



# AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI

## Relazione sulla performance 2018



1. PREMESSA .....	2
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA.....	3
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI.....	7
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE .....	12
ALLEGATO A. RISULTATI VERIFICA BUDGET 2018 PER STRUTTURA .....	14

## 1. Premessa

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, in coerenza con gli strumenti istituzionali di programmazione adotta annualmente il Piano della Performance che, quale documento programmatico a valenza pluriennale e di collegamento tra pianificazione strategica e programmazione operativa, consente la coerenza ed integrazione tra indirizzi strategici istituzionali nazionali e regionali ed obiettivi aziendali. Con l'adozione del Piano l'Azienda avvia un percorso di effettivo orientamento ai risultati, per il miglioramento organizzativo e dei servizi erogati, rendendo più trasparente il proprio operato agli stakeholder.

La presente Relazione sulla Performance 2018 vuole illustrare i risultati raggiunti dall'AOU Careggi nel corso dell'anno 2018 rispetto agli obiettivi prefissati, derivanti dalle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali. Tale Relazione è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda stessa è costituita.

La misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni può consentire un continuo miglioramento dei risultati delle diverse strutture e persone, premiando quelle virtuose e di eccellenza nonché riducendo gli sprechi e le inefficienze. Misurare permette alle persone che lavorano nelle organizzazioni di comprendere i propri punti di forza e di debolezza attivando quindi il cambiamento e riducendo la tendenza ad accontentarsi di risultati soddisfacenti, ricercando continuamente di migliorarsi. Misurare consente di governare al meglio l'azienda e le strutture che la compongono in quanto il solo fatto che i fenomeni siano misurati porta ad individuare le criticità, ad adottare azioni correttive e quindi a migliorare la performance delle strutture stesse. Ogni sistema di misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento ed innovazione.

La misurazione e valutazione della performance è un processo fondamentale per:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare nonché i risultati conseguiti;
- migliorare il sistema di comunicazione degli obiettivi aziendali;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance;
- guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- motivare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici.

Sono ormai diversi anni che in sanità si sta cercando di passare da sistemi di valutazione dell'economicità e dell'efficienza a sistemi di valutazione dell'efficacia e dell'equità e, più in generale, della performance in ottica multidimensionale. La principale difficoltà sta nel fatto che non sempre esistono standard di riferimento anche se si stanno diffondendo a livello nazionale diversi sistemi di misurazione della performance. Tra questi l'AOU Careggi fa riferimento principalmente al Bersaglio del MES – elaborato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ed al Programma Nazionale Esiti di AGENAS, che definiscono indicatori e standard di riferimento con i quali potersi confrontare. E sono proprio tali sistemi di indicatori che l'azienda Careggi ha adottato nel proprio percorso di budget, ormai da una decina di anni per gli indicatori MES, dal 2016 per gli indicatori PNE, dal 2017 per gli indicatori CRISP. Gli indicatori MES, in un'ottica multidimensionale, abbracciano diversi aspetti: clinici e sanitari, economici e finanziari, di capacità di perseguimento delle strategie regionali, di valutazione interna ed esterna; gli indicatori PNE sono indicatori di esito delle cure e rappresentano strumenti di supporto per auditing clinici ed organizzativi al fine di migliorare l'efficacia e l'equità delle cure.

La Relazione descrive i risultati raggiunti per ciascuno dei tre livelli:

- a. la *performance organizzativa dell'Azienda* rispetto alla valutazione che fa annualmente il MES attraverso il Bersaglio; ai risultati del Piano Nazionale Esiti; alla nuova valutazione CRISP-MES.
- b. la *performance organizzativa delle strutture aziendali* rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il percorso di budget;
- c. la *performance individuale* del personale dipendente dell'Azienda.

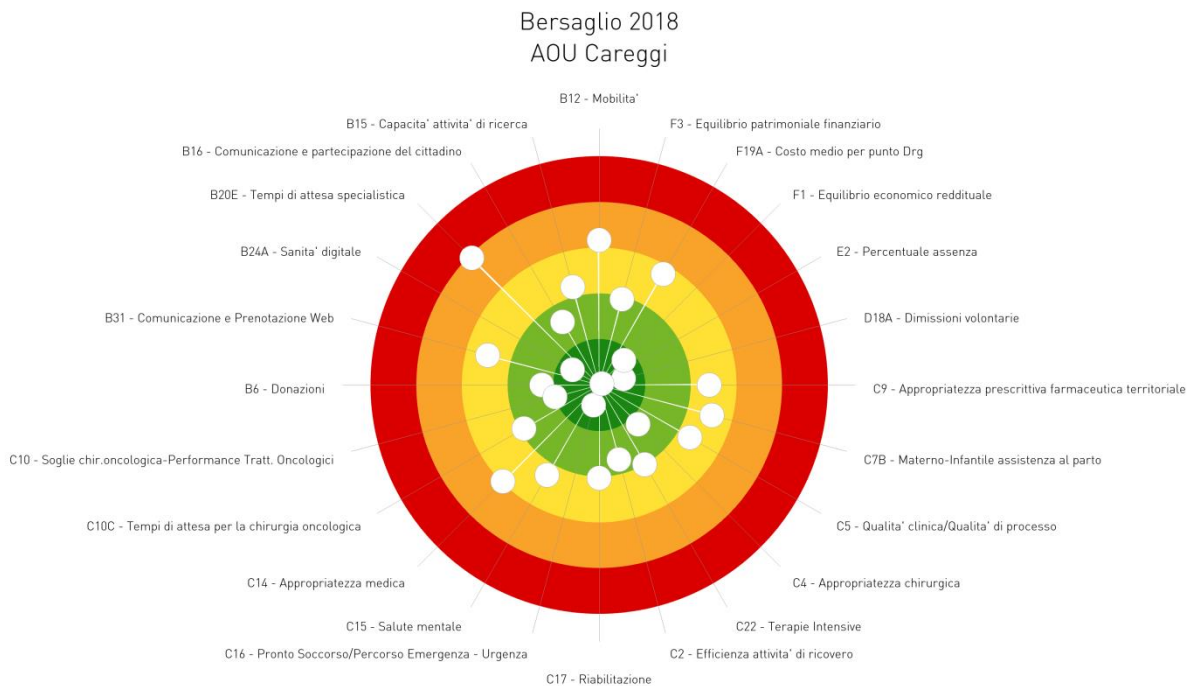
## 2. Performance organizzativa dell'Azienda

La valutazione della performance dell'azienda è effettuata innanzitutto dal MES (Laboratorio management e sanità) che, su incarico della Regione Toscana, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il Bersaglio, un sistema di indicatori raggruppati, secondo il modello di balance scorecard. Tale sistema di valutazione risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle proprie aziende sanitarie a confronto con quella delle altre regioni, nonché a confronto tra loro all'interno della stessa regione.

All'inizio dell'anno viene definito per ciascuna azienda un valore atteso per ciascun indicatore del Bersaglio che deve durante l'anno avvicinarsi il più possibile a tale valore. Per rappresentare in modo sintetico la performance Aziendale viene utilizzato lo schema del "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione. L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro. Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- fascia verde scura, fascia più centrale al bersaglio: performance ottima;
- fascia verde chiaro: performance è buona;
- fascia gialla: la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione: la performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa: presenta una situazione preoccupante con ampi margini di miglioramento.

Si riporta di seguito la valutazione per l'anno 2018 fatta dal MES tramite il Bersaglio per l'AOU Careggi.



Il Bersaglio dell'AOU Careggi ha evidenziato come l'azienda abbia perseguito nell'anno 2018 buoni risultati complessivi dal punto di vista organizzativo e gestionale ed ottime performance in molte dimensioni misurate nel confronto con le altre aziende. Da una visione complessiva del Bersaglio la maggior parte degli indicatori o gruppi di indicatori valutati (punti bianchi) si collocano infatti nelle fasce vicine al centro mentre risultano pochi gli indicatori posizionati sulle fasce esterne. Più nello specifico il gruppo di indicatori collocati nel bersaglio nella fascia rossa ed arancione sono 3, nella fascia gialla 10, nella fascia verde chiaro 7, nella fascia verde scuro 5. Circa la metà della totalità degli indicatori, il 48%, ha quindi performance buona/ottima, il 40% performance media, il 12% performance da migliorare.

Nonostante sussistano ancora margini di miglioramento per una parte degli indicatori, i risultati 2018 confermano il trend positivo avviato in questi anni, evidenziando infatti un continuo miglioramento della performance complessiva. L'azienda raggiunge infatti risultati di eccellenza in diversi ambiti mentre risultano con performance scarsa da migliorare solo i tempi di attesa specialistica (l'indicatore valuta il tempo di attesa relativo per le visite e esami di diagnostica dichiarate dall'azienda come primo contatto) e l'attrazione extraregione per DRG ad alta complessità (unico indicatore valutato nell'ambito della mobilità).

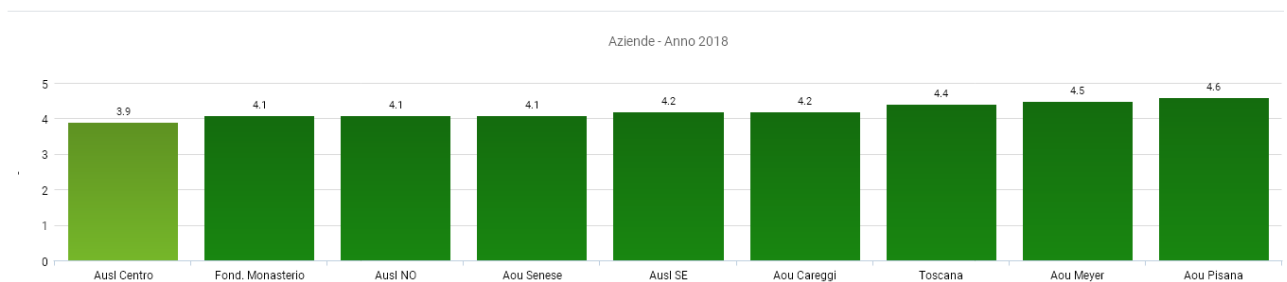
Si sono inoltre registrati miglioramenti in ambiti quali: appropriatezza medica e appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale che, rispetto al precedente anno, da performance scarsa sono passati a performance media; l'efficienza dell'attività di ricovero che da performance media è passata a buona; pronto soccorso/ percorso emergenza-urgenza che da performance media è passato a performance ottima. Quest'ultimo ambito assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: % accessi in PS con codice rosso (emergenza) ricoverati, deceduti o trasferiti; % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione; % accessi ripetuti in PS entro 72 ore; % dimessi con permanenza in PS < 6 ore; % abbandoni dal PS; non vi sono pertanto gli indicatori sui tempi di risposta per codice colore, indicatori che negli anni passati erano critici.

Nei grafici riportati di seguito si riporta l'andamento degli indicatori con performance ottima: sanità digitale, equilibrio economico-reddituale, dimissioni volontarie, soglie chirurgia oncologica/ performance trattamenti oncologici, Pronto soccorso/percorso emergenza-urgenza.

#### B24A Sanità digitale



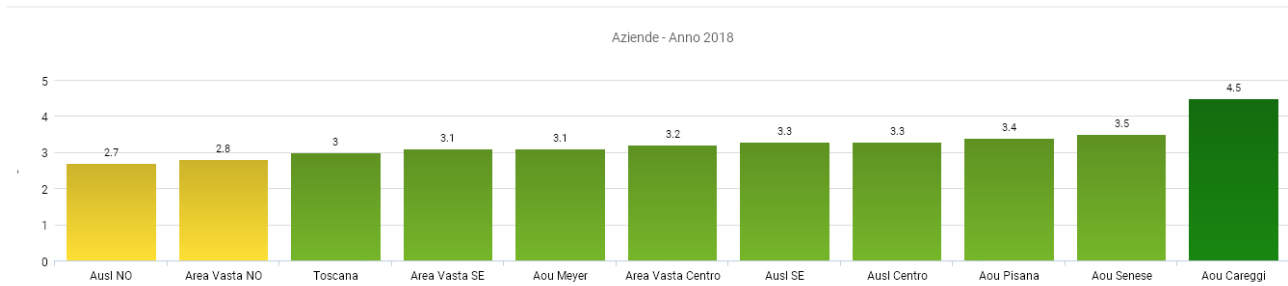
#### F1 Equilibrio economico reddituale



#### D18A Dimissioni volontarie



**C16 Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza**

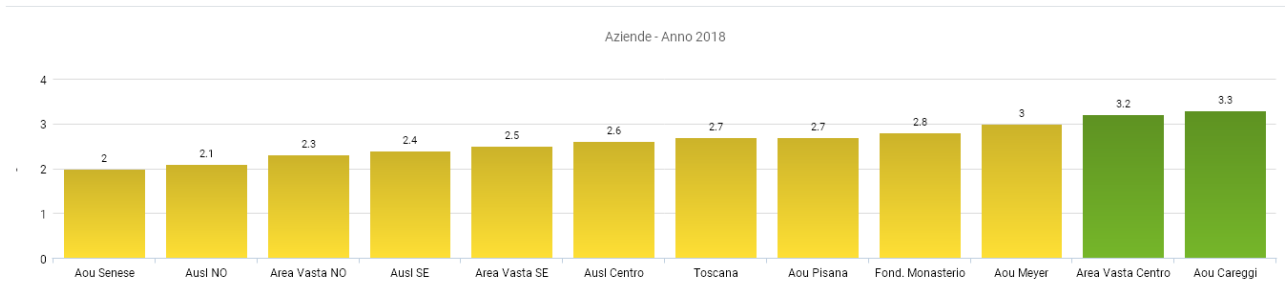


**C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici**



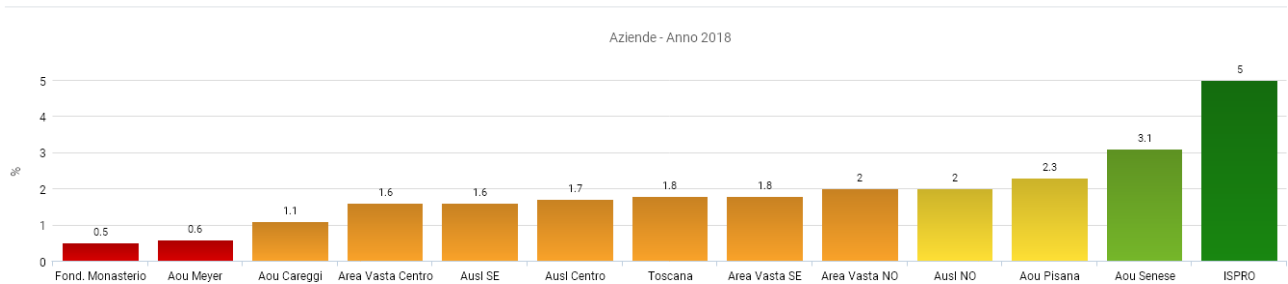
Nell'efficienza dell'attività di ricovero, pur non raggiungendo ancora la performance ottima, l'azienda è salita da performance media a buona e risulta la migliore tra aziende toscane.

**C2 Efficienza attività di ricovero**



Gli ambiti nei quali sussistono invece ancora ampi margini di miglioramento sono i tempi di attesa per prestazioni specialistiche e la mobilità valutata con l'indicatore sulla % attrazioni extraregione per DRG ad alta complessità (TUC), come riportato nei grafici sottostanti.

**B20E Tempi di attesa specialistica**

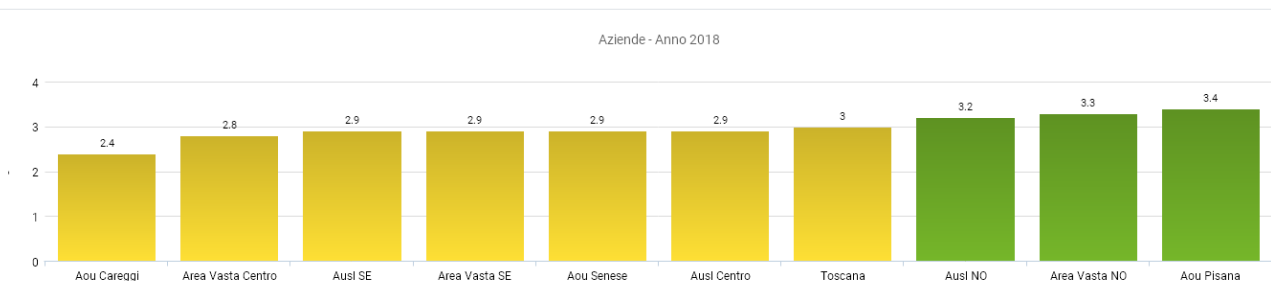


**B12 Mobilità**



Ambiti di miglioramento risultano anche nell'ambito del Materno Infantile - assistenza al parto dove l'azienda, seppur collocandosi in fascia media rileva una performance peggiore rispetto alle altre aziende toscane.

**C7B Materno-Infantile assistenza al parto**



A partire dal 2014 per le AOU del Network delle Regioni è stato sperimentato un ulteriore modello di valutazione, quello del CRISP (Centro di ricerca universitario per i servizi di pubblica utilità dell'università degli studi di Milano-Bicocca), al fine di confrontare e valutare l'efficacia dell'attività svolta. La finalità principale non è quella di produrre graduatorie e classifiche tra aziende e reparti bensì quella di fornire ulteriori strumenti di supporto per il miglioramento continuo delle performance. Il confronto dell'efficacia tra reparti della medesima specialità in contesti aziendali simili quali gli ospedali universitari, consente infatti di individuare potenziali criticità da analizzare attraverso specifici audit interni sulla qualità dei dati, sull'organizzazione dei percorsi, sulle risorse a disposizione nonché sulla pratica clinica. Tale confronto, allo stesso tempo, consente di individuare best practice che meritano di essere approfondite non solo dal punto di vista della pratica clinica ma anche rispetto ai modelli organizzativi e gestionali.

L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 indicatori di outcome: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito dello stesso ricovero. Le specialità prese in considerazione sono 8: cardiocirurgia, cardiologia, medicina generale, chirurgia generale, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, urologia. Il modello prevede 3 fasce di valutazione: rosso, giallo e verde ed è di tipo "conservativo" in quanto è costruito in modo tale che viene segnalato un risultato sia in senso positivo che negativo solo se è notevole la differenza con l'outcome atteso. Il sistema di valutazione si basa quindi su 3 livelli che hanno come obiettivo quello di evidenziare best practice o criticità da approfondire.

A giugno 2019 non è ancora disponibile la valutazione dell'AOU Careggi col metodo CRISP a livello di disciplina ed a livello di singola struttura all'interno delle diverse discipline. Tali indicatori sono state tuttavia tenuti monitorati e valutati calcolandoli internamente all'azienda mostrando buoni risultati per la mortalità totale e per i ricoveri ripetuti, mentre presentano margine di miglioramento per i ritorni in sala operatoria.

Altro strumento di valutazione della performance organizzativa aziendale è rappresentato dal Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Secondo tale sistema di valutazione il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale ovvero peggiore.

A partire dal 2016 tutti gli indicatori di esito del PNE sono stati introdotti nelle schede di budget delle strutture interessate: la legge di stabilità 2016 all'art. 30 infatti afferma che le aziende sanitarie entreranno in piano di rientro non solo se non rispettano l'equilibrio economico ma anche se non rispettano i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure ed è sufficiente che la qualità assistenziale in una sola area sia molto bassa (rossa) o bassa (arancione) e rappresenti almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, ovvero che sia molto bassa (rossa) e rappresenti il 15% delle dimensioni totali, a determinare che l'azienda sia collocata in piano di rientro.

Nonostante AGENAS non abbia ancora pubblicato i dati del PNE 2018 (sono usciti da poco i dati dell'attività 2017) tali indicatori, presenti nelle schede budget, sono stati monitorati e valutati nel corso di tutto l'anno calcolandoli al nostro interno; il 67% degli indicatori si collocano nella fascia verde, assumendo quindi valori sopra la media nazionale ed il restante 33% nella fascia gialla (media nazionale) mentre non ve ne è alcuno nelle fasce arancione o rossa.

Anche ARS, con il programma PrOsE li ha calcolati con riferimento all'anno 2018, risultando ottime performance al di sopra o nella media in tutte le otto aree cliniche monitorate (tempo dipendenti, area medica, chirurgia generale, chirurgia oncologica, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, area ortopedica, area nascita). Unica eccezione la mortalità per ictus correlata alla centralizzazione dei pazienti più gravi o complessi essendo AOUC il centro HUB per i trattamenti invasivi neurovascolari per via arteriosa percutanea e chirurgica.

### 3. Performance organizzativa delle strutture aziendali

#### *Processo di verifica budget e rappresentazione degli esiti*

Il processo di budget si conclude con la verifica del grado di raggiungimento di tutti gli obiettivi contenuti nelle schede budget. Tale fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando sono disponibili i dati consolidati e si provvede ad effettuare la verifica finale dei risultati raggiunti; vengono calcolati tutti gli indicatori con riferimento all'anno in corso, caricati nelle singole schede di budget di ciascuna struttura, calcolato lo scostamento dal valore atteso ed i corrispondenti punti realizzati per ciascun indicatore, nonché il grado per il raggiungimento complessivo di ciascuna struttura.

Per ciascun indicatore sono definite delle fasce di valutazione che prevedono, a seconda dello scostamento dal valore atteso, 7 fasce di valutazione mentre per gli indicatori MES e PNE le fasce sono 5, corrispondenti a quelle definite dal MES/AGENAS. In caso di non totale raggiungimento il peso corrispondente a ciascun indicatore si riduce proporzionalmente; la sommatoria di tutti pesi così calcolati dà luogo al grado di raggiungimento finale degli obiettivi di budget delle strutture e rappresenta la performance della struttura stessa. Il grado di raggiungimento finale di ciascuna struttura può variare da 0% a 100%.

Le schede di budget possono essere consultate da parte di ciascun professionista in ogni momento su una piattaforma web aziendale; in corrispondenza di ogni indicatore vi è un campo Note che dà la possibilità durante l'anno ai singoli direttori di struttura di scrivere qualsiasi osservazione od annotazione ritengano utile ai fini della valutazione dell'obiettivo stesso. Quando è terminata la verifica finale viene data comunicazione a tutti i direttori di struttura di consultare ed analizzare la propria scheda budget, lasciando la possibilità a ciascuno di inviare alla direzione eventuali controdeduzioni e/o spiegazioni relativamente agli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti. Una volta acquisite e valutate tali osservazioni le schede di verifica vengono fatte sottoscrivere da ciascun direttore di struttura e trasmesse all'OIV per l'approvazione finale.

Nel complesso gli obiettivi di budget 2018 a più alta valenza strategica sono stati pienamente raggiunti a livello di azienda.

Gli indicatori MES, ormai presenti da anni, sono tutti in linea con i valori attesi ad eccezione dei tempi medi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici (per mammella, prostata, retto). Gli indicatori CRISP raggiungono una buona/ottima performance nella mortalità totale e nei ricoveri ripetuti, margine di miglioramento per i ritorni in sala operatoria.

Raggiungono performance ottima, buona o media tutti gli indicatori di esito del PNE, senza avere nessun indicatore e tanto meno macroarea con performance scarsa o molto scarsa, elemento per il quale le aziende potrebbero andare in piano di rientro.

Sugli obiettivi di appropriatezza del consumo dei farmaci e dispositivi medici, secondo le indicazioni regionali, è stato fatto un grosso lavoro portando a fine anno ottimi risultati in diversi ambiti quali l'appropriatezza della scelta dei farmaci antifungini e delle eparine a basso peso molecolare nonché l'incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari anche se in altri ambiti non sono stati raggiunti alcuni obiettivi assegnati quali la riduzione del consumo di antibiotici e dell'albumina nonché l'utilizzo dei guanti chirurgici in lattice.



Sono poco più del 60% le strutture che chiudono le SDO entro 3 giorni. Le richieste di prestazioni di laboratorio per i pazienti ricoverati che, agendo sull'appropriatezza, dal 2014 sono costantemente calate, nel 2018 non registrano più una riduzione bensì un lieve incremento (+3%) indice del fatto che dopo tanti anni di riduzione, raggiunta l'appropriatezza, non è più possibile ridurre ulteriormente (ed infatti tale indicatore non è stato più riproposto per il 2019). La percentuale di prescrizioni elettroniche è ulteriormente incrementata raggiungendo, a livello di azienda, l'85%.

Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali indicatori trasversali che hanno coinvolto la maggior parte delle strutture, ovvero degli indicatori specifici che riguardano poche strutture ma che hanno un'importanza strategica per l'azienda.

AOU CAREGGI - SCHEDA BUDGET GEN-DIC. 2018 SOD/UO AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAREGGI (CdR 090903)									
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PE S O	VALORE ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS V.A.	% RAGGIUNGI MENTO	
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1569	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	3	-15	< -16	-16	0	100
		IND1568	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	3	-18	< -15	-06	0,09	100
	CONTENIMENTO DEGENZA PREOPERATORIA	IND583	MES: DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERI PROGRAMMATI > 1GG	3	.77	< 1	.84	-0,16	100
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	IND1317	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	1	%	< 2.3 %	2.7 %	0,4	80
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	INCREMENTO GESTIONE LEA CHIR. IN REGIME DS	IND1910	MES: % STANDARD LEA CHIRURGICI RAGGIUNTI IN DS	3	86.78 %	> 94.91 %	85.43 %	-9,48	80
APPROPRIATEZZA MEDICA	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	IND582	MES: SCOST. PERC. NUMERO RICOVERI PER DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	3	-12.34 %	< -5 %	-21.11 %	-16,11	100
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA	IND1570	MES: PERC. RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA >= 65 ANNI	2	1.96 %	< 1.96 %	1.44 %	-0,52	100
	CONTENIMENTO DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	IND584	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	1	10.01 %	< 6 %	11.18 %	5,18	80
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	IND589	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	2	77.33 %	> 80 %	76.83 %	-3,17	80
		IND632	MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	1	26.97 %	< 25 %	21.84 %	-3,16	100
		IND1985	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	1	5.45 %	< 5.14 %	6.6 %	1,46	80
		IND587	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	2	71.12 %	> 87.68 %	75.98 %	-11,7	80
		IND1919	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO: COMPLICANZE A 30 GG DALL'INTERVENTO	2	3.7 %	< 2 %	2.5 %	0,5	90
		IND1341	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	1	86.56 %	> 93.29 %	87.82 %	-5,47	80
		IND2143	MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	2	55.54 %	> 59.53 %	66.54 %	7,01	100
		IND2144	MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	1	64.88 %	> 68.38 %	64.37 %	-4,01	80
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	IND1935	% SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	3	90.91 %	= 100 %	94 %	-6	94
		IND1936	% SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	3	90 %	= 100 %	96 %	-4	96
		IND1937	% SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	2	65 %	= 100 %	65 %	-35	65
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO TEMPI DI ATTESA PER PZ. ONCOLOGICI	IND2576	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ATTESA MEDIA PER INTERVENTI CHIR. PER TUMORE ENTRO 30GG	2	%	= 100 %	64 %	-36	64



OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PE S O	VALORE ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS V.A.	% RAGGIUNGI MENTO	
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	IND1337	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	1	2.14 %	< 1.5 %	1.6 %	0,1	80
		IND1221	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	2	5.03 %	< 6 %	3.44 %	-2,56	100
		IND1338	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	1	2.12 %	< 1.5 %	2.13 %	0,63	60
		IND1344	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	2	10.48 %	< 6 %	5.03 %	-0,97	100
		IND1345	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	2	10.95 %	< 8 %	5.49 %	-2,51	100
		IND1339	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	1	0 %	< .5 %	1.09 %	0,59	60
		IND1223	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	2	2.03 %	< 1 %	1.85 %	0,85	80
		IND993	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	2	.31 %	< 1 %	.34 %	-0,66	100
		IND1222	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2	3.1 %	< 2 %	3.42 %	1,42	80
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	IND1362	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	1	.95 %	< 1.5 %	1.08 %	-0,42	100
		IND1360	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	2	3.77 %	< 3 %	1.96 %	-1,04	100
		IND1220	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	1	1.54 %	< 1 %	1.9 %	0,9	60
		IND1578	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	2	5.21 %	< 5 %	5.35 %	0,35	80
		IND991	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	2	6.82 %	< 0 %	6.68 %	-2,32	100
		IND992	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	2	11.03 %	< 5 %	8.39 %	3,39	60

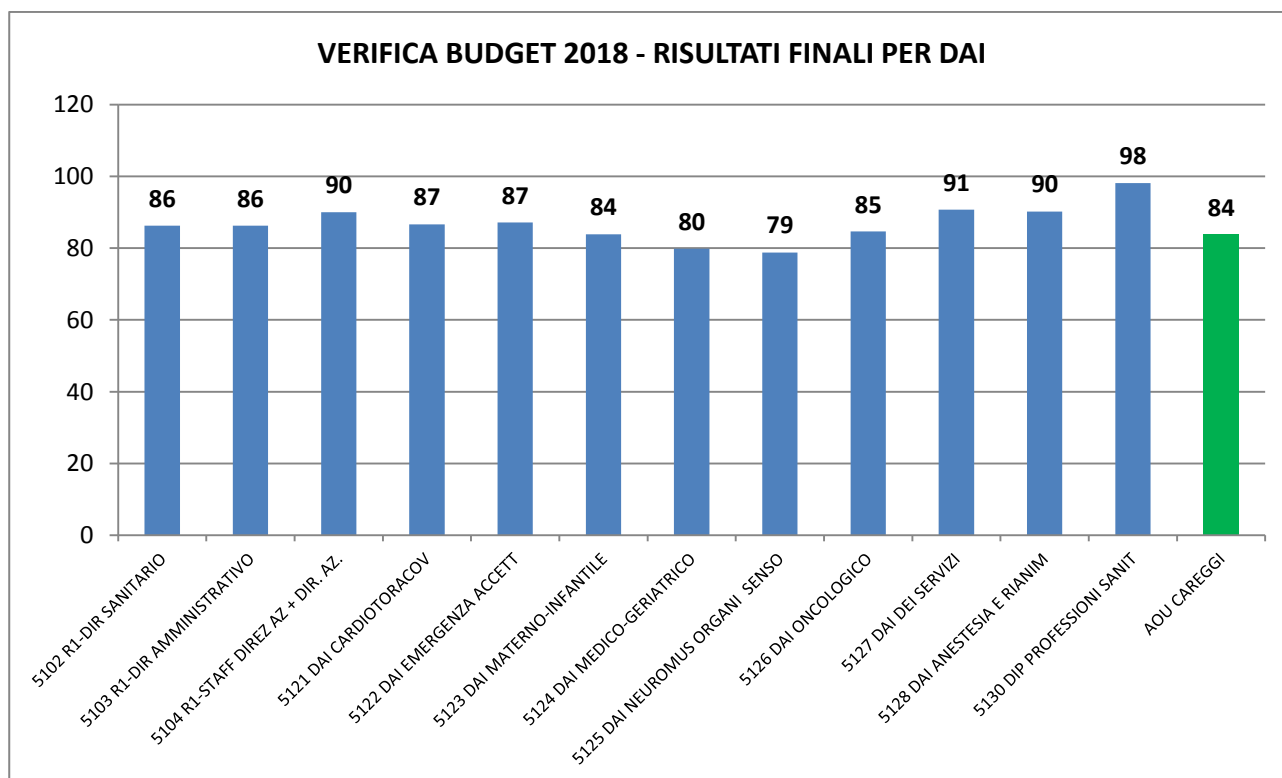
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE		PE S O	VALORE ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS V.A.	% RAGGIUNGI MENTO
CORRETTA REGISTRAZIONE	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO/ CARTELLE	IND1955	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	2	63.18 %	= 100 %	64.09 %	-35,91	60
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE	APPROPRIATEZZA PREST. RICHIESTE DI DIAGN. DI LABORATORIO	IND1674	SCOST. PERC. COSTO PREST. RICHIESTE DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI/ GG DEGENZA R.O. (vs anno prec.)	1	-8.4 %	-2 %	3.11 %	5,11	0
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	IND1015	SCOST. PERC. COSTO ANTIBIOTICI INIETTABILI PER GG DEGENZA	3	%	-2 %	3.55 %	5,55	0
	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	IND1977	PERC. DDD CASPOFUNGIN/ (CASPOFUNGIN+ MICAFUNGIN + ANIDALAFUNGIN)	3	%	> 90 %	95 %	5	100
		IND1016	SCOST. PERC. COSTO FARMACI ANTIFUNGINI INIETTABILI/ ALTO COSTO PER GG DEGENZA	3	%	-2 %	-24 %	-22	100
	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	IND1723	PERC. (PARNAPARINA + NADROPARINA + BEMIPARINA)/TOT. EBPM PER PZ. RICOVERATI	3	%	> 80 %	85 %	5	100
APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA	IND1021	SCOST. PERC. COSTO ALBUMINA PER GG. DEGENZA	2	%	-10 %	-1.5 %	8,5	0	
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/ EQUIVALENTE	IND1033	PERC. INFILIXIMAB BIOSIMILARE/ TOT. INFILIXIMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	2	%	> 95 %	98.6 %	3,6	100
		IND1957	PERC. MG RITUXIMAB ENDOVENA BIOSIMILARE/ TOT. MG RITUXIMAB ENDOVENA (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	3	%	= 100 %	96 %	-4	96
		IND1980	PERC. MG TRASTUZUMAB ENDOVENA BIOSIMILARE/ TOT. MG TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	3	%	= 100 %	100 %	0	100
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	APPROPRIATEZZA UTILIZZO CATETERISMO VESCICALE	IND599	PERC CONSUMO CATETERI FOLEY IN LATTICE SILICONATO/ TOTALE CATETERI FOLEY	2	%	> 90 %	92 %	2	100
	RIDUZIONE/ MANTENIMENTO COSTO MATERIALE PER MEDICAZIONE FERITE, PIAGHE, ULCERE	IND1354	SCOST. PERC. CONSUMO MATERIALE PER MEDICAZIONE, FERITE, PIAGHE, ULCERE	2	%	-2 %	-9.6 %	-7,6	100
	APPROPRIATEZZA UTILIZZO GUANTI CHIRURGICI	IND2118	PERC. CONSUMO GUANTI CHIRURGICI IN LATTICE/TOTALE GUANTI CHIRURGICI (LATTICE +SINTETICI)	2	%	> 75 %	25.5 %	-49,5	30
DEMATERIALIZAZIONE	INCREMENTO PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	IND695	N. PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/ TOTALE PRESCRIZIONI	3	81 %	> 80 %	85 %	5	100

Di seguito si riportano i risultati di sintesi per Azienda e Dipartimento della verifica di budget 2018; quelli di SOD sono riportati nell'allegato A del documento. La media dei raggiungimenti finali di tutte le strutture è stata pari all'85,1%; la mediana pari a 86,8%; la moda pari a 80%; il raggiungimento minimo è stato 58%, il massimo 98%.

La tabella sottostante mostra la collocazione di tutte le strutture nelle diverse fasce di performance: nessuna struttura si colloca nella fascia rossa; l'1% si colloca nella fascia arancione come performance scarsa con ampi margini di miglioramento, l'8% in quella gialla come performance media migliorabile, il 21% nella fascia verde chiaro con performance discreta, il 40% in quella verde con performance buona, il 30% in quella verde scuro con performance ottima.

<b>VERIFICA BUDGET 2018 – RISULTATI FINALI PER AZIENDA</b>		
<b>FASCE RAGGIUNGIMENTO</b>	<b>N. SOD/UO</b>	<b>%</b>
0-49	0	0%
50-59	2	1%
60-69	5	8%
70-79	24	21%
80-89	68	40%
90-100	56	30%

Il grafico sottoriportato mostra la % di raggiungimento media di ciascun Dipartimento, sia esso sanitario o non sanitario. La media dei raggiungimenti di tutte le SOD dell'azienda è pari all'84%.



#### 4. La valutazione della performance individuale

##### *Processo di valutazione individuale e rappresentazione degli esiti*

Il Sistema di valutazione della performance individuale dell'anno 2018 ha sottoposto a valutazione tutto il personale dirigente ed il personale del comparto.

La valutazione individuale di tutto il personale è effettuata dai dirigenti responsabili e da altri ruoli di responsabilità. Essa è relativa alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi come indicato nella seguente tabella:

VALUTATO	AMBITI DI VALUTAZIONE anno 2018			VALUTATORE
	Performance organizzativa (budget)	Performance individuale		
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE SANITARIO
	60	20	20	
DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
	60	20	20	
DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARIMENTALE	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
	60	20	20	
DIRIGENTI	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Comportamenti e competenze		DIRETTORE STRUTTURA DI AFFERENZA
	60	40		
POSIZIONI ORGANIZZATIVE	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali	Comportamenti e competenze	DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	80	10	10	
PERSONALE COMPARTO DS e D	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	90	10		
PERSONALE COMPARTO C, BS, B e A	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	90	10		
SUPPORTO METODOLOGICO	ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE			DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	STRUTTURE DELLO STAFF DELLA DIREZIONE AZIENDALE DEPUTATE			

A conclusione del processo di verifica di budget, le schede di valutazione individuale, distinte per livello di responsabilità e per tipologia di incarico, sono messe a disposizione dei valutatori unitamente alla reportistica di supporto. I valutatori di prima istanza effettuano la valutazione tramite colloqui con il personale interessato. Il valutatore ed il valutato, una volta concluso il percorso di valutazione, sottoscrivono le schede in tutte le sue parti e annotano eventuali osservazioni. Tali schede sono quindi trasmesse alle strutture competenti.

Nel processo di valutazione il valutatore, rispetto ad ogni parametro di valutazione presente nella scheda, esprime un giudizio sintetico valorizzato, espressione dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato, secondo una scala di valutazione articolata in 5 gradi: non adeguato, migliorabile, adeguato, buono, eccellente.

Ai fini della prevista validazione complessiva, le schede di verifica individuale che alimentano il fascicolo personale di ciascun dipendente, come le schede di valutazione della performance organizzativa delle singole strutture, sono tenute agli atti e a disposizione dell'OIV.

In linea con le più recenti indicazioni normative (articolo 7, comma 3, decreto legislativo n. 150/2009 così come modificato dal D.P.R. n. 105/2016 e dal D.lgs. n. 74 del 25/05/2017), è attualmente in corso la definizione delle procedure di conciliazione attivabili dai singoli nei casi di valutazione negativa, a superamento dell'attuale meccanismo che vede nell'OIV il valutatore di seconda istanza.



*L'indice di performance individuale complessivo* risulta dalla somma del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza (peso 60 per la dirigenza ed 80/90 per il comparto) e dal risultato della valutazione individuale (peso 40 per la dirigenza e 20/10 per il comparto). Per il personale dirigente ha effetti (dal 2014) sulla retribuzione di risultato complessiva, per il personale del comparto ha effetti (dal 2016) sul solo saldo della retribuzione di risultato.

Fermo restando il rispetto dei CCNL e degli Accordi integrativi vigenti, ai fini del sistema premiante il raggiungimento di un indice di performance individuale minimo pari al 50% è condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva per il miglioramento dei servizi.

I risultati della valutazione della Performance individuale sia per la dirigenza che per il comparto nell'anno 2018 saranno illustrati nel presente documento al termine del percorso stesso.

**Allegato 1. Risultati verifica budget 2018 per struttura**

**VERIFICA BUDGET 2018 - RISULTATI FINALI**

**5102 R1-DIRETTORE SANITARIO**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1123	PSICHIATRIA FORENSE E CRIMINOLOGIA CLINICA	90
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1440	MEDICINA LEGALE	90
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1441	TOSSICOLOGIA FORENSE	87
5202 AREA SERVIZI SANITARI	3027	CRAOT	90
5202 AREA SERVIZI SANITARI	3065	GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT	90
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1131	MEDICINA DEL LAVORO	59
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1412	FISICA SANITARIA	81
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1522	IGIENE ED ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	88
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3063	MONITORAGGIO PERFORMANCE SANITARIE	89
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1357	FARMACOLOGIA	90
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1521	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E POLITICHE DEL FARMACO	96
			<b>86</b>

**5103 R1-DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5206 AREA TECNICA	3011	PROGRAMMAZIONE	85
5206 AREA TECNICA	3012	PROGETTAZIONE	85
5206 AREA TECNICA	3013	REALIZZAZIONI	81
5206 AREA TECNICA	3014	MANUTENZIONI	80
5206 AREA TECNICA	3071	SERVIZI TECNICI INTEGRATI DI AREA	84
5206 AREA TECNICA	3088	ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DI AREA TECNICA	87
5207 AREA AMMINISTRATIVA	1523	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO delle ATTIVITA' SANITARIE	88
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3006	AFFARI GENERALI	87
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3009	CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	94
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3045	AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	88
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3049	RAPPORTI CON ESTER E PROGETTI FINANZIATI	89
			<b>86</b>

**5104 R1-STAFF DIREZIONE AZIENDALE**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3021	SVILUPPO E B.P.R.	90
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3028	CONTROLLO DIREZIONALE	95
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3031	ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISK MANAGEMENT	89
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3017	POLITICHE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	96
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3018	FORMAZIONE	85
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3026	CLINICA DELLE ORGANIZZAZIONI CRCR	90
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3035	GESTIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E AREA A PAGAMENTO	85
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3032	CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE	80
			<b>89</b>

**5105 R1-DIREZIONE AZIENDALE**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3015	SPP	95
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3029	AFFARI LEGALI	88
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3064	DIREZIONE OPERATIVA	90
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3094	CONTROLLI INTERNI INTEGRATI	95
			<b>92</b>



**5121 DAI CARDIOTORACOVASCOLARE**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA	1151	CARDIOLOGIA GENERALE	89
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA	1163	INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA STRUTTURALE	90
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA	1166	CARDIOCHIRURGIA	81
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA	1174	CHIRURGIA VASCOLARE	88
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA	1212	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA D'URGENZA	88
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA	1282	ARITMOLOGIA	71
5421 AREA CLINICA	1144	MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE E PERIOPERATORIO	86
5421 AREA CLINICA	1302	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	89
5421 AREA CLINICA	1425	CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA	94
5421 AREA CLINICA	1428	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	94
5521 AREA TORACICA	1135	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	87
5521 AREA TORACICA	1165	CHIRURGIA TORACO POLMONARE	92
5521 AREA TORACICA	1431	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA TORACOPOLMONARE	76
			<b>87</b>

**5122 DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5322 AREA CHIRURGICA	1162	CHIRURGIA D'URGENZA	80
5322 AREA CHIRURGICA	1178	CHIRURGIA EPATOBILIARE	83
5322 AREA CHIRURGICA	1322	CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE	85
5422 AREA MEDICA	1140	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA E ACCETTAZIONE	74
5422 AREA MEDICA	1141	MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 2	87
5422 AREA MEDICA	1142	MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 1	92
5422 AREA MEDICA	1146	MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 3	84
5422 AREA MEDICA	1147	INQUADRAMENTO CLINICO INTEGRATO E PERCORSI INTRAOSPEDALIERI DELLE URGENZE	92
5422 AREA MEDICA	1154	MEDICINA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE 4	90
5422 AREA MEDICA	1187	SUBINTENSIVA DI MEDICINA	94
5422 AREA MEDICA	1209	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	87
5422 AREA MEDICA	1254	STROKE UNIT	98
5422 AREA MEDICA	1264	TOSSICOLOGIA MEDICA E CENTRO ANTIVELENI	93
5422 AREA MEDICA	1272	GASTROENTEROLOGIA CLINICA	81
5422 AREA MEDICA	1284	INTERVENTISTICA NEUROVASCOLARE	87
			<b>87</b>

**5123 DAI MATERNO-INFANTILE**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1158	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	88
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1191	OSTETRICA E GINECOLOGIA	77
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1192	GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA	77
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1194	MEDICINA PRENATALE	80
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1268	GENETICA MEDICA	94
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1305	GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	81
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1353	ANDROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA FEMMINILE E INCONGRUENZA DI GENERE	94
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1190	MEDICINA E DIAGNOSI FETALE	93
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1218	NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	70
			<b>84</b>

**5124 DAI MEDICO-GERIATRICO**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5424 AREA MEDICA	1153	IMMUNOLOGIA E TERAPIE CELLULARI	92
5424 AREA MEDICA	1156	REUMATOLOGIA	86
5424 AREA MEDICA	1169	ALCOLOGIA	92
5424 AREA MEDICA	1210	NEFROLOGIA E DIALISI	78
5424 AREA MEDICA	1266	ENDOCRINOLOGIA	85
5424 AREA MEDICA	1270	IMMUNOALLERGOLOGIA	73
5424 AREA MEDICA	1292	MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO	70
5424 AREA MEDICA	1308	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	89
5424 AREA MEDICA	1309	NUTRIZIONE CLINICA	92
5424 AREA MEDICA	1361	CENTRO CEFALEE E FARMACOLOGIA CLINICA	58
5624 AREA ARGENTO	1148	AGENZIA DI CONTINUITA OSPEDALE-TERRITORIO	74
5624 AREA ARGENTO	1196	GERIATRIA-UTIG	75
5624 AREA ARGENTO	1225	GERIATRIA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	72
			<b>80</b>

**5125 DAI NEUROMUSCOLOSCHETTRICO E DEGLI ORGANI DI SENSO**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA	1117	CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO	71
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA	1119	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA GENERALE	73
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA	1122	ORTOPEDIA	74
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA	1188	CHIRURGIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	72
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA	1189	CHIRURGIA DELLA COLONNA	67
5425 AREA MEDICA	1114	UNITA SPINALE UNIPOLARE	81
5425 AREA MEDICA	1159	MEDICINA INTERNA INTERDISCIPLINARE	72
5425 AREA MEDICA	1252	NEUROLOGIA 1	84
5425 AREA MEDICA	1253	NEUROLOGIA 2	75
5425 AREA MEDICA	1256	PSICHIATRIA	86
5425 AREA MEDICA	1276	RIABILITAZIONE	92
5425 AREA MEDICA	1297	NEUROUROLOGIA	90
5425 AREA MEDICA	1300	MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO	83
5425 AREA MEDICA	1317	MEDICINA INTERNA E POST CHIRURGICA	86
5425 AREA MEDICA	1433	NEUROFISIOPATOLOGIA	66
5525 AREA TESTA COLLO	1164	NEUROCHIRURGIA 1	81
5525 AREA TESTA COLLO	1127	NEUROCHIRURGIA 2	79
5525 AREA TESTA COLLO	1201	CURE INTENSIVE DEL TRAUMA E DELLE GRAVI INSUFFICIENZE D'ORGANO	75
5525 AREA TESTA COLLO	1234	OCULISTICA	86
5525 AREA TESTA COLLO	1238	OTTICA FISIOPATOLOGICA	83
5525 AREA TESTA COLLO	1244	AUDIOLOGIA	62
5525 AREA TESTA COLLO	1239	ODONTOSTOMATOLOGIA	94
5525 AREA TESTA COLLO	1242	OTORINOLARINGOIATRIA	68
5525 AREA TESTA COLLO	1306	ODONTOIATRIA SPECIALE	91
5525 AREA TESTA COLLO	1325	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	79
			<b>79</b>

**5126 DAI ONCOLOGICO E DI CHIRURGIA AD INDIRIZZO ROBOTICO**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5326 AREA CHIRURGICA	1112	ORTOPEDIA ONCOLOGICA E RICOSTRUTTIVA	84
5326 AREA CHIRURGICA	1116	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	77
5326 AREA CHIRURGICA	1161	CHIRURGIA ONCOLOGICA A INDIRIZZO ROBOTICO	82
5326 AREA CHIRURGICA	1171	CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	88
5326 AREA CHIRURGICA	1179	MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA	82
5326 AREA CHIRURGICA	1197	ORTOPEDIA ONCOLOGICA PEDIATRICA	80
5326 AREA CHIRURGICA	1248	UROLOGIA ONCOLOGICA, MININVASIVA, ROBOTICA ED ANDROLOGICA	81
5326 AREA CHIRURGICA	1249	CHIRURGIA UROLOGICA ROBOTICA, MINIINVASIVA E DEI TRAPIANTI RENALI	78
5326 AREA CHIRURGICA	1321	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA AVANZATA	71
5426 AREA MEDICA	1145	ONCOLOGIA MEDICA	90
5426 AREA MEDICA	1152	MEDICINA INTERNA ED EPATOLOGIA	91
5426 AREA MEDICA	1175	ONCOLOGIA DELLA MAMMELLA	83
5426 AREA MEDICA	1274	RADIOTERAPIA	82
5426 AREA MEDICA	1314	ONCOLOGIA TRASLAZIONALE	89
5426 AREA MEDICA	1315	PSICONCOLOGIA	90
5426 AREA MEDICA	1411	FISICA MEDICA	95
5426 AREA MEDICA	1487	CORD	85
5626 AREA EMATOLOGICA	1134	MALATTIE EMORRAGICHE E DELLA COAGULAZIONE	82
5626 AREA EMATOLOGICA	1176	TERAPIE CELLULARI E MEDICINA TRASFUSIONALE	91
5626 AREA EMATOLOGICA	1204	EMATOLOGIA	68
5626 AREA EMATOLOGICA	1312	CENTRO DIAGNOSTICO CITOFLUORIMETRIA E IMMUNOTERAPIA	97
5626 AREA EMATOLOGICA	1404	MALATTIE ATEROTROMBOTICHE	97
			<b>85</b>

**5127 DAI DEI SERVIZI**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	1170	LABORATORIO BIOCHIMICA CLINICA E MOLECOLARE	94
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	1401	LABORATORIO GENERALE	98
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	1402	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	97
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	1416	DIAGNOSTICA GENETICA	92
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	1422	ISTOLOGIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA MOLECOLARE	85
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	1481	SICUREZZA E QUALITA	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1195	RADIODIAGNOSTICA DI EMERGENZA-URGENZA	85
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1198	RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	92
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1414	MEDICINA NUCLEARE	81
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1451	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1452	RADIODIAGNOSTICA SPECIALISTICA	85
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1455	RADIODIAGNOSTICA 2	86
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1460	NEURORADIOLOGIA	94
			<b>91</b>



**5128 DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1180	NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	90
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1185	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN ORTOPEDIA	95
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1202	CARDIOANESTESIA E CARDIORIANIMAZIONE	85
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1205	ANESTESIA DI AREA OSTETRICO E GINECOLOGICA	96
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1236	ANESTESIA ORGANI DI SENSO	94
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1237	ANESTESIA ONCOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	90
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1360	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	82
			<b>90</b>

**5130 DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

AREA	SOD	Descrizione SOD	% RAGG.
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3061	PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PROCESSI ASSISTENZIALI	98
5217 AREA DELLA RICERCA E SVILUPPO DISCIPLINARE	3062	RICERCA E SVILUPPO DELLA CLINICAL PRACTICE	98
			<b>98</b>