



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI

Relazione sulla performance 2022



1. PREMESSA	2
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA.....	3
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI.....	6
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE	13
ALLEGATO A. RISULTATI VERIFICA BUDGET 2022 PER STRUTTURA	14

1. Premessa

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

La presente Relazione sulla Performance vuole illustrare i risultati raggiunti dall'AOU Careggi nel corso dell'anno 2022 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 e dal 2017 per gli indicatori CRISP (Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità di Regione Lombardia che ha elaborato indicatori di outcome che misurano la qualità clinica e di processo con una differenziazione tra le diverse discipline). 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.

Per una piena comprensione delle linee di indirizzo strategiche e degli obiettivi da essi derivanti per l'anno 2022 può essere consultato il Piano della Performance pubblicato nel sito aziendale all'interno del PIAO 2022-2024 (Prov. D.G.388 01/07/2022).

2. Performance organizzativa dell'Azienda

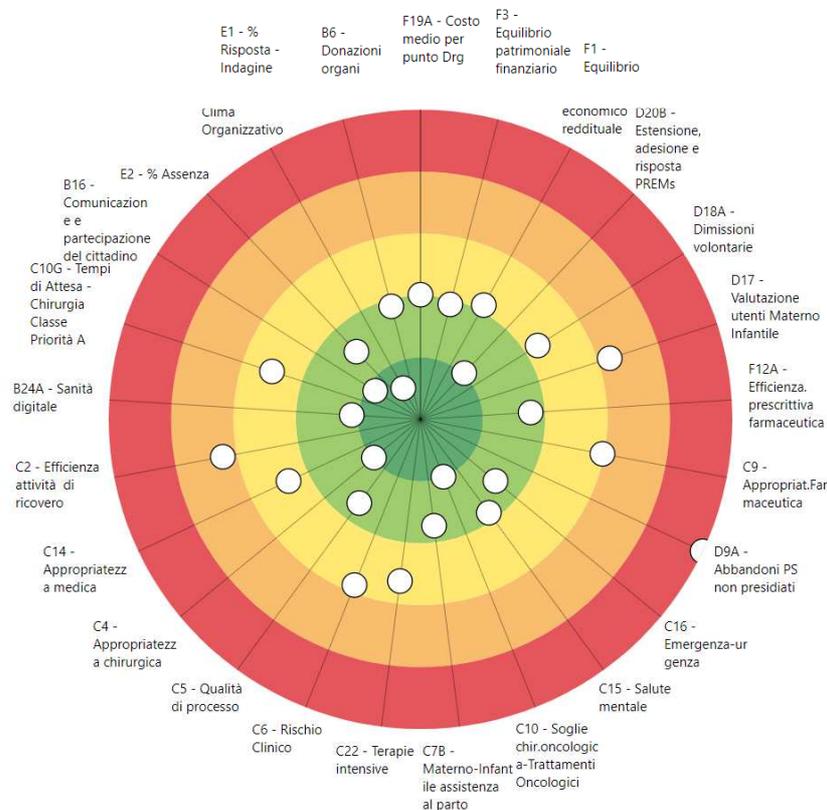
La valutazione della performance dell'azienda è effettuata innanzitutto dal **MES (Laboratorio Management e sanità)** che, su incarico della Regione Toscana, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il **Bersaglio**, un sistema di indicatori raggruppati secondo il modello di balanced scorecard.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

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

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

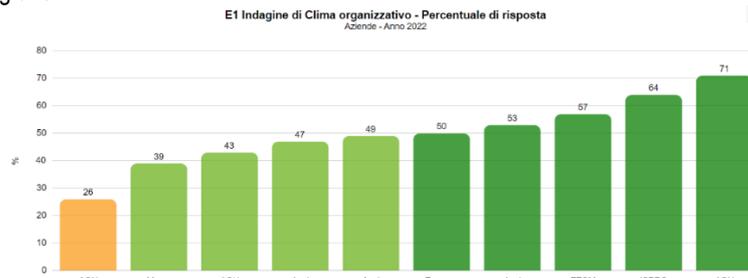
Si riporta di seguito la valutazione dell'AOU Careggi per l'anno 2022 fatta dal MES tramite gli indicatori del Bersaglio.

Bersaglio 2022 - AOU Careggi

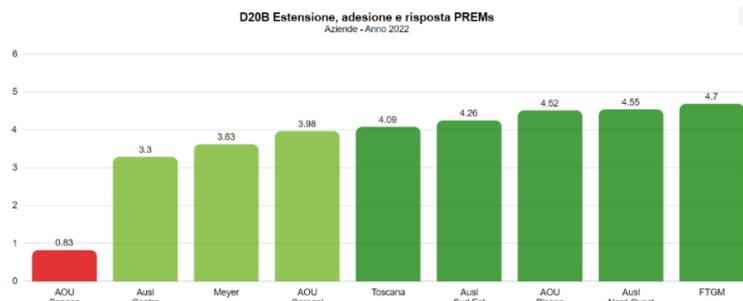


Dall'analisi del Bersaglio si evidenzia come l'azienda sia riuscita a perseguire nell'anno 2022 dei buoni risultati complessivi, anche se rimangono alcuni ambiti di miglioramento. La maggior parte del gruppo di indicatori del Bersaglio valutati, si colloca infatti nelle fasce verdi vicine al centro, mentre risultano pochi gli indicatori posizionati sulle fasce esterne. Più nello specifico, c'è un solo gruppo di indicatori collocato nella fascia rossa, 2 nella fascia arancione, 8 nella fascia gialla, 10 nella fascia verde chiaro e 4 nella fascia verde scuro.

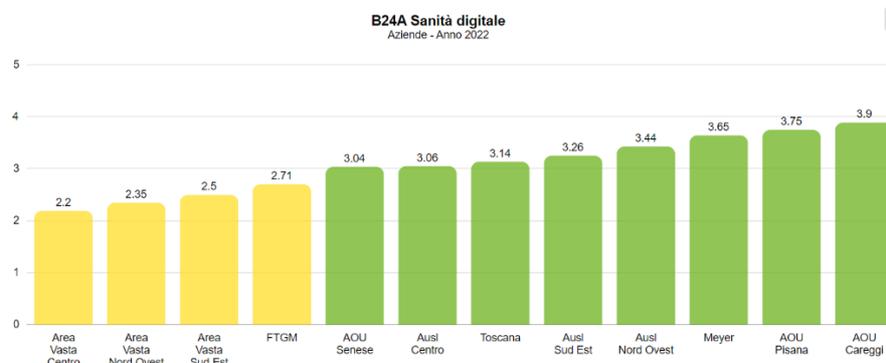
L'azienda raggiunge la migliore performance della Regione nella percentuale di risposta all'indagine di clima organizzativo, con un 71% di tasso di risposta. Questa indagine promossa dal MES e rivolta a tutti i dipendenti dell'azienda, aveva visto nelle edizioni precedenti una scarsa partecipazione; inserendolo per la prima volta come obiettivo di budget, l'azienda è riuscita a realizzare la più alta adesione di tutta la Regione.



L'altra indagine promossa dal MES, rivolta a tutti i pazienti che si ricoverano, è quella del PREMS (Patient-Reported Experience Measures) che mira alla rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti nella sanità toscana; la partecipazione di questi, con la loro disponibilità a raccontare la propria esperienza col ricovero ospedaliero, dovrebbe dare in ciascuna azienda un contributo al processo di miglioramento continuo all'interno delle aziende stesse. Careggi aveva visto in passato una bassissima adesione (circa 1%) mentre, inserendolo come obiettivo di budget, è riuscita a raggiungere un tasso di adesione del 56%, con una buona valutazione finale.

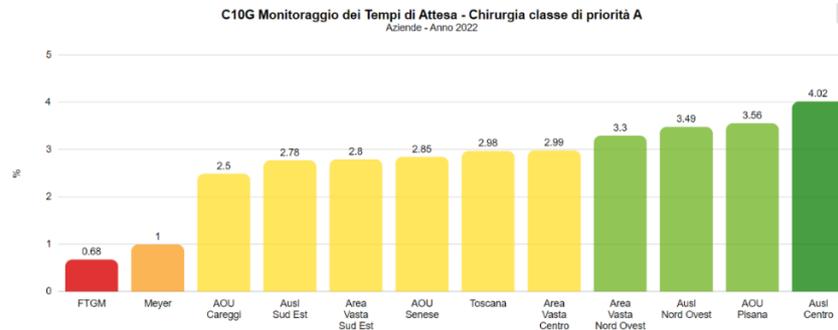


Tra le migliori performance regionali, con valutazione ottima, vi sono anche quella relativa alla comunicazione e quella relativa alla partecipazione del cittadino nonché all'appropriatezza chirurgica. Altro ambito di eccellenza per l'azienda è quello della performance dei trattamenti oncologici e dei volumi della chirurgia oncologia nonché della sanità digitale, dove è raggiunta la migliore performance regionale.



Sul rispetto dei tempi di attesa di 30 gg per gli interventi chirurgici oncologici di classe A, l'azienda invece peggiora molto rispetto all'anno precedente, passando da una performance ottima del 2021 ad una performance media nel 2022. Consapevoli dei margini di

miglioramento che ci sono per alcune tipologie di intervento, sono state individuate nel 2022, e proseguono nel corso del 2023, delle azioni correttive per far sì che la percentuale di pazienti operati entro 30 gg aumenti riavvicinandosi al valore atteso del 90%.



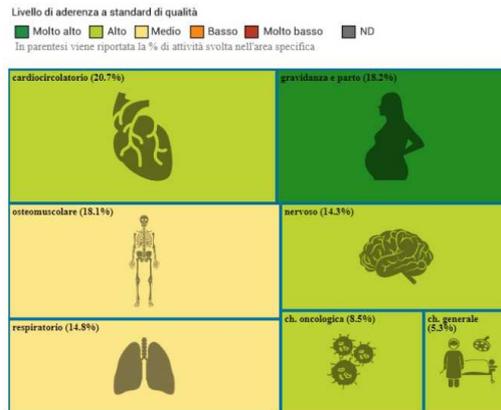
Gli altri ambiti nei quali sussistono ancora margini di miglioramento sono rappresentati dalla valutazione degli utenti al percorso Materno infantile, dagli abbandoni al pronto soccorso, nonché dall'efficienza dell'attività di ricovero, misurata attraverso l'indice di performance di degenza media. L'incremento dal 2020 in poi della degenza media rispetto alla casistica medica, è un fenomeno non solo dell'azienda Careggi, ma di tutte le aziende della Regione, e trova la principale causa nell'aumento, negli anni covid, della complessità generale dei pazienti trattati. E' un fenomeno sotto attenzione da diverso tempo a livello aziendale, al fine di trovare delle azioni correttive che permettano di tornare alla degenza media pre-covid. Infine, vi sono margini di miglioramento sull'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, sul rischio clinico nonché sulle terapie intensive, con una valutazione media nell'area gialla.

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 affermava che le aziende sanitarie sarebbero entrate in piano di rientro non solo se non avessero rispettato l'equilibrio economico ma anche 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 2022, riferiti all'attività 2021 ultimi disponibili, rappresentati in modo sintetico dalla Tree Map, evidenziano buone ed ottime performance in ciascuna delle 7 aree specifiche; più in particolare l'azienda raggiunge performance ottima (colore verde scuro) nell'area gravidanza e parto; performance buona (colore verde chiaro) nell'area cardiocircolatorio, nervoso, chirurgia oncologica e chirurgia generale; performance media (colore giallo) nel respiratorio e nell'osteomuscolare. Non vi è quindi, come non vi è mai stato negli anni passati, nessuna area con performance scarsa o molto scarsa (colore arancione e rosso).

TREEMAP PNE 2022 (dati 2021)



Infine, è in corso di implementazione nel 2023, un nuovo Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale delle Aziende Ospedaliere, strutturato dall'AGENAS, che si aggungerà nei prossimi anni ai sistemi di valutazione sopradescritti.

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 2022 ha dovuto affrontare l'emergenza covid nel primo trimestre, mentre nei restanti mesi la pandemia ha subito un arresto; gli ultimi 3 anni sono stati dubbio molto impegnativi per l'impatto che il covid ha avuto nella riorganizzazione dei percorsi, nella riorganizzazione complessiva dell'ospedale nonché nella continua necessità di risorse di personale aggiuntive. Tutto ciò può aver determinato difficoltà nel raggiungimento di alcuni obiettivi di budget, tuttavia i risultati complessivi realizzati nel 2022 sono stati comunque molto buoni: la media dei raggiungimenti finali delle strutture è stata pari all'88,3% ed il raggiungimento finale degli obiettivi della scheda aziendale pari all'85%. Risultati davvero confortanti se ricondotti alla difficilissima situazione sanitaria che la pandemia ha causato.

Gli indicatori MES raggiungono buone e ottime performance con alcune eccezioni: gli indicatori sull'efficienza del pronto soccorso, alcuni dei quali mantenuti come monitoraggio e non valutazione in quanto con l'emergenza covid sono stati modificati i percorsi ed i relativi tempi del PS, mentre rimane critico quello degli abbandoni dal PS, nonché l'indicatore dell'area materno infantile dei "parti operativi", dovuto principalmente al fatto che negli ultimi anni si è abbassata la percentuale di parti cesarei (che da oltre il 20% è scesa al 16%). Altro indicatore peggiorato nel corso del 2022 è quello dalle fratture di femore operate entro 2 gg: nel corso del 2022

la percentuale dall'80% è scesa progressivamente, per poi riaumentare negli ultimi mesi attestandosi al 70% su base annua; nel 2023 tuttavia tale indicatore è tornato ai livelli degli anni precedenti, superando il valore atteso dell'83%.

Per gli **indicatori CRISP** (mortalità totale, ricoveri ripetuti e ritorni in sala operatoria), è stato chiesto alle strutture di mantenersi al di sotto della media regionale, calcolata per le aziende ospedaliero universitarie della Regione per le differenti 8 discipline. Tali indicatori hanno mostrato buoni risultati per la maggior parte delle strutture.

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. Tutti gli indicatori si collocano infatti nella fascia verde scura, in quella verde chiara o in quella gialla, mentre non ve ne è alcuno nelle fasce arancione o rossa, indicando che i tassi di mortalità a Careggi sono più bassi della media nazionale (fascia verde) o al massimo uguali alla media nazionale (fascia gialla).

Gli indicatori MES, CRISP e PNE per il 2022, come per i 2 anni precedenti, sono stati calcolati al netto dei pz covid, mentre a partire dal 2023 non vi sarà più tale esclusione.

Per quanto riguarda il rispetto degli **standard previsti dal PNGLA per gli interventi chirurgici di classe A**, sono stati rispettati i 30 giorni nella gran parte delle discipline; ve ne sono però alcune nelle quali la percentuale di interventi chirurgici effettuati entro i 30 giorni sono molto minori del 90% atteso e sono peggiorate nel corso dell'anno; tra questi gli interventi chirurgici per tumore alla prostata e per il tumore al polmone: mentre per la prostata l'indicatore non è migliorato nel 2023, per il polmone si è riallineato ai valori richiesti.

Ampi margini di miglioramento rimangono nell'ambito **dell'efficienza di sala operatoria**; a tal fine 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 ed all'orario dell'ultima sutura ai quali è stato aggiunto anche un obiettivo sui tempi di cambio, per il 2022 mantenuto come obiettivo di monitoraggio e non di valutazione. 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 azioni da implementare per raggiungere i valori attesi.

Dopo il ricorso alla **telemedicina** avviato nel 2020 con l'emergenza covid, l'azienda ha registrato un calo in molte discipline. Con le diverse strutture coinvolte si è cercato di definire un volume di prestazioni per le quali è possibile effettuare televisite di controllo e può comportare benefici per il paziente, cercando pertanto di rendere questo nuovo strumento che si era sviluppato in situazione di emergenza uno strumento ordinario, che non deve sostituire la visita in presenza, ma che si dovrebbe aggiungere laddove possibile. Nell'arco dell'anno tuttavia il ricorso alla telemedicina anziché aumentare è diminuito, pertanto dovranno essere individuate delle azioni di maggiore coinvolgimento dei professionisti, in modo tale che diventino i veri promotori verso i pazienti.

La totalità delle strutture ambulatoriali ha raggiunto l'obiettivo sulla **produttività**, nuovo obiettivo introdotto 2 anni fa ed orientato a confrontare l'attività assistenziale erogata dalle strutture con le risorse di personale assegnate alle stesse, in modo tale da evidenziare eventuali squilibri e supportare la Direzione Aziendale nelle scelte allocative legate a potenziali futuri investimenti.

Gli obiettivi sul **contenimento dei tempi di risposta** delle prestazioni diagnostiche e delle consulenze per i pazienti ricoverati, sono stati raggiunti degli ottimi risultati, permettendo di non allungare la degenza media per i pazienti che necessitano di tali prestazioni.

Relativamente ai principali nuovi obiettivi di budget dell'anno 2022, sono stati raggiunti ottimi risultati per quello relativo alla qualità percepita e all'integrazione ospedale-territorio, ancora da migliorare invece l'appropriatezza dei setting assistenziali con spostamento di alcune procedure chirurgiche in regime ambulatoriale.

L'adesione all'indagine PREMs, questionario sulla **qualità percepita** rivolto a tutti i pazienti ricoverati in degenza ordinaria, che era stata per Careggi pari all'1% negli anni passati, introdotto per la prima volta come obiettivo di budget nel 2022, ha permesso di raggiungere una percentuale molto alta pari al 56%. L'indagine PREMs (Patient-Reported Experience Measures) mira alla rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti nella sanità toscana; la partecipazione di questi, con la loro disponibilità a raccontare la propria esperienza col ricovero ospedaliero, potrà dare un contributo al processo di miglioramento continuo all'interno dell'azienda. Fondamentale è il ruolo dei professionisti sanitari che devono informare i pazienti favorendo il loro coinvolgimento e garantendo in tal modo che il flusso di dati sia alimentato in modo continuativo. L'osservatorio PREMs infatti è permanente, le indagini non sono campionarie ma sistematiche e proposte a tutta la popolazione dei pazienti dimessi dal servizio di ricovero ordinario; la somministrazione dei questionari è totalmente digitale ed i risultati dell'indagine sono riportati in una piattaforma web in tempo reale ed in maniera continuativa, e possono essere consultati dai professionisti in ogni momento.

Anche il nuovo obiettivo **sull'integrazione ospedale-territorio**, consistente nella segnalazione dei pazienti ricoverati al MMG da parte dei medici dei reparti di degenza, ha visto degli ottimi risultati con un 75% di pazienti ricoverati segnalati nel corso dell'intero anno. In tal modo si vorrebbe contribuire a sviluppare una maggiore comunicazione e scambio di informazioni tra medici ospedalieri e medici di medicina generale in modo da assicurare la continuità nelle cure al maggior numero di pazienti.

Relativamente all'**appropriatezza dei setting assistenziali**, è stato chiesto di effettuare alcuni interventi chirurgici in regime ambulatoriale, rispettando per le diverse tipologie di procedure indicate dalla delibera regionale la relativa soglia; per alcune procedure lo spostamento dal regime ordinario/ DS al regime ambulatoriale c'è stato ma non per tutte, pertanto progressivamente dovranno essere realizzate in regime ambulatoriale anche le restanti.

Sugli obiettivi di **appropriatezza del consumo dei farmaci**, secondo le indicazioni regionali, sono stati raggiunti i risultati attesi nei diversi ambiti quali l'incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari, il consumo dei farmaci off label, la corretta compilazione delle schede AIFA e dei registri AIFA, il consumo dei farmaci immunoreumatologici, l'appropriatezza del consumo delle immunoglobuline normali endovena. Anche gli obiettivi di appropriatezza del consumo dei dispositivi medici sono stati raggiunti dalla quasi totalità delle strutture, sia quelli relativi alla corretta tenuta dei registri di impianto, sia quelli relativi al rispetto delle aggiudicazioni di gara, che del contenimento delle richieste non deliberate Estar. Nel 2022, sono inoltre incrementate le segnalazioni di farmacovigilanza e dispositivovigilanza che avevano visto un calo negli anni covid, allineandosi al numero atteso a livello aziendale, anche se con risultati molto differenziati tra le diverse strutture.

Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali indicatori trasversali che hanno coinvolto la maggior parte delle strutture, o degli indicatori specifici che riguardano poche strutture ma che hanno un'importanza strategica per l'azienda, ovvero di tutti gli obiettivi ed indicatori contenuti nella scheda budget aziendale. Si segnala che in alcuni casi il valore finale degli indicatori può discostarsi leggermente da quello degli enti terzi di riferimento che definiscono le schede di calcolo. Questo avviene in relazione ad alcune casistiche che, secondo la valutazione dei clinici e della Direzione Sanitaria sono da escludere per garantire la corretta valutazione del processo (es. pazienti covid o altre tipologie specifiche per indicatore).

OBIETTIVO STRATEGICO	P E S O	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IID	INDICATORE	P E S O	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO	trend
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	4	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1569	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	2	-23	<= 0	.09	100	↓
			IND1568	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	2	-3	<= 0	-.05	100	↓
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	20	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES: MATERNO INFANTILE	IND632	MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	2	15.32	< 20%	16.89%	100	↓
			IND1965	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	1	7.7	< 2.5%	7.56%	30	↑
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES: PRONTO SOCCORSO	IND1317	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	1	3.13	< 1.17%	6.08%	0	↓
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES: ORTOPEDIA	IND589	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	2	79.23	> 83%	69.62%	60	↓
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES: CARDIOLOGIA	IND2144	MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	1	77.42	> 70%	70.59%	100	↓
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES: CHIRURGIA GENERALE	IND587	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	1	83.75	> 75%	83.8%	100	↑
			IND1919	PNE: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO: COMPLICANZE A 30 GG DALL'INTERVENTO	1	2.51	< 2%	1.67%	100	↑
			IND1341	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	1	95.78	> 95%	86.75%	80	↓
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: RIAMMISSIONI ENTRO 30 GG	IND2143	MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	1	77.15	> 60%	78.47%	100	↑
			IND1579	PNE: PERC. RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	1	11.89	< 12.9%	8.43%	100	↑
			IND1960	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	1	10.37	< 14.4%	6.67%	100	↑
		IND1961	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER ICTUS	1	4.56	< 7.4%	2.79%	100	↑	

OBIETTIVO STRATEGICO	PES	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PES	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO	trend
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	20	RISPETTO STANDARD PREVISTI DAL CRISP	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	2	73	= 100%	95.5%	95	↑
			PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG	2	100	= 100%	100%	100	
			PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RITORNI IN SALA OPERATORIA	2	73	= 100%	80%	80	↑
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	10	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ATTESA MEDIA PER INTERVENTI CHIR. ONCOLOGICI DEL PNGLA ENTRO 30GG	3		= 100%	66.7%	66	
			PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ATTESA MEDIA PER INTERVENTI CHIR. NON ONCOLOGICI DEL PNGLA ENTRO 30GG	3		= 100%	87.5%	87	
		INCREMENTO INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE SECONDO INDICAZIONI REGIONALI (D.RT. 20198/2021)	PERC. INTERVENTI CHIR. AMBULATORIALE NEL RISPETTO DELLE SOGLIE/ TOT. INTERVENTI DA EROGARE IN REGIME AMBULATORIALE	2	58.15	= 100%	61.5%	61	↑
			PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO DI INCREMENTO CASISTICA AMBULATORIALE	1		= 100%	55.6%	55	
		PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO/CARTELLE	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	1		= 100%	65.97%	60	
SVILUPPO TELEMEDICINA	2	INCREMENTO TELEVISITE DI CONTROLLO	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TELEVISITE DI CONTROLLO	2	83	= 100%	60.5%	60	↓
QUALITA' DELL' ASSISTENZA	3	ADESIONE INDAGINE PREM _s SU RICOVERO ORDINARIO	PERC. DIMESSI CONTATTABILI PER INDAGINE PREM _s / TOT. PZ DIMESSI (TASSO ADESIONE)	3	.94	> 70%	55.6%	80	↑
		ADESIONE INDAGINE PROM _s SU RICOVERO ORDINARIO	PERC. DIMESSI CONTATTABILI PER INDAGINE PROM _s / TOT. PZ DIMESSI (TASSO ADESIONE)	0		> 70%	%		
GOVERNO DELLA CASISTICA	1	ACCENTRAMENTO CASISTICA ELETTIVA CHIRURGIE GENERALI	PERC. CASISTICA SPECIFICA DELLA SOD/ TOT. CASISTICA ELETTIVA SPECIFICA	1		> 80%	83.61%	100	
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	3	SEGNALAZIONE PAZIENTI AI MMG	PERC. PZ RICOVERATI SEGNALATI AL MMG/ PZ. DIMESSI	3		= 100%	75.7%	80	

OBIETTIVO STRATEGICO	PES	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PES	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO	trend
ESITO DELLE CURE	28	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	2	2.54	< 1.5%	1.42%	100	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	2	2.96	< 6%	4.05%	100	↓
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	2	1.69	< 1.5%	1.34%	100	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIocardico ACUTO	2	4.84	< 6%	3.47%	100	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	2	6.19	< 8%	3.63%	100	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	2	.49	< 5%	.8%	60	↓
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	2	2.93	< 1%	1.39%	80	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	2	.35	< 1%	.34%	100	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2	5.03	< 2%	4.67%	60	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	2	2.15	< 1.5%	2.05%	60	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	2	2.15	< 3%	3.21%	80	↓
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	2	0	< 1%	.61%	100	↓
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	2	4.27	< 5%	2.46%	100	↑
			PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	2	7.47	< 9%	8.12%	100	↓

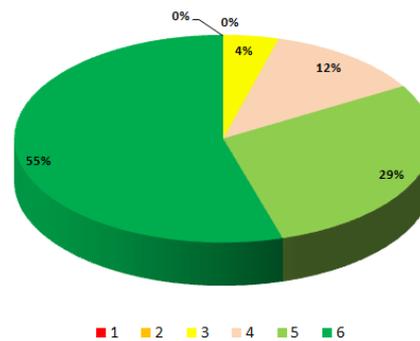
OBIETTIVO STRATEGICO	PES	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PES	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO	trend
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	6	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	PERC. SOD CHE RISPETTANO ORARIO STABILITO PER PRIMA INCISIONE	3	74	= 100%	55.1%	55	↓
			PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ULTIMA SUTURA	3	69	= 100%	67.3%	67	↓
			PERC. SOD CHE RISPETTANO TEMPO DI CAMBIO STABILITO	0	52	= 100%	38.3%	38	↓
PRODUTTIVITA'	3	RISPETTO TEMPO MINIMO DEDICATO ALL'ASSISTENZA	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD DI ORE DA DEDICARE ALL'ASSISTENZA	3	100	= 100%	100%	100	
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	2	82.76	> 80%	83.5%	100	↑
QUALITA' DI PROCESSO	2	RISPETTO TEMPI DI REFERTAZIONE PEZZI ANATOMICI/ CITOLOGICI	PERC. CITOLOGICI ENTRO 5 GIORNI/ TOT. CITOLOGICI	1	57.88	> 70%	68.03%	90	↑
			PERC. PEZZI ANATOMICI ENTRO 15 GG/ TOT. PEZZI ANATOMICI SENZA APPROFONDIMENTI BIOMOLECOLARI	1	71.34	> 70%	56.02%	50	↓
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%	100	
		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	89	= 100%	100%	100	↑

OBIETTIVO STRATEGICO	PES	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PES	VAL. ANNO PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	% RAGGIUNGIMENTO	trend
APPROPRIATEZZA A CONSUMO FARMACI	7	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/ EQUIVALENTE	PERC. SOD CHE RISPETTANO PERCENTUALE STABILITA DI UTILIZZO DI FARMACI BIOSIMILARI/ EQUIVALENTI	3	100	= 100%	89.8%	89	↓
		CORRETTA RICHIESTA E CONSUMO FARMACI OFF LABEL	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SUI FARMACI OFF LABEL	1	96	= 100%	93.9%	93	↓
		CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SU CORRETTA COMPILAZIONE SCHEDE E REGISTRO AIFA	1	100	= 100%	100%	100	
		APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI IMMUNOREUMATOLOGICI	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO SUL CONSUMO FARMACI IMMUNOREUMATOLGICI	1	100	= 100%	100%	100	
		APPROPRIATEZZA CONSUMO IMMUNOLOGLOBULINA NORMALE ENDOVENOSA	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SU IMMUNOLOGLOBULINE ENDOVENA	1	86	= 100%	100%	100	↑
APPROPRIATEZZA A CONSUMO DISPOSITIVI	3	CORRETTA TENUTA REGISTRO IMPIANTO/ ESITO	PERC. SOD CON TENUTA CORRETTA REGISTRO IMPIANTO/ESITO PER DM	1	91	= 100%	83.3%	83	↓
		RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI	PERC. SOD CHE RISPETTANO % DI GARA PER ACQUISTO DM	1	90	= 100%	90.9%	90	↑
		CONTENIMENTO RICHIESTE DISPOSITIVI NON DELIBERATI ESTAR	PERC. SOD CHE RISPETTANO AGGIUDICAZIONI ESTAR PER ACQUISTO DM	1	100	= 100%	100%	100	
FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA	4	SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA	2		> 905	1337	100	
			N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVOVIGILANZA	2		> 201	200	100	

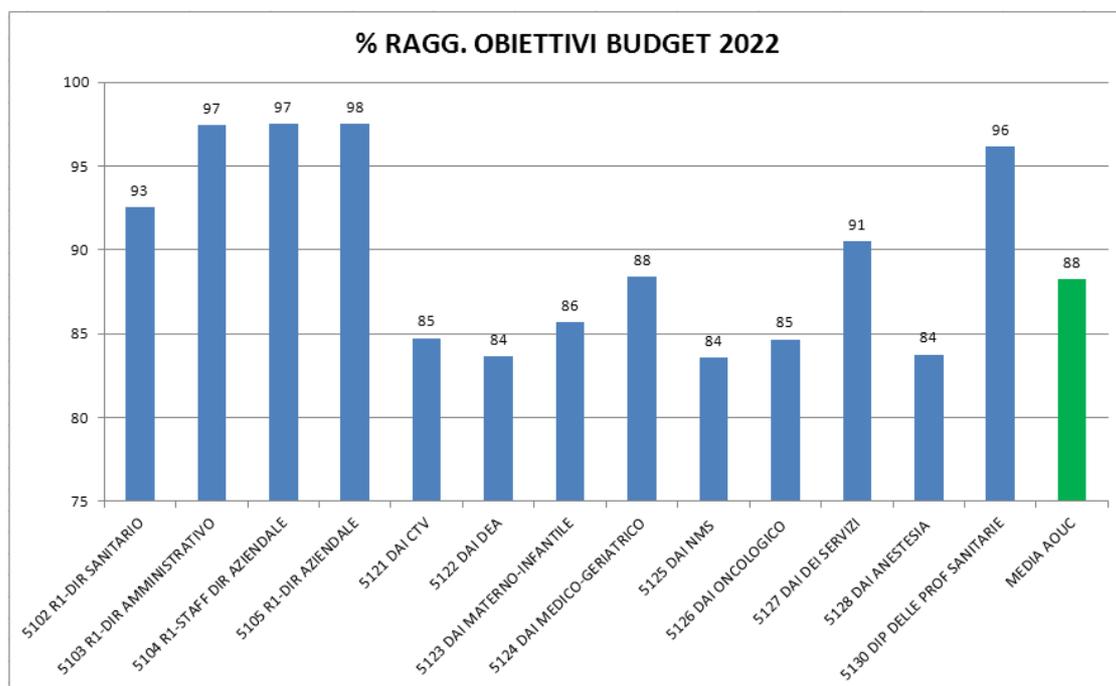
Di seguito si riportano i risultati di sintesi per Azienda e Dipartimento della verifica di budget 2022; quelli di struttura sono riportati nell'allegato A del documento. La media dei raggiungimenti finali di tutte le strutture è stata pari al 88,3%; la mediana pari a 91%; il raggiungimento minimo è stato 61%, 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; il 4% nella fascia gialla; il 12% nella fascia verde chiaro con performance discreta, il 29% in quella verde con performance buona, il 55% in quella verde scuro con performance ottima.

VERIFICA BUDGET 2022 - RISULTATI FINALI		
FASCE RAGGIUNGIMENTO	N. SOD/UO	%
0-49	0	0%
50-59	0	0%
60-69	7	4%
70-79	20	12%
80-89	47	29%
90-100	89	55%

VERIFICA BUDGET 2022 - SOD per fasce di raggiungimento



Il grafico sottoriportato mostra la % di raggiungimento media di ciascun Dipartimento, sia esso sanitario o non sanitario.



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 2022 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 al raggiungimento di obiettivi individuali oltre che alla verifica delle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi come indicato nella seguente tabella:

VALUTATO	AMBITI DI VALUTAZIONE anno 2022			VALUTATORE
	Performance organizzativa (budget)	Performance individuale		
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE SANITARIO
	60	20	20	
DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	Performance organizzativa (budget) struttura gestita	Obiettivi individuali	Competenze manageriali -Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE 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	Performance organizzativa (budget) struttura di appartenenza	Obiettivi individuali	Comportamenti e competenze	
	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	
	60	20	20	
SUPPORTO METODOLOGICO	ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE STRUTTURE DELLO STAFF DELLA DIREZIONE AZIENDALE DEPUTATE			

A decorrere da quest'anno, come previsto dal Sistema di misurazione e valutazione della performance, il processo di valutazione della performance individuale è stato portato avanti in parallelo a quello della performance organizzativa. Le schede di valutazione individuale, distinte per livello di responsabilità e per tipologia di incarico, sono state 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 si è ricercata una condivisione della scheda di valutazione a mezzo video chiamata o a mezzo mail. Il responsabile ed il collaboratore, una volta concluso il percorso di valutazione, sottoscrivono la scheda e annotano eventuali note/feedback. 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. 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.

I risultati della performance complessiva rappresenteranno la somma del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza (peso 60) e del risultato della valutazione individuale (peso 40). L'indice di performance complessivo verrà calcolato d'ufficio sulla base dell'indice di performance individuale a cui verrà sommato il risultato della performance organizzativa della struttura di riferimento.

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.

La valutazione della performance ha effetti:

- Per il personale dirigente, dal 2014, sulla retribuzione di risultato complessiva;
- per il personale del comparto, dal 2019, sui premi della performance complessivi.

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

Il personale "Non valutabile" è il personale che nel corso dell'anno 2022 non è stato presente al lavoro (aspettativa, comandi, lunghe assenze) o ha avuto una ridotta presenza in servizio.

Riguardo agli obiettivi/comportamenti di performance individuale per l'anno 2022, l'Azienda ha ritenuto opportuno assegnare due obiettivi unici per il comparto e per la dirigenza (di ogni ruolo, categoria e tipologia di incarico).

Il primo obiettivo/comportamento, considerato l'iniziale perdurare del periodo emergenziale Covid-19 e le relative ripercussioni sulle modalità organizzative e gestionali dell'azienda, ha riguardato l'attività svolta al fine di continuare a garantire un'efficiente organizzazione del lavoro in tale periodo, volendo riconoscere e valorizzare l'impegno che tutti gli operatori hanno assicurato.

Il secondo obiettivo/comportamento, ha riguardato il "benessere e competenze psicologico-relazionali" con il completamento di percorsi formativi, con il riconoscimento della partecipazione in aggiornamento obbligatorio, ai seguenti corsi:

- 1) "La gentilezza: cura di sé, degli altri e dell'organizzazione" erogato in modalità FAD in modalità residenziale, in modalità FAD sincrona o asincrona,
- 2) "Masterclass On-Demand La via della Meditazione", erogato in modalità FAD asincrona e, in alternativa, per chi avesse ritenuto di non intraprendere tale percorso, il corso "La protezione dei dati in sanità" erogato in modalità FAD asincrona.

L'obiettivo "garantire un'efficiente organizzazione del lavoro in situazioni di emergenza Covid-19" è stato raggiunto positivamente da circa il 99.99% del personale dipendente.

L'obiettivo "benessere e competenze psicologico-relazionali" è stato raggiunto positivamente da circa l'85% del personale dipendente.

Per quanto riguarda l'obiettivo competenze/comportamenti verso l'utenza e generali del personale dell'Area dirigenziali, l'indice di performance medio ammonta a circa 19.30/20.

Alla luce del quadro generale sopra descritto, gli esiti finali della valutazione della Performance individuale per il personale di AOUC nell'anno 2022 sono risultati complessivamente più che soddisfacenti, sia per quanto riguarda la parte degli obiettivi individuali che in merito ai comportamenti e competenze.

Allegato A. Risultati verifica budget 2022 per struttura

RISULTATI FINALI VERIFICA BUDGET 2022

5102 R1-DIRETTORE SANITARIO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3063	MONITORAGGIO PERFORMANCE SANITARIE	98
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3064	DIREZIONE OPERATIVA	90
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3065	GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT	95
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3101	INTEGRAZIONE ED INNOVAZIONE DEI PROCESSI SANITARI	92
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1131	MEDICINA DEL LAVORO	86
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1412	FISICA SANITARIA	98
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1440	MEDICINA LEGALE	96
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1441	TOSSICOLOGIA FORENSE	89
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1522	IGIENE ED ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	92
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3027	CRAOT	86
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3102	MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA STANDARD QUALITATIVI IGIENICO SANITARI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORG.	91
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1123	PSICHIATRIA FORENSE E CRIMINOLOGIA CLINICA	93
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1357	FARMACOLOGIA	96
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1521	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E POLITICHE DEL FARMACO	99

5103 R1-DIRETTORE AMMINISTRATIVO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5206 AREA TECNICA	3012	PROGETTAZIONE	97
5206 AREA TECNICA	3013	REALIZZAZIONI	98
5206 AREA TECNICA	3105	MOBILITA' E SICUREZZA DI SITO OSPEDALIERO	97
5206 AREA TECNICA	3106	GESTIONE, CONDUZIONE E MANUTENZIONE IMMOBILI	97
5206 AREA TECNICA	3107	INNOVAZIONE TECNOLOGICA PER EFFICIENTAMENTO ENERGETICO E SOSTENIBILITA' AMBIENTALE	92
5206 AREA TECNICA	3108	SVILUPPO INVESTIMENTI	97
5207 AREA AMMINISTRATIVA	1523	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO delle ATTIVITA' SANITARIE	98
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3006	AFFARI GENERALI	99
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3009	CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	99
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3045	AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	99
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3049	SERVIZI ESTERNALIZZATI	98
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3097	PATRIMONIO E GARE A GESTIONE AZIENDALE	99

5104 R1-STAFF DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3021	SVILUPPO E GESTIONE TECNOLOGIE INNOVATIVE	94
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	96
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3099	INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI SANITARI	98
5270 AREA RELAZIONI DI LAVORO E COMUNICAZIONE	3017	POLITICHE E FORMAZIONE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	99
5270 AREA RELAZIONI DI LAVORO E COMUNICAZIONE	3035	GESTIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E AREA A PAGAMENTO	97
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3026	CLINICA DELLE ORGANIZZAZIONI CRCCR	99
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3032	LABORATORIO STUDIO E RICERCA CGRC	97

5105 R1-DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3015	SPP	99
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3029	AFFARI LEGALI	96
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3094	CONTROLLI INTERNI INTEGRATI e GESTIONE SINISTRI e RAPPORTI ASSICURATIVI	97
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3098	COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' TRASFUSIONALI	98

5121 DAI CARDIOTORACOVASCOLARE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1151	CARDIOLOGIA GENERALE	83
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1163	INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA STRUTTURALE	82
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1166	CARDIOCHIRURGIA	77
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1174	CHIRURGIA VASCOLARE	87
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1212	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA D'URGENZA	82
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1282	ARITMOLOGIA	86
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1144	MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE E PERIOPERATORIO	85
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1302	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	70
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1404	MALATTIE ATEROTROMBOTICHE	95
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1425	CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA	95
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1428	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	92
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1135	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	92
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1165	CHIRURGIA TORACO POLMONARE	87
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1431	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA TORACOPOLMONARE	73

5122 DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1162	CHIRURGIA D'URGENZA	73
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1178	CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA	83
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1322	CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE	88
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1141	MEDICINA INTERNA 2	86
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1142	MEDICINA INTERNA 1	83
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1146	MEDICINA INTERNA 3	79
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1154	MEDICINA INTERNA 4	78
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1187	MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA	81
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1209	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	89
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1272	GASTROENTEROLOGIA CLINICA	80
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1140	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA E ACCETTAZIONE	74
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1147	INQUADRAMENTO CLINICO INTEGRATO E PERCORSI INTRAOSPEDALIERI DELLE URGENZE	91
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1254	STROKE UNIT	91
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1264	TOSSICOLOGIA MEDICA E CENTRO ANTIVELENI	95

5123 DAI MATERNO-INFANTILE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1158	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	80
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1191	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	65
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1192	GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA	70
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1194	MEDICINA PRENATALE	96
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1268	GENETICA MEDICA	91
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1305	GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	95
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1353	ANDROLOGIA,ENDOCRINOLOGIA FEMMINILE E INCONGRUENZA DI GENERE	91
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1190	MEDICINA E DIAGNOSI FETALE	95
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1218	NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	88

5124 DAI MEDICO-GERIATRICO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1153	IMMUNOLOGIA E TERAPIE CELLULARI	94
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1156	REUMATOLOGIA	90
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1169	ALCOLOGIA	86
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1210	NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO	79
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1266	ENDOCRINOLOGIA	88
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1270	IMMUNOALLERGOLOGIA	93
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1292	MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO	95
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1308	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	85
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1309	NUTRIZIONE CLINICA	90
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1361	CENTRO CEFALEE E FARMACOLOGIA CLINICA	80
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1148	AGENZIA DI CONTINUITA OSPEDALE-TERRITORIO	94
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1196	GERIATRIA-UTIG	88
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1225	GERIATRIA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	88

5125 DAI NEUROMUSCOLOSCHIELETTRICO E DEGLI ORGANI DI SENSO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1117	CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO	88
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1119	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA GENERALE	61
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1122	ORTOPEDIA	77
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1188	CHIRURGIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	87
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1189	CHIRURGIA DELLA COLONNA	75
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1114	UNITA SPINALE UNIPOLARE	90
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1159	MEDICINA INTERNA INTERDISCIPLINARE	86
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1199	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	86
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1252	NEUROLOGIA 1	75
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1253	NEUROLOGIA 2	86
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1256	PSICHIATRIA	92
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1276	RIABILITAZIONE	95
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1297	NEUROUROLOGIA	85
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1300	MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO	94
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1317	MEDICINA INTERNA E POST CHIRURGICA	80
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1433	NEUROFISIOPATOLOGIA	88
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1127	NEUROCHIRURGIA	64
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1201	CURE INTENSIVE DEL TRAUMA E DELLE GRAVI INSUFFICIENZE D'ORGANO	87
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1234	OCULISTICA	88
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1238	OTTICA FISIOPATOLOGICA	94
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1239	ODONTOSTOMATOLOGIA	93
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1242	OTORINOLARINGOIATRIA	75
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1306	ODONTOIATRIA SPECIALE	92
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1325	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	68

5126 DAI ONCOLOGICO E DI CHIRURGIA AD INDIRIZZO ROBOTICO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1112	ORTOPEDIA ONCOLOGICA E RICOSTRUTTIVA	78
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1116	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	82
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1161	CHIRURGIA GENERALE	67
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1171	CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	77
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1179	MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA	92
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1200	AUDIOLOGIA, CHIRURGIA TESTA COLLO ONCOLOGICA E ROBOTICA	67
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1248	UROLOGIA ONCOLOGICA, MININVASIVA, ROBOTICA ED ANDROLOGICA	83
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1249	CHIRURGIA UROLOGICA ROBOTICA, MINIINVASIVA E DEI TRAPIANTI RENALI	80
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1321	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA AVANZATA	79
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1145	ONCOLOGIA MEDICA	92
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1207	ONCOLOGIA CLINICA	92
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1152	MEDICINA INTERNA ED EPATOLOGIA	77
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1175	ONCOLOGIA DELLA MAMMELLA	95

5426 AREA MEDICA-DAI 26	1193	ONCOLOGI AMEDICA GINECOLOGICA	85
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1274	RADIOTERAPIA	91
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1314	ONCOLOGIA TRASLAZIONALE	93
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1315	PSICONCOLOGIA	72
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1411	FISICA MEDICA	97
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1134	MALATTIE EMORRAGICHE E DELLA COAGULAZIONE	91
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1176	TERAPIE CELLULARI E MEDICINA TRASFUSIONALE	93
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1204	EMATOLOGIA	89
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1312	CENTRO DIAGNOSTICO CITOFLUORIMETRIA E IMMUNOTERAPIA	98

5127 DAI DEI SERVIZI

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1170	LABORATORIO BIOCHIMICA CLINICA E MOLECOLARE	82
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1401	LABORATORIO GENERALE	97
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1402	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	97
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1416	DIAGNOSTICA GENETICA	98
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1422	ISTOLOGIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA MOLECOLARE	87
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1481	SICUREZZA E QUALITA	97
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1195	RADIODIAGNOSTICA DI EMERGENZA-URGENZA	91
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1198	RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	82
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1284	INTERVENTISTICA NEUROVASCOLARE	80
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1414	MEDICINA NUCLEARE	94
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1451	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	92
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1452	RADIODIAGNOSTICA SPECIALISTICA	94
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1455	RADIODIAGNOSTICA 2	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1460	NEURORADIOLOGIA	81

5128 DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1157	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	96
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1180	NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	89
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1185	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN ORTOPEDIA	78
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1202	CARDIORIANIMAZIONE	79
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1205	ANESTESIA DI AREA OSTETRICO E GINECOLOGICA	91
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1236	ANESTESIA ORGANI DI SENSO	85
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1237	ANESTESIA ONCOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	85
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1360	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	68

5130 DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3054	UO PIATTAFORMA PRODUTTIVA BLOCCHI OPERATORI	90
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3055	UO PIATTAFORMA PRODUTTIVA DEGENZE	94
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3057	UO PIATTAFORMA AMBULATORI	98
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3058	UO PIATTAFORMA PRODUTTIVA SERVIZI DIAGNOSTICI	96
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3061	PROGRAMMAZIONE, GOVERNO E MONITORAGGIO PROCESSI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA	97
5216 AREA PROGRAMMAZIONE, DIREZIONE E CONTROLLO DELLE RISORSE UMANE	3085	UO SERVIZI INTEGRATI DI PADIGLIONE E LOGISTICA SANITARI	98
5217 AREA DELLA RICERCA E SVILUPPO DISCIPLINARE	3062	UO RICERCA E SVILUPPO DELLA CLINICAL PRACTICE	99