

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI

Relazione sulla performance 2021



1. PREMESSA	2
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA.....	3
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI.....	7
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE	13
ALLEGATO A. RISULTATI VERIFICA BUDGET 2021 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. A partire dal triennio 2022-2024 il Piano della performance che definisce obiettivi ed indicatori di performance, confluirà nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

La presente relazione sulla performance vuole illustrare i risultati raggiunti dall'AOU Careggi nel corso dell'anno 2021 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 prefissati ed 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 un processo di cambiamento, riducendo la tendenza ad accontentarsi di risultati appena soddisfacenti e 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. 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 ed ai risultati del Piano Nazionale Esiti;
- 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.

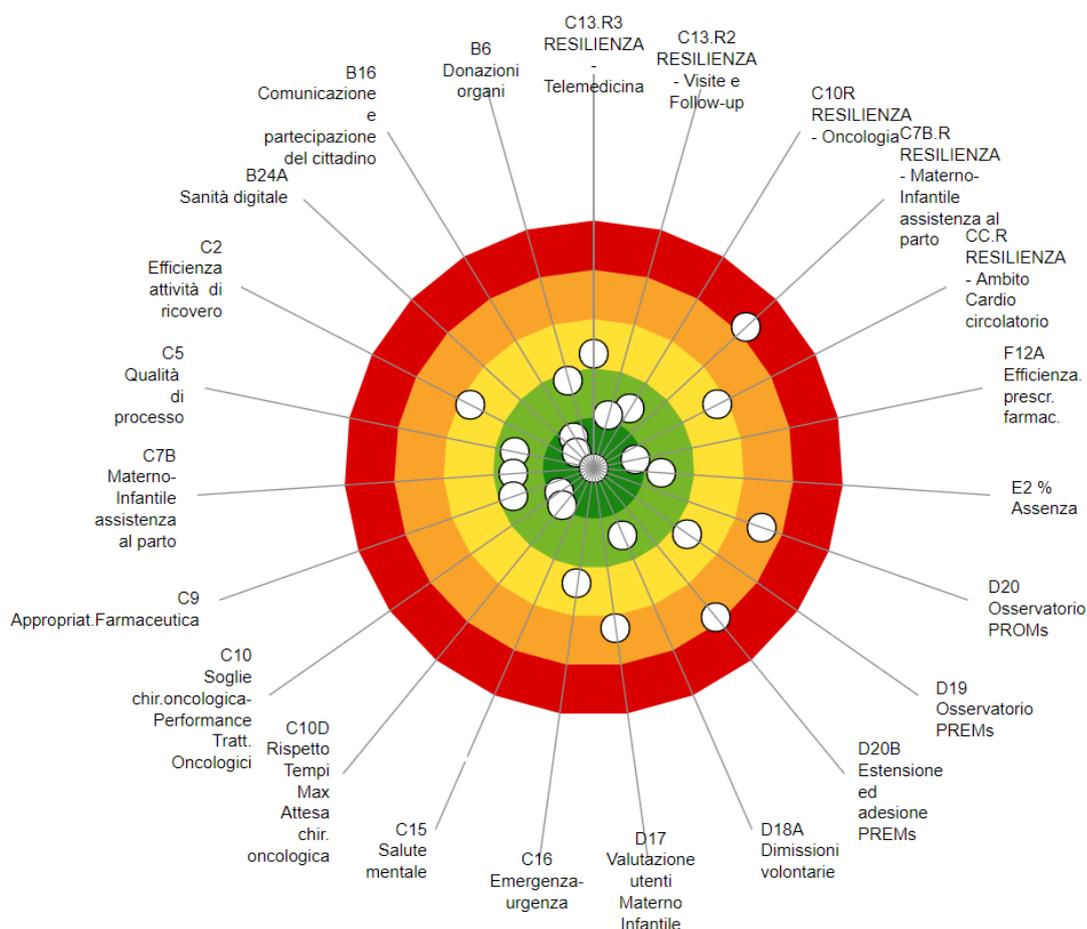
2. Performance organizzativa dell'Azienda

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 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 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.

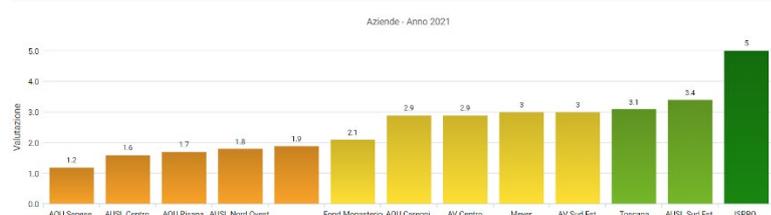
Si riporta di seguito la valutazione dell'AOU Careggi per l'anno 2021 fatta dal MES tramite gli indicatori del Bersaglio.



Dall'anno scorso nel Bersaglio sono state aggiunte 5 aree strategiche con un pacchetto di indicatori relativi alla capacità di resilienza delle aziende sanitarie in diversi ambiti: telemedicina, prime visite e controlli ambulatoriali, oncologia, assistenza al parto, cardio circolatorio.

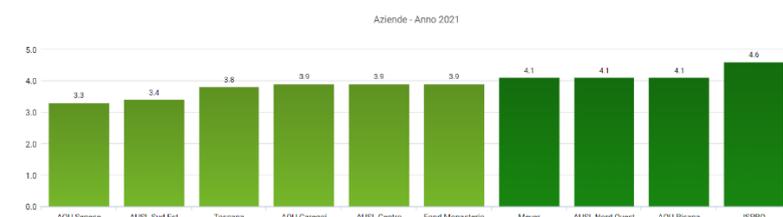
Più nello specifico, per la telemedicina è stata valutata la proporzione di televisite di controllo sul totale delle visite di controllo per le diverse discipline, con un raggiungimento per Careggi di una performance media. Lo sviluppo della telemedicina rappresenta senza dubbio uno dei nuovi obiettivi dei sistemi sanitari ed essendo ancora poco sviluppata nell'azienda ha visto un notevole incremento nei mesi della pandemia ma necessita sicuramente di uno sviluppo e consolidamento.

C13.R3 RESILIENZA - Telemedicina



Per le visite ambulatoriali ed i controlli di follow up sono stati considerati i volumi delle diverse discipline, con una buona valutazione per Careggi, che sul setting ambulatoriale è riuscita a recuperare rispetto alle contrazioni iniziali dovute all'emergenza covid, ritornando ed anzi superando i volumi dell'anno 2019 pre-pandemia.

C13.R2 RESILIENZA - Visite e Follow-up



Per l'oncologia sono stati valutati i volumi degli interventi chirurgici di classe A delle diverse tipologie di intervento, con una buona valutazione per Careggi che ha cercato di mantenere per quanto possibile volumi adeguati alla domanda.

C10R RESILIENZA - Oncologia



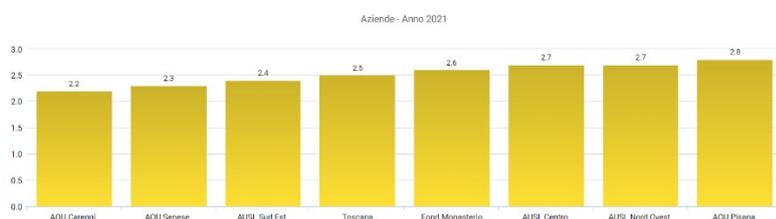
Per l'assistenza al parto è stata valutata la % di donne alle quali non è stato permesso di avere una persona di fiducia durante il travaglio e durante il parto, con una valutazione non positiva per l'azienda che per favorire la sicurezza delle pazienti ha fatto questa scelta restrittiva anche nel percorso nascita:

C7B.R RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto

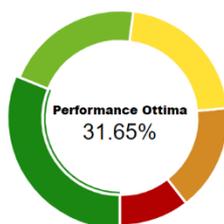


Relativamente all'ambito cardio circolatorio sono stati considerati i volumi delle diverse tipologie di intervento (IMA STEMI, angioplastica, ictus ischemico e by pass aortocoronarico) con una valutazione media dell'azienda rispetto alla tenuta complessiva della risposta:

CC.R RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio



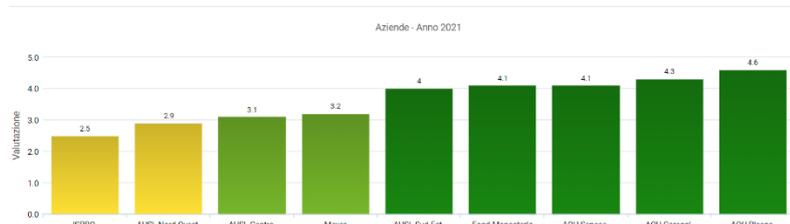
Per quanto concerne l'andamento di tutti gli altri indicatori del Bersaglio, l'azienda è riuscita a perseguire buoni risultati complessivi, anche se rimangono alcuni ambiti di miglioramento. Nell'arco del 2021 il 31% degli indicatori hanno raggiunto una performance ottima, il 21% performance buona, il 21% media, il 16% performance scarsa ed il 10% pessima. Complessivamente pertanto 3/4 degli indicatori raggiunge una performance positiva, mentre sono migliorabili 1/4 degli indicatori.



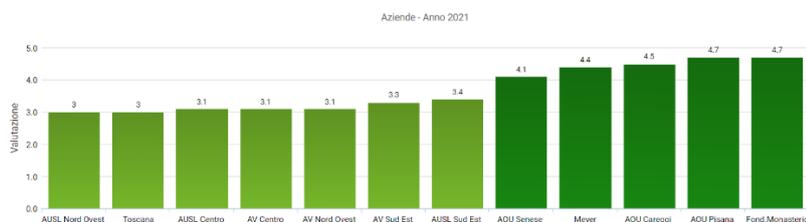
La maggior parte degli indicatori valutati si colloca nelle fasce vicine al centro mentre risultano pochi gli indicatori posizionati sulle fasce esterne. Più nello specifico ci sono 2 gruppi di indicatori collocati nella fascia rossa, 2 nella fascia arancione, 5 nella fascia gialla, 8 nella fascia verde chiaro e 6 nella verde scuro.

Nell'ambito delle "comunicazione e partecipazione del cittadino", nella "Sanità digitale" e nel "Rispetto dei tempi di attesa di 30 gg per gli interventi chirurgici oncologici di classe A" Careggi l'azienda raggiunge ottime performance, tra le migliori della Regione.

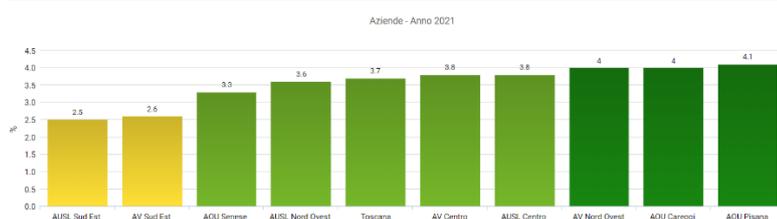
B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino



B24A Sanità digitale



C10D Proporzioni di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore



Gli ambiti nei quali sussistono invece ancora margini di miglioramento sono la valutazione degli utenti sul percorso Materno infantile; l'assistenza al parto – resilienza, misurata in base alla possibilità del padre di partecipare al travaglio ed al parto oltre alla estensione ed adesione alle Indagini PREMs e PROMs. Gli osservatori PREMs e PROMs per i pazienti dimessi da ricovero ordinario, sono questionari sottoposti a tutti coloro che sono stati ricoverati, introdotti in Toscana con lo scopo di aprire un canale di ascolto continuo dell'utenza sulla qualità dell'assistenza e sugli esiti in specifici ambiti; gli indicatori del bersaglio misurano per il momento solo la capacità degli operatori di coinvolgere i pazienti nella risposta all'indagine.

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 similari 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.

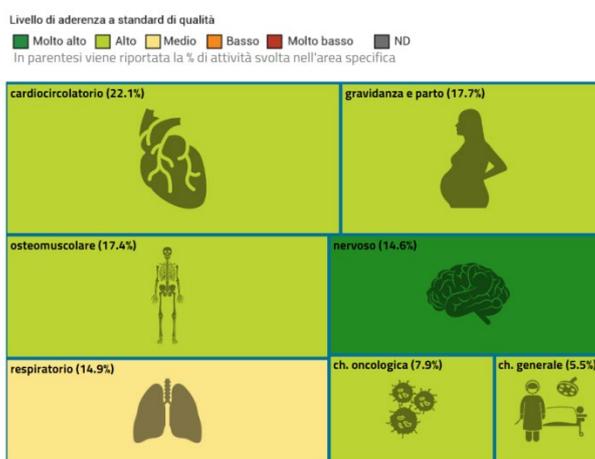
L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 indicatori di outcome: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito 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.

Per la valutazione degli indicatori CRISP vengono adottati criteri specifici aziendali (non coincidenti con quelli del MES) ed il valore di riferimento è rappresentato della media regionale; dal calcolo interno di tali indicatori risulta che la maggior parte delle strutture hanno rispettato i valori attesi non rilevando nel complesso particolari criticità.

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 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 affermava che le aziende sanitarie sarebbero entrate in piano di rientro non solo se avessero rispettato l'equilibrio economico ma anche i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure. Una qualità assistenziale anche in una sola area molto bassa (rossa) o bassa (arancione) e corrispondente ad almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, o molto bassa (rossa) e corrispondente al 15% delle dimensioni totali, risultava secondo il modello definito nel 2016 tale da comportare per l'azienda interessata il piano di rientro.

I dati PNE 2021, riferiti all'attività 2020, rappresentati in modo sintetico dalla Tree Map, evidenziano buone performance in ciascuna delle 7 aree specifiche; più in particolare l'azienda raggiunge performance ottima (colore verde scuro) nell'area relativa al sistema nervoso; performance buona (colore verde chiaro) nell'ambito cardiocircolatorio, della gravidanza e parto, osteomuscolare, e della chirurgia oncologica e chirurgia generale; performance media (colore giallo) infine nell'ambito respiratorio. Non vi è quindi, come non vi è mai state negli anni passati, nessuna area con performance scarsa o molto scarsa (colore arancione e rosso).



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 per gli indicatori aziendali, 5 fasce per gli indicatori MES e PNE, corrispondenti a quelle definite dal MES e dall'AGENAS. In caso di non totale raggiungimento il peso corrispondente a ciascun indicatore si riduce proporzionalmente; la sommatoria di tutti i 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 trasmettere 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.

Il 2020 è entrato in scena in maniera dirompente e dal 2020 l'azienda non è stata più la stessa. L'emergenza coronavirus ha reso necessaria una riorganizzazione continua ed un fabbisogno importante di risorse aggiuntive. Sono cambiate le priorità assistenziali e di conseguenza si sono trasformate le funzioni e con esse la natura e la distribuzione delle risorse disponibili. E'

cambiata proprio la modalità di programmazione, costruita sempre a partire da una attenzione scrupolosa finalizzata a preparare, giocando d'anticipo, la risposta corretta in relazione all'intensità attesa della recrudescenza pandemica che ormai da due anni si ripresenta. Le due ondate pandemiche di marzo-aprile e novembre-dicembre, hanno comportato anche nel 2021 una gestione organizzativa dedicata con una progressiva riorganizzazione delle attività e degli spazi al fine di garantire una risposta appropriata ai bisogni assistenziali dei pazienti affetti da COVID-19 senza trascurare l'assistenza dovuta ai pazienti non COVID.

I principali driver di tutte le azioni aziendali hanno previsto la separazione dei percorsi COVID/non COVID e del personale assistenziale a partire dal Pronto Soccorso fino al ricovero ed al post-dimissione in strutture preposte.

La Direzione Sanitaria nell'anno ha rivalutato a più riprese il Piano Pandemico ed elaborato il Piano Emergenza COVID 19, in modo da consentire il miglior equilibrio fra le risorse COVID vs risorse NO COVID.

Nel corso di tutto l'anno rispetto alle attività ambulatoriali, contrariamente a quanto accadde nel 2020, non sono stati disposti annullamenti o rallentamenti di attività, mentre per i ricoveri sono stati effettuati, secondo indicazione regionale, periodi di riduzione delle attività elettive ad eccezione di quelle urgenti, oncologiche o comunque non procrastinabili, in modo da garantire adeguata risposta al bisogno assistenziale per pazienti COVID.

Nonostante le molteplici criticità affrontate, nel complesso gli obiettivi di budget a più alta valenza strategica, sono stati pienamente raggiunti; i risultati complessivi realizzati nel 2021 vedono una media dei raggiungimenti finali delle strutture pari al 90% ed un raggiungimento degli obiettivi della scheda aziendale pari all'86%. Risultati davvero confortanti se ricondotti alla difficilissima situazione sanitaria che la pandemia ha causato.

Gli indicatori MES e PNE per il 2021, considerato che in molti mesi si è dovuto affrontare l'emergenza covid, sono stati calcolati al netto dei pz covid, così come gli indicatori sull'efficienza di sala operatoria sono stati calcolati solo per i mesi non caratterizzati dai picchi pandemici.

Gli indicatori MES sono risultati tutti in linea con i valori attesi. L'efficienza del pronto soccorso, misurata attraverso due indicatori del MES; quello della % dei pz inviati al ricovero dal PS con tempo di permanenza entro 8 ore e quello della % dei pz dimessi a domicilio entro 6 ore, non è stata valutata in quanto a partire dall'emergenza covid sono stati differenziati i percorsi di accesso con inevitabile impatto sui tempi di permanenza anche legati alla specifica diagnostica preliminare necessaria per lo smistamento dei pazienti al triage.

Per gli indicatori CRISP, è stato chiesto alle strutture di mantenersi al di sotto della media regionale, calcolata per le aziende ospedaliero universitarie della Regione per le differenti 8 discipline. Tali indicatori hanno mostrato in generale buone performance per la mortalità totale, per i ricoveri ripetuti ed anche per i ritorni in sala operatoria.

Raggiungono performance ottima o buona tutti gli indicatori di esito del PNE calcolati a livello aziendale, senza avere nessun indicatore e tanto meno macroarea con performance scarsa o molto scarsa. Più nello specifico il 60% degli indicatori si collocano nella fascia verde scura, il 6% nella fascia verde chiara ed il restante 33% nella fascia gialla, mentre non ve ne è alcuno nelle fasce arancione o rossa.

Per quanto riguarda il rispetto degli standard previsti dal PNGLA per gli interventi chirurgici di classe A, sono stati rispettati i 30 giorni nella gran parte delle discipline; ve ne sono però alcune nelle quali la % di interventi chirurgici effettuati entro i 30 giorni sono molto minori del 90% atteso, come per gli interventi chirurgici per tumore alla prostata, per protesi dell'anca e per bypass aortocoronarico.

Ampi margini di miglioramento rimangono nell'ambito dell'efficienza di sala operatoria. Gli obiettivi relativi all'orario di ingresso nella sala del primo paziente, all'orario della prima incisione ed all'orario dell'ultima sutura sono stati introdotti per la prima volta nel 2019 mentre nel 2020 è stato aggiunto un obiettivo sui tempi di cambio. Essendo obiettivi sfidanti, rispetto ai quali la gestione dell'emergenza covid ha avuto inevitabilmente un impatto importante con le continue riorganizzazioni e modifiche dei percorsi, è plausibile che, seppur avviato il processo di miglioramento, vi siano in molte strutture ancora azioni da implementare per raggiungere i valori attesi.

Sugli obiettivi di appropriatezza del consumo dei farmaci e dispositivi medici, secondo le indicazioni regionali, sono stati raggiunti i risultati attesi nei diversi ambiti quali l'incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari, il consumo dei farmaci off label, la corretta compilazione delle schede AIFA e registri AIFA, il consumo dei farmaci immunoreumatologici e l'appropriatezza del consumo delle immunoglobuline normali endovena. Ci sono invece alcuni margini di miglioramento per la scelta dei farmaci antifungini e per l'appropriatezza del consumo delle eparine a basso peso molecolare.

La totalità delle strutture ambulatoriali ha raggiunto l'obiettivo sulla produttività, nuovo obiettivo introdotto nel 2020 ed orientato a confrontare l'attività assistenziale erogata dalle strutture con le risorse di personale assegnate alle stesse, in modo tale da evidenziare eventuali squilibri e soprattutto supportare la Direzione Aziendale nelle scelte allocative legate a potenziali futuri investimenti.

Può essere incrementato il ricorso alla telemedicina, avviato nel 2020 con l'emergenza covid, per alcune delle discipline interessate nelle quali i volumi 2021 sono calati. Con le diverse strutture coinvolte si è cercato infatti di definire una quota standard di televisite di controllo compatibile con le specificità del percorso clinico del paziente, cercando pertanto di rendere questa nuova modalità, pur sviluppata in una situazione di emergenza, uno strumento ordinario, che, senza volersi sostituire alla visita in presenza, può tuttavia rappresentare un valido supporto alla presa in carico del paziente per garantirgli maggiore continuità del follow up.

Gli obiettivi sul contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche, la refertazione di anatomia patologica e di tempi di attesa per le consulenze ai pazienti ricoverati hanno raggiunto i valori attesi. Tutte le strutture sono state infine valutate positivamente per il supporto che hanno dato sul fronte dell'emergenza covid.

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

OBIETTIVO STRATEGICO	PES	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PES	VAL ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	4	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1569	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	2	-47	< 0	-23	100
			IND1568	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	2	.12	< 0	-.3	100
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	21	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES	IND589	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	2	81.05	> 83%	79.23%	80
			IND584	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	1	14.23	< 4%	4.74%	80
			IND587	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	1		> 72%	83.75%	100
			IND1919	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO: COMPLICANZE A 30 GG DALL'INTERVENTO	1	2.58	< 2%	2.51%	60
			IND1341	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	1	96.64	> 88%	95.78%	100
			IND2143	MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	1	75.38	> 59.53%	77.15%	100
			IND2144	MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	1	61.4	> 70%	77.42%	100
			IND632	MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	2	22.87	< 20%	15.32%	100
		IND1985	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	1	8.23	< 5.14%	7.7%	60	
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES: PRONTO SOCCORSO	IND1315	MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	0		> 95%	%	
			IND2594	MES: PERC. PZ DIMESSI A DOMICILIO CON PERMANENZA IN PS < 6 ORE	0		> 97%	%	
			IND1317	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	1	2.58	< 1.25%	3.13%	60
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: RIAMMISSIONI ENTRO 30 GG	IND1579	PNE: PERC. RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	1	8.87	< 12.9%	11.89%	100
			IND1980	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	1	10.91	< 14.4%	10.37%	100
IND1981	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER ICTUS		1	3.42	< 7.4%	4.56%	100		

QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	21	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL CRISP	IND1936	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	2	82	= 100%	73%	73
			IND1935	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG	2	91	= 100%	100%	100
			IND1937	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RITORNI IN SALA OPERATORIA	2	73	= 100%	73%	73
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	3	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	IND3388	% INTERVENTI CHIRURGICI PER PZ ONCOLOGICI ENTRO 30 GG/ TOT INTERVENTI CHIRURGICI PER PZ ONCOLOGICI	3		> 90%	79.86%	90
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	9	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	IND2569	PERC. SOD CHE RISPETTANO ORARIO STABILITO PER PRIMA INCISIONE	3	65	= 100%	74%	74
			IND2571	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ULTIME SUTURE PRIMA DELLE 17,30	3	66	= 100%	69%	69
			IND2877	PERC. SOD CHE RISPETTANO TEMPI DI CAMBIO STABILITI	3	56	= 100%	52%	52

OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PESO	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO
ESITO DELLE CURE	30	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	IND1337	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	2	1.12	< 1.5%	2.54%	60
			IND1221	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	2	6.71	< 6%	2.96%	100
			IND1338	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	2	1.64	< 1.5%	1.69%	60
			IND1344	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIocardico ACUTO	2	5.17	< 6%	4.84%	100
			IND1345	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	2	6.92	< 8%	6.19%	100
			IND1339	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	2	.7	< .5%	.49%	100
			IND1223	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	2	3.17	< 1%	2.93%	80
			IND993	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	2	.35	< 1%	.35%	100
			IND1222	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2	5.36	< 2%	5.03%	60
			IND1362	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	2	1.94	< 1.5%	2.15%	60
			IND1360	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	2	3.84	< 3%	2.15%	100
			IND1220	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	2	.43	< 1%	0%	100
			IND1578	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	2	6.11	< 5%	4.27%	100
			IND991	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	2	5.85	< 9%	7.47%	100
			IND992	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	2	8.89	< 5%	7.72%	60

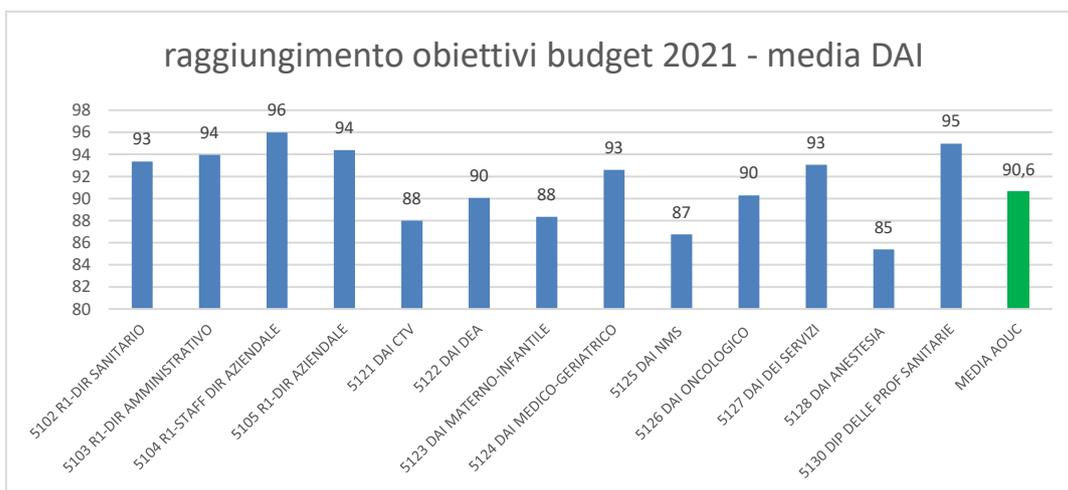
OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PESO	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO
SVILUPPO TELEMEDICINA	3	INCREMENTO TELEVISITE DI CONTROLLO	IND3094	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TELEVISITE DI CONTROLLO	3		= 100%	83%	83
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	IND2530	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	2	79.1	> 70%	82.76%	100
CONTENIMENTO TEMPO RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	4	CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PER PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ INTERNI	IND2881	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TC, ECO, RX PER PZ RICOVERATI ESEGUITE ENTRO LE ORE 24 DEL 2° GG	2	100	= 100%	100%	100
		CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ DEL PS	IND2882	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TC, ECO, RX PER PZ DEL PS ESEGUITE ENTRO 2 ORE	2	100	= 100%	89%	89
CORRETTA REGISTRAZIONE	2	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO/CARTELLE	IND1955	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	2	68.15	= 100%	71.88%	80
QUALITA' DI PROCESSO	4	RISPETTO TEMPI DI REFERTAZIONE ANATOMIA PATOLOGICA	IND2145	PERC. CITOLOGICI ENTRO 5 GIORNI/ TOT. CITOLOGICI	2	64.39	> 70%	57.88%	80
			IND2146	PERC. PEZZI ANATOMICI ENTRO 15 GG/ TOT. PEZZI ANATOMICI SENZA APPROFONDIMENTI BIOMOLECOLARI	2	67.48	> 70%	71.34%	100
PRODUTTIVITA'	3	RISPETTO TEMPO MINIMO DEDICATO ALL'ASSISTENZA	IND2879	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD DI ORE DA DEDICARE ALL'ASSISTENZA	3	100	= 100%	100%	100

OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PESO	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO
APPROPRIATEZZA A CONSUMO DISPOSITIVI	3	CORRETTA TENUTA REGISTRO IMPIANTO/ ESITO	IND2578	PERC. SOD CON TENUTA CORRETTA REGISTRO IMPIANTO/ESITO PER DM	1	82	= 100%	91%	91
		RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI	IND2579	PERC. SOD CHE RISPETTANO % DI GARA PER ACQUISTO DM	1	89	= 100%	90%	90
		CONTENIMENTO RICHIESTE DISPOSITIVI NON DELIBERATI ESTAR	IND3051	PERC. SOD CHE RISPETTANO AGGIUDICAZIONI ESTAR PER ACQUISTO DM	1	100	= 100%	100%	100
APPROPRIATEZZA A CONSUMO FARMACI	9	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/ EQUIVALENTE	IND2883	PERC. SOD CHE RISPETTANO PERCENTUALE STABILITA DI UTILIZZO DI FARMACI BIOSIMILARI/ EQUIVALENTI	1	95	= 100%	100%	100
		APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	IND2905	UP EBPM A MINOR COSTO/ TOT. UP EBPM IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE	1		> 80%	47%	60
		ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI OFF LABEL	IND2894	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SUI FARMACI OFF LABEL	1	100	= 100%	96%	96
		CORRETTEZZA COMPILAZIONE SCHEDE AIFA E REGISTRO AIFA	IND2893	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SU CORRETTA COMPILAZIONE SCHEDE E REGISTRO AIFA	1	100	= 100%	100%	100
		APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	IND2176	SCOST. PERC. DDD ECHINOCANDINE/ 1000 GG DEGENZA	1		< 0%	16.45%	0
		USO APPROPRIATO FARMACI AD ALTO COSTO	IND2909	PERC. SOD CHE RISPETTANO USO APPROPRIATO FARMACI AD ALTO COSTO	1	100	= 100%	100%	100
APPROPRIATEZZA A CONSUMO FARMACI	9	APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI IMMUNOREUMATOLOGICI	IND3389	% PZ IN TRATTAMENTO CON FARMACI IMMUNO-REUMATOLOGICI A BREVETTO SCADUTO/ TOT PZ TRATTATI CON FARMACI IMMUNOREUMATOLOGICI	1		> 60%	57%	90
		INVIO ALLA FARMACIA SCHEDE AIFA E CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE PER ANTIBIOTICI A MONITORAGGIO AIFA	IND2177	N. CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE/ N. SCHEDE AIFA	1	95	= 100%	100%	100
		APPROPRIATEZZA CONSUMO IMMUNOGLOBULINA NORMALE ENDOVENOSA	IND2935	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SU IMMUNOGLOBULINE ENDOVENOSA	1	100	= 100%	86%	86
EMERGENZA COVID	3	CONTRIBUTO DELLA STRUTTURA ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID	IND2899	VALUTAZIONE PERC. CONTRIBUTO DELLA STRUTTURA ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID	3	100	= 100%	100%	100
% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET									86

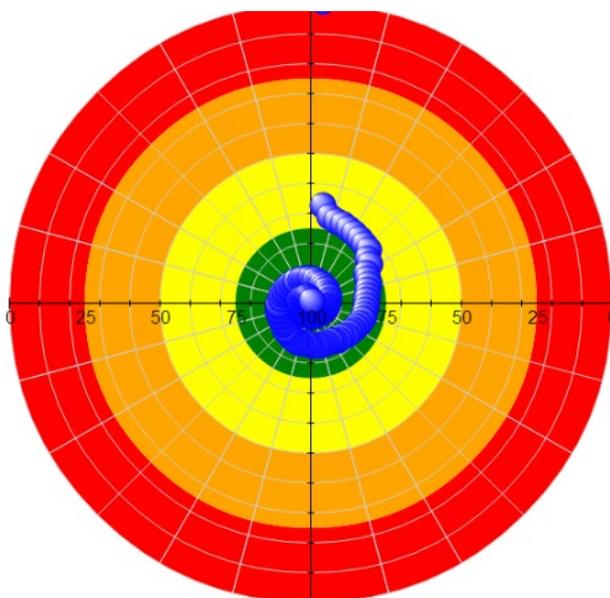
Di seguito si riportano i risultati di sintesi per Azienda e Dipartimento della verifica di budget 2021. I risultati delle strutture sono riportati nell'allegato 1 del documento. La media dei raggiungimenti finali di tutte le strutture è stata pari al 90,6%; la mediana pari a 92,7%; la moda pari a 96,5%. Il raggiungimento minimo è stato del 67%, mentre quello massimo del 99%.

La tabella sottostante mostra la collocazione di tutte le strutture nelle diverse fasce di performance: nessuna struttura si colloca nella fascia rossa, arancione; l'1% nella fascia gialla; l'8% nella fascia verde chiaro con performance discreta, il 26% in quella verde con performance buona, il 66% in quella verde scuro con performance ottima.

VERIFICA BUDGET 2021 - RISULTATI FINALI		
FASCE RAGGIUNGIMENTO	N. SOD/VO	%
0-49	0	0%
50-59	0	0%
60-69	1	1%
70-79	12	8%
80-89	40	26%
90-100	102	66%



Di seguito si riporta il raggiungimento finale di tutte le strutture dell'azienda all'interno del Bersaglio aziendale.



4. La valutazione della performance individuale

Processo di valutazione individuale e rappresentazione degli esiti

Il Sistema di valutazione della performance individuale dell'anno 2021 ha sottoposto a valutazione tutto il personale dirigente ed il personale del comparto.

La valutazione individuale di tutto il personale è stata 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 2021			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
DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	
	60	20	20	
DIRIGENTI	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali	Comportamenti e competenze	DIRETTORE STRUTTURA O AFFERENZA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA
	60	20	20	
POSIZIONI ORGANIZZATIVE	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali	Comportamenti e competenze	DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	60	20	20	
PERSONALE COMPARTO DS e D	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali	Comportamenti e competenze	DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	60	20	20	
PERSONALE COMPARTO C, BS, B e A	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali	Comportamenti e competenze	DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	60	20	20	
SUPPORTO METODOLOGICO	ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE			
	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 responsabili unitamente alla reportistica di supporto. I responsabili effettuano la valutazione tramite colloqui con il personale interessato. Laddove il colloquio non sia stato effettuato in presenza, anche in considerazione della particolare situazione epidemiologica legata all'emergenza sanitaria ancora in atto, si è ricercata una condivisione della scheda di valutazione a mezzo mail.

Il responsabile ed il collaboratore, 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.

Per il personale dirigente 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.

Per il personale del comparto, il responsabile riporta nella scheda il grado di raggiungimento dell'/degli obiettivo/i individuale/i e dei comportamenti attesi. I risultati della performance complessiva rappresentano la somma del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza (peso 60) e del risultato della valutazione individuale (peso 40). In occasione del colloquio di valutazione il responsabile illustra al collaboratore il grado di raggiungimento del/degli obiettivo/i e dei comportamenti organizzativi valutabili quantitativamente. Rispetto invece all'area dedicata allo sviluppo delle competenze dei comportamenti organizzativi valutabili

qualitativamente, il responsabile esprime una valutazione su quanto agito nel corso dell'anno secondo una scala articolata su 3 gradi: in sviluppo, acquisita e consolidata.

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), sono state definite le procedure di conciliazione attivabili dai singoli nei casi di valutazione inferiore a 60/100.

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.

Il personale "Non valutabile" è il personale che nel corso dell'anno 2021 non è stato presente al lavoro (aspettativa, comandi, lunghe assenze) o ha avuto una ridotta presenza in servizio.

Per il personale delle Aree della Dirigenza, la declinazione degli obiettivi individuali (quale ribaltamento - da parte dei direttori di struttura in capo ai singoli dirigenti - degli obiettivi di budget), come già avvenuto per gli anni 2018, 2019 e 2020, produrrà effetti economici sulla retribuzione di risultato relativa all'annualità 2021.

L'indice di performance individuale complessivo risulta dalla sommatoria del grado di raggiungimento della verifica del budget della struttura (peso 60/100) e dal risultato della valutazione individuale (peso 20/100 per il raggiungimento degli obiettivi individuali e 20/100 per la valutazione delle competenze e comportamenti).

Il personale dirigente non valutabile risulta essere 30.

Gli esiti finali della valutazione della Performance individuale per la dirigenza nell'anno 2021 sono quelli illustrati dalle seguenti tabelle, dove la valutazione massima conseguibile corrisponde ad un punteggio pari a 40.

VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE INDIVIDUALE		VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE COMPLESSIVA	
ANNO 2021		ANNO 2021	
Minimo conseguito	18,40	Minimo conseguito	64,40
Massimo conseguito	40,00	Massimo conseguito	99,40
Media	37,93	Media	91,41
Moda	40,00	Moda	98,20
Mediana	39,60	Mediana	93,20

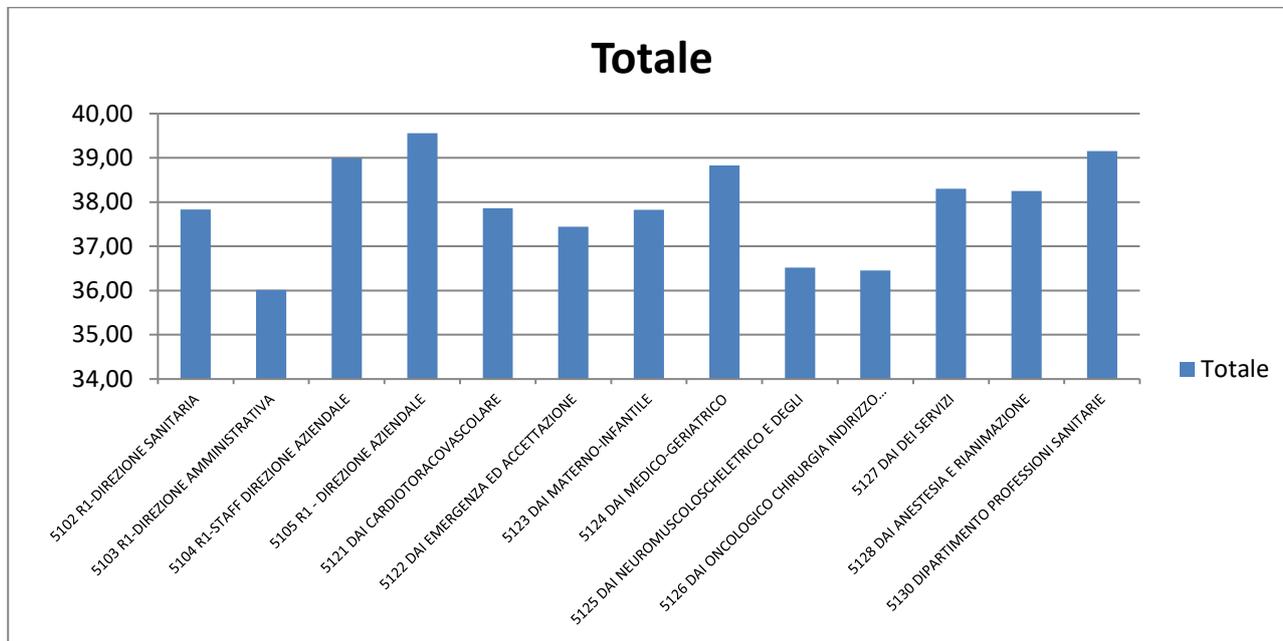
Si riportano nelle tabelle seguenti i risultati della valutazione della performance individuale.

La prima tabella suddivide il personale dirigente valutato per 5 fasce di punteggio conseguito in sede di valutazione individuale e riporta la suddivisione sul totale dei dipendenti soggetti a valutazione.

FASCE DI PUNTEGGIO	NUMERO DIRIGENTI VALUTATI	% SUL TOTALE
Non valutabili	30	//
16-24	10	0,8
24,01-28	40	3,0
28,01-32	155	11,6
32,01-36	50	3,8
36,01-40	1075	80,8

Totale valutati	1.330	100
------------------------	--------------	------------

La seconda tabella illustra gli esiti della valutazione individuale della performance della dirigenza per l'anno 2021 riportando la valutazione media conseguita presso ciascun DAI, Direzione.

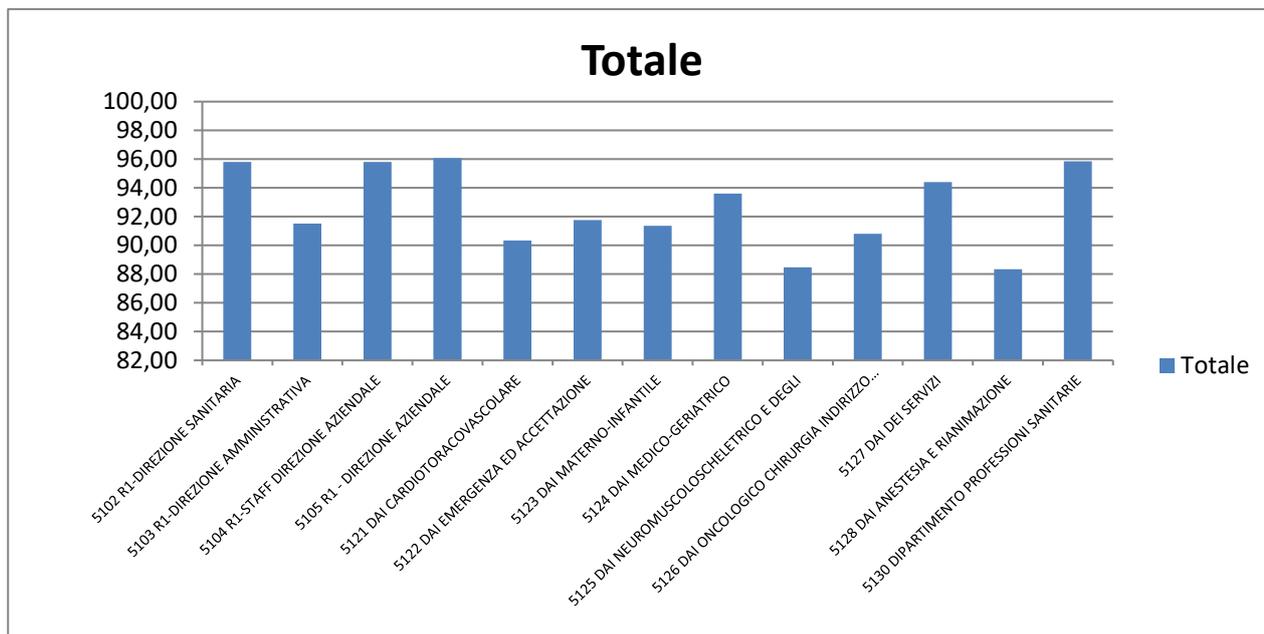


Si riportano nelle tabelle seguenti i risultati della valutazione della performance complessiva risultante dalla sommatoria del grado di raggiungimento della verifica del budget della struttura (peso 60/100) e dal risultato della valutazione individuale (peso 40/100).

La prima tabella suddivide il personale dirigente valutato per 5 fasce di punteggio conseguito in sede di valutazione complessiva, per la performance organizzativa ed individuale, e riporta la suddivisione sul totale dei dipendenti soggetti a valutazione.

RISULTATI PERFORMANCE COMPLESSIVA PERSONALE DIRIGENTE ANNO 2021 SUDDIVISI PER RUOLO E FASCE DI PREMIALITA'								
Fasce di valutazioni	SANITARI		SANITARI NON MEDICI E PROFESS. SANITARIE		PTA		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Non valutabile	24	1,80	0	0,00	6	0,45	30	2,26
<50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
50-59,99	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
60-74,99	26	1,95	0	0,00	0	0,00	26	1,95
75-89,99	387	29,10	15	1,13	4	0,30	406	30,53
90-100	736	55,34	139	10,45	23	1,73	898	67,52
Totale	1149	86,39	154	11,58	27	2,03	1330	100,00

La seconda tabella riassume invece le medie conseguite da ciascun DAI e Direzione rispetto agli indici di performance individuali complessivi risultanti dalla sommatoria del grado di raggiungimento della verifica del budget della struttura (peso 60/100) e dal risultato della valutazione individuale (peso 40/100).



Per il personale dell'Area del Comparto, si riporta, nella tabella seguente, la classificazione delle valutazioni individuali del comparto, classificato per i diversi ruoli, per fascia di valutazione con le rispettive percentuali.

Il personale del comparto non valutabile risulta essere 124.

Il personale valutato del comparto è 4.946, di questi 4.555 sono stati valutati per la performance organizzativa ed individuale mentre 391 sono stati valutati solo per la performance organizzativa in quanto personale a tempo determinato e/o personale neo assunto dopo la data del 30/09/2021.

RISULTATI PERFORMANCE COMPLESSIVA PERSONALE DEL COMPARTO ANNO 2021								
SUDDIVISI PER RUOLO E FASCE DI PREMIALITA'								
	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMM.VO		Totale	
Fasce di valutazioni	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Non valutabile	81	1,64	31	0,63	12	0,24	124	2,51
<50	2	0,04	2	0,04	2	0,04	6	0,12
50-59,99	5	0,10	5	0,10	6	0,12	16	0,32
60-74,99	0	0,00	0	0,00	3	0,06	3	0,06
75-89,99	262	5,30	264	5,34	27	0,55	553	11,18
90-100	2837	57,36	1223	24,73	308	6,23	4368	88,31
Totale	3106	62,80	1494	30,21	346	7,00	4946	100,00

La tabella seguente illustra i valori di tendenza nella valutazione complessiva:

VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE COMPLESSIVA ANNO 2021	
Minimo conseguito	52,80
Massimo conseguito	100
Media	93,95
Moda	96,40
Mediana	96,40

Allegato 1. Risultati verifica budget 2021 per struttura

VERIFICA BUDGET 2021 - RISULTATI FINALI PER DAI-SOD

5102 R1-DIRETTORE SANITARIO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3063	MONITORAGGIO PERFORMANCE SANITARIE	94
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3064	DIREZIONE OPERATIVA	98
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3065	GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT	98
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3101	INTEGRAZIONE ED INNOVAZIONE DEI PROCESSI SANITARI	93
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1123	PSICHIATRIA FORENSE E CRIMINOLOGIA CLINICA	95
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1131	MEDICINA DEL LAVORO	93
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1412	FISICA SANITARIA	99
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1440	MEDICINA LEGALE	93
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1441	TOSSICOLOGIA FORENSE	72
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1522	IGIENE ED ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	99
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3027	CRAOT	96
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3102	MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA STANDAR QUALITATIVI IGENICO SANITARI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI	82
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1357	FARMACOLOGIA	96
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1521	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E POLITICHE DEL FARMACO	99

5103 R1-DIRETTORE AMMINISTRATIVO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5206 AREA TECNICA	3011	PROGRAMMAZIONE	86
5206 AREA TECNICA	3012	PROGETTAZIONE	99
5206 AREA TECNICA	3013	REALIZZAZIONI	96
5206 AREA TECNICA	3014	MANUTENZIONI	99
5207 AREA AMMINISTRATIVA	1523	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO delle ATTIVITA' SANITARIE	96
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3006	AFFARI GENERALI	88
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3009	CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	92
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3045	AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	97
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3049	RAPPORTI CON ESTER	94
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3097	PATRIMONIO E GARE A GESTIONE AZIENDALE	93

5104 R1-STAFF DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3021	SVILUPPO E B.P.R.	95
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3028	CONTROLLO DIREZIONALE	99
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3031	ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISK MANAGEMENT	94
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3044	INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELLE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI	99
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3099	INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI SANITARI	98
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3017	POLITICHE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	93
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3018	FORMAZIONE	99
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3035	GESTIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E AREA A PAGAMENTO	95
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3026	CLINICA DELLE ORGANIZZAZIONI CRICR	92
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3032	LABORATORIO STUDIO E RICERCA CGRC	96

5105 R1-DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3015	SPP	95
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3029	AFFARI LEGALI	93
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3094	CONTROLLI INTERNI INTEGRATI	95

5121 DAI CARDIOTORACOVASCOLARE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1151	CARDIOLOGIA GENERALE	86
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1163	INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA STRUTTURALE	91
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1166	CARDIOCHIRURGIA	73
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1174	CHIRURGIA VASCOLARE	92
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1212	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA D'URGENZA	90
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1282	ARITMOLOGIA	72
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1144	MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE E PERIOPERATORIO	92
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1302	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	81
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1404	MALATTIE ATERTROMBOTICHE	97
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1425	CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA	98

5421 AREA CLINICA-DAI 21	1428	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	98
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1135	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	84
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1165	CHIRURGIA TORACO POLMONARE	91
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1431	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA TORACOPOLMONARE	87

5122 DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1162	CHIRURGIA D'URGENZA	80
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1178	CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA	74
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1322	CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE	88
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1141	MEDICINA INTERNA 2	89
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1142	MEDICINA INTERNA 1	81
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1146	MEDICINA INTERNA 3	99
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1154	MEDICINA INTERNA 4	95
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1187	MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA	92
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1209	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	95
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1272	GASTROENTEROLOGIA CLINICA	95
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1140	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA E ACCETTAZIONE	92
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1147	INQUADRAMENTO CLINICO INTEGRATO E PERCORSI INTRAOSPEDALIERI DELLE URGENZE	90
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1254	STROKE UNIT	96
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1264	TOSSICOLOGIA MEDICA E CENTRO ANTIVELENI	97

5123 DAI MATERNO-INFANTILE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1158	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	91
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1191	OSTETRICA E GINECOLOGIA	82
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1192	GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA	82
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1194	MEDICINA PRENATALE	96
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1268	GENETICA MEDICA	87
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1305	GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	74
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1353	ANDROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA FEMMINILE E INCONGRUENZA DI GENERE	97
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1190	MEDICINA E DIAGNOSI FETALE	97
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1218	NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	92

5124 DAI MEDICO-GERIATRICO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1153	IMMUNOLOGIA E TERAPIE CELLULARI	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1156	REUMATOLOGIA	89
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1169	ALCOLOGIA	97
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1210	NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO	86
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1266	ENDOCRINOLOGIA	94
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1270	IMMUNOALLERGLOGIA	94
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1292	MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO	97
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1308	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	97
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1309	NUTRIZIONE CLINICA	89
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1361	CENTRO CEFALEE E FARMACOLOGIA CLINICA	93
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1148	AGENZIA DI CONTINUITA OSPEDALE-TERRITORIO	97
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1196	GERIATRIA-UTIG	86
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1225	GERIATRIA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	89

5125 DAI NEUROMUSCOLOSCHETTRICO E DEGLI ORGANI DI SENSO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1117	CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO	92
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1119	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA GENERALE	67
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1122	ORTOPEDIA	83
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1188	CHIRURGIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	92
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1189	CHIRURGIA DELLA COLONNA	73
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1114	UNITA SPINALE UNIPOLARE	76
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1159	MEDICINA INTERNA INTERDISCIPLINARE	95
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1199	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	93
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1252	NEUROLOGIA 1	93
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1253	NEUROLOGIA 2	94
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1256	PSICHIATRIA	90
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1276	RIABILITAZIONE	90
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1297	NEUROUROLOGIA	79
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1300	MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO	95
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1317	MEDICINA INTERNA E POST CHIRURGICA	92

5425 AREA MEDICA-DAI 25	1433	NEUROFISIOPATOLOGIA	86
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1127	NEUROCHIRURGIA	72
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1201	CURE INTENSIVE DEL TRAUMA E DELLE GRAVI INSUFFICIENZE D'ORGANO	89
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1234	OCULISTICA	91
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1238	OTTICA FISIOPATOLOGICA	90
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1239	ODONTOSTOMATOLOGIA	97
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1242	OTORINOLARINGOIATRIA	82
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1306	ODONTOIATRIA SPECIALE	89
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1325	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	81

5126 DAI ONCOLOGICO E DI CHIRURGIA AD INDIRIZZO ROBOTICO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1112	ORTOPEDIA ONCOLOGICA E RICOSTRUTTIVA	84
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1116	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	86
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1161	CHIRURGIA GENERALE	71
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1171	CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	91
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1200	AUDIOLOGIA, CHIRURGIA TESTA COLLO ONCOLOGICA E ROBOTICA	86
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1248	UROLOGIA ONCOLOGICA, MININVASIVA, ROBOTICA ED ANDROLOGICA	84
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1249	CHIRURGIA UROLOGICA ROBOTICA, MINIINVASIVA E DEI TRAPIANTI RENALI	94
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1321	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA AVANZATA	85
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1145	ONCOLOGIA MEDICA	98
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1152	MEDICINA INTERNA ED EPATOLOGIA	86
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1175	ONCOLOGIA DELLA MAMMELLA	98
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1179	MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA	90
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1274	RADIOTERAPIA	96
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1314	ONCOLOGIA TRASLAZIONALE	96
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1315	PSICONCOLOGIA	86
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1411	FISICA MEDICA	97
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1134	MALATTIE EMORRAGICHE E DELLA COAGULAZIONE	90
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1176	TERAPIE CELLULARI E MEDICINA TRASFUSIONALE	96
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1204	EMATOLOGIA	96
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1312	CENTRO DIAGNOSTICO CITOFUORIMETRIA E IMMUNOTERAPIA	98

5127 DAI DEI SERVIZI

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1170	LABORATORIO BIOCHIMICA CLINICA E MOLECOLARE	97
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1401	LABORATORIO GENERALE	97
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1402	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	99
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1416	DIAGNOSTICA GENETICA	98
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1422	ISTOLOGIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA MOLECOLARE	95
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1481	SICUREZZA E QUALITA	99
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1195	RADIODIAGNOSTICA DI EMERGENZA-URGENZA	88
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1198	RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	79
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1284	INTERVENTISTICA NEUROVASCOLARE	81
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1414	MEDICINA NUCLEARE	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1451	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1452	RADIODIAGNOSTICA SPECIALISTICA	93
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1455	RADIODIAGNOSTICA 2	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1460	NEURORADIOLOGIA	92

5128 DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1157	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	85
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1180	NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	83
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1185	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN ORTOPIEDIA	87
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1202	CARDIORIANIMAZIONE	85
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1205	ANESTESIA DI AREA OSTETRICO E GINECOLOGICA	85
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1236	ANESTESIA ORGANI DI SENSO	92
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1237	ANESTESIA ONCOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	76
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1360	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	89

5130 DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3061	UO PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PROCESSI ASSISTENZIALI	94
5217 AREA DELLA RICERCA E SVILUPPO DISCIPLINARE	3062	UO RICERCA E SVILUPPO DELLA CLINICAL PRACTICE	95