

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI

Relazione sulla performance 2020



1. PREMESSA.....	2
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA	3
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI	8
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE	13
ALLEGATO A. RISULTATI VERIFICA BUDGET 2020 PER STRUTTURA	18

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 2020 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

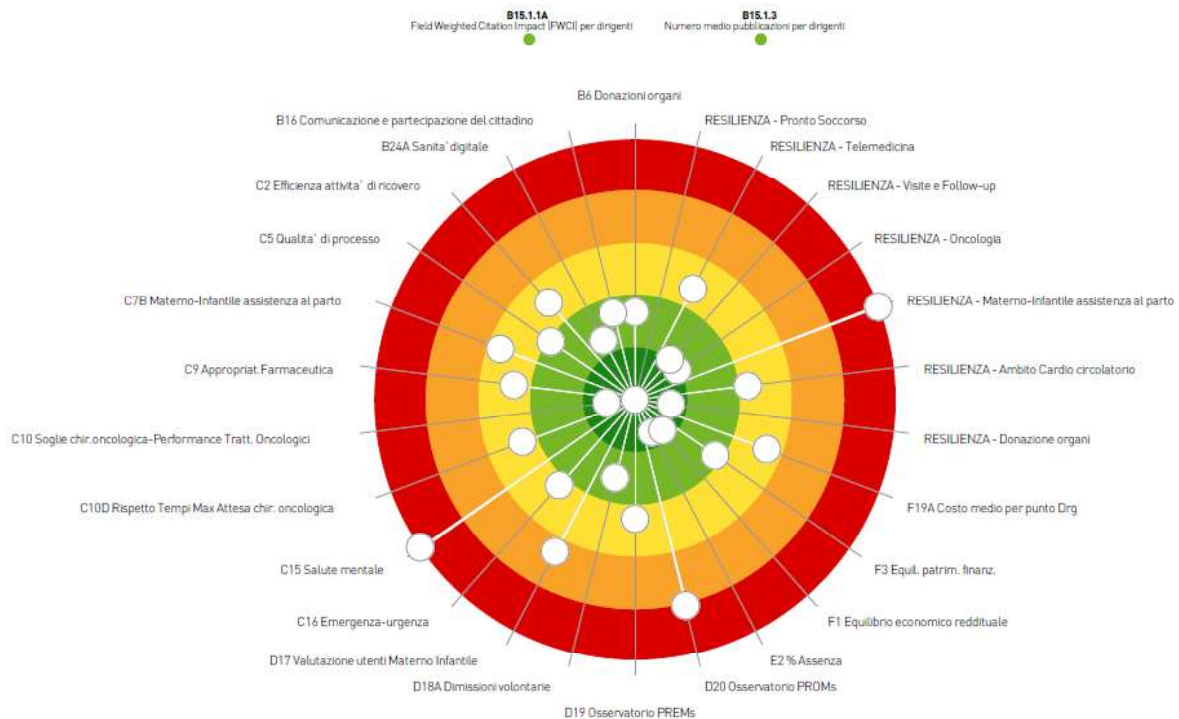
La valutazione della performance dell'azienda è effettuata innanzitutto dal MES (Laboratorio Management e sanità) che, su incarico della Regione Toscana, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il Bersaglio, un sistema di indicatori raggruppati secondo il modello di balance scorecard. Tale 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 presenta spazi di miglioramento;
- fascia arancione: la performance può essere migliorata;
- fascia rossa: situazione critica con ampi margini di miglioramento.

Si riporta di seguito la valutazione dell'AOU Careggi per l'anno 2020 fatta dal MES tramite gli indicatori del Bersaglio.

Valutazione della performance 2020

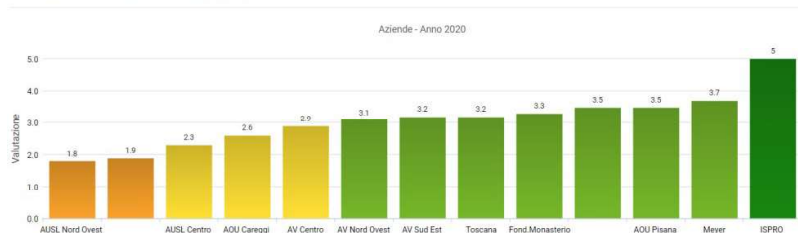


▲ Descrizione	⚡ Valutazione	⚡
RESILIENZA - Pronto Soccorso		5 
RESILIENZA - Telemedicina		2.596 
RESILIENZA - Visite e Follow-up		3.985 
RESILIENZA - Oncologia		4.017 
RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto		0 
RESILIENZA Ambito Cardio circolatorio		2.819 
RESILIENZA - Donazione organi		4.298 
F19A Costo medio per punto Drg		2.288 
F3 Equil. patrim. finanz.		3.12 
F1 Equilibrio economico reddituale		4.206 
E2 % Assenza		4.289 
D20 Osservatorio PROMs		0.93 
D19 Osservatorio PREMs		2.714 
D18A Dimissioni volontarie		3.454 
D17 Valutazione utenti Materno Infantile		1.718 
C16 Emergenza-urgenza		2.821 
C15 Salute mentale		0 
C10D Rispetto Tempi Max Attesa chir. oncologica		2.687 
C10 Soglie chir.oncologica-Performance Tratt. Oncologici		4.459 
C9 Appropriat.Farmaceutica		2.663 
C7B Materno-Infantile assistenza al parto		2.253 
C5 Qualità di processo		3.048 
C2 Efficienza attività di ricovero		2.509 
B24A Sanità digitale		3.732 
B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino		3.287 
B6 Donazioni organi		3.331 

L'anno 2020 è stato un anno particolarmente difficile a causa della pandemia che ha visto l'azienda fortemente coinvolta nella cura dei pazienti covid; nonostante ciò la maggior parte degli obiettivi rispetto ai quali l'azienda è stata valutata, sono stati pienamente raggiunti. Per l'anno 2020 nel Bersaglio sono state aggiunte 7 aree strategiche, con relativi indicatori, relative alla capacità di resilienza delle aziende sanitarie in diversi ambiti: telemedicina, prime visite ambulatoriali, oncologia, assistenza al parto, cardio circolatorio, donazioni di organi e pronto soccorso.

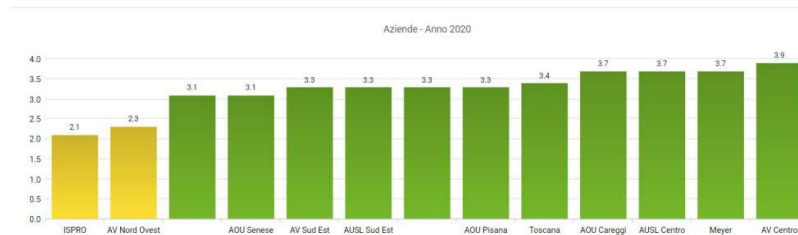
Più nello specifico, per la telemedicina è stata valutata la proporzione di televisite di controllo sul totale delle visite di controllo per le diverse discipline, con raggiungimento di una performance media. Lo sviluppo della telemedicina rappresenta uno delle nuove sfide dei sistemi sanitari ed essendo 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



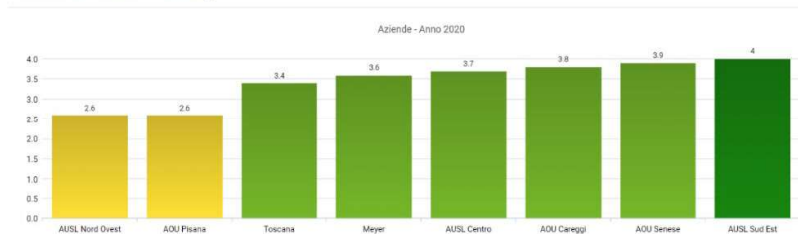
Per le prime visite ambulatoriali sono stati considerati i volumi delle prime visite ambulatoriali nelle diverse discipline con una buona valutazione per Careggi, che nei mesi della pandemia ha visto, come in tutte le altre aziende, una contrazione dei volumi di prestazioni erogate, anche se ha cercato, per quanto possibile, di non ridurre troppo l'offerta. Nel 2020 la contrazione dei volumi di attività è stata comunque determinata in parte dalla minore offerta ma in parte anche dalla minore domanda in quanto molti cittadini, per paura del contagio, hanno preferito rimandare le visite ambulatoriali.

C13.R2 RESILIENZA - Ambulatoriale Prime visite



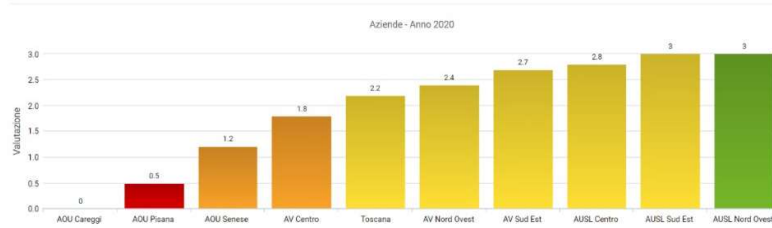
Per l'oncologia sono stati valutati i volumi degli interventi chirurgici di classe A delle diverse tipologie di intervento, con una buona valutazione per Careggi che ha cercato di mantenere per quanto possibile volumi adeguati alla domanda, confermata da un non aumento per tali patologie dei tempi di attesa.

C10R RESILIENZA - Oncologia



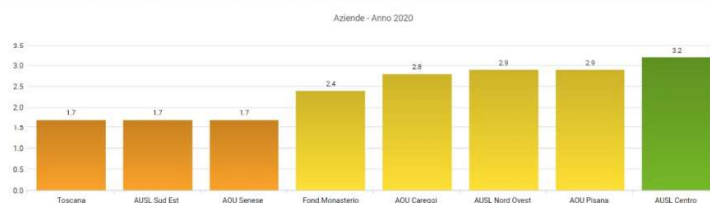
Per l'assistenza al parto è stata valutata la % di donne alle quali non è stato permesso avere una persona di fiducia durante il travaglio e durante il parto, con una valutazione non positiva per Careggi, da mettere in relazione con l'applicazione delle norme indotte dall'emergenza covid sulle visite dei parenti ai ricoverati applicate dall'azienda per la salvaguardia dell'ospedale.

C7B.R RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto



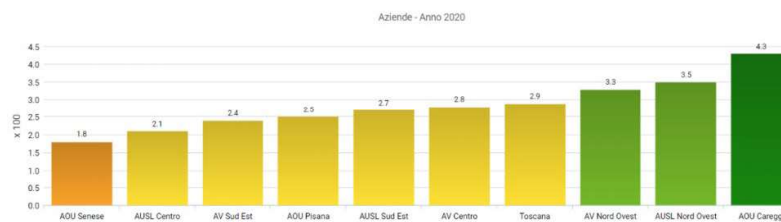
Relativamente all'ambito cardio circolatorio sono stati considerati i volumi delle diverse tipologie di intervento (IMA STEMI, angioplastica, ictus ischemico e by pass aortocoronarico) con una valutazione media dell'azienda:

CC.R RESILIENZA - Ambito Cardio Circolatorio



Sulla donazione di organi è stata raggiunta un'ottima performance, la migliore della Regione:

B6.R RESILIENZA - Donazioni di organi



Sul pronto soccorso infine Careggi ha la migliore performance regionale, ottenuta con la valutazione del tempo mediano di permanenza per gli accessi al PS non seguiti da ricoveri.

PS.M2 Tempo mediano di permanenza per accessi al PS non inviati al ricovero



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. 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 ci sono 2 indicatori collocati

nella fascia rossa, 1 nella fascia arancione, 7 nella fascia gialla, 6 nella fascia verde chiaro e 3 nella verde scuro . Il 48% degli indicatori ha quindi performance buona/ottima, il 37% performance media, il 15% performance da migliorare.

Nel complesso, nonostante la pandemia, l'azienda è riuscita a migliorare il 39% degli indicatori mentre il 29% è rimasto costante e solo il 33% è peggiorato.

Andamento indicatori - Trend 2019/2020

Numero indicatori di valutazione: 91



Per i 3 ambiti delle soglie di chirurgia oncologica e performance dei trattamenti oncologici, della % di assenza e delle donazioni, Careggi risulta l'azienda con la migliore performance della Regione. Sussistono invece ancora ampi margini di miglioramento nella valutazione degli utenti al percorso Materno infantile, nella salute mentale (% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche) e nell'estensione ed adesione all'osservatorio PROMs. Quest'ultimo, relativo ai pazienti dimessi da ricovero ordinario, è stato introdotto in Toscana con lo scopo di aprire un canale di ascolto continuo dell'utenza e gli indicatori del bersaglio misurano l'estensione dell'indagine e la partecipazione degli utenti. Miglioramenti possono essere realizzati anche nel percorso emergenza-urgenza, nel rispetto dei tempi massimi di attesa del PNGLA per gli interventi di chirurgia oncologica, nella riduzione della degenza media.

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

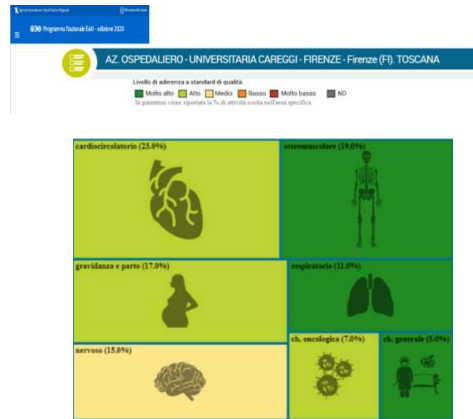
L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 indicatori di outcome: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito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

Per l'anno 2020 la valutazione del CRISP – MES non è ad oggi ancora stata pubblicata; dal calcolo interno di tali indicatori risulta tuttavia che la maggior parte delle strutture ha 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 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 2020, riferiti all'attività 2019, 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, respiratorio e chirurgia generale; performance buona (colore verde chiaro) nell'area cardiocircolatorio, gravidanza e parto, chirurgia oncologica; performance media (colore giallo) nel nervoso.



Nella tabella sottostante il dettaglio per i diversi indicatori presenti nelle 7 macroaree:

Area clinica	Indicatore	N	% ADJ	% Italia
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	502	5.44	7.92
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	514	1.68	1.87
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	502	61.95	49.96
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1451	1.86	2.28
	Scoppio cardiaco congestivo: mortalità a 30 giorni	473	5.94	10.15
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	259	1.21	1.59
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	291	11.54	9.98
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	715	1.8	2.66
RESPIRATORIO	BPCO rievilizzata: mortalità a 30 giorni	276	4.52	9.67
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < 3 giorni	578	82.29	79.72
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 cas	803	90.38	76.81
CH. ONCOLOGICA	Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volume di attività > 135 casi	876	98.4	72.11
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	428	2.71	3.99
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	794	0.55	1.12
GRAVIDANZA E PARTO	% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM magrezza	466	3.58	6.41
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	236	3.67	5.36
	% parti con taglio cesareo primario	2523	21.69	22.75
OSTEOMUSCOLARE	Parto naturale: % complicanze durante il parto e il puerperio	3916	0.25	0.62
	Parto cesareo: % complicanze durante il parto e il puerperio	1837	0.76	0.89
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	493	71.86	66.77
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	135	6	4

I dati PNE riferiti al 2020 ad oggi non sono ancora stati pubblicati; dal calcolo interno di tali indicatori risulta comunque che, calcolati a livello di azienda, presentano tutti performance media, buona od ottima, non rilevando quindi nessuna criticità né a livello di singolo indicatore né a livello di macroarea.

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 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.

L'anno 2020 è stato un anno particolarmente difficile a causa della pandemia che ha visto l'azienda fortemente coinvolta nella cura dei pazienti covid, dedicandovi sia un intero padiglione specifico, sia, nei momenti di maggiori contagi, alcuni reparti del DEAS; l'emergenza coronavirus ha impattato fortemente sull'azienda rendendo necessaria una riorganizzazione continua ed un fabbisogno importante di risorse aggiuntive. Ne è derivata la necessità di riorganizzare, riadattandoli giorno dopo giorno, spazi ed attività, condividendo risorse con la massima flessibilità nella consapevolezza di dover rispondere ad un bisogno nuovo che si è aggiunto e non sostituito a tutti gli altri che comunque non potevano essere trascurati. Nonostante ciò, nel complesso gli obiettivi di budget a più alta valenza strategica, sono stati pienamente raggiunti; i risultati complessivi realizzati nel 2020 sono simili a quelli dell'anno precedente, con una media dei raggiungimenti finali delle strutture pari al 90% ed un raggiungimento degli obiettivi della scheda aziendale pari all'84%. Risultati da considerarsi ancora migliori se ricondotti alla difficilissima situazione sanitaria che la pandemia ha causato.

Gli indicatori MES sono tutti in linea con i valori attesi ad eccezione dei dh medici con finalità diagnostica. Il miglioramento dell'efficienza del pronto soccorso, misurato 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 sono stati valutati in quanto per l'emergenza covid sono stati modificati i percorsi ed i relativi tempi al pronto soccorso. Anche la % di colecistectomie laparoscopiche in DS/ totale colecistectomie laparoscopiche non è stato valutato in quanto l'emergenza covid ha modificato la casistica trattabile.

Per quanto concerne gli indicatori CRISP-MES, come valore atteso per il 2020 è stato preso a riferimento in valore medio delle aziende ospedaliero universitarie della Regione dell'ultimo anno disponibile nel momento della negoziazione del budget, calcolato per le differenti 8 discipline, chiedendo alla strutture di mantenersi al di sotto della media regionale. Tali indicatori hanno mostrato in generale buone performance sia per la mortalità totale, sia per i ricoveri ripetuti sia 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 ed il restante 40% nella fascia gialla mentre non ve ne è alcuno nelle fasce arancione o rossa.

Margini di miglioramento rimangono invece nell'ambito dell'efficienza di sala operatoria: a tal fine sono stati introdotti, per la prima volta nel 2019, obiettivi relativi all'orario della prima incisione ed all'orario dell'ultima sutura ai quali è stato aggiunto per il 2020 un obiettivo sui tempi di cambio. Essendo obiettivi sfidanti, ed avendo dovuto affrontare l'emergenza covid, con continue riorganizzazioni e modifiche dei percorsi, è plausibile che, seppur avviato il processo di miglioramento, vi siano in molte strutture ancora delle azioni da implementare per raggiungere i valori attesi.

Relativamente agli obiettivi sull'appropriatezza del consumo dei farmaci, 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 del registro aifa, l'appropriatezza del consumo dell'immunoglobulina normale endovena, della scelta dei farmaci antifungini, dei farmaci immunoreumatologici nonché della prescrizione dei farmaci oncologici mentre permangono margini di miglioramento sull'appropriatezza del consumo delle eparine a basso peso molecolare e dell'albumina. Anche gli obiettivi sull'appropriatezza del consumo dei dispositivi medici sono stati pienamente raggiunti.

Gli obiettivi sul contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche nonché di refertazione di anatomia patologica hanno raggiunto ottime performance; anche gli standards previsti dal PNGLA per gli interventi chirurgici di classe A sono

stati in gran parte rispettati; la percentuale di strutture che hanno raggiunto l'obiettivo sulla tempestività della chiusura delle SDO è ancora migliorabile.

La totalità delle strutture ambulatoriali ha raggiunto il nuovo obiettivo del 2020 sulla produttività, obiettivo 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. Tutte le strutture sono state infine valutate positivamente per il supporto che hanno dato per far fronte all'emergenza covid, obiettivo aggiunto a metà anno dopo gli incontri di monitoraggio del budget 2020.

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.

OBIETTIVO STRATEGICO	PESO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PESO	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	6	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	3	-.17	< 0	-.47	100
			MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	3	0	< 0	.12	80
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	20	RISPETTO STANDARD PREVISTI DAL MES/ PNE	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	2	78.45	> 80%	81.05%	100
			MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	2	23.32	< 20%	22.87%	80
			MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	1	6.11	< 5.14%	8.23%	60
			MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	0	80.31	> 87.68%	%	
			MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO: COMPLICANZE A 30 GG DALL'INTERVENTO	1	1.85	< 2%	2.58%	60
			MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	1	93.4	> 93.29%	96.64%	100
			MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	1	70.99	> 59.53%	75.38%	100
			MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	1	64.86	> 68.38%	61.4%	80
			MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	1	14.1	< 6%	14.23%	0
			PNE: PERC. RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	1		< 13.45%	8.87%	100
			PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	1		< 14.45%	10.91%	100
			PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER ICTUS	1		< 7.33%	3.42%	100
			PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	3	87	= 100%	82%	82
			PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG	2	89	= 100%	91%	91
			PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RITORNI IN SALA OPERATORIA	2	56	= 100%	73%	73
			APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	3	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD PNGLA PER INTERVENTI CHIRURGICI	3	
QUALITA' DI PROCESSO	2	RISPETTO TEMPI DI REFERTAZIONE ANATOMIA PATOLOGICA	PERC. CITOLOGICI ENTRO 5 GIORNI/ TOT. CITOLOGICI	1	70.24	> 70%	64.39%	90
			PERC. PEZZI ANATOMICI ENTRO 15 GG/ TOT. PEZZI ANATOMICI SENZA APPROFONDIMENTI BIOMOLECOLARI	1	63.52	> 70%	67.48%	90

OGGETTIVO STRATEGICO	PES O	OGGETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PES O	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGI MENTO
ESITO DELLE CURE	30	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	2	.94	< 1.5%	1.12%	100
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	2	2.6	< 6%	6.74%	80
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	2	1.96	< 1.5%	1.64%	60
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	2	4.01	< 6%	5.17%	100
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	2	3.7	< 8%	6.92%	100
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	2	.72	< .5%	.7%	60
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	2	1.93	< 1%	3.17%	60
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	2	0	< 1%	.35%	100
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2	3.95	< 2%	5.36%	60
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	2	1.52	< 1.5%	1.94%	60
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	2	2.95	< 3%	3.84%	80
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	2	1.13	< 1%	.43%	100
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	2	1.46	< 5%	6.11%	80
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	2	5.22	< 9%	5.85%	100
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	8	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	1		< 2.3%	2.68%	80
			MES: PERC. PZ DIMESSI A DOMICILIO CON PERMANENZA IN PS < 8 ORE	0	91.46	> 95%	%	
		MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	0		> 94.08%	%	
			PERC. SOD CHE RISPETTANO ORARIO STABILITO PER PRIMA INCISIONE	3	78.2	= 100%	65%	65
PRODUTTIVITA'	3	RISPETTO TEMPO MINIMO DEDICATO ALL'ASSISTENZA	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD DI ORE DA DEDICARE ALL'ASSISTENZA	3		= 100%	100%	100
			PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ULTIME SUTURE PRIMA DELLE 17.30	3	40	= 100%	66%	66
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	3	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	3	75	> 70%	79.1%	100
CONTENIMENTO TEMPO RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	2	CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PER PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ INTERNI	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TC, ECO, RX PER PZ RICOVERATI ESEGUITE ENTRO LE ORE 24 DEL 2° GG	1		= 100%	100%	100

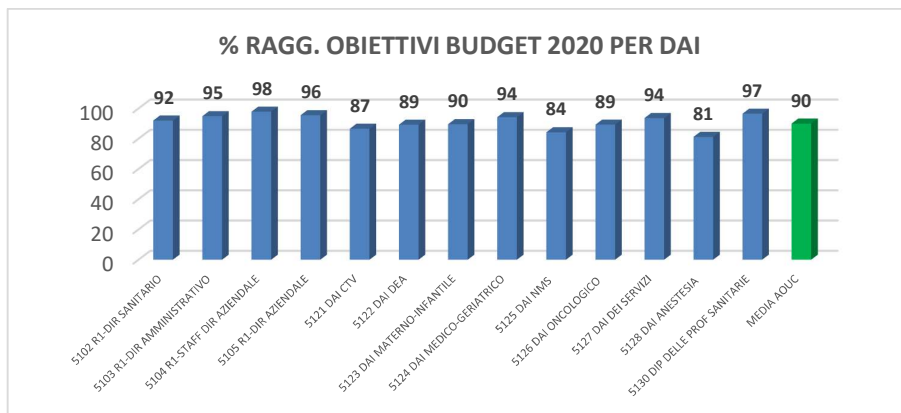
OGGETTIVO STRATEGICO	PES O	OGGETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PES O	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGI MENTO
CONTENIMENTO TEMPO RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	2	CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ DEL PS	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TC, ECO, RX PER PZ DEL PS ESEGUITE ENTRO 2 ORE	1		= 100%	100%	100
CORRETTA REGISTRAZIONE	3	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO/ CARTELLE	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	3	68.46	= 100%	68.15%	60
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	3	CORRETTA TENUTA REGISTRO IMPIANTO/ ESITO	PERC. SOD CON TENUTA CORRETTA REGISTRO IMPIANTO/ESITO PER DM	1	80	= 100%	82%	82
		RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI	PERC. SOD CHE RISPETTANO % DI GARA PER ACQUISTO DM	1	100	= 100%	89%	89
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	14	CONTENIMENTO RICHIESTE DISPOSITIVI NON DELIBERATI ESTAR	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO SUL RISPETTO AGGIUDICAZIONI ESTAR PER ACQUISTO DM	1		= 100%	100%	100
		INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/ EQUIVALENTE	PERC. SOD CHE RISPETTANO PERCENTUALE STABILITA DI UTILIZZO DI FARMACI BIOSIMILARI/ EQUIVALENTI	2		= 100%	95%	95
		ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI OFF LABEL	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SUI FARMACI OFF LABEL	2		= 100%	100%	100
		CORRETTA COMPILAZIONE SCHEDE AIFA E REGISTRO AIFA	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SU CORRETTA COMPILAZIONE SCHEDE E REGISTRO AIFA	2		= 100%	100%	100
		INVIO ALLA FARMACIA SCHEDE AIFA E CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE PER ANTIBIOTICI A MONITORAGGIO AIFA	N. CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE/ N. SCHEDE AIFA	2		= 100%	95%	95
		APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	% SOD CHE RAGGIUNGONO APPROPRIATEZZA EPARINE BASSO PESO MOLECOLARE	1		= 100%	45%	45
		APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	PERC. SOD CHE RISPETTANO APPROPRIATEZZA SCELTA ANTIFUNGINI	1		= 100%	92%	92
		APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONE FARMACI ONCOLOGICI	PERC. SOD CHE RISPETTANO INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PER FARMACI ONCOLOGICI	1		= 100%	100%	100
EMERGENZA COVID	3	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO RIDUZIONE COSTO ALBUMINA PER GG. DEGENZA	1		= 100%	30%	30
		APPROPRIATEZZA CONSUMO IMMUNOGLOBULINA NORMALE ENDOVENOSA	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	1		= 100%	100%	100
		APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI IMMUNOREUMATOLOGICI	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO SUL CONSUMO FARMACI IMMUNOREUMATOLOGICI	1		= 100%	100%	100
		CONTRIBUTO DELLA STRUTTURA ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID	VALUTAZIONE PERC. CONTRIBUTO DELLA STRUTTURA ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID	3		= 100%	100%	100
% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET								84

Di seguito si riportano i risultati di sintesi per Azienda e Dipartimento della verifica di budget 2020; quelli di struttura sono riportati nell'allegato A del documento. La media dei raggiungimenti finali di tutte le strutture è pari al 90%; la mediana pari al 92%; la moda pari al 95%; il raggiungimento minimo è stato 62%, il massimo 99%.

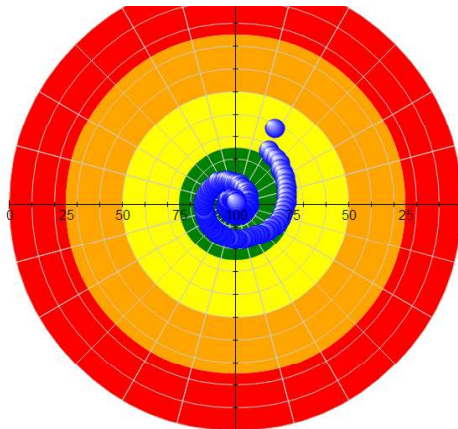
La tabella sottostante mostra la collocazione di tutte le strutture nelle diverse fasce di performance: nessuna struttura si colloca nella fascia rossa e arancione; l'1% si colloca nella fascia gialla con performance media; l'11% nella fascia verde chiaro con performance discreta, il 31% in quella verde con performance buona, il 58% in quella verde scuro con performance ottima.

VERIFICA BUDGET 2020 - RISULTATI FINALI		
FASCE RAGGIUNGIMENTO	N. SOD/VO	%
0-49	0	0%
50-59	0	0%
60-69	1	1%
70-79	16	11%
80-89	47	31%
90-100	88	58%

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 2020 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 2020			VALUTATORE
	Performance organizzativa (budget)	Performance individuale		
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE SANITARIO
	60	20	20	
DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
	60	20	20	
DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARIMENTALE	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	
	60	20	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 O COORDINAMENTO	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali	Comportamenti organizzativi	
	60	20	20	
PERSONALE DEL COMPARTO DS e D	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuale	Comportamenti organizzativi	DIRETTORE DI STRUTTURA O POSIZIONE ORGANIZZATIVA O COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	60	20	20	
PERSONALE DEL COMPARTO C, BS, B e A	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuale	Comportamenti organizzativi	
	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 dell'/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 per l'anno 2019, produrrà effetti economici sulla retribuzione di risultato relativa all'annualità 2020.

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 2020 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 2020 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 2020		Personale Dirigente VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE COMPLESSIVA 2020	
Minimo conseguito	14,80	Minimo conseguito	68,80
Massimo conseguito	40,00	Massimo conseguito	99,40
Media	37,51	Media	90,23
Moda	40,00	Moda	91,00
Mediana	39,20	Mediana	91,00

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

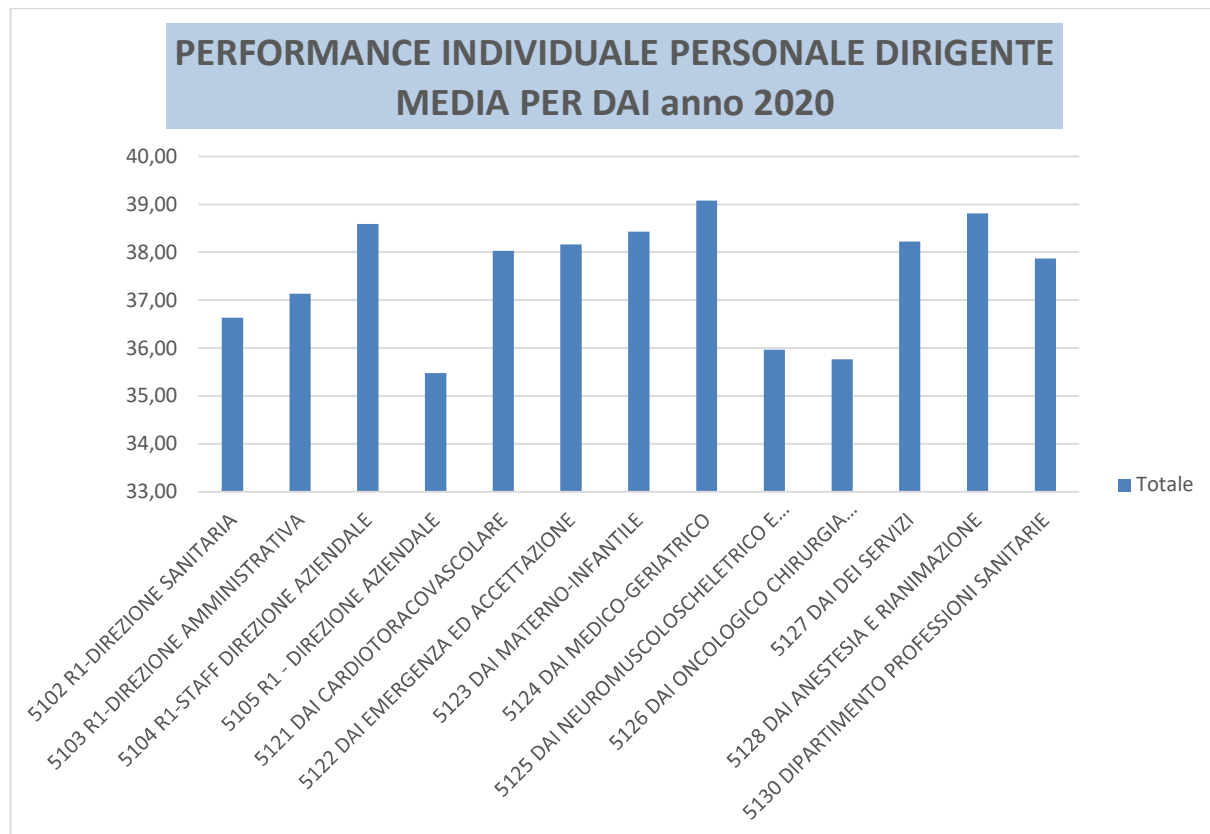
La prima tabella suddivide il personale dirigente valutato per 5 fasce di punteggio conseguito in sede di valutazione individuale e riporta la suddivisione sul totale dei dipendenti soggetti a valutazione.

TAB. 1

FASCE DI PUNTEGGIO	NUMERO DIRIGENTI VALUTATI	% SUL TOTALE
NON VALUTABILI	46	=
16-24	7	0,5
24,01-28	19	1,4
28,01-32	82	6,3
32,01-36	285	21,7
36,01-40	919	70,0
TOTALE VALUTATI	1312	100

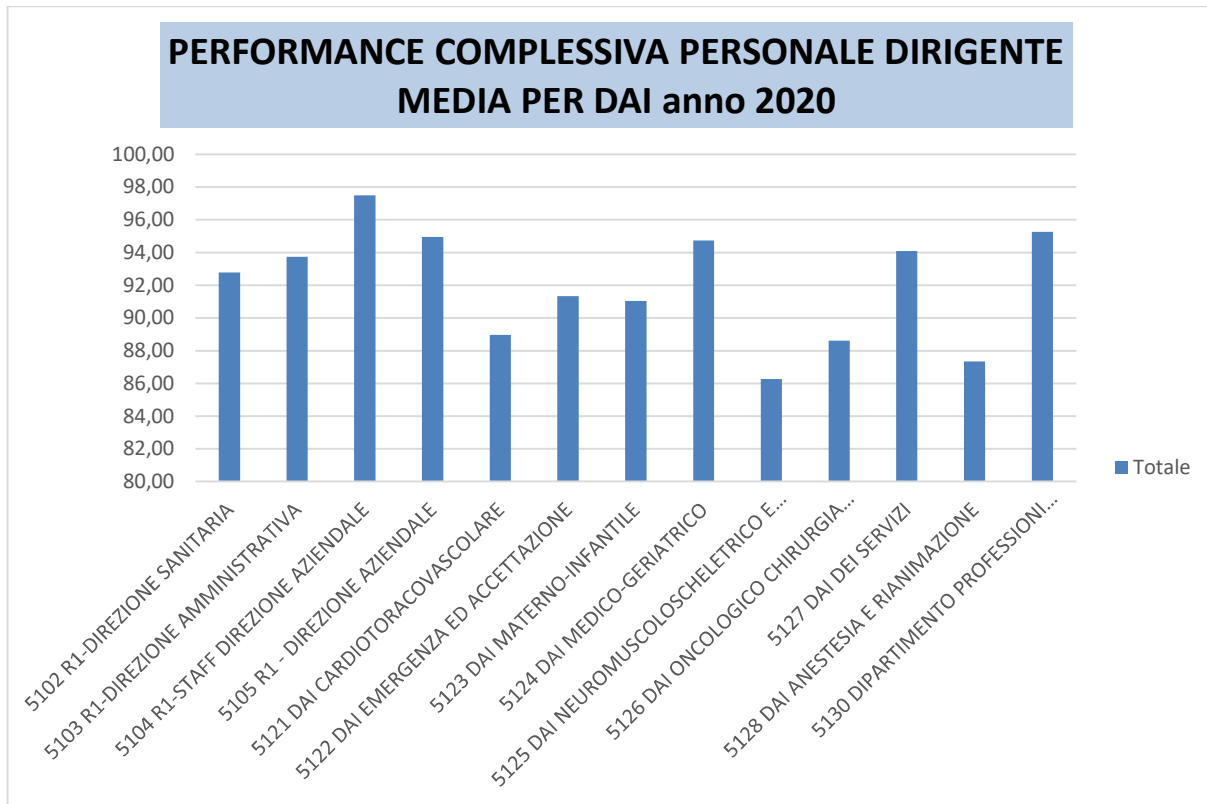
La seconda tabella illustra gli esiti della valutazione individuale della performance della dirigenza per l'anno 2020 riportando la valutazione media conseguita presso ciascun DAI, Direzione.

TAB. 2



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).

TAB. 3



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 non valutato del comparto risulta essere 168.

Il personale valutato del comparto è 4.879 di questi 4.384 sono stati valutati per la performance organizzativa ed individuale mentre 495 sono stati valutati solo per la performance organizzativa.

RISULTATI PERFORMANCE COMPLESSIVA PERSONALE DEL COMPARTO ANNO 2020 SUDDIVISI PER RUOLO E FASCE DI PREMIALITA'								
	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMM.VO		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Non valutabile	100	2,05	46	0,94	22	0,45	168	3,44
<50			0	0,00	0	0,00	0	0,00
50-59,99	1	0,02			1	0,02	2	0,04
60-74,99	2	0,04	5	0,10	3	0,06	10	0,20
75-89,99	362	7,42	233	4,78	20	0,41	615	12,61
90-100	2698	55,30	1257	25,76	297	6,09	4252	87,15
Totale	3063	62,78	1495	30,64	321	6,58	4879	100

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

VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE COMPLESSIVA	
ANNO 2020	
Minimo conseguito	56,4
Massimo conseguito	100
Media	94,47
Moda	96,4
Mediana	96,4

Allegato 1. Risultati verifica budget 2020 per struttura

VERIFICA BUDGET 2020 - RISULTATI FINALI PER STRUTTURA

5102 R1-DIRETTORE SANITARIO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3063	MONITORAGGIO PERFORMANCE SANITARIE	87
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3064	DIREZIONE OPERATIVA	98
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3065	GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT	99
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1123	PSICHIATRIA FORENSE E CRIMINOLOGIA CLINICA	94
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1131	MEDICINA DEL LAVORO	91
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1412	FISICA SANITARIA	93
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1440	MEDICINA LEGALE	94
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1441	TOSSICOLOGIA FORENSE	62
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1522	IGIENE ED ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	95
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3027	CRAOT	99
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1357	FARMACOLOGIA	94
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	97
5206 AREA TECNICA	3012	PROGETTAZIONE	98
5206 AREA TECNICA	3013	REALIZZAZIONI	98
5206 AREA TECNICA	3014	MANUTENZIONI	98
5207 AREA AMMINISTRATIVA	1523	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO delle ATTIVITA' SANITARIE	96
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3006	AFFARI GENERALI	86
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3009	CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	95
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3045	AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	91
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3049	RAPPORTI CON ESTER	93
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3097	PATRIMONIO E GARE A GESTIONE AZIENDALE	96

5104 R1-STAFF DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3021	SVILUPPO E B.P.R.	97
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3028	CONTROLLO DIREZIONALE	98
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3031	ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISK MANAGEMENT	96
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	98
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3018	FORMAZIONE	99
5270 AREA SVILUPPO E PROCESSI	3035	GESTIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E AREA A PAGAMENTO	97
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	97
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3029	AFFARI LEGALI	95
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3094	CONTROLLI INTERNI INTEGRATI	95
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3098	COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' TRASFUSIONALI	96

5121 DAI CARDIOTORACOVASCOLARE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1151	CARDIOLOGIA GENERALE	78
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1163	INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA STRUTTURALE	85
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1166	CARDIOCHIRURGIA	75
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1174	CHIRURGIA VASCOLARE	94
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1212	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA D'URGENZA	86
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1282	ARITMOLOGIA	78

5421 AREA CLINICA-DAI 21	1144	MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE E PERIOPERATORIO	88
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1302	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	90
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1404	MALATTIE ATERTROMBOTICHE	94
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1425	CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA	96
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1428	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	97
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1135	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	89
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1165	CHIRURGIA TORACO POLMONARE	81
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1431	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA TORACOPOLMONARE	86

5122 DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1162	CHIRURGIA D'URGENZA	79
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1178	CHIRURGIA EPATOBILIARE	73
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1322	CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE	85
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1141	MEDICINA INTERNA 2	87
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1142	MEDICINA INTERNA 1	94
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1146	MEDICINA INTERNA 3	92
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1154	MEDICINA INTERNA 4	92
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1187	MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA	91
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	84
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1147	INQUADRAMENTO CLINICO INTEGRATO E PERCORSI INTRAOSPEDALIERI DELLE URGENZE	94
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1254	STROKE UNIT	96
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1264	TOSSICOLOGIA MEDICA E CENTRO ANTIVELENI	93

5123 DAI MATERNO-INFANTILE

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1158	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	88
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1191	OSTETRICA E GINECOLOGIA	79
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1192	GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA	77
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1194	MEDICINA PRENATALE	94
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1268	GENETICA MEDICA	92
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1305	GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	95
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1353	ANDROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA FEMMINILE E INCONGRUENZA DI GENERE	94
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1190	MEDICINA E DIAGNOSI FETALE	96
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	97
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1156	REUMATOLOGIA	95
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1169	ALCOLOGIA	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1210	NEFROLOGIA E DIALISI	89
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1266	ENDOCRINOLOGIA	97
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1270	IMMUNOALLERGOLOGIA	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1292	MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1308	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1309	NUTRIZIONE CLINICA	96
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1361	CENTRO CEFALEE E FARMACOLOGIA CLINICA	96
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1148	AGENZIA DI CONTINUITA OSPEDALE-TERRITORIO	96
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1196	GERIATRIA-UTIG	86
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1225	GERIATRIA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	89

5125 DAI NEUROMUSCOLOSCHIELETTRICO E DEGLI ORGANI DI SENSO

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1117	CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO	86
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1119	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA GENERALE	72
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1122	ORTOPEDIA	73
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1188	CHIRURGIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	84
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1189	CHIRURGIA DELLA COLONNA	84
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1114	UNITA SPINALE UNIPOLARE	85

5425 AREA MEDICA-DAI 25	1159	MEDICINA INTERNA INTERDISCIPLINARE	95
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1199	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	82
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1252	NEUROLOGIA 1	91
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1253	NEUROLOGIA 2	86
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1256	PSICHIATRIA	85
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1276	RIABILITAZIONE	87
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1297	NEUROUROLOGIA	86
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1300	MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO	92
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1317	MEDICINA INTERNA E POST CHIRURGICA	92
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1433	NEUROFISIOPATOLOGIA	85
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1127	NEUROCHIRURGIA	75
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1201	CURE INTENSIVE DEL TRAUMA E DELLE GRAVI INSUFFICIENZE D'ORGANO	88
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1234	OCULISTICA	85
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1238	OTTICA FISIOPATOLOGICA	84
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1239	ODONTOSTOMATOLOGIA	91
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1242	OTORINOLARINGOIATRIA	76
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1306	ODONTOIATRIA SPECIALE	84
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1325	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	75

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	83
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1116	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	83
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1161	CHIRURGIA ONCOLOGICA A INDIRIZZO ROBOTICO	73
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1171	CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	84
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1179	MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA	89
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1197	ORTOPEDIA ONCOLOGICA PEDIATRICA	89
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1200	AUDIOLOGIA, CHIRURGIA TESTA COLLO ONCOLOGICA E ROBOTICA	82
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1248	UROLOGIA ONCOLOGICA, MININVASIVA, ROBOTICA ED ANDROLOGICA	86
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1249	CHIRURGIA UROLOGICA ROBOTICA, MINIINVASIVA E DEI TRAPIANTI RENALI	88
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1321	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA AVANZATA	81
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	95
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1274	RADIOTERAPIA	96
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1314	ONCOLOGIA TRASLAZIONALE	96
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1315	PSICONCOLOGIA	95
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1411	FISICA MEDICA	96
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1134	MALATTIE EMORRAGICHE E DELLA COAGULAZIONE	96
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1176	TERAPIE CELLULARI E MEDICINA TRASFUSIONALE	89
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1204	EMATOLOGIA	85
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1312	CENTRO DIAGNOSTICO CITOFLUORIMETRIA E IMMUNOTERAPIA	97

5127 DAI DEI SERVIZI

AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1170	LABORATORIO BIOCHIMICA CLINICA E MOLECOLARE	96
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1401	LABORATORIO GENERALE	98
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1402	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	97
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1416	DIAGNOSTICA GENETICA	96
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	98
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1195	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA DI EMERGENZA-URGENZA	85
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1198	RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	86
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1284	INTERVENTISTICA NEUROVASCOLARE	81
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1414	MEDICINA NUCLEARE	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1451	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1452	RADIOLOGIA SPECIALISTICA	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1455	RADIOLOGIA SPECIALISTICA 2	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1460	NEURORADIOLOGIA	96

5128 DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE



AREA	SOD	Des Aggregatore Scheda	% RAGG.
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1180	NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	76
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1185	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN ORTOPEDIA	85
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1202	CARDIOANESTESIA E CARDIORIANIMAZIONE	79
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	87
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1237	ANESTESIA ONCOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	80
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1360	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	77

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	94
5217 AREA DELLA RICERCA E SVILUPPO DISCIPLINARE	3062	RICERCA E SVILUPPO DELLA CLINICAL PRACTICE	99