l'Azienda vive ed opera;
- PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: la performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso ovvero dalle singole Unità Operative nelle quali si articola;
- PERFORMANCE INDIVIDUALE: performance ottenuta dai singoli individui o microgruppi di individui;

- CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE: il processo posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di attività ad essi legati e attraverso cui si provvede alla misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati alla fine del ciclo;
- PIANO DELLA PERFORMANCE: l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività dell'Azienda, approvato e revisionato annualmente;
- MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di riscontro degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici ovvero riferiti a processi di qualità e/o impatti sui cittadini;
- VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, delle aspettative e del grado di soddisfacimento dei bisogni di pazienti e cittadini;
- RENDICONTAZIONE SULLA PERFORMANCE: descrizione periodica degli esiti dell'attività di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda o dei singoli gruppi o individui, indirizzata agli Organi di indirizzo politico amministrativo (Assessorato), ai cittadini, agli stakeholder;
- SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, i vari steps ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- INDICATORE: caratteristica del processo, misurabile, che evidenzia significative informazioni sull'efficacia, efficienza o qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento dell'obiettivo;
- BENCHMARKING: operazione di confronto attraverso cui comprendere ed importare le buone pratiche che si sviluppano in altre organizzazioni;
- STAKEHOLDER: gruppo qualificato di individui che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, dalla sua azione;
- OUTCOME: effetto risultato finale dell'azione, conseguenza dell'attività dal punto di vista dell'utente del servizio erogato o, più in generale, dello stakeholder;
- ACCOUNTABILITY: il necessario rendiconto dei risultati di un'azione amministrativa, tramite informazioni corrette agli utenti e tale da permettere l'espressione di un valido giudizio.

3 CHI SIAMO

L'ospedale Brotzu è sito in Cagliari, piazzale Ricchi n.1. E' stato inaugurato nel 1982 con intitolazione al Prof. Giuseppe Brotzu (1885 – 1976), insigne scienziato sardo il cui nome è legato alla scoperta delle cefalosporine. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8/04/1993 è stato riconosciuto Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione. Con decreto del Presidente della giunta Regionale 29/07/1996 n. 168, è stato infine costituito in Azienda Ospedaliera Autonoma.

L'Ospedale è costituito da una moderna struttura monoblocco, che dispone di circa 600 posti letto, articolata su 14 piani, di cui 2 seminterrati, ed un corpo staccato che ospita i nuovi ambulatori. L'Ospedale è circondato da ampi spazi verdi e numerosi parcheggi.

4 COSA FACCIAMO

L'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu " di Cagliari "eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario in area medica ed in area chirurgica, in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital nonché prestazioni ambulatoriali e di Day Service.

Nell'ambito della programmazione sanitaria della Regione Sardegna, l'Azienda ha competenze di alta specializzazione nei seguenti campi:

- Emergenze, ivi comprese quelle pediatriche.

  L'Azienda è sede di Dipartimento di emergenza e accettazione di II livello, anche in area pediatrica, ed in essa è presente una superficie per Elisoccorso.

  Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) accoglie e risponde alle richieste sanitarie non programmabili da parte dei cittadini che affluiscono al pronto soccorso in maniera non preordinata e con necessità di cure diverse. In particolare la mission è quella di rianimare e stabilizzare i pazienti critici, di inquadrare dal punto di vista diagnostico e trattare, in base a criteri di priorità, quei pazienti che arrivano in Pronto Soccorso con sintomi e bisogni diversi; il paziente che giunge in Pronto Soccorso viene completamente studiato dal punto di vista diagnostico e trattato di conseguenza. Per lo svolgimento di tale attività si avvale delle consulenze specialistiche presenti in Azienda e, non ultimo, dell'Alta Tecnologia nella Diagnostica radiologica. Il processo termina con il ricovero o con la dimissione attraverso forme di integrazione con le professionalità e le attività intra ed extraospedaliere.

- Patologia Cardiaca.

  Con una S.C. di Cardiochirurgia, unica presente nel territorio regionale fino all'Anno 2012 e unica ad effettuare attività trapiantologica.

  Con una S.C. di Emodinamica ed una S.C. di Cardiologia pediatrica.

  Con la S.C. di Cardiologia che è punto di riferimento regionale per le patologie cardiache ad elevata complessità.

- Patologia Neurologica.

  Con specificità nel trattamento degli ictus (12 posti letto di Stroke unit).

  Con una S.S.D. di Neuroriabilitazione che tratta i pazienti nell'immediata postacuzie.

  Con una S.C. di Neurochirurgia ad alto livello.

- Patologia Nefrologica.

  Con una S.C. di Nefrologia con 26 posti rene per trattamenti dialitici di pazienti critici con alti indici di comorbidità.

  Con una S.C. di Urologia che effettua Trapianti singoli di rene, combinati di rene e pancreas, nonché interventi di alta tecnologia con l'utilizzo del Robot (in queste attività l'Azienda rappresenta l'Unico Centro Regionale).

- Chirurgia dei Trapianti epatici e Pancreas singoli o combinati (Unico Centro Regionale).
- L'Azienda Ospedaliera Brotzu è inoltre sede della Banca del Sangue Cordonale.

L'attività principale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu è mirata in maniera precipua al miglioramento del Benessere Sociale e dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

Le finalità suesposte si concretizzano nelle seguenti condotte:

- prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato e nel rispetto delle conoscenze elaborate dalla medicina ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti - pazienti;
- prendersi cura di coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda, assicurando idonei percorsi formativi e di crescita professionale in relazione alle capacità di ognuno, nonché assicurando la tutela della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro;

- prendersi cura della legalità, assicurando che gli atti ed i comportamenti posti in essere siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti, sia a livello nazionale che a livello regionale;
- prendersi cura dei portatori di interessi, garantendo relazioni trasparenti e volte al confronto costruttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali di comparto, le associazioni di volontariato esponenti di interessi diffusi, nel rispetto dei seguenti principi ispiratori dell'azione aziendale: uguaglianza, imparzialità, efficacia ed efficienza.

5 COME OPERIAMO

A partire dal 2000 è stato avviato il processo di dipartimentalizzazione dell'Azienda Ospedaliera Brotzu, facendo convergere competenze ed esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali, allo scopo di fornire al paziente una risposta diagnostico-terapeutica più completa, costruendo così l'organizzazione dell'Ospedale con un'attenzione sempre maggiore alle esigenze dei cittadini-utenti.

Questo assetto organizzativo, inteso come un'aggregazione di Strutture (Complesse e Semplici/Semplici Dipartimentali) che conservano la propria autonomia e responsabilità, riconosce nello stesso tempo l'interdipendenza delle Strutture coinvolte, al fine di raggiungere obiettivi comuni (in termini di risultati e di utilizzo di risorse).

Le diverse Strutture afferenti a ciascun Dipartimento adottano codici di comportamento clinico-assistenziali concordati e condivisi d'intesa con la Direzione Sanitaria, attraverso l'elaborazione di protocolli finalizzati ad ottenere una continuità ed omogeneità di comportamento durante tutto il percorso assistenziale.

L'Azienda Ospedaliera espleta la sua attività istituzionale in un unico presidio ospedaliero attraverso le seguenti strutture dipartimentali:

- Patologia Cardiovascolare;
- Patologia renale;
- Chirurgia;
- Medicina Interna;
- Emergenza;
- Immagini;
- Servizi;
- Area Amministrativa e Tecnica.

L'Azienda Ospedaliera Brotzu è un centro di alta specializzazione, in grado di offrire ai cittadini sardi un'assistenza all'avanguardia soprattutto nell'alta specialità e nei trapianti d'organo. Nel tempo l'Ospedale ha mantenuto questa naturale vocazione di motore per l'innovazione in campo sanitario attraverso la capacità e la volontà di progettare ed offrire un'assistenza sanitaria migliore e sempre più utile ai cittadini.

L'azienda Ospedaliera Brotzu, coerentemente con i suoi principi fondatori, lavora costantemente per sviluppare la sua capacità di offrire servizi sanitari di alto livello, con una particolare attenzione verso la ricerca della "qualità", intesa non solo come realtà tecnologica ma soprattutto come capacità di rispondere in modo efficiente alle diverse esigenze dei cittadini, con la consapevolezza che al centro di ogni attività medica c'è l'uomo nella sua interezza e complessità. Questo impegno si traduce in una costante attività di aggiornamento del personale e delle attrezzature mediche e la creazione di spazi assistenziali più confortevoli.

L'Azienda opera su un territorio coincidente geograficamente con l'area della Sardegna, ha un bacino di utenza di circa 1.600.000 abitanti residenti in tutti i comuni della regione.

6 L'AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

In questa sezione del PP vengono presentati alcuni dati indicativi delle caratteristiche dell'Azienda Ospedaliera Brotzu.

Analisi del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato in servizio al 31/12/2012:

- TOTALE DIPENDENTI: n. 1.873;
- TOTALE PERSONALE COMPARTO: n. 1.426;
- TOTALE PERSONALE DIRIGENZA: n. 414 dirigenti medici;
  n. 25 dirigenti sanitari non medici;
  n. 8 dirigenti amministrativi e professionali.

La composizione del personale dell'Azienda Ospedaliera Brotzu al 31/12/2012 è quella riportata nella seguente tabella:

Dirigenza Medico-Veterinaria (totale n. 414)
N. 35 Dirigenti con incarico di Struttura Complessa
N. 49 Dirigenti con incarico di Struttura Semplice o Semplice Dipartimentale
N. 176 Dirigenti con incarico Professionale
N. 154 Dirigenti con incarico di Base

Dirigenza Sanitaria (totale n. 25)
N. 1 Dirigente con incarico di Struttura Complessa
N. 3 Dirigenti con incarico di Struttura Semplice o Semplice Dipartimentale
N. 12 Dirigenti con incarico Professionale
N. 9 Dirigenti con incarico di Base
Dirigenza PTA (totale n. 8)
N. 4 Dirigenti con incarico di Struttura Complessa (di cui n. 1 in aspettativa)
N. 3 Dirigenti con incarico di Struttura Semplice o Semplice Dipartimentale (di cui n. 1 in aspettativa
N. 1 Dirigenti con incarico di Base (di cui n. 2 in aspettativa)
Personale non dirigente del comparto (totale n. 1.426)
N. 1.426 dipendenti

Per un totale di n. 1.873 dipendenti alla data sopra riportata (dirigenti medici 22,10%; dirigenti sanitari non medici 1,33%; dirigenti PTA 0,43%; comparto 76,14.

Nell'ambito delle risorse assegnate all'Azienda, risulta utile, anche per ottemperare alle esigenze conoscitive dei cittadini e degli stakeholders in generale, fornire una rappresentazione sinottica, espressa secondo parametri quantitativi, del valore e dei costi della produzione nel biennio 2011-2012 (in attesa dell'approvazione del bilancio aziendale i dati relativi al 2012 sono quelli ufficiali desunti dal modello CE ministeriale IV trimestre 2012):

Valore della produzione anno 2011	€ 171.338 (in migliaia di €)
Costi della produzione anno 2011	€ 175.801 (in migliaia di €)
Valore della produzione anno 2012	€ 190.019 (in migliaia di €)
Costi della produzione anno 2012	€ 182.604 (in migliaia di €)

Come detto l'Azienda espleta la sua attività istituzionale attraverso un unico presidio ospedaliero. Trattasi di un presidio per acuti, dotato di dipartimento di emergenza DEA di II livello e di tutte le principali branche specialistiche, con n. 516 posti letto ordinari e n. 63 posti letto Day Hospital/Day Surgery. Il parco attrezzature biomediche dell'Azienda consta di circa 4.000 unità.

La presenza di tutte le principali specialità mediche e chirurgiche e di un DEA di II livello consente una notevole capacità di risposta a tutti i fabbisogni dei pazienti che fanno ricorso

alle cure ospedaliere, ma nel contempo è fonte di complesse problematiche organizzative e quindi anche di potenziali rischi per i pazienti e gli operatori sanitari.

Si riportano di seguito le sintesi delle informazioni principali inerenti l'Azienda e relativi al periodo 2010-2012:

N. DIMESSI

	Ordinari	Day Hospital
Anno 2010	22.355	6.672
Anno 2011	22.104	6.747
Anno 2012	20.523	6.562

ATTIVITA' CHIRURGICA

	Interventi in R.O.	Interventi in Day Surgery	Interventi in Day Service
Anno 2010	8.508	4.231	890
Anno 2011	8.750	4.133	1.051
Anno 2012	9.134	4.007	1.138

PRESTAZIONI AMBULATORIALI SSN

Anno 2011	757.988
Anno 2012	699.602

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

	2010	2011	2012
N. ACCESSI al PS ADULTI	39.195	40.534	37.708
N. ACCESSI al PS Pediatrico	10.738	11.542	11.648
N. PASSAGGI IN OBI		608	675
CAPACITA' FILTRO PS ADULTI		77%	77%
CAPACITA' FILTRO OBI		86%	85%

I ricoveri ordinari (dimessi) nel 2011 sono stati 22.104 contro i 22.355 dell'anno precedente, registrando quindi una diminuzione superiore all'1% (riduzione già evidenziata nell'anno precedente con un valore del 3%); sono ridotti anche i ricoveri in D.H. e D.S. dimostrando sempre più il miglioramento con riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri diurni, utilizzati in precedenza a scopo puramente diagnostico.

L'inappropriatezza organizzativa, calcolata sul numero dei ricoveri P.I. si è ridotta dal 14,25% del 2010 al 12,01% dell'anno 2011, sino al 7,8 % nell'anno 2012.

L'alta complessità è migliorata di 1 punto % rispetto all'anno 2010 (10%) e di un altro punto nell'anno 2012 (11%).

Il Peso medio dei ricoveri ha subito un incremento di valore da 1.15 nel 2010 a 1.21 nel 2011, sino al 1.26 nel 2012.

L'attività chirurgica è aumentata così come sono aumentati i DRG chirurgici con un numero di DRG di tipo chirurgico pari a 9.650 contro i 9.145 dell'anno precedente. Il rapporto DRG CH rispetto al totale dei DRG è stato del 36% nel 2012, con un incremento che è andato via via aumentando dagli anni 2010 (31%) e 2011 (33%).

L'attività robotica è stata iniziata nell'anno 2011 con un numero di interventi pari a 93 e nel 2012 ha raggiunto i 143.

Per quanto riguarda l'attività trapiantistica, questa viene così riassunta:

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Trapianti cuore	3	10	8
Trapianti fegati	22	26	18
Trapianti rene da cadavere	37	49	34
Trapianti rene da vivente	4	2	4
Trapianti combinati	0	4	8

7 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

L'Azienda è un Ente Pubblico che risponde ai fabbisogni di salute della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie. La sua Mission è quella di soddisfare i bisogni di cure intensive di alta specialità in regime di ricovero, secondo le aspettative dei cittadini, gestendo con efficacia le risorse disponibili e garantendo le prestazioni di assistenza ospedaliera.

E' compito dell'Azienda promuovere e tutelare la salute, prevenire e curare le malattie, prevenire il disagio sociale correlato alla situazione sanitaria, incentivare le forme di prevenzione atte a tutelare il benessere del singolo nell'ambito delle comunità territoriali e delle stesse Aziende Sanitarie Locali competenti. L'azienda riconosce, infatti, la centralità del cittadino quale titolare del diritto alla salute e al benessere psico-fisico e, conseguentemente, fonda la sua mission su caratteri di efficienza, efficacia, competenza tecnica-professionale, trasparenza, formazione ed aggiornamento.

L'operatività dell'Azienda è volta a garantire l'efficacia e tempestività delle prestazioni rispettando sempre le condizioni di sicurezza e rispetto della persona.

I valori di riferimento con i quali si opera sono:

- equità nell'accesso con uguali opportunità di utilizzo dei servizi;
- centralità del cittadino;
- solidarietà, con particolare attenzione all'accoglienza delle persone più deboli e con rispetto delle diversità;
- garantire l'appropriatezza delle prestazioni;
- valorizzazione e crescita professionale di tutti i dipendenti dell'Azienda.

Nel proprio impegno di programmazione l'Azienda assume come riferimento le strategie e gli indirizzi definiti dal Ministero (Piano Sanitario Nazionale) e dalla Regione Autonoma della Sardegna (Piano Sanitario Regionale) e si pone come ulteriore obiettivo quello di coinvolgere positivamente e attivamente i cittadini, la comunità locale e tutti gli stakeholder potenzialmente interessati ad approfondire l'attività esercitata dell'Ospedale, comprese le ASL regionali.

L'Amministrazione si impegna, inoltre, a garantire trasparenza nelle decisioni e ampia partecipazione degli operatori che in essa agiscono, creando un ambiente di lavoro positivo che permetta a tutti, a prescindere dal ruolo, di sentirsi protagonisti delle trasformazioni operative ed organizzative, promuovendo lo sviluppo continuo di nuove conoscenze e competenze.

I contenuti informativi di questa parte del documento sono coerenti e coordinati con quanto previsto dagli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale e devono permettere di cogliere decisioni e percorsi, assetti organizzativi e modalità di funzionamento, attraverso i quali l'azienda corrisponde ai suoi obblighi verso il cittadino e verso il sistema, in relazione a:

- trasparenza e partecipazione, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni;
- partecipazione, nell'ambito Regionale, alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute secondo il ruolo ad essi assegnato nell'ordinamento regionale di attuazione del Titolo V della Costituzione;
- universalità ed equità d'accesso;
- qualità ed efficienza, come dovere di ciascuna azienda e del Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso di offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale, nel rispetto dell'utilizzo razionale delle risorse.

Per ognuna delle quattro aree sopra indicate, l'Azienda descrive i macro-obiettivi che, in coerenza con la pianificazione regionale e gli indirizzi territoriali si impegna a conseguire; illustra

le strategie attraverso cui essa opera, formula una valutazione di quanto ha realizzato, con l'indicazione del percorso compiuto e del grado di applicazione operativa, nonché dei risultati conseguiti come base sulla quale innestare le linee di miglioramento od ulteriore sviluppo.

L'Azienda Ospedaliera Brotzu, come parte integrante dell'ampio e complesso Servizio Sanitario Regionale, ritiene di dover continuare a svolgere funzioni di rilievo regionale-nazionale relativamente all'alta specialità delle prestazioni in alcune attività assistenziali, nonché sviluppare la sua attività attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento della domanda di salute in generale e nel settore ospedaliero di alta specializzazione in particolare.

Tale missione impone una elevata attitudine al cambiamento, una rivisitazione critica degli attuali modelli culturali e organizzativi ed un impegno costante verso l'innovazione secondo i seguenti ulteriori principi:

- approccio professionale di tipo multidisciplinare;
- sviluppo dell'alta specializzazione nel quadro previsto dal Piano Sanitario Regionale della Sardegna;
- apertura alle collaborazioni ed alla ricerca con altre Istituzioni sia nazionali che internazionali;
- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e promuovere la qualità dell'assistenza;
- messa a punto di modalità gestionali atte a coniugare l'eccellenza delle prestazioni alla razionalizzazione nell'uso delle risorse;
- miglioramento della posizione di eccellenza per il trattamento delle patologie relative all'alta specialità, con riferimento alle aree:

1) delle emergenze cliniche complesse riferibili ad insufficienza acuta e cronica di uno o più organi e dei percorsi di emergenza con particolare attenzione alle patologie traumatiche complesse, cardiovascolari, neuro vascolari, nefro-urologiche;
2) dei trapianti d'organo;
3) della chirurgia di alta complessità clinico-tecnologica e della robotica.

Per queste finalità l'Azienda si impegna a consolidare al proprio interno competenze professionali e scientifiche e risorse tecnologiche, integrandosi armonicamente con le altre strutture che nel contesto regionale, nazionale ed internazionale operano negli specifici campi, in una logica di complementarietà di ruoli e di continuità assistenziale. Inoltre l'Azienda riconosce nella propria missione, in quanto presidio di rilievo nazionale e di alta specializzazione, la creazione di condizioni favorenti la necessaria osmosi di conoscenze e di competenze tecniche

nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e dei Centri di riferimento della Regione Autonoma della Sardegna.

La visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo capace di supportare caratteristiche di appropriatezza, di tempestività, di efficacia, di adeguatezza e di qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese. Da questo punto di vista la direzione è impegnata a creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori, al fine di migliorare l'intero processo diagnostico – terapeutico – assistenziale, nel primario interesse della tutela della salute dei cittadini, sancito dall'art. 32 della Costituzione.

L' Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come un'organizzazione che:

- persegue la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati quali l'applicazione della medicina basata sull'evidenza, linee guida condivise, audit clinico e misure per la gestione dei rischi;
- cura il proprio capitale umano impegnandosi a fornire opportunità di crescita professionale a quanti sappiano distinguersi per competenza, autorevolezza ed impegno.

Sul piano gestionale l'Azienda ha come costante punto di riferimento l'esigenza di coniugare gli obiettivi di salute e della ricerca con le risorse disponibili al fine di rendere sostenibile, anche dal punto di vista economico, il proprio sistema organizzativo, attraverso strumenti quali:

- la quantificazione delle risorse disponibili in termini finanziari, strutturali, strumentali ed umani;
- l'individuazione dei criteri per l'allocazione delle risorse, che deve essere orientata al contenimento della spesa e che deve garantire prestazioni efficaci ed appropriate;
- il rafforzamento del processo di aziendalizzazione;
- la realizzazione di politiche di investimento;
- la riconversione e la riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati (day hospital, day service ed attività ambulatoriale di alta specialità);
- l'aggiornamento delle strumentazioni tecnologiche in dotazione;
- la formazione continua e l'adozione di procedure clinico-terapeutiche standardizzate attraverso il processo di accreditamento;
- la certificazione delle procedure secondo i sistemi ISO.

L'Azienda Ospedaliera Brotzu intende rafforzare il proprio ruolo di riferimento regionale e nazionale nelle aree specialistiche individuate nella missione secondo una cultura che, propria

di ogni organizzazione, nasce dalle finalità dell'Ente stesso. I valori ai quali si orienta tutta l'organizzazione sono:

- la centralità del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni;
- il personale come bene per garantire al meglio le prestazioni di cui il paziente necessita;
- l'innovazione, a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti in corso nel settore sanitario;
- la ricerca della massima efficienza possibile, anche per non gravare con disavanzi economici sul bilancio regionale;
- la qualità come attestazione certificata dell'attività e valore intrinseco delle cure prestate;
- lo stretto collegamento tra le attività di diagnosi e cura con la didattica universitaria (accesso agli specializzandi);
- la formazione permanente di tutti gli Operatori.

L'Azienda intende inoltre rafforzare il proprio ruolo di riferimento delle aree specialistiche già individuate nella "mission" in stretto collegamento con tutte le realtà ospedaliere di interesse scientifico nazionale ed internazionale in una reale "vision" moderna ed integrata.

8 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'Azienda applica il principio di esplicita ed adeguata distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, da un lato, e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della Direzione Generale, della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, al fine di responsabilizzare e valorizzare tutte le risorse professionali disponibili.

In particolare, l'Azienda riconosce e attua la divisione delle funzioni di "indirizzo politico – amministrativo - sanitario" assegnate alla Direzione Strategica, dalle funzioni di "gestione finanziaria, tecnica e amministrativa" assegnate ai dirigenti, che le esercitano nell'ambito dell'autonomia gestionale ed amministrativa, conferita secondo gli obiettivi ed i vincoli di budget.

I precetti sopra richiamati sono oggetto di specifica definizione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico - amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di spesa e il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna. Il Direttore Generale può conferire proprie funzioni, con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, attraverso lo strumento della

delega per singole attività gestionali o atti che comportano la rappresentanza esterna, conferendo la stessa con atto formale, controfirmato dal dirigente incaricato per accettazione. Il Direttore Generale può, in ogni momento, revocare le deleghe assegnate. Restano nella sua competenza tutti gli atti a carattere generale, nonché gli atti che incidono sulla costituzione, modificazione ed estinzione del rapporto di lavoro dei direttori e dei dirigenti.

L'Azienda adotta "regolamenti" di organizzazione interna e di funzionamento delle proprie attività; in particolare, in accordo con le Linee Guida Regionali, sono adottati i seguenti regolamenti:

- Regolamento per l'individuazione del RUP per l'area degli acquisti di beni e servizi e Regolamento per gli acquisti in economia o a cottimo fiduciario;
- Regolamento per l'individuazione del Responsabile per i lavori pubblici e per il Responsabile per i lavori in economia;
- Regolamento per la formazione del bilancio aziendale;
- Regolamento del processo di definizione ed elaborazione del budget interno d'Azienda;
- Regolamento per la tenuta della contabilità aziendale secondo quanto stabilito dalla normativa vigente;
- Protocollo delle relazioni sindacali;
- Regolamenti di disciplina del personale;
- Regolamento delle attività svolte in libera professione;
- Regolamento per la formazione e l'aggiornamento del personale;
- Regolamento per il conferimento degli incarichi e delle consulenze;
- Regolamento per l'affidamento di incarichi di lavoro autonomo L.P. e prestazioni occasionali;
- Regolamento di funzionamento del Comitato Etico.

L'adozione dei regolamenti si riferisce in maniera congrua nel più generale Sistema di Gestione della Qualità dell'Azienda Ospedaliera.

9 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO

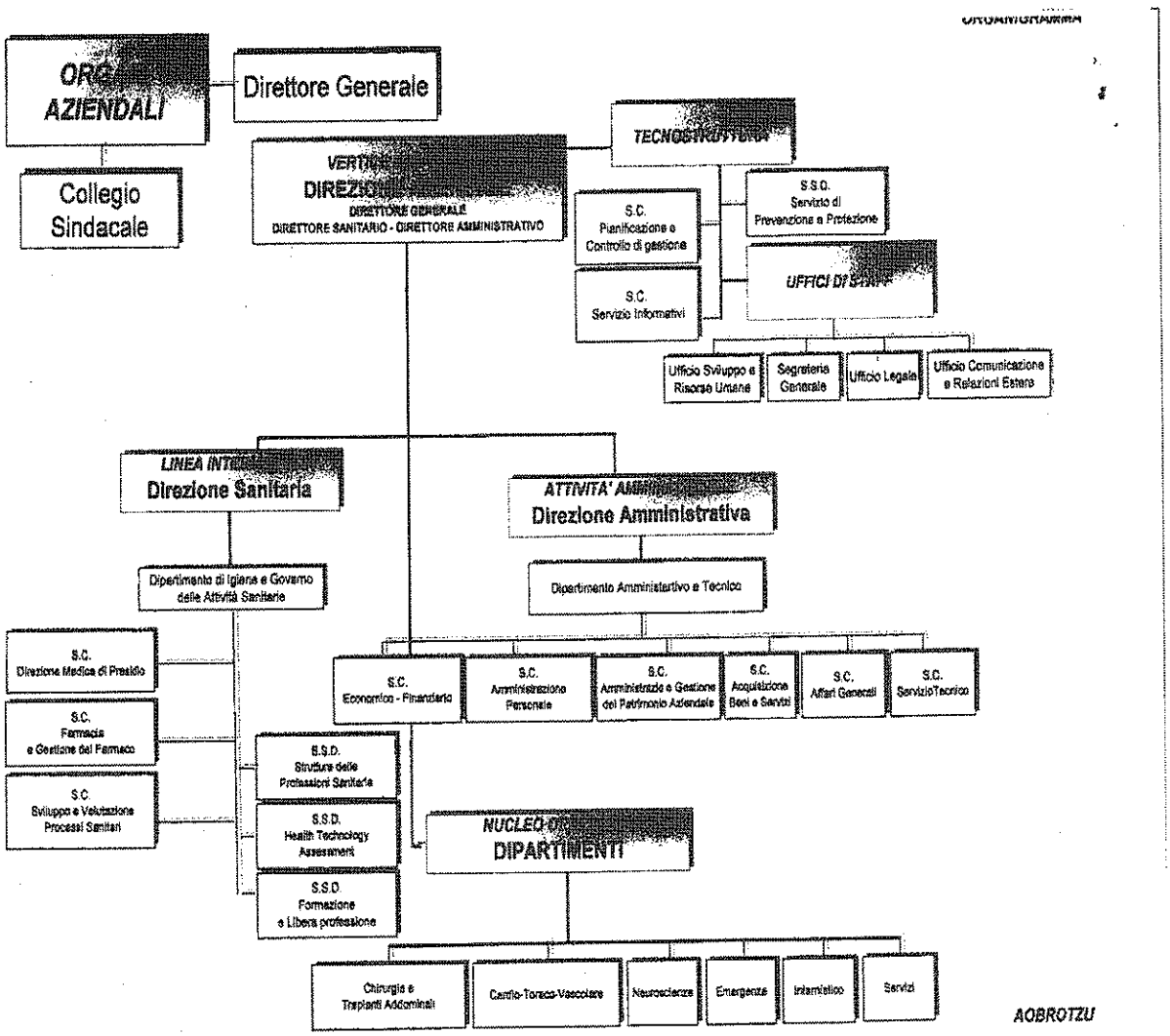
La presente sezione del PP è finalizzata a rappresentare in modo chiaro e di rapida consultazione l'analisi dell'organizzazione, sia in merito all'assetto organizzativo, all'assetto economico e tecnologico nonché alle consistenze del personale (contesto interno), sia all'ambito territoriale di competenza, 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.

- Contesto Interno

Per avere una panoramica completa di tutta l'Azienda occorre definire ed analizzare in modo completo il proprio contesto organizzativo.

Di seguito viene proposto l'attuale organigramma di cui alla deliberazione n. 260/2013 di approvazione dell'Atto Aziendale, cui si rinvia circa i principi e criteri per la definizione dell'organizzazione aziendale (vertice strategico, dipartimenti, linee intermedie o operative della struttura organizzativa, servizi di supporto).



Performance Pregresse

Non essendo, al momento, disponibili i dati relativi all'anno 2012, si presentano i risultato relativi all'anno 2011 del processo di budget che ha visto il coinvolgimento delle strutture indicate nella tabella sottostante. A seguito degli obiettivi negoziati ad inizio anno sono di seguito riportate le performance, conseguite nell'anno 2011 e validate dall'OIV di cui alla deliberazione n. 1732 del 13/11/2012.

Descrizione Struttura	Performance Totale
S.C. Medicina Nucleare	96,44%
S.C. Radiologia	92,80%
S.C. Nefrologia e Dialisi	91,48%
S.C. Urologia	92,71%
S.C. Anatomia Patologica	100%
S.C. Immunoematologia	99,48%
S.C. Laboratorio Analisi	92,81%
S.C. Riabilitazione Fisica	99,11%
S.C. Cardiochirurgia	96,40%
S.C. Cardiologia	94,54%
S.S.D. Cardiologia pediatrica	84,82%
S.S.D. Cardioriabilitazione	99,53%
S.C. Chirurgia Vascolare	90,37%
S.C. Emodinamica	91,79%
S.S.D. T.I.P.O.	90,37%
S.S.D. Centro disturbi pervasivi dello sviluppo	93,45%
S.C. Diabetologia	92,30%
S.S.D. Centro malattie dismetaboliche	92,15%
S.C. Medicina I	89,55%
S.C. Medicina II	98,24%
S.C. Neurologia e Stroke Unit	93,62%
S.S.D. Neuroriabilitazione	100%
S.C. Pediatria	93,69%
S.C. Chirurgia Generale	88,75%
S.C. Chirurgia Maxillo Facciale	99,37%
S.C. Chirurgia Plastica	84,09%
S.C. Gastroenterologia	93,07%
S.S.D. Neonatologia	99,78%
S.C. Neurochirurgia	94,02%
S.C. Oculistica	83,11%
S.C. Ostetricia e Ginecologia	85,83%
S.S.D. Patologia della III età e chirurgia del pavimento pelvico	91,87%
S.S.D. Ginecologia disfunzionale ed endoscopica	92,29%
S.S.D. Senologia	99,86%
S.C. Anestesia	93,65%
S.C. Chirurgia d'Urgenza	91,20%
S.C. Ortopedia e Traumatologia	93,00%

S.C. Pronto Soccorso	92,91%
S.C. Rianimazione	96,70%
S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero	93,50%

Fattori endogeni

I fattori endogeni si distinguono in punti di forza e punti di debolezza, ossia tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema Azienda e sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi. I punti di forza e di debolezza, infatti, sono propri del sistema in analisi e sono modificabili grazie alle politiche o agli interventi proposti dal decisore.

Per gli anni 2011 e 2012, seguenti ad un lungo periodo di commissariamento, la strategia aziendale si è concentrata sul principale obiettivo di mantenimento dell'attività in essere. Ciò non ha tuttavia impedito l'implementazione di alcune attività di rilevanza strategica fondamentale, come l'avvio dell'attività chirurgica robotica.

Punti di debolezza:

- vincoli nazionali e regionali stringenti (sia normativi che economici) hanno indotto, in presenza di gravi carenze di organico per personale cessato e non tempestivamente sostituibile a ruolo, al reclutamento di personale con contratto di somministrazione il cui turn over ha spesso impedito la continuità dei rapporti di lavoro una volta trascorso il periodo di formazione;
- la mancata sostituzione del personale cessato ha comportato un incremento del ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive;
- l'organizzazione del lavoro sconta importanti inefficienze (turni di servizio, turni di pronta disponibilità, eventuali sovrapposizioni ecc.) che in passato hanno condotto ad un abuso dell'istituto del lavoro straordinario diurno, con conseguente sbilancio nel relativo fondo CCNL;
- bassa motivazione del personale;
- bassa capacità di creare economie di scala;
- carenza di meccanismi di controllo interno;
- problematiche legate ad un sistema aziendale informativo ed informatico non ancora perfettamente adeguato, scarsamente integrato e carente di utility anche elementari (es.: software Sisar con impossibilità di accedere in via diretta al data base dell'Azienda);
- scarsa disponibilità di locali;
- forte resistenza al cambiamento a tutti i livelli;
- storiche carenze di organico in alcune Unità Operative.

Sulla base della situazione attualmente in essere, gli obiettivi strategici aziendali sono riconducibili a:

- analisi approfondita dei carichi di lavoro e conseguenti scelte più efficienti nell'organizzazione delle risorse umane;
- promozione di un "nuovo senso di appartenenza" aziendale attraverso attività di forte e continua sensibilizzazione, ascolto e coinvolgimento in tutti gli ambiti;
- motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- equità e trasparenza nei rapporti.

Punti di forza:

- tra le risorse immateriali si segnala particolarmente valida la reputazione aziendale in termini di percezione da parte dell'utenza, la quale indubbiamente attribuisce all'A.O. Brotzu una stabile leadership regionale tra le strutture assistenziali ospedaliere. La qualità delle prestazioni nonché le relazioni instaurate con gli stakeholder hanno condotto alla costruzione di una solida e attraente immagine che permette all'organizzazione stessa di vivere e crescere in sintonia con l'ambiente di riferimento;
- avvio del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale;
- miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera;
- riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di:
  - efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti e gare consorziate);
  - efficienza e razionalizzazione della spesa, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa per attività di erogazione diretta;
  - contenimento della spesa per il personale, quale logica conseguenza della razionale riorganizzazione aziendale;
- abnegazione, senso di responsabilità e del sacrificio da parte di uno "zoccolo duro" di dipendenti (sia sanitari che amministrativi e tecnici);
- storica forte attrazione da parte di alcune Unità Operative (Cardiochirurgia, Urologia, Centro disturbi pervasivi);
- alta eterogeneità e complessità del case-mix trattato;
- polo ospedaliero ad alta concentrazione tecnologica;
- presenza di eliporto per le emergenze.

Sulla base della situazione attualmente in essere, gli obiettivi strategici aziendali sono riconducibili a:

- consolidare la propria identità "forte", mantenendo il consenso positivo da parte dei diversi interlocutori;
- nel rispetto dei vincoli costituiti dalle risorse economiche disponibili, estendere la propria capacità di attrazione anche a livello ultraregionale, puntando a investimenti sulla qualità e sull'innovazione tecnologica.

- Ambiente Esterno

Il continuo processo di analisi e conoscenza dell'Azienda e degli stakeholders esterni capaci di influenzare le decisioni, rappresentano presupposti obbligatori per assumere delle decisioni valide in chiave strategica.

Fattori esogeni

I cosiddetti fattori esogeni sono solitamente distinti in opportunità e minacce. Tra questi figurano variabili esterne al sistema azienda che possono condizionarlo positivamente o negativamente. In quest'ultimo caso non è possibile intervenire direttamente sul fenomeno ma è opportuno predisporre strutture di controllo che individuino gli agenti esogeni e ne analizzino l'evoluzione al fine di prevenire gli eventi negativi e mettere a profitto quelli positivi. Le opportunità e i rischi derivano infatti dal contesto esterno e non sono quindi modificabili dal decisore (sono fuori delle sue possibilità di controllo).

La definizione delle linee strategiche che costituiscono i capisaldi sui quali impostare le attività per il triennio 2013 -2015, non può prescindere da una analisi preliminare del contesto nazionale e regionale, prendendo come riferimento i più importanti documenti di programmazione sanitaria.

L'Azienda si trova ad operare in un contesto regionale a scarsa densità abitativa, con forti discontinuità territoriali (tempi di percorrenza) e infrastrutturali (bassa equità), nonché una disomogenea concentrazione dei servizi assistenziali di rango elevato. Ciò costituisce una complicanza ai fini di un efficiente governo della domanda, anche perché, malgrado la forte cultura "ospedalocentrica" della popolazione – la quale continua ad inficiare le scelte strategiche regionali in merito alle politiche sanitarie (vedi mancata chiusura o riconversione di presidi ospedalieri ormai anacronistici) –, va rilevato che gli utenti manifestano una forte propensione alla mobilità infraregionale per accedere a soglie assistenziali ritenute di qualità superiore. Da qui la propensione alla scelta dell'Azienda Ospedaliera Brotzu, evidentemente percepita come struttura assistenziale di alto rango, e i conseguenti problemi in ordine alla gestione delle liste e dei tempi di attesa delle prestazioni chirurgiche e ambulatoriali.

Gli organi istituzionali, la Regione e conseguentemente le politiche di programmazione regionale, rappresentano degli stakeholders vincolanti per la Governance aziendale. A questi vanno aggiunte le aspettative dell'utente finale del servizio, ossia le esigenze afferenti alla qualità delle prestazioni, alla loro accessibilità ed equità, alla possibilità di scegliere e di personalizzare l'assistenza, sino a conseguire un vero e proprio rapporto fiduciario. Pertanto i cambiamenti che il sistema sanitario regionale deve affrontare sono relativi al miglioramento della sicurezza e dell'accesso, all'aumento dell'efficienza e della responsabilità, al rafforzamento della prevenzione, alla riduzione dell'iniquità e delle disuguaglianze.

La molteplicità ed eterogeneità delle esigenze da accogliere e soddisfare rendono il quadro di sistema particolarmente complesso e difficilmente governabile, richiedendo una appropriata attività di programmazione e controllo aziendale. A ciò si aggiunge peraltro il processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale, che ha preso avvio con la Legge Regionale n. 3/2009 ma non ha ancora trovato compimento ordinamentale e strutturale.

Il Servizio Sanitario Regionale è ancora troppo centrato sull'assistenza ospedaliera, a danno dell'assistenza territoriale. Difatti lo stesso Assessorato Regionale alla Sanità relativamente all'assistenza ospedaliera ha rilevato:

- una rete eccedente lo standard nazionale, con diversi presidi con meno di 120 posti letto (standard minimo nazionale);
- la conseguente sovra-dotazione di personale, in particolare medico;
- un tasso di ospedalizzazione elevato, in larga parte correlato all'eccesso di offerta (infatti le ASL con basso tasso di ospedalizzazione sono quelle con minore dotazione di posti letto);
- inappropriatezza nel sistema di risposta ai bisogni sanitari: troppi ricoveri ripetuti, ricoveri medici con finalità diagnostiche, ricoveri per patologie trattabili domiciliarmente, ricoveri medici in reparti chirurgici;
- inefficienza organizzativa: degenza media dei DRG chirurgici, totale e preoperatoria, elevata, ricoveri ordinari in luogo di diurni;
- un costo ospedaliero dei farmaci molto elevato.

Specularmente l'assistenza territoriale presenta evidenti lacune:

- inadeguato sviluppo dei servizi per i soggetti fragili: bassa dotazione di posti letto per anziani disabili e per pazienti terminali, basso numero di soggetti assistiti a livello domiciliare;
- inappropriato utilizzo della riabilitazione residenziale extraospedaliera: eccessiva durata della degenza media, dovuta allo scarso sviluppo dell'assistenza domiciliare e semiresidenziale.

<u>Opportunità</u>:

- sviluppo di convenzioni e libera professione;
- recente approvazione del nuovo Atto Aziendale;
- riorganizzazione in itinere del personale e delle strutture;
- valorizzazione delle eccellenze;
- accesso a finanziamenti regionali per abbattimento liste di attesa;
- innovazione del sistema organizzativo;
- miglioramento della performance e qualità dell'offerta sanitaria;
- sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente;
- innovazione di condotte organizzative gestionali finalizzate a nuovi processi di valutazione.

Minacce:

- basso livello di programmazione strategica sanitaria a livello regionale che comporta duplicazioni e spesso triplicazioni di strutture concentrate nell'area pan cagliaritana per svolgere la medesima attività;
- alti tempi di attesa;
- la mancata condivisione degli impegni aziendali assunti con l'Amministrazione da parte di ciascun operatore, nonché la mancata cognizione dei percorsi di innovazione in termini di performance aziendale, potrebbe tradursi in un depauperamento della qualità e quantità dell'offerta assistenziale; infatti il forte coinvolgimento di tutti i soggetti interessati contribuisce al risultato strutturale e aziendale. Ecco perché diviene indispensabile il fattore comunicazione anche all'interno delle strutture aziendali.

10 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

La rappresentazione dello scenario di performance non può prescindere dall'analisi del contesto di alta pianificazione strategica:

- Piano Sanitario Nazionale;
- Piano Sanitario Regionale;
- Piano Nazionale di Prevenzione;

nonché del contesto sanitario locale:

- criticità legate alla popolazione di riferimento;
- spesa sanitaria e finanziamento regionale;
- analisi comparativa dell'attività a livello regionale.

L'Assessorato regionale alla sanità già nel 2011 ha evidenziato l'esigenza di definire un processo di riorientamento del SSR, con gli obiettivi di:

- sviluppare l'assistenza territoriale, in particolare a favore delle fragilità ed evitando che il ricorso all'assistenza ospedaliera sia causato dalla carenza dei servizi territoriali;
- ridisegnare il perimetro dell'assistenza ospedaliera, in particolare per acuti, in base alla determinazione del fabbisogno regionale di capacità produttiva per disciplina che deriva da un percorso di appropriatezza dei ricoveri;
- conseguentemente, ridisegnare la rete dei presidi e, al loro interno, la distribuzione territoriale delle discipline in base al grado di diffusione (discipline rare, di media e alta diffusione).

Inoltre, considerando complessivamente la spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, la Sardegna presentava la più alta incidenza rispetto al fabbisogno complessivo definito a livello nazionale per la sanità: 21,6% rispetto al tetto normativo nazionale del 15,7%.

Infine, relativamente all'equilibrio economico-finanziario della gestione, ha rilevato che:

- il Servizio Sanitario Regionale continua ad evidenziare un importante squilibrio tra le somme messe a disposizione attraverso le delibere CIPE (fondo indistinto) e il fabbisogno evidenziato dalle Aziende Sanitarie in sede di approvazione dei rispettivi bilanci consuntivi d'esercizio;
- il persistere di tale squilibrio impone alla Regione l'impiego di risorse regionali integrative per la copertura del fabbisogno consuntivo.

Con le deliberazioni n. 30/60 del 12/7/2011 e n. 50/35 del 21/12/2012 la Regione ha assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi strategici del SSR, alcuni comuni a tutte la Aziende, altri aziendali specifici, suddivisi per area di attività in: A) obiettivi assistenziali; B) obiettivi economici; C) obiettivi organizzativi.

A. <u>Obiettivi assistenziali</u>

1. ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili: % ricoveri diurni medici con finalità diagnostica (standard: 23%) e ricoveri ordinari medici brevi (standard: 17%);
2. migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale: % ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza (standard: 87%);
3. evitare i ricoveri ripetuti: % re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC (standard: 4);
4. migliorare l'efficienza nei reparti chirurgici: degenza media per ricoveri con DRG chirurgico (standard: media nazionale).

B. <u>Obiettivi organizzativi</u>

Nelle more della ridefinizione regionale della rete ospedaliera le aziende sanitarie devono perseguire i seguenti obiettivi generali:

1. riduzione delle duplicazioni di strutture ospedaliere (complesse e semplici dipartimentali) non giustificate dal bacino di utenza. A tale fine tutte le aziende devono:

a) predisporre ed inviare all'Assessorato competente una ricognizione della situazione esistente, prevedendo tempi e modi per eventuali modifiche e motivando adeguatamente la presenza di più strutture complesse o semplici dipartimentali con stesso codice di specialità;

b) adottare la revisione proposta, con le eventuali modifiche richieste dalla Regione, entro 60 gg. dal ricevimento del provvedimento regionale;

c) specifico per Azienda Ospedaliera Brotzu e ASL 8 Cagliari:

- accordo di programma per superare le duplicazioni di strutture complesse non giustificate dal bacino di utenza, per dimensionare le strutture complesse delle singole aziende tenendo conto di quelle dell'altra azienda, eventualmente trasferire strutture complesse da un'azienda all'altra, ove ciò renda più efficiente ed efficace il percorso assistenziale;
- accordo relativo all'articolazione della risposta al fabbisogno di prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, tenuto conto della mobilità attiva intraregionale programmata, tra ospedali a gestione diretta ASL, AO Brotzu, AOU e soggetti erogatori privati (budget quali-quantitativo complessivo per la successiva contrattazione con i singoli soggetti), per il biennio 2012-2013;
- accordo contrattuale relativo alla regolamentazione funzionale ed economica dei servizi comuni e dell'interscambio di servizi;

2. riorganizzazione mediante piani di accorpamento funzionale dei reparti con meno di 20 posti letto ordinari (con la eccezione dei reparti che per loro natura non possono essere accorpati ad altri: terapia intensiva, unità coronarica, pediatria, psichiatria, ecc.), prevedendo un'unica équipe non medica. A tale fine tutte le aziende devono:

a) predisporre e inviare all'Assessorato competente, entro 60 gg. dall'adozione del presente provvedimento, una ricognizione dell'attuale articolazione della degenza in reparti, prevedendo tempi e modi per eventuali modifiche e motivando adeguatamente i reparti con meno di 20 posti letto attualmente non accorpati funzionalmente e non coinvolti nelle proposte di modifica;

b) adottare la revisione proposta, con le eventuali modifiche richieste dalla Regione, entro 60 gg. dal ricevimento del provvedimento regionale;

3. sperimentazione di reparti di degenza multidisciplinari organizzati secondo la formula denominata *week hospital*, ovvero reparti destinati a ricoveri programmati per patologie che, in base a predeterminati protocolli clinici, richiedono una degenza non superiore a 5 giorni e che, conseguentemente, possono essere programmati dal lunedì al venerdì;

4. sviluppo della formula organizzativa del *day service*;

5. potenziamento delle strutture interne di programmazione e controllo, al fine di implementare un sistema di definizione degli obiettivi dei C.d.R. e C.d.C. attraverso un processo di negoziazione.

C. Obiettivi economico-gestionali

1. graduale superamento dei differenziali di spesa sanitaria non giustificati da differenziali nelle attività e dalla presenza di funzioni sovraziendali. In particolare, l'obiettivo è la riduzione del riequilibrio (finanziamento dei costi strutturali più eventuale disavanzo) tenendo conto delle risultanze della gestione 2010 rispetto al riparto parametrico;

2.rispetto degli obiettivi posti a livello nazionale: contenimento dei costi del personale dipendente e non; contenimento del costo dei farmaci a livello territoriale ed ospedaliero; contenimento del costo di acquisto dei beni e servizi, mediante la standardizzazione e centralizzazione degli acquisti;

3. controllo delle entrate dirette.

La Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera Brotzu, visti gli obiettivi strategici regionali, analizzato il contesto esterno di riferimento nonché le necessità clinico assistenziali ad alta specializzazione dell'intero territorio regionale, considerate le necessità organizzative e gestionali interne, ha individuato per il triennio 2013-2015 gli obiettivi strategici di cui alla tabella più sotto riportata. L'attenzione si è concentrata su linee di attività che rappresentano il raccordo tra il sistema della programmazione regionale e il sistema degli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche. Gli Obiettivi Strategici Regionali, dunque, sono stati fatti propri dall'Azienda Ospedaliera e sono stati declinati per il triennio 2013-2015 nei seguenti obiettivi di macroarea dipartimentale:

OBIETTIVI STRATEGICI DIPARTIMENTALI	
1	**Miglioramento della organizzazione del dipartimento con riduzione delle conflittualità tra le strutture**

2	**Programmazione e organizzazione formazione personale medico e del comparto**
3	**Abbattimento dell'inappropriatezza dei ricoveri**
4	**Ottimizzazione utilizzo risorse umane e strutturali**
5	**Monitoraggio e controllo consumi Farmaci e Materiali**

Le linee d'azione e gli indicatori individuati per la misura del raggiungimento degli obiettivi sono:

- per il 1° obiettivo: incontri periodici con le strutture afferenti – numero di verbali;
- per il 2° obiettivo: definizione programma annuale di formazione – numero documenti;
- per il 3° obiettivo: a) riduzione DRG ordinari a basso peso – numero DRG ordinari con peso < 1;

  b) riduzione DRG inappropriati – % DRG P.I.;
- per il 4° obiettivo: numero richieste intervento per copertura turni;
- per il 5° obiettivo: riduzione valori scarichi di magazzino per materiale sanitario e non sanitario.

Alle strutture complesse e semplici dipartimentali sono stati assegnati ulteriori obiettivi incentrati sul miglioramento della qualità sia percepita che oggettiva, all'abbattimento dell'inappropriatezza assistenziale, all'incremento di attività esclusive e di alta specializzazione; non ultimo l'obiettivo di un regolare e attento utilizzo del Sistema Informatico come unico mezzo di rilevazione ed inserimento dell'attività svolta.

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi che vengono illustratati in apposite schede riassuntive specifiche per Dipartimenti o aggregazione di Unità Operative.

Si precisa, infine, che le azioni strategiche a base del presente Piano rispecchiano la connessione tra la pianificazione della performance e la programmazione economica-finanziaria e di bilancio.

11 PRINCIPI FONDAMENTALI ALLA BASE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il PP prevede un'applicazione a cascata nell'ambito della stessa Azienda e nei confronti delle Unità Dipartimentali. E' demandato a queste ultime ribaltare le strategie individuate per la realizzazione degli obiettivi aziendali ai Responsabili di UU.OO. Complesse e Semplici, e a questi ultimi nei confronti dei singoli operatori.

Il PP ha lo scopo di attuare le strategie mediante la programmazione di obiettivi per ognuno dei suddetti livelli, il monitoraggio della relativa attuazione e la conseguente verifica dei risultati. Monitoraggio e verifica dei risultati potranno realizzarsi attraverso il ciclo della reportistica e gli obiettivi annuali sono finalizzati espressamente al conseguimento degli obiettivi pluriennali.

Con il PP viene data dimostrazione, anche attraverso "l'albero della Performance", della coerenza e dell'allineamento dei diversi livelli in cui le visioni e gli obiettivi sono articolati. Ogni informazione e redazione di documento, utilizzato nell'ambito del Ciclo della Performance, nonché gli atti adottati, saranno pubblicati e resi disponibili a chiunque mediante pubblicazione nell'apposita sezione del sito web istituzionale, ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013.

Il Piano è inoltre presentato agli stakeholder e diffuso attraverso una molteplicità di canali di comunicazione.

Appare opportuno sottolineare che il governo manageriale delle moderne Aziende Sanitarie è esclusivamente un governo per obiettivi, imperniato sulla capacità di definire linee di indirizzo strategico e di tradurle in tattiche gestionali, verificando periodicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi stessi e la loro coerenza, il perseguimento degli indirizzi strategici e la loro validità, alla luce dell'eventuale modifica nello scenario ambientale di riferimento e del suo contesto aziendale, in un processo continuamente in progress, che proietta le dinamiche aziendali nell'ambiente e l'ambiente nelle dinamiche aziendali. Ecco perché, se dovessero verificarsi mutazioni nello scenario di riferimento, variazioni dei contesti interni e/o esterni all'Azienda, questa dovrà procedere a revisionare le linee di indirizzo, le tattiche gestionali e, conseguentemente, dovrà provvedere a rinegoziare gli obiettivi già individuati.

La determinazione degli obiettivi non può rappresentare un processo meccanico esclusivamente di ordine razionalistico, in quanto verrebbe a crearsi un sistema chiuso rispetto all'ambiente esterno, non confacente, dunque, ad una Azienda che instaura con l'esterno relazioni importanti. Assumono, così, particolare rilevanza alcuni aspetti immateriali della gestio-

ne aziendale, riferibili esclusivamente all'uomo, quali l'intelligenza, la creatività, l'intuito, l'esperienza, la cultura, che possono condizionare gli esiti delle combinazioni aziendali.
Tuttavia, qualunque revisione dovrà essere, comunque, coerente con la programmazione e con gli obiettivi di ordine superiore.

12 CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Le attività di misurazione e valutazione della performance costituiscono una fase del ciclo generale di gestione della performance che, con riferimento ad un periodo pluriennale, è così articolato:

- definizione ed assegnazione alle macrostrutture aziendali degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi;
- ribaltamento degli obiettivi operativi ai responsabili di Struttura complessa e semplice;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, al termine del periodo considerato;
- utilizzo dei sistemi premianti, in ossequio ai criteri di valorizzazione del merito (stabiliti ex ante) e del contributo dato alla performance organizzativa;
- rendicontazione dei risultati agli Organi di indirizzo politico-amministrativo (Assessorato), alla Direzione Strategica, ai competenti Organi esterni, ai cittadini interessati, agli utenti, agli stakeholder.

La rappresentazione sinottica del Ciclo di Gestione della Performance è sintetizzata nella tabella sottostante che ne rappresenta le fasi:

FASI	ATTIVITA'	SOGGETTI COINVOLTI
Fase 1	**Definizione del contesto istituzionale: Mission regionale e principi della Vision aziendale**	- Direzione aziendale
Fase 2	**Rappresentazione della struttura di cui all'Atto Aziendale, regolamento di funzionamento, definizione di responsabilità e deleghe**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 3	**Definizione obiettivi strategici, precisazione degli *output* od *outcame* attesi per Aree Omogenee**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 4	**Definizione obiettivi di Macroarea e varo dei Piani di Dipartimento e/o Macrostruttura**	- Direzione aziendale - Alta Direzione
Fase 5	**Definizione obiettivi specifici, di struttura (CdR) ed articolazione delle sottofasi per la prescritta negoziazione**	- Capi Dipartimento - Uffici di staff
Fase 6	**Validazione del Piano e del processo attuativo proposto in riferimento alle linee guida CiVIT**	- OIV

Fase 7	**Predisposizione delle schede e loro varo ufficiale a livello del management più alto**	- Comitato budget - Direzione strategica
Fase 8	**Connessione funzionale con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità**	- Direzione aziendale - Uffici di staff
Fase 9	**Collegamento/Integrazione coi documenti di programmazione economico finanziaria**	- Direzione aziendale - Uffici di staff

Si distingue tra Obiettivi Strategici e Operativi sulla base dell'arco temporale a cui fanno riferimento, di lungo periodo o, comunque, pluriennale nel caso di Obiettivi strategici, di breve periodo nel caso di Obiettivi operativi.

La periodica misurazione dei risultati ottenuti ed il confronto con gli obiettivi individuati fa si che ad ogni livello dell'organizzazione si possa svolgere la funzione di gestione, misurando e "controllando" le performance gestionali. A tal proposito assumono rilevanza fondamentale e determinante i sistemi informativi contabili ed extracontabili a cui l'Azienda farà affidamento.

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

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

13 COMUNICAZIONE DEL PIANO

L'Azienda ha l'obbligo di pubblicare il processo e i contenuti del PP in coerenza con la disciplina stabilita dal decreto legislativo n. 33/2013.