

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI

Relazione sulla performance 2019



1. PREMESSA	2
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA.....	3
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI.....	7
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE	11
ALLEGATO A. RISULTATI VERIFICA BUDGET 2019 PER STRUTTURA.....	16

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 vuole illustrare i risultati raggiunti dall'AOU Careggi nel corso dell'anno 2019 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 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

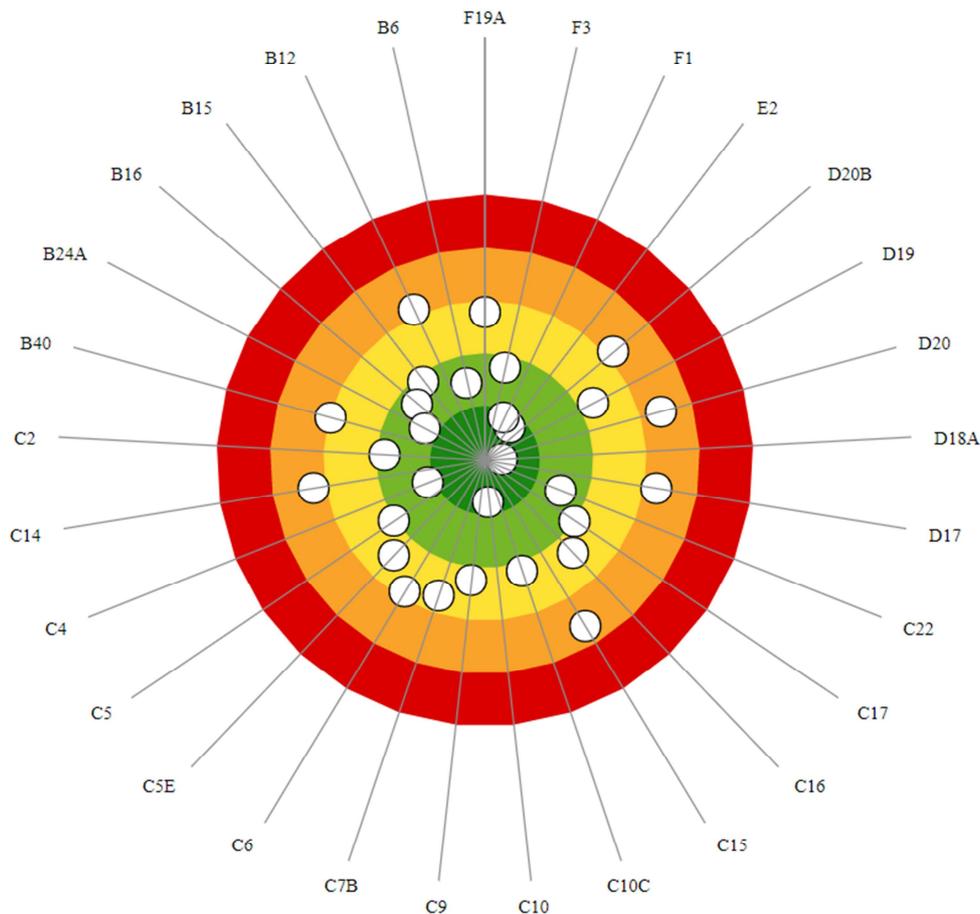
La valutazione della performance dell'azienda è effettuata innanzitutto dal MES (Laboratorio Management e sanità) che, su incarico della Regione Toscana, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il Bersaglio, un sistema di indicatori raggruppati secondo il modello di balance scorecard. Tale 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 per l'anno 2019 fatta dal MES tramite il Bersaglio per l'AOU Careggi.

AOU Careggi - Bersaglio 2019



Indicatore	Descrizione	Valutazione	
F19A	Costo medio per punto Drg	2.186	■
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario	3.202	■
F1	Equilibrio economico reddituale	4.109	■
E2	Percentuale di assenza	4.222	■
D20B	Estensione ed adesione PREMs	1.812	■
D19	Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario	2.684	■
D20	PROMs	1.572	■
D18A	Dimissioni volontarie	4.653	■
D17	Valutazione utenti Materno Infantile	1.726	■
C22	Terapie Intensive	3.455	■
C17	Riabilitazione	2.946	■
C16	Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza	2.594	■
C15	Salute mentale	1.35	■
C10C	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	2.799	■
C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	4.208	■
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	2.725	■
C7B	Materno-Infantile assistenza al parto	2.307	■
C6	Rischio clinico	2.112	■
C5E	Ricoveri ripetuti	2.531	■
C5	Qualità clinica/Qualità di processo	2.966	■
C4	Appropriatezza chirurgica	3.878	■
C14	Appropriatezza medica	1.755	■
C2	Efficienza attività di ricovero	3.12	■
B40	Programmazione della formazione	2	■
B24A	Sanità digitale	3.724	■
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino	3.367	■
B15	Capacità attività di ricerca	3.129	■
B12	Mobilità	1.846	■
B6	Donazioni	3.501	■

Il Bersaglio dell'AOU Careggi ha evidenziato come l'azienda abbia perseguito nell'anno 2019 buoni risultati complessivi dal punto di vista organizzativo e gestionale ed ottime performance in molte dimensioni misurate nel confronto con le altre aziende, anche se rimangono alcuni ambiti di miglioramento. Da una visione complessiva del Bersaglio la maggior parte degli indicatori o gruppi di indicatori valutati si colloca infatti nelle fasce vicine al centro mentre risultano pochi gli indicatori posizionati sulle fasce esterne. Più nello specifico non ci sono indicatori collocati nella fascia rossa, nella fascia arancione sono 6, nella fascia gialla 11, nella fascia verde chiaro 8, nella fascia verde scuro 4. Il 41% degli indicatori ha quindi performance buona/ottima, il 38% performance media, il 21% performance da migliorare. Nonostante sussistano ancora margini di miglioramento per una parte degli indicatori, i risultati 2019 confermano il trend positivo avviato in questi anni.

Nell'ambito delle "Soglie di chirurgia oncologica e performance dei trattamenti oncologici", oltre a conseguire un'ottima performance, l'azienda risulta anche la migliore della Regione. L'indicatore misura la qualità dell'attività chirurgica in oncologia, con focus specifici sui volumi, sui trattamenti chirurgici offerti alle donne con tumore mammario (conservativi, nipple / skin sparing, ricostruttivi) e completamento del quadro diagnostico (linfonodo sentinella), sui ritorni in sala operatoria (mammella e colon-retto) e sulla tempistica di avvio dei trattamenti chemioterapia e radioterapici per alcuni tipi di tumore. E' incluso un indicatore sul follow-up mammografico e sull'utilizzo dei biomarcatori.

C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici



Anche nell'efficienza di ricovero, dove è raggiunta una buona performance, l'azienda risulta la migliore tra le aziende della Regione. Questo indicatore misura l'efficienza dell'attività di ricovero attraverso l'indice di performance di degenza media (calcolato per i ricoveri medici e chirurgici) ed il tasso di occupazione dei posti letto.

C2 Efficienza attività di ricovero



Gli ambiti nei quali sussistono invece ancora margini di miglioramento sono: appropriatezza medica (dh medici con finalità diagnostica e drg medici ad alto rischio di inappropriately), mobilità (% di attrazione extra-regione per drg di alta complessità), salute mentale (% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche), valutazione degli utenti al percorso Materno infantile, estensione ed adesione a PREMs e PROMs. Gli osservatori PREMs, per i pazienti dimessi da ricovero ordinario, e PROMs, per i 3 percorsi specifici della chirurgia robotica, della chirurgia ortopedica, della chirurgia per tumore maligno della mammella, sono stati introdotti in Toscana con lo scopo di aprire un canale di ascolto continuo dell'utenza; gli indicatori del bersaglio misurano l'estensione dell'indagine e la partecipazione degli utenti.

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.

Dalla griglia di valutazione per l’anno 2019 si evidenzia come la maggior parte degli indicatori si collochi nella fascia gialla, nella fascia verde vi sono i ricoveri ripetuti ed i ritorni di sala operatoria per la disciplina della cardiocirurgia, nella fascia rossa i ricoveri ripetuti per la disciplina della neurochirurgia; nel complesso pertanto l’azienda non rileva criticità.

Toscana
AOU CAREGGI - codice: 09090301

Griglia di valutazione CRISP-MeS - Anno 2019

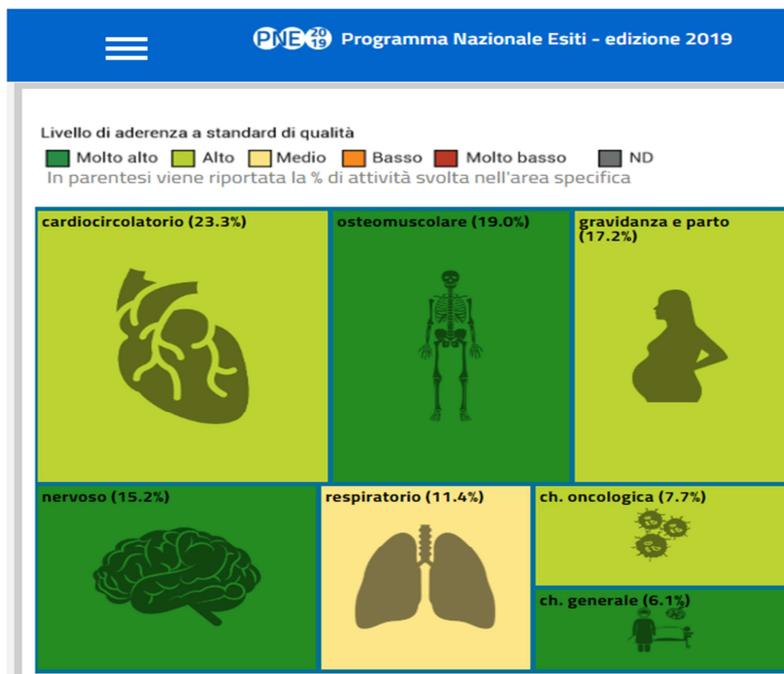
Specialità	IPDM	Dimissioni volontarie	Mortalità totale	Ripetuti entro 30 gg	Ritorni in sala op.
Cardiologia	-0.02		●	●	●
Chirurgia generale	-1.58	●	●	●	●
Medicina	-1.78	●	●	●	
Neurochirurgia	-2.17	●	●	●	●
Neurologia	-2.95	●	●	●	●
Ortopedia	-0.07	●	●	●	●
Urologia	-0.89	●	●	●	●

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.

I dati PNE 2019, riferiti all’attività 2018, rappresentati in modo sintetico dalla Tree Map, evidenziano performance ottime o buone in ciascuna delle 7 aree specifiche; più in particolare l’azienda raggiunge performance ottima (colore verde scuro) nell’area osteomuscolare, nervoso e chirurgia generale; performance buona (colore verde chiaro) nell’area cardiocircolatorio, gravidanza e parto, chirurgia oncologica; performance media (colore giallo) nel respiratorio.





I dati PNE 2020, riferiti all'attività 2019, ad oggi non sono ancora stati pubblicati.

Buona parte degli stessi indicatori sono tuttavia calcolati durante l'anno dall'Agenzia Regionale Sanità nell'ambito del programma PROSE (Programma Osservazioni Esiti Toscana). Gli indicatori riportati nella tabella sottostante, calcolati dall'ARS con riferimento all'anno 2019 e valutati con le stesse fasce di valutazione degli indicatori PNE, evidenziano come tutti gli indicatori raggiungano performance ottima, buona o media senza rilevare nessuna criticità.

INDICATORE	ANNO	TASSO GREZZO	TASSO AGGIUSTATO
MORTALITA' A 30 GG INFARTO MIocardico ACUTO	2019	6,13	6,43
SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO: MORTALITA' A 30 GG	2019	6,02	6,92
BY-PASS AORTO CORONORICO: MORTALITA' A 30GG	2018-2019	1,59	1,39
MORTALITA' 30 GG PER VALVULOPlastica O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	2018-2019	2,19	1,89
RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE: MORTALITA' A 30GG	2018-2019	1,30	0,97
ICTUS ISCHEMICO MORTALITA' A 30 GG	2019	10,18	10,90
MORTALITA' 30 GG DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	2017-2019	1,30	1,34
MORTALITA' 30GG PER BPCO	2019	4,56	6,01
MORTALITA' 30 GG PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	2017-2019	0,22	0,30
MORTALITA' 30 GG PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2017-2019	3,32	4,87
MORTALITA' 30 GG PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	2018-2019	2,14	2,80

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 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 a più alta valenza strategica sono stati pienamente raggiunti a livello di azienda; i risultati complessivi realizzati nel 2019 sono i migliori degli ultimi anni, con una media dei raggiungimenti finali delle strutture pari al 90% ed un raggiungimento degli obiettivi della scheda aziendale pari all'87%. Le ragioni di tali migliori performance possono essere ricondotte al fatto che molti degli indicatori, come ad esempio gli indicatori MES, CRISP e PNE, sono presenti da diversi anni e quindi c'è stato il tempo necessario per migliorare e raggiungere i valori attesi.

Gli obiettivi sull'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci sono stati a livello di azienda tutti raggiunti, come anche gli obiettivi sul contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche nonché di refertazione di anatomia patologica.

Margini di miglioramento rimangono invece nell'ambito dell'efficienza di sala operatoria per raggiungere la quale sono stati introdotti, per la prima volta nel 2019, obiettivi relativi all'orario di ingresso nella sala del primo paziente, all'orario della prima incisione, all'orario dell'ultima sutura. Essendo obiettivi nuovi e molto sfidanti, è plausibile che, seppur avviato il processo di miglioramento, vi siano in molte strutture ancora azioni da implementare per raggiungere i valori attesi. Nel corso del 2019 miglioramenti si sono rilevati nell'incremento del numero dei pazienti con ingresso alle 7,30 nei reparti operatori e nel limitare le ultime suture dopo le 19,30; sul rispetto dell'orario della prima incisione e sul limitare il sottoutilizzo delle sale (ultime sutura prima delle 17,30) permangono invece margini di miglioramento.

Gli indicatori MES sono tutti in linea con i valori attesi ad eccezione dei dh medici con finalità diagnostica. Sul miglioramento dell'efficienza del PS, misurata attraverso 2 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 stato possibile fare una valutazione in quanto la modifica delle modalità di registrazione dell'attività del PS nel corso dell'anno non ha permesso di disporre di dati sufficientemente affidabili e con il dettaglio richiesto per il relativo calcolo.

Nel budget aziendale sono stati introdotti 3 indicatori CRISP, tutti ad eccezione delle dimissioni volontarie in quanto non presentava nessuna criticità e quindi margini di miglioramento. Come valore atteso è stato preso a riferimento in valore medio delle aziende ospedaliero universitarie della Regione, calcolato per le differenti 8 discipline, chiedendo alle strutture di mantenersi al di sotto della media regionale. Tali indicatori hanno mostrato nel 2019 buoni risultati: raggiungono una buona/ottima performance nella mortalità totale e nei ricoveri ripetuti, margine di miglioramento 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 l'80% degli indicatori si collocano nella fascia verde ed il restante 20% nella fascia gialla mentre non ve ne è alcuno nelle fasce arancione o rossa.

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, l'appropriatezza della terapia antibiotica iniettabile, la scelta dei farmaci antifungini, il consumo delle eparine a basso peso molecolare nonché consumo dell'albumina.

Anche sul contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e sul contenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche, nuovi obiettivi di budget per il 2019, sono stati raggiunti buoni risultati. Sono stati rispettati i tempi attesi per le risposte di anatomia patologica; la quasi totalità delle strutture ambulatoriali hanno raggiunto l'obiettivo di incremento delle prestazioni ambulatoriali strategiche; la percentuale di strutture che hanno raggiunto l'obiettivo sulla tempestività della chiusura delle SDO è pari al 60% e quindi migliorabile.

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.

OBBIETTIVO STRATEGICO	PESO	OBBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PESO	VAL ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	4	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1569	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	2	-16	< -.12	-.17	100
			IND1568	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	2	-.06	< .04	0	100
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	2	INCREMENTO GESTIONE LEA CHIR. IN REGIME DS	IND1910	MES: % STANDARD LEA CHIRURGICI RAGGIUNTI IN DS	2	85.43	> 94.91%	85.68%	80
APPROPRIATEZZA MEDICA	4	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CONTENIMENTO DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	IND562	MES: SCOST. PERC. NUMERO RICOVERI PER DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	2	-21.11	< -5%	-11.55%	100
			IND584	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	2	11.18	< 6%	14%	0
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	16	RISPETTO STANDARD PREVISTI DAL MES/ PNE	IND589	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	2	78.83	> 80%	78.45%	80
			IND632	MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	2	21.84	< 20%	23.32%	80
			IND1965	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	1	6.6	< 5.54%	6.11%	80
			IND587	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	1	75.98	> 87.68%	80.31%	80
			IND1919	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO: COMPLICANZE A 30 GG DALL'INTERVENTO	1	2.5	< 2%	1.85%	100
			IND1341	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	1	87.82	> 93.29%	93.4%	100
			IND2143	MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	1	66.54	> 59.53%	70.99%	100
			IND2144	MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	1	64.37	> 68.38%	64.86%	80
			IND1935	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG	2	94	= 100%	93%	93
			IND1936	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	2	96	= 100%	91%	91
			IND1937	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RITORNI IN SALA OPERATORIA	2	65	= 100%	69%	69
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	2	RISPETTO ATTESA MEDIA 30 GG PER INTERVENTI CHIRURGICI PZ. ONCOLOGICI	IND2576	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ATTESA MEDIA PER INTERVENTI CHIR. PER TUMORE ENTRO 30GG	2	64	= 100%	88%	88
QUALITA' DI PROCESSO	4	RISPETTO TEMPI DI REFERTAZIONE ANATOMIA PATOLOGICA	IND2145	PERC. CITOLOGICI ENTRO 5 GIORNI/ TOT. CITOLOGICI	2		> 70%	70.24%	100
			IND2146	PERC. PEZZI ANATOMICI ENTRO 15 GG/ TOT. PEZZI ANATOMICI SENZA APPROFONDIMENTI BIOMOLECOLARI	2		> 70%	63.52%	90
OBBIETTIVO STRATEGICO	PESO	OBBIETTIVO 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	1.6	< 1.5%	.94%	100
			IND1221	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	2	3.44	< 6%	2.6%	100
			IND1338	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	2	2.13	< 1.5%	1.96%	60
			IND1344	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIocardico ACUTO	2	5.03	< 6%	4.01%	100
			IND1345	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	2	5.49	< 8%	3.7%	100
			IND1339	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	2	1.09	< .5%	.72%	60
			IND1223	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	2	1.85	< 1%	1.93%	80
			IND993	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	2	.34	< 1%	0%	100
			IND1222	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2	3.42	< 2%	3.95%	80
			IND1362	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	2	1.08	< 1.5%	1.52%	100
			IND1360	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	2	1.96	< 3%	2.95%	100
			IND1220	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	2	1.9	< 1%	1.13%	60
			IND1578	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	2	5.35	< 5%	1.46%	100
			IND991	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	2	6.68	< 6%	5.22%	100
IND992	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	2	8.39	< 5%	5.95%	80			
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	12	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	IND1315	MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	2	57.18	> 94.08%	%	
			IND2594	MES: PERC. PZ DIMESSI A DOMICILIO CON PERMANENZA IN PS < 6 ORE	2		> 95%	%	
		MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	IND2573	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO PRIMI PZ ENTRATI NEL BLOCCO ENTRO 7,30	2		= 100%	88.9%	88
			IND2569	PERC. SOD CHE RISPETTANO ORARIO STABILITO PER PRIMA INCISIONE	2		= 100%	78.2%	78
			IND2572	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ULTIME SUTURE ENTRO LE 19,30	2		= 100%	84%	84
			IND2571	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ULTIME SUTURE PRIMA DELLE 17,30	2		= 100%	72.9%	72
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	5	DISPONIBILITA' PRIME VISITE (PRIORITA' D+P) PER PZ. ESTERNI	IND2570	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO PRIME VISITE EROGATE ENTRO I TEMPI PREVISTE DEL RT 750/2018	2		= 100%	100%	100
			IND2602	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO N. PRIME VISITE IN ISTITUZIONALE/ TOT PRIME VISITE > 50%	1		= 100%	95%	95

OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PESO	VAL ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	5	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	IND2530	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	2		> 70%	93%	100
GOVERNO DELLA CASISTICA	2	INCREMENTO PRESTAZIONI STRATEGICHE/ ALTA COMPLESSITA'	IND1942	% SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO DI INCREMENTO PRESTAZIONI AMBULATORIALI STRATEGICHE	2		= 100%	90%	90
CONTENIMENTO TEMPO RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	4	MIGLIORAMENTO PERCORSO ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	IND2574	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO PRIMA TAC/RM ESEGUITA ENTRO ORARIO STABILITO	2		= 100%	100%	100
		RIDUZIONE TEMPI RISPOSTA PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA D'EMERGENZA	IND2575	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ESUCUZIONE TAC, RX, ECO ENTRO TEMPO STABILITO	2		= 100%	90%	90
CORRETTA REGISTRAZIONE	2	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO/ CARTELLE	IND1955	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	2	64.09	= 100%	68.46%	60
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	2	APPROPRIATEZZA MEDICAZIONI COMPLESSE	IND2578	PERC. SOD CON TENUTA CORRETTA REGISTRO IMPIANTO/ESITO PER DM	1		= 100%	100%	100
			IND2579	PERC. SOD CHE RISPETTANO % DI GARA PER ACQUISTO DM	1		= 100%	100%	100
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	11	APPROPRIATEZZA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	IND2577	N. CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE/ TOTALE SCHEDE AIFA	2		= 100%	95%	95
		APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	IND2176	SCOST. PERC. DDD ECHINOCANDINE/ 1000 GG DEGENZA	2		-30%	-30.3%	100
		APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	IND1743	PERC. (PARNAPARINA + NADROPARINA+BEMIPARINA)/TOT. EBPM PER PZ. IN DIMISSIONE	1		> 99%	90%	90
		APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA	IND2165	% SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO RIDUZIONE COSTO ALBUMINA PER GG. DEGENZA	1	69	= 100%	92%	92
		INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/ EQUIVALENTE	IND2606	% SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO DI CONSUMO INFILIXIMAB BIOSIMILARE	1		= 100%	80%	80
			IND1957	PERC. MG RITUXIMAB ENDOVENA BIOSIMILARE/ TOT. MG RITUXIMAB ENDOVENA (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	1	98	> 98%	99%	100
			IND1980	PERC. MG TRASTUZUMAB ENDOVENA BIOSIMILARE/ TOT. MG TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	1	100	> 98%	99%	100
IND1982	PERC. UP ETANERCEPT SOTTOCUTE BIOSIMILARE/ TOT. UP ETANERCEPT (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)		1	100	> 98%	95%	90		
IND1983	PERC. UP ADALIMUMAB SOTTOCUTE BIOSIMILARE/ TOT. UP ADALIMUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	1		> 95%	98%	100			

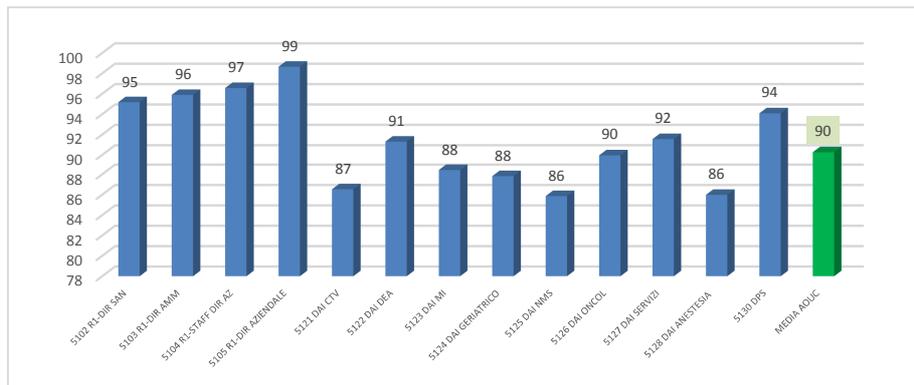
OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PESO	VAL ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO
				% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET DELLA SOD					87

Di seguito si riportano i risultati di sintesi per Azienda e Dipartimento della verifica di budget 2019; quelli di struttura sono riportati nell'allegato A del documento. La media dei raggiungimenti finali di tutte le strutture è stata pari al 90%; la mediana pari a 92%; la moda pari a 97%; il raggiungimento minimo è stato 73%, il massimo 99%.

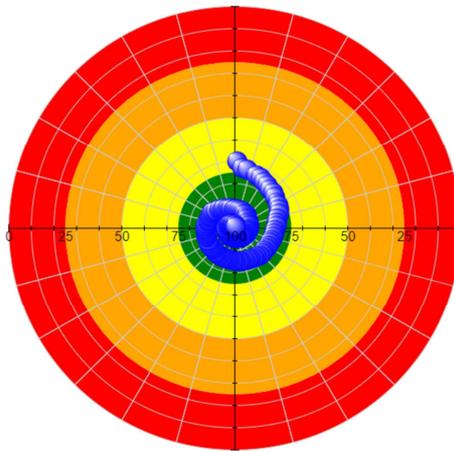
La tabella sottostante mostra la collocazione di tutte le strutture nelle diverse fasce di performance: nessuna struttura si colloca nella fascia rossa, arancione e gialla; il 9% nella fascia verde chiaro con performance discreta, il 32 % in quella verde con performance buona, il 59% in quella verde scuro con performance ottima.

VERIFICA BUDGET 2019 - RISULTATI FINALI		
FASCE RAGGIUNGIMENTO	N. SOD/UO	%
0-49	0	0%
50-59	0	0%
60-69	0	0%
70-79	13	9%
80-89	49	32%
90-100	89	59%

Il grafico sottoriportato mostra la % di raggiungimento media di ciascun Dipartimento, sia esso sanitario o non sanitario. La media dei raggiungimenti di tutte le strutture dell'azienda è pari al 90%.



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 2019 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 2019			VALUTATORE
	Performance organizzativa (budget)	Performance individuale		
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	Performance organizzativa (budget) struttura gestita 60	Obiettivi individuali 20	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano 20	DIRETTORE SANITARIO
DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	Performance organizzativa (budget) struttura gestita 60	Obiettivi individuali 20	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano 20	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARIMENTALE	Performance organizzativa (budget) struttura gestita 60	Obiettivi individuali 20	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano 20	

DIRIGENTI	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali	Comportamenti e competenze	DIRETTORE STRUTTURA DI 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) (vedi tab n....). 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.

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 l'anno 2018, produrrà effetti economici sulla retribuzione di risultato relativa all'annualità 2019.

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 "Non valutabile", è il personale che nel corso dell'anno 2019 non è stato presente al lavoro (aspettativa, comandi, lunghe assenze) o ha avuto una ridotta presenza in servizio.

Gli esiti finali della valutazione della Performance individuale per la dirigenza nell'anno 2019 sono quelli illustrati dalle seguenti tabelle, dove la valutazione massima conseguibile corrisponde ad un punteggio pari a 40.

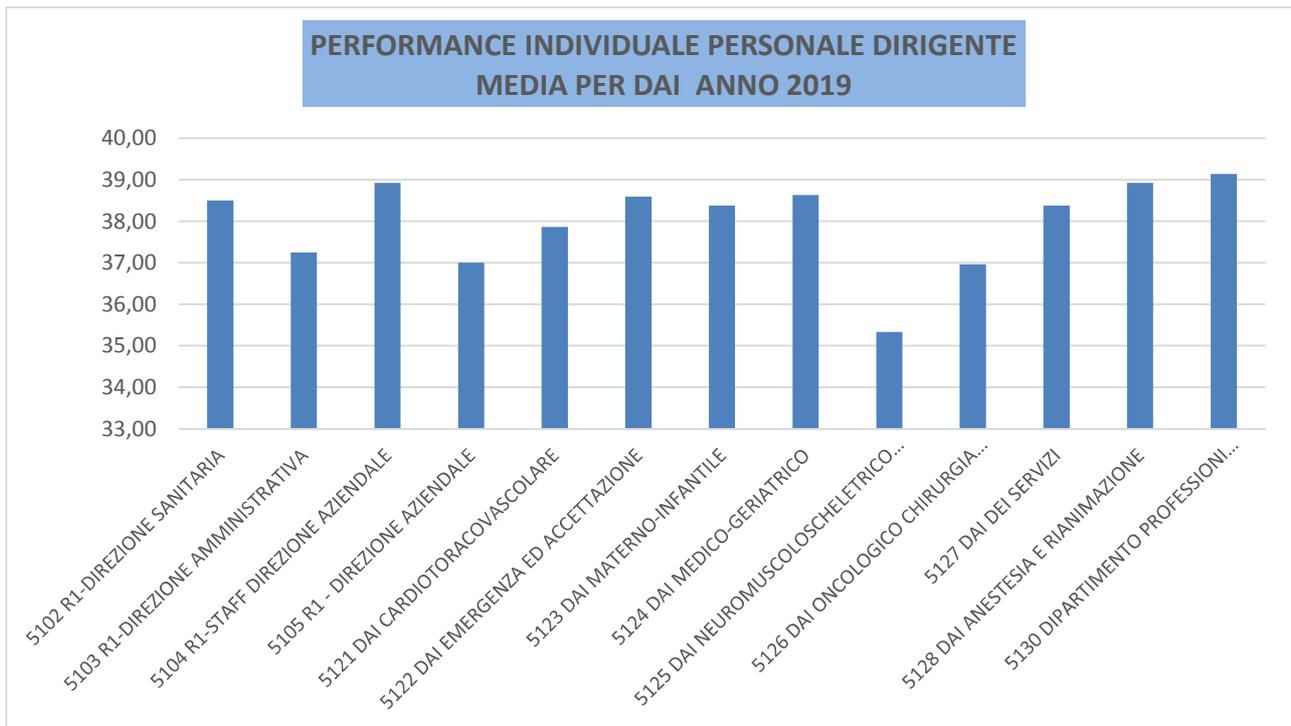
Personale Dirigente VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE INDIVIDUALE 2019		Personale Dirigente VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE COMPLESSIVA 2019	
Minimo conseguito	16	Minimo conseguito	64,20
Massimo conseguito	40	Massimo conseguito	99,40
Media	37,74	Media	90,83
Moda	40	Moda	97,60
Mediana	28	Mediana	83,80

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

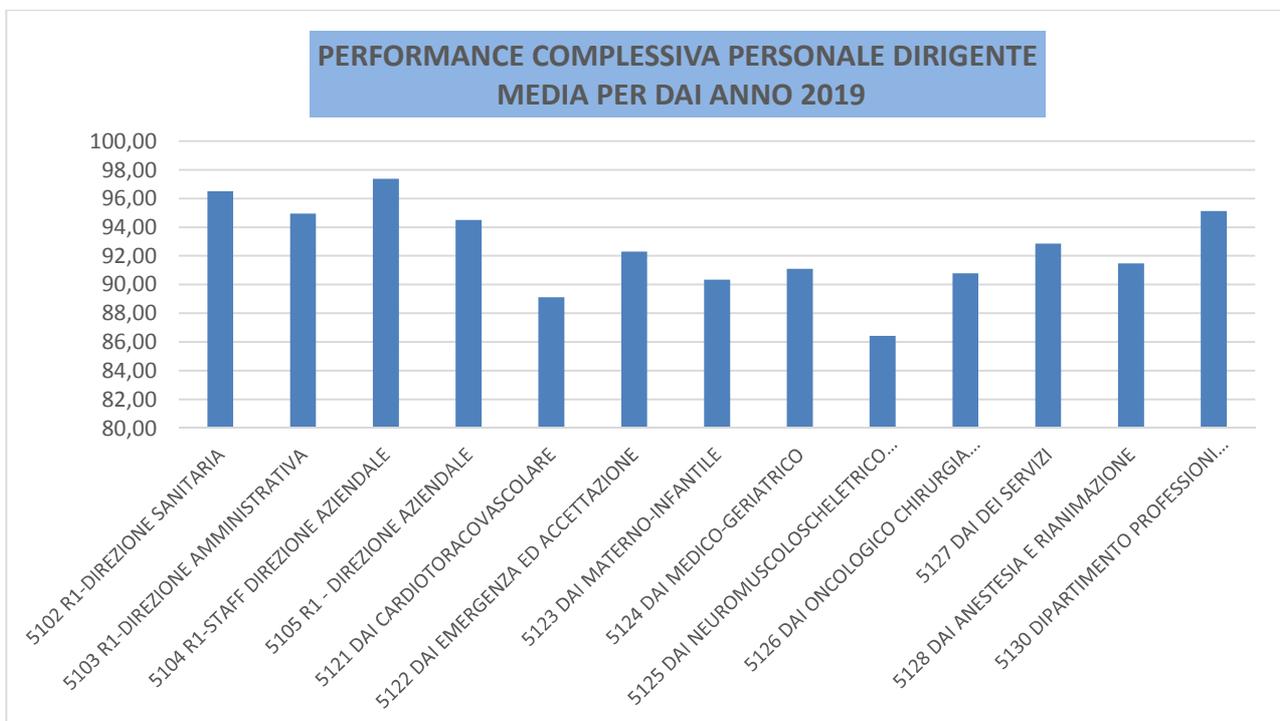
La prima tabella suddivide il personale dirigente valutato per 5 fasce di punteggio conseguito in sede di valutazione individuale e rapporta la suddivisione sul totale dei dipendenti soggetti a valutazione.

FASCE DI PUNTEGGIO	NUMERO DIRIGENTI VALUTATI	% SUL TOTALE
Non valutabili	24	//
16-24	10	0,8
24,01-28	15	1,2
28,01-32	57	4,7
32,01-36	195	16,0
36,01-40	939	77,3
Totale valutati	1.216	100

La seconda tabella illustra gli esiti della valutazione individuale della performance della dirigenza per l'anno 2019 riportando la valutazione media conseguita presso ciascun DAI, Direzione.



La terza tabella riassume invece le medie conseguite da ciascun DAI, 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.

L'acronimo NV indica il personale non valutabile.

Il personale valutato del comparto è 4.576 di questi 4.334 sono stati valutati per la performance organizzativa ed individuale mentre 242 sono stati valutati solo per la performance organizzativa

RISULTATI PERFORMANCE COMPLESSIVA PERSONALE DEL COMPARTO ANNO 2019 SUDDIVISI PER RUOLO E FASCE DI PREMIALITA'								
	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMM.VO		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Non valutabile	76	3	36	3	7	2	119	3
<50								
50-59,99	1	0			1	0	2	0
60-74,99	2	0	1	0	1	0	4	0
75-89,99	186	7	126	10	17	5	329	8
90-100	2456	90	1115	87	309	92	3880	90
Totale	2721	100	1278	100	335	100	4334	100

La tabella seguente illustra la tipologia di personale suddiviso tra i diversi ruoli che è stato valutato soltanto per la performance organizzativa.

PERSONALE DEL COMPARTO VALUTATO PER SOLA PERFORMANCE DISTINTO PER RUOLO								
	RUOLO SANITARIO	%	RUOLO TECNICO	%	RUOLO AMM.VO	%	TOTALE	%
Assunti a tempo indeterminato dopo 30/9/2019	46	30	25	30	1	14	72	30
Assunti a tempo determinato	17	11	10	12	2	29	29	12
Assunti contratto di somministrazione di lavoro	90	59	47	57	4	57	141	58
Totale	153	100	82	100	7	100	242	100

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

VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE COMPLESSIVA ANNO 2019	
Minimo conseguito	57
Massimo conseguito	100
Media	94
Moda	95
Mediana	95

Allegato 1. Risultati verifica budget 2019 per struttura

VERIFICA BUDGET 2019 - RISULTATI FINALI PER STRUTTURA

5102 R1-DIRETTORE SANITARIO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1123	PSICHIATRIA FORENSE E CRIMINOLOGIA CLINICA	97
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1440	MEDICINA LEGALE	97
5202 AREA SERVIZI SANITARI	1441	TOSSICOLOGIA FORENSE	94
5202 AREA SERVIZI SANITARI	3027	CRAOT	97
5202 AREA SERVIZI SANITARI	3065	GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT	97
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1131	MEDICINA DEL LAVORO	94
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1412	FISICA SANITARIA	99
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1522	IGIENE ED ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	98
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3063	MONITORAGGIO PERFORMANCE SANITARIE	96
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1357	FARMACOLOGIA	83
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1521	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E POLITICHE DEL FARMACO	97

5103 R1-DIRETTORE AMMINISTRATIVO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5206 AREA TECNICA	3011	PROGRAMMAZIONE	96
5206 AREA TECNICA	3012	PROGETTAZIONE	91
5206 AREA TECNICA	3013	REALIZZAZIONI	96
5206 AREA TECNICA	3014	MANUTENZIONI	96
5207 AREA AMMINISTRATIVA	1523	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO delle ATTIVITA' SANITARIE	98
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3006	AFFARI GENERALI	95
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3009	CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	99
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3045	AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	96
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3049	RAPPORTI CON ESTER	95
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3097	PATRIMONIO E GARE A GESTIONE AZIENDALE	98

5104 R1-STAFF DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3021	SVILUPPO E B.P.R.	99
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3028	CONTROLLO DIREZIONALE	99
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3031	ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISK MANAGEMENT	98
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3044	INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELLE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI	99
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3017	POLITICHE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	97
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3018	FORMAZIONE	85
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3035	GESTIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E AREA A PAGAMENTO	94
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3026	CLINICA DELLE ORGANIZZAZIONI CRCR	99
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3032	CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE	99

5105 R1-DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3015	SPP	99
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3029	AFFARI LEGALI	98
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3064	DIREZIONE OPERATIVA	99
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3094	CONTROLLI INTERNI INTEGRATI	99

5121 DAI CARDIOTORACOVASCOLARE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1151	CARDIOLOGIA GENERALE	79
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1163	INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA STRUTTURALE	85
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1166	CARDIOCHIRURGIA	81
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1174	CHIRURGIA VASCOLARE	83
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1212	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA D'URGENZA	84
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1282	ARITMOLOGIA	77
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1144	MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE E PERIOPERATORIO	91
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1302	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	88
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1425	CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA	96
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1428	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	94

5521 AREA TORACICA-DAI 21	1135	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	94
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1165	CHIRURGIA TORACO POLMONARE	88
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1431	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA TORACOPOLMONARE	85

5122 DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1162	CHIRURGIA D'URGENZA	86
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1178	CHIRURGIA EPATOBILIARE	84
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1322	CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE	86
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1141	MEDICINA INTERNA 2	94
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1142	MEDICINA INTERNA 1	86
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1146	MEDICINA INTERNA 3	99
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1154	MEDICINA INTERNA 4	97
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1187	MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA	98
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1209	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	98
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1272	GASTROENTEROLOGIA CLINICA	92
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1284	INTERVENTISTICA NEUROVASCOLARE	84
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1140	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA E ACCETTAZIONE	81
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1147	INQUADRAMENTO CLINICO INTEGRATO E PERCORSI INTRAOSPEDALIERI DELLE URGENZE	93
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1254	STROKE UNIT	97
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	86
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1191	OSTETRICA E GINECOLOGIA	75
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1192	GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA	77
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1194	MEDICINA PRENATALE	92
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1268	GENETICA MEDICA	96
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1305	GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	93
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1353	ANDROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA FEMMINILE E INCONGRUENZA DI GENERE	95
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1190	MEDICINA E DIAGNOSI FETALE	91
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	90
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1156	REUMATOLOGIA	86
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1169	ALCOLOGIA	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1210	NEFROLOGIA E DIALISI	94
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1266	ENDOCRINOLOGIA	73
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1270	IMMUNOALLERGOLOGIA	92
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1292	MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO	76
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1308	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	83
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1309	NUTRIZIONE CLINICA	87
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1361	CENTRO CEFALEE E FARMACOLOGIA CLINICA	94
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1148	AGENZIA DI CONTINUITA OSPEDALE-TERRITORIO	89
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1196	GERIATRIA-UTIG	89
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1225	GERIATRIA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	92

5125 DAI NEUROMUSCOLOSCHIELETRICO 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	70
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1122	ORTOPEDIA	83
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1188	CHIRURGIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	73
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1189	CHIRURGIA DELLA COLONNA	77
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1114	UNITA SPINALE UNIPOLARE	78
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1159	MEDICINA INTERNA INTERDISCIPLINARE	87
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1199	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	96
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1252	NEUROLOGIA 1	92
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1253	NEUROLOGIA 2	75
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1256	PSICHIATRIA	93
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1276	RIABILITAZIONE	92
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1297	NEUROUROLOGIA	87
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1300	MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO	87
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1317	MEDICINA INTERNA E POST CHIRURGICA	97
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1433	NEUROFISIOPATOLOGIA	81

5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1127	NEUROCHIRURGIA	86
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1201	CURE INTENSIVE DEL TRAUMA E DELLE GRAVI INSUFFICIENZE D'ORGANO	92
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1234	OCULISTICA	87
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1238	OTTICA FISIOPATOLOGICA	86
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1239	ODONTOSTOMATOLOGIA	90
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1242	OTORINOLARINGOIATRIA	84
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1306	ODONTOIATRIA SPECIALE	88
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1325	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	87

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	86
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1116	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	82
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1161	CHIRURGIA ONCOLOGICA A INDIRIZZO ROBOTICO	86
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1171	CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	81
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1179	MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA	95
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1197	ORTOPEDIA ONCOLOGICA PEDIATRICA	82
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1200	AUDIOLOGIA, CHIRURGIA TESTA COLLO ONCOLOGICA E ROBOTICA	88
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1248	UROLOGIA ONCOLOGICA, MININVASIVA, ROBOTICA ED ANDROLOGICA	83
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1249	CHIRURGIA UROLOGICA ROBOTICA, MININVASIVA E DEI TRAPIANTI RENALI	86
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1321	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA AVANZATA	76
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1145	ONCOLOGIA MEDICA	99
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1152	MEDICINA INTERNA ED EPATOLOGIA	90
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1175	ONCOLOGIA DELLA MAMMELLA	95
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1274	RADIOTERAPIA	95
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1314	ONCOLOGIA TRASLAZIONALE	96
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1315	PSICONCOLOGIA	97
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1411	FISICA MEDICA	94
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1134	MALATTIE EMORRAGICHE E DELLA COAGULAZIONE	93
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1176	TERAPIE CELLULARI E MEDICINA TRASFUSIONALE	93
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1204	EMATOLOGIA	88
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1312	CENTRO DIAGNOSTICO CITOFLUORIMETRIA E IMMUNOTERAPIA	97
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1404	MALATTIE ATERTROMBOTICHE	95

5127 DAI DEI SERVIZI

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1170	LABORATORIO BIOCHIMICA CLINICA E MOLECOLARE	85
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1401	LABORATORIO GENERALE	96
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1402	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	95
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1416	DIAGNOSTICA GENETICA	93
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1422	ISTOLOGIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA MOLECOLARE	96
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1481	SICUREZZA E QUALITA	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1195	RADIODIAGNOSTICA DI EMERGENZA-URGENZA	82
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1198	RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	87
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1414	MEDICINA NUCLEARE	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1451	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	91
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1452	RADIODIAGNOSTICA SPECIALISTICA	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1455	RADIODIAGNOSTICA 2	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1460	NEURORADIOLOGIA	83

5128 DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1180	NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	85
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1185	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN ORTOPEDIA	87
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1202	CARDIOANESTESIA E CARDIORIANIMAZIONE	93
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1205	ANESTESIA DI AREA OSTETRICO E GINECOLOGICA	78
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1236	ANESTESIA ORGANI DI SENSO	87
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1237	ANESTESIA ONCOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	88
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1360	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	83

5130 DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3061	PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E VALUTAZIONE RISORSE UMANE E PROCESSI ASSISTENZIALI	92
5217 AREA DELLA RICERCA E SVILUPPO DISCIPLINARE	3062	RICERCA E SVILUPPO DELLA CLINICAL PRACTICE	96