



Azienda Ospedaliera Brotzu

Relazione sulla Performance

Anno 2012



Sommario

1. DEFINIZIONI E FINALITA'	3
2. LA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	4
3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	6
3.1 Gli strumenti di programmazione Economico Finanziaria	7
3.1.1 La Pianificazione Annuale	8
3.1.2 Le Performance Organizzative per Centri di Responsabilità	10
3.2 Sintesi delle Performance di Unità Operativa	10
4 LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	11



1. DEFINIZIONI E FINALITA'

Il presente documento ha la finalità di rappresentare i risultati conseguiti dall'Azienda Ospedaliera Brotzu (di seguito AOB), coerentemente con i principi generali di rappresentatività e trasparenza di cui al Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009 "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". L'impostazione del documento è altresì in linea con quanto indicato 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".

Esso vuole rappresentare lo stato di attuazione del ciclo di gestione della performance compresi tutti gli strumenti funzionali alla prescritta valutazione delle prestazioni e dei risultati.

La performance generale attesa 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 si svolge con cadenza annuale e si sviluppa nell'arco temporale del Piano triennale della performance; esso deve tradurre operativamente 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.

La Relazione sulla Performance approfondirà gli elementi che incidono sulla perseguibilità dei risultati attraverso l'analisi condotta nel dettaglio degli indicatori di performance con particolare attenzione ai due prevalenti ambiti di performance: organizzativa e 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. Essa afferisce alla sfera organizzativo-gestionale dell'Azienda.

La **performance individuale** è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi della propria struttura di appartenenza per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e



degli stakeholder; i criteri per la misurazione delle performance individuali sono individuati collegialmente previa informativa da parte del dirigente responsabile a tutti i collaboratori in via preventiva circa gli obiettivi da raggiungere.

Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno.

La performance organizzativa e la performance individuale sono parte integrante del ciclo della performance.

2. LA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

L'art 10 comma 1 lettera b) del DLgs 150/2009, individua nella Relazione sulla Performance (di seguito RP) il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, rappresentano i risultati conseguiti rispetto alle performance programmate nell'ambito del Piano della Performance e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria.

La Relazione sulla performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera b), del decreto:

- è un documento di sintesi, da adottarsi entro il 30 giugno di ogni anno, o comunque, compatibilmente con il completamento del processo di verifica dei risultati a cura dell'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV);
- è redatto in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà le risultanze rispetto alle attività di pianificazione del ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso comprende:

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

La Relazione è il documento con il quale si rappresenta lo svolgimento del ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto). È un documento di sintesi in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target. Le verifiche finali e la rendicontazio-



ne della performance sono basati sui 3 elementi appena citati. Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, la Relazione è redatta con lo scopo di assicurare "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance".

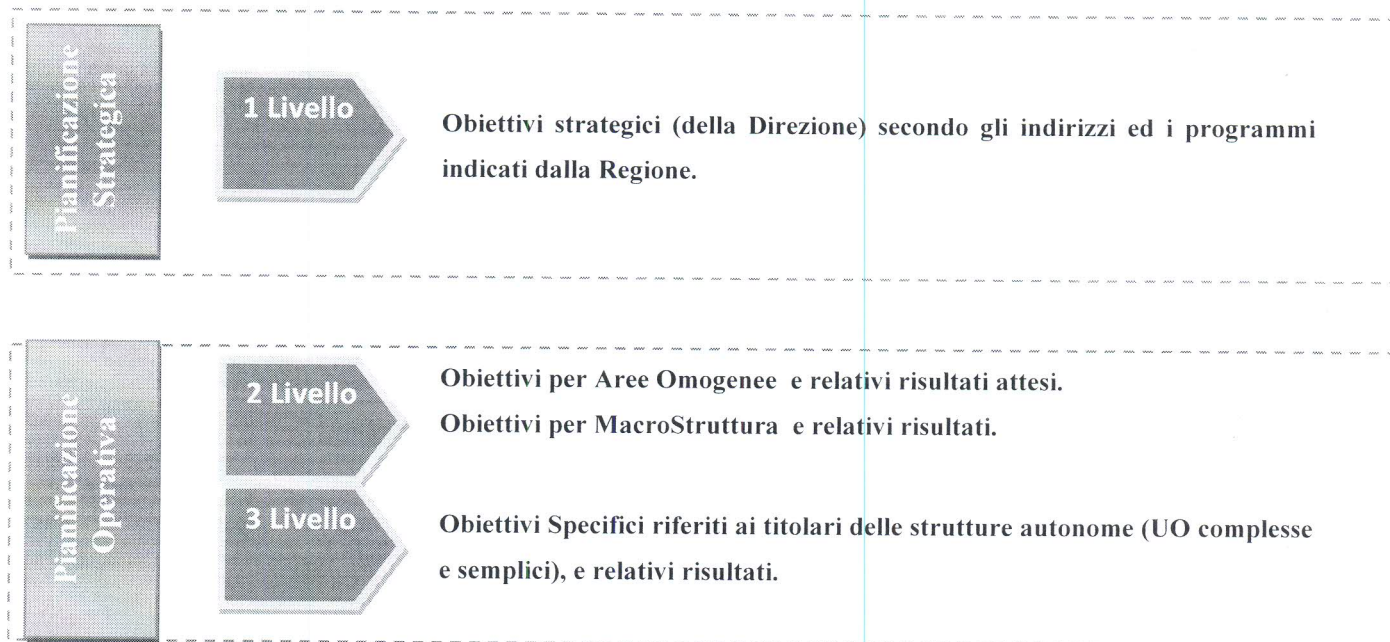
Le caratteristiche dei risultati che traggono origine dalla pianificazione aziendale delle performance sono:

- a. la rilevanza e la pertinenza degli obiettivi adottati rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b. la specificità e la misurabilità in termini concreti e chiari;
- c. la capacità di determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d. l'individuazione di un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- e. i valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f. confrontabilità con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g. correlazione alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.



3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

L'anno 2012 ha visto la definizione delle logiche di programmazione sviluppate secondo le seguenti linee, ovvero sulla base della definizione di obiettivi, di indicatori di 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 è proceduto per livelli:

- 1° Livello, gli obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione;
- 2° livello, obiettivi di macrostruttura (Dipartimenti, Direzione strategica) appositamente declinati rispetto ai precedenti ed orientati verso il livello organizzativo sottostante;
- il 3° livello, quello cioè riferito ai titolari delle strutture autonome (complesse e semplici dipartimentali con budget autonomo), dove vengono individuati obiettivi operativi "specifici".

A livello di strutture complesse o semplici dipartimentali dotate di autonomia nella gestione delle risorse, è stato prioritario individuare un congruo numero di obiettivi sfidanti, cioè tali da stimolare apprezzabili performance rispetto al periodo di riferimento. Sempre in relazione al sistema degli obiettivi di struttura, gli stessi, così come i relativi indicatori, sono stati adeguatamente "pesati", in modo da rispecchiare gli effettivi livelli di impegno nel loro conseguimento, anche in considerazione delle risorse effettivamente disponibili.

3.1 Gli strumenti di programmazione Economico Finanziaria

Nell'anno 2012 la programmazione strategica per obiettivi è stata sviluppata in coerenza 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 delle Aziende Sanitarie della Sardegna gli obiettivi strategici del Servizio Sanitario Regionale, i quali sono suddivisi per area di attività in: A) obiettivi assistenziali; B) obiettivi economici; C) obiettivi organizzativi.

A. Obiettivi assistenziali

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 inappropriata (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. Obiettivi organizzativi

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) obiettivo 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;

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 predefiniti 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 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.

3.1.1 La Pianificazione Annuale

La Direzione Strategica dell'AOb, 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 2012 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 2012 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 della formazione del personale medico e del personale del comparto
3	Abbattimento dell'inappropriatezza dei ricoveri
4	Ottimizzazione dell'utilizzo di risorse umane e strutturali
5	Monitoraggio e controllo dei consumi di 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.

La pianificazione annuale 2012 si è posta come finalità aggiuntiva quella di consolidare il sistema del budget implementato solo da pochi anni secondo le caratteristiche richiamate nei CCNL e rafforzate nelle loro priorità dal DLgs 150/2009. Il fine ultimo della pianificazione annuale 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 struttura a valenza budgetaria.

3.2 Sintesi delle Performance di struttura a valenza budgetaria

Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione che si è avvalso dell'istruttoria formulata dalla Struttura Tecnica Permanente, si è arrivati a definire le performance organizzative delle singole strutture a valenza budgetaria.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante nelle parti non abrogate dal DLgs n. 150/2009.

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU			
BUDGET 2012			
PERFORMANCE 2012			
STRUTTURA	VERIFICA AOB	INTEGRAZIONE % OIV	2012
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CARDIACA	90,07%	1,93%	92,00%
S. C. CARDIOLOGIA	71.27%	8.73%	80.00%
S. C. CARDIOCHIRURGIA	80.35%	3.65%	84.00%
S. C. CARDIOANESTESIA	79.11%	1.89%	81.00%
S. C. EMODINAMICA	80.87%	2.13%	83.00%
S. C. CHIRURGIA VASCOLARE E TORACICA	76.56%	3.44%	80.00%
S. S. D. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	58.94%	6.06%	65.00%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	71,54%	3,46%	75,00%
S. C. CHIRURGIA GENERALE	83.33%	1.67%	85.00%
S. C. NEUROCHIRURGIA	82.45%	7.55%	90.00%
S. C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	65.63%	1.37%	67.00%
S. C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	80.23%	1.77%	82.00%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	70.29%	1.71%	72.00%
S. C. OCULISTICA	70.92%	1.08%	72.00%
S. C. GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA	76.58%	3.42%	80.00%
S. C. SENOLOGIA	78.12%	1.88%	80.00%
S. S. D. PATOLOGIA DELLA TERZA ETA' E CHIRURGIA DEL PAVIMENTO PELVICO	77.66%	2.34%	80.00%
S. S. D. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA	72.52%	2.48%	75.00%
S. S. D. NEONATOLOGIA	70.85%	6.15%	77.00%
S. S. D. TRAPIANTO DI FEGATO	75.00%	4.00%	79.00%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	73,72%	8,28%	82,00%
S. C. DI ANESTESIA	83.01%	1.99%	85.00%
S. C. DI CHIRURGIA D'URGENZA	76.84%	8.16%	85.00%
S. C. DI ORTOPEDIA	76.74%	5.26%	82.00%
S. C. DI PRONTO SOCCORSO E OBI	79.80%	5.20%	85.00%
S. C. DI RIANIMAZIONE	80.87%	4.13%	85.00%
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	83,70%	2,30%	86,00%
S. C. DIABETOLOGIA	72.86%	2.14%	75.00%
S. C. MEDICINA I	73.71%	6.29%	80.00%
S. C. MEDICINA II	82.97%	4.03%	87.00%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	77.64%	6.36%	84.00%
S. C. PEDIATRIA	75.00%	9.00%	84.00%
S. S. D. CENTRO DISTURBI PERSASIVI	76.73%	9.27%	86.00%
S. S. D. CENTRO MALATTIE DISMETABOLICHE	75.23%	5.77%	81.00%
S. S. D. NEURORIABILITAZIONE	80.56%	7.44%	88.00%
DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE	89,94%	2,06%	92,00%
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	77.54%	7.46%	85.00%
S. C. UROLOGIA	82.09%	7.91%	90.00%
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	86.70%	3.30%	90.00%
S. S. D. DAY HOSPITAL UROLOGICO	87.70%	2.30%	90.00%
DIPARTIMENTO SERVIZI E IMMAGINI	74,28%	5,72%	80,00%
S. C. ANATOMIA PATOLOGICA	80.00%	5.00%	85.00%
S. C. IMMUNOEMATOLOGIA	73.73%	6.27%	80.00%
S. C. LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE	76.21%	9.79%	86.00%
S. C. RIABILITAZIONE FISICA	81.94%	6.06%	88.00%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	82.74%	2.26%	85.00%
S. C. RADIOLOGIA	76.27%	4.73%	81.00%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	85.89%	4.11%	90.00%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIODINAMICA E LABORATORIO VITREO	84.61%	1.39%	86.00%
DIREZIONE GENERALE			
STAFF DIREZIONE GENERALE	94,00%	0,00%	94,00%
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	95,00%	0,00%	95,00%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA			
STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA	94,00%	0,00%	94,00%
SERVIZIO AMMINISTRATIVO	94,00%	0,00%	94,00%
SERVIZIO MANUTENZIONI	94,00%	0,00%	94,00%
SERVIZIO PERSONALE	94,00%	0,00%	94,00%
SERVIZIO PROVVEDITORATO	94,00%	0,00%	94,00%
SERVIZIO PROTEZIONE E PREVENZIONE	89,50%	0,00%	89,50%
DIREZIONE SANITARIA			
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	95,00%	0,00%	95,00%
FARMACIA	95,00%	-5,00%	90,00%