



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Struttura tecnica permanente

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



ANNO 2013



Indice

1. DEFINIZIONI E FINALITA'	3
2. LA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	4
3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	5
4. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	12



1. DEFINIZIONI E FINALITÀ

Il presente documento ha la finalità di rappresentare i risultati conseguiti dall'Azienda Ospedaliera Brotzu (di seguito AOB) nell'anno 2013, coerentemente con i principi generali di rappresentatività e trasparenza di cui al Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009 "attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". L'impostazione del documento è altresì in linea con quanto indicato dal Decreto Legislativo n. 141/2011 "modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15".

Il presente documento vuole inoltre rappresentare lo stato di attuazione del ciclo di gestione della performance compresi tutti gli strumenti funzionali alla prescritta valutazione delle prestazioni e dei risultati.

La performance generale attesa è il miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda, la massima valorizzazione dei suoi dipendenti (competenze professionali, tecniche e gestionali) e della capacità di assumere responsabilità per risultati delle strutture (performance organizzativa); ciò si abbina con la performance individuale misurabile tramite la valorizzazione differenziale del merito all'interno dell'equipe di appartenenza. Il sistema consente così l'erogazione meritocratica dei premi, nel rispetto dei principi dell'integrità e della trasparenza dell'azione amministrativa.

Il ciclo di gestione della performance si svolge con cadenza annuale e si sviluppa nell'arco temporale del Piano triennale della performance traducendo operativamente quanto previsto dalla legislazione regionale vigente con particolare riferimento alle norme in materia di programmazione finanziaria e di bilancio e si concretizza tecnicamente attraverso un sistema di coinvolgimento delle direzioni di dipartimento e struttura che caratterizza il classico processo budgetario.

La Relazione sulla Performance approfondisce gli elementi che incidono sulla perseguibilità dei risultati attraverso l'analisi condotta nel dettaglio degli indicatori di performance con particolare attenzione ai due prevalenti ambiti di performance: organizzativa e individuale.

La **performance organizzativa** è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento della *mission* dell'Azienda e



degli obiettivi individuati e negoziati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder. Essa afferisce alla sfera organizzativo-gestionale dell'Azienda.

La **performance individuale** è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi della propria struttura di appartenenza per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder; i criteri per la misurazione delle performance individuali sono individuati collegialmente previa informativa da parte del dirigente responsabile a tutti i collaboratori in via preventiva circa gli obiettivi da raggiungere. Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno.

La performance organizzativa e la performance individuale sono parte integrante del ciclo della performance.

2. LA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

L'art 10 comma 1 lettera b) del DLgs 150/2009 individua nella Relazione sulla Performance (di seguito RP) il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, rappresentano i risultati conseguiti rispetto alle performance programmate nell'ambito del Piano della Performance (di seguito PP) e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria.

La RP, secondo quanto stabilito dall'articolo 10 comma 1 lettera b) del decreto:

- è un documento di sintesi, da adottarsi entro il 30 giugno di ogni anno, o comunque, compatibilmente con il completamento del processo di verifica dei risultati a cura dell'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV);
- è redatto in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà le risultanze rispetto alle attività di pianificazione del ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto.

Essa comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi ai sensi dell'articolo 10 comma 4 del decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura (*performance organizzativa*);



- i criteri e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascun dipendente (*performance individuale*).

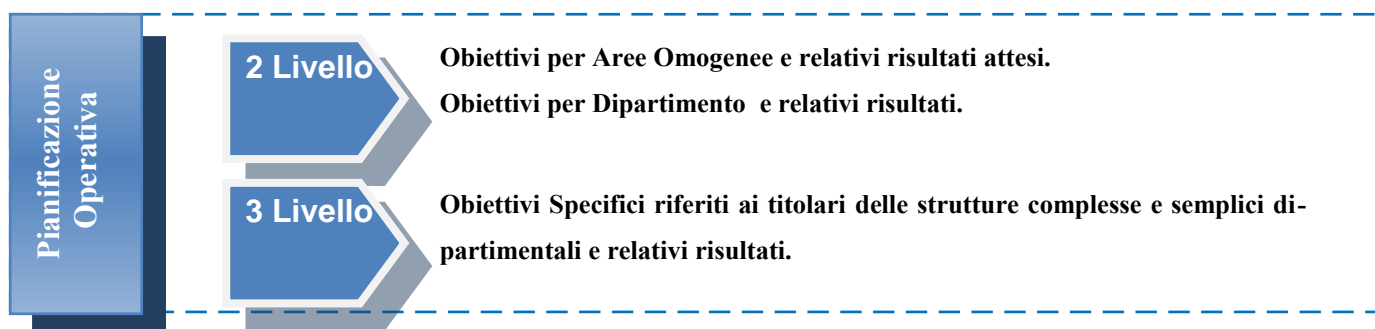
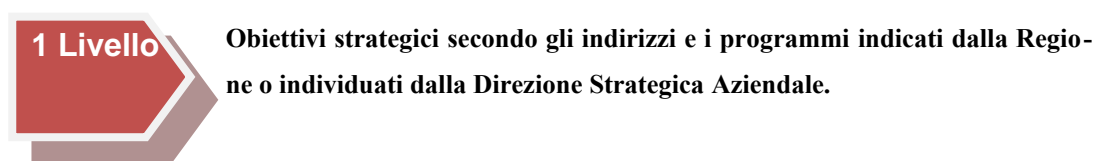
La RP è il documento con il quale si rappresenta lo svolgimento del ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto). È un documento di sintesi in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target. Le verifiche finali e la rendicontazione della performance sono basati sui 3 elementi appena citati. Secondo quanto previsto dall'articolo 10 comma 1 del decreto, la RP è redatta con lo scopo di assicurare “la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”.

Le caratteristiche dei risultati che traggono origine dalla pianificazione aziendale delle performance sono:

- a. la rilevanza e la pertinenza degli obiettivi adottati rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b. la specificità e la misurabilità in termini concreti e chiari;
- c. la capacità di determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d. l'individuazione di un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- e. i valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f. confrontabilità con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g. correlazione alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

L'anno 2013 ha visto la definizione delle logiche di programmazione sviluppate secondo le seguenti linee, ovvero sulla base della definizione di obiettivi, di indicatori di output/outcome nonché le relative modalità di identificazione degli obiettivi stessi. La pianificazione segue una logica per livelli, ovvero:



Nella modalità di definizione degli obiettivi si è proceduto per livelli:

- 1° Livello, gli obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione;
- 2° livello, obiettivi di macrostruttura (Dipartimenti, Direzione strategica) appositamente declinati rispetto ai precedenti ed orientati verso il livello organizzativo sottostante;
- il 3° livello, quello cioè riferito ai titolari delle strutture autonome (complesse e semplici dipartimentali con budget autonomo), dove vengono individuati obiettivi operativi “specifici”.

A livello di strutture complesse o semplici dipartimentali dotate di autonomia nella gestione delle risorse, è stato prioritario individuare un congruo numero di obiettivi sfidanti, cioè tali da stimolare apprezzabili performance rispetto al periodo di riferimento. Sempre in relazione al sistema degli obiettivi di struttura, gli stessi, così come i relativi indicatori, sono stati adeguatamente “pensati”, in modo da rispecchiare gli effettivi livelli di impegno nel loro conseguimento, anche in considerazione delle risorse effettivamente disponibili.

3.1 Gli strumenti di programmazione

Nell’anno 2013 la programmazione strategica per obiettivi è stata sviluppata in coerenza con le deliberazioni n. 30/60 del 12/7/2011, n. 50/35 del 21/12/2012 e n. 33/37 del 8/8/2013 con cui la Regione Autonoma della Sardegna ha assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie gli obiettivi



strategici del Servizio Sanitario Regionale, i quali sono suddivisi per area di attività in: A) obiettivi assistenziali; B) obiettivi economici; C) obiettivi organizzativi.

A. Obiettivi assistenziali (peso 32%)

A1. Ridurre il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per mille.

Indicatore 1: ≤ 160 .

A2. Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale.

Indicatore 1: % ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza = 87%.

A3. Evitare i ricoveri ripetuti.

Indicatore 1: % re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC = 4.

B. Obiettivi organizzativi (peso 60%)

B1. Ottimizzazione utilizzo posti letto per acuti.

Indicatore 1: tasso di occupazione annuo dei posti letto a livello aziendale $\geq 75\%$.

B2. Ottimizzazione impiego del personale.

Indicatore 1: Approvazione pianta organica e piano triennale delle assunzioni;

Indicatore 2: Assunzioni di personale tramite processi di mobilità pre-concorsuale (rapporto tra personale assunto con processi di mobilità e totale del personale reclutato = 1).

B3. Ottimizzazione dell'erogazione dei servizi.

Indicatore 1: Adozione deliberazione di assegnazione del 100% del personale non dirigente ai dipartimenti.

B4. Ottimizzazione della qualità dei flussi informativi.

Indicatore 1: Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione (SSN) $\geq 80\%$;

Indicatore 2: Agende pubbliche informatizzate relative alle 43 prestazioni critiche (tabella 1 del PR-GLA DGR n. 39/57 del 23/9/2011) rese visibili e prenotabili a livello regionale in qualsiasi punto CUP (sportelli aziendali, tel. 1533 ecc.) $\geq 90\%$;



Indicatore 3: Raggiungimento di almeno 3 su 4 dei seguenti obiettivi percentuali di record validi dei flussi informativi misurata tramite il sistema informativo SISaR SIDI: A, B, E, M \geq 95%; D, F, H \geq 90%; C, G \geq 85%; I, L, N, O \geq 70%.

B5. Adozione Atti Aziendali.

Indicatore 1: Presentazione all'Assessorato della Sanità dell'Atto Aziendale.

C. Obiettivi economico-gestionali (peso 8%)

C1. Blocco della crescita del costo del lavoro, per effetto della sospensione dei rinnovi dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il personale convenzionato.

C2. Contenimento della crescita del costo per l'acquisto di beni e servizi, per effetto della manovra disposta con il decreto legge 95/2012 convertito con la legge 135/2012.

C3. Contenimento del costo dell'assistenza farmaceutica per effetto delle manovre disposte a livello nazionale e regionale.

3.1.1 La Pianificazione Annuale

La Direzione Strategica dell'AOB, visti gli obiettivi strategici regionali, analizzato il contesto esterno di riferimento nonché le necessità clinico assistenziali ad alta specializzazione dell'intero territorio regionale, considerate le necessità organizzative e gestionali interne, ha individuato per il 2013 gli obiettivi strategici di cui alla tabella più sotto riportata. L'attenzione si è concentrata su linee di attività che rappresentano il raccordo tra il sistema della programmazione regionale e il sistema degli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche. Gli Obiettivi Strategici Regionali, dunque, sono stati fatti propri dall'Azienda Ospedaliera e sono stati declinati per il 2013 nei seguenti obiettivi di macroarea dipartimentale:

OBIETTIVI STRATEGICI DIPARTIMENTALI

A - OBIETTIVI DERIVANTI DALLE DIRETTIVE REGIONALI DI SALUTE E DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA



1	Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa)
2	Gestione economico-finanziaria
3	Conseguimento obiettivi strategici regionali
B - OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	
4	Obiettivi di attività e risorse
5	Obiettivi strategici aziendali
5 a	Garantire collaborazione alle attività dei gruppi di lavoro
5 b	Provvedere ai bisogni formativi coerenti con gli obiettivi strategici

Le linee d'azione e gli indicatori individuati per la misura del raggiungimento degli obiettivi sono:

- Per l'obiettivo 1:
 - 1a. N. DRG Alta Complessità ORD / N. dimessi ORD;
 - 1b. Degenza media preoperatoria;
 - 1c. % dimessi da reparti chirurgici con DRG medici ordinari;
 - 1d. Day surgery potenzialmente inappropriati / N. DRG chirurgici potenzialmente inappropriati;
 - 1e. Ottimizzazione utilizzo sala operatoria (ora inizio seduta).
- Per l'obiettivo 2:
 - 2a. Riduzione delle rimanenze;
 - 2b. Miglioramento del rapporto tra spesa farmaceutica e valore complessivo dell'attività;
 - 2c. Miglioramento del rapporto tra costo del personale e valore complessivo dell'attività;
 - 2d. Valore scarichi del materiale sanitario.
- Per l'obiettivo 3:
 - 3a. Valutazione dell'appropriatezza delle cartelle cliniche;
 - 3b. Valutazione delle strategie del controllo del dolore;



3c. Utilizzo dei flussi informativi.

- Per l'obiettivo 4:
 - 4a. Posti letto ordinari assegnati, numero dimessi, degenza media, peso medio, indice di occupazione, numero DRG, indice di operatività (per aree chirurgiche);
 - 4b. Posti letto day hospital assegnati, attività day service/PACC, numero pazienti, numero accessi giornalieri;
 - 4c. Mobilità sanitaria attiva;
 - 4d: Valore economico delle attività (ricavi degenze e prestazioni ambulatoriali);
 - 4e: Costi diretti (personale e farmaci).
- Per l'obiettivo 5a: Relazione semestrale e annuale sui risultati.
- Per l'obiettivo 5b: Relazione semestrale e annuale sui risultati.

La pianificazione annuale 2013, come per il 2012, si è posta come finalità aggiuntiva quella di consolidare il sistema del budget implementato solo da pochi anni secondo le caratteristiche richiamate nei CCNL e rafforzate nelle loro priorità dal DLgs 150/2009. Il fine ultimo della pianificazione annuale è quello di radicare maggiormente i processi di valorizzazione delle risorse umane per motivare ed orientare il personale impegnato al raggiungimento degli obiettivi negoziati da ogni struttura a valenza budgetaria.

3.2 Sintesi delle Performance di struttura a valenza budgetaria

Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è avvalso dell'istruttoria formulata dalla STP, dalla S.C. Valutazione dei processi sanitari e dalla S.C. Pianificazione e controllo di gestione, si è arrivati a definire le performance organizzative delle singole strutture a valenza budgetaria.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione, con nota del 18/11/2014, in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante nelle parti non abrogate dal DLgs n. 150/2009. Di seguito le verifiche finali sulle performance rela-



tive all'anno 2013:

STRUTTURA	DIRETTORE	VERIFICA % AOB	INTEGRA - ZIONE % OIV	PERFOR - MANCE TOTALE
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CARDIACA	Dott. Maurizio Porcu	76,12%		76,12%
S.C. CARDIOLOGIA	Dott. Maurizio Porcu	80,27%		80,27%
S.C. CARDIOCHIRURGIA	Dott. Emiliano Cirio	78,74%		78,74%
S.C. CARDIOANESTESIA	Dott. Luciano Curreli	63,61%		63,61%
S.C. EMODINAMICA	Dott. Bruno Loi	71,26%		71,26%
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE E TORACICA	Dott. Stefano Campatini	69,44%		69,44%
S.C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Dott. Roberto Lombarello	71,44%		71,44%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	Dott. Fausto Zanboni	91,99%		91,99%
S.C. CHIRURGIA GENERALE	Dott. Fausto Zanboni	81,41%		81,41%
S.C. NEUROCHIRURGIA	Dott. Luigi Iosatto	75,73%		75,73%
S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dott. Costantino Marcello	78,56%		78,56%
S.C. CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	Dott. Carlo Pettograsso	85,37%		85,37%
S.C. CHIRURGIA PLASTICA	Dott. Raimondo Pinna	88,87%		88,87%
S.C. OCULOGIA	Dott.ssa Maria Luisa Valentini	86,57%		86,57%
S.C. GASTROENTEROLOGIA	Dott. Francesco Cabras	93,01%		93,01%
S.S.D. SENOLOGIA	Dott. Alfredo Boi	96,28%		96,28%
S.S.D. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Dott. Pier Paolo Carreras	68,46%		68,46%
S.S.D. PATOLOGIA TERZA ETA' E CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO	Dott. Antonio Sais	86,20%		86,20%
S.S.D. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA	Dott. Ivo Lai	89,00%		89,00%
S.S.D. NEURORADIOLOGIA	Dott.ssa Luciana Pibiri	100,00%		100,00%
S.S.D. TRAPIANTO D'EGATO	Dott.ssa M. Rosa Piras	74,23%		74,23%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	Dott. Sergio Genini	73,26%		73,26%
S.C. DIANESTESIA	Dott. Roberto Pisano	78,43%		78,43%
S.C. DI CHIRURGIA D'URGENZA	Dott. Sergio Genini	71,00%		71,00%
S.C. DI ORTOPEDIA	Dott. Giuseppe Dessi	91,94%		91,94%
S.C. DI PRONTO SOCCORSO E OBT	Dott. Roberto Arru	93,65%		93,65%
S.C. DI RIABILITAZIONE	Dott.ssa Alessandra Napoletano	69,44%		69,44%
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	Dott. Pierpaolo Pusceddu	90,61%		90,61%
S.C. DI DIABETOLOGIA	Dott. Marco Songini	83,62%		83,62%
S.C. DI MEDICINA I	Dott. Roberto Ganga	88,65%		88,65%
S.C. DI MEDICINA II	Dott. Vincenzo Atzeni	92,58%		92,58%
S.C. DI NEUROLOGIA E STROKE UNIT	Dott. Maurizio Melis	91,29%		91,29%
S.C. DI PEDIATRIA	Dott. Pierpaolo Pusceddu	96,84%		96,84%
S.S.D. CENTRO DISTURBI PERSASIVI	Dott. Giuseppe Doneddu	89,40%		89,40%
S.S.D. CENTRO MALATTIE DISMETABOLICHE	Dott. Paolo Pintus	95,02%		95,02%
S.S.D. DI NEUROLOGIA RIABILITAZIONE	Dott. Giovanni Melis	89,77%		89,77%
DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE	Dott. Mauro Frongia	80,57%	10,00%	90,57%
S.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Antonello Pani	76,18%	10,00%	86,18%
S.C. DI RADIOLOGIA	Dott. Mauro Frongia	86,05%	10,00%	96,05%



STRUTTURA	DIRETTORE	VERIFICA % AOB	INTEGRA - ZIONE % OIV	PERFOR - MANCE TOTALE
S.S.U. TRAPIANTO RENALE	Dott. Giambenedetto Piredda	98,00%	8,00%	96,00%
S.S.U. DAY HOSPITAL UROLOGICO	Dott. Sergio Lilliu	83,65%	10,00%	93,65%
DIPARTIMENTO IMMAGINI	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	75,20%		75,20%
DIPARTIMENTO SERVIZI	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	74,82%		74,82%
S.C. ANATOMIA PATOLOGICA	Dott. Gaetano Catali	95,48%		95,48%
S.C. IMMUNOEMATOLOGIA	Dott. Mario Pani	96,72%		96,72%
S.C. LABORATORIO ANALITICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE	Dott. Marcello Angius	78,16%		78,16%
S.C. RIABILITAZIONE FISICA	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	81,24%		81,24%
S.S.U. CARDIORIABILITAZIONE	Dott. Antonia Bianco	87,35%		87,35%
S.C. RADIOLOGIA	Dott.ssa Grazia Bitti	90,94%		90,94%
S.C. MEDICINA NUCLEARE	Dott. Giorgio Meis	91,67%		91,67%
S.S.U. SERVIZIO QUALITA' IN RADIO DINAMICA E LABORATORIO VITREO	Dott.ssa Simonetta Ledda	96,24%		96,24%
DIREZIONE GENERALE	Dott. Antonio Garau			
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E D'INDIRIZZO	Dott.ssa Donatella Muddu	91,25%		91,25%
STAFF DIREZIONE GENERALE	84,71%		84,71%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Dott. Attilio Murru			
SERVIZIO APPARTI GENERALI	Dott. Gianluca Ciatto (in aspettativa)	92,22%		92,22%
SERVIZIO AMMINISTRATIVO	Dott.ssa Roberta Manuiza	93,29%		93,29%
SERVIZIO MANUTENZIONI	Ing. Gianluca Borelli	95,00%		95,00%
SERVIZIO PERSONALE	Dott. G. Casu, Dott.ssa A. Foddis	93,21%		93,21%
SERVIZIO PROVVEDIMENTI	Dott. G. Casu, Dott.ssa A. Foddis	91,48%		91,48%
STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA	89,24%		89,24%
DIREZIONE SANITARIA	Dott. Remigio Puddu			
S.C. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	Dott.ssa Marina Spissu	90,00%		90,00%
S.C. FARMACIA	Dott.ssa Michela Petreccia	89,80%		89,80%

4. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La percentuale di raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) costituisce per il 2013 la base di partenza per la determinazione della performance individuale. A questa, sulla base del regolamento vigente per ciascuna area contrattuale (comparto sanità, area IV dirigenza medica, area III dirigenza sanitaria, amministrativa, professionale e tecnica), si aggiungono i parametri relativi all'effettiva presenza in servizio e al coefficiente individuale di accesso all'incentivo legato alla qualifica di appartenenza. Viene in tal modo differenziata la quota individuale di produttività e retribuzione di risultato.