



Azienda Ospedaliera Brotzu

Struttura tecnica permanente

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



ANNO 2015



Indice

1. DEFINIZIONI E FINALITA'	3
2. LA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	4
3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	5
4. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	34



1. DEFINIZIONI E FINALITA'

Il presente documento ha la finalità di rappresentare i risultati conseguiti dall'Azienda Ospedaliera Brotzu (di seguito AOB) nell'anno 2015, 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 (ampiezza verticale): 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 determinati 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:

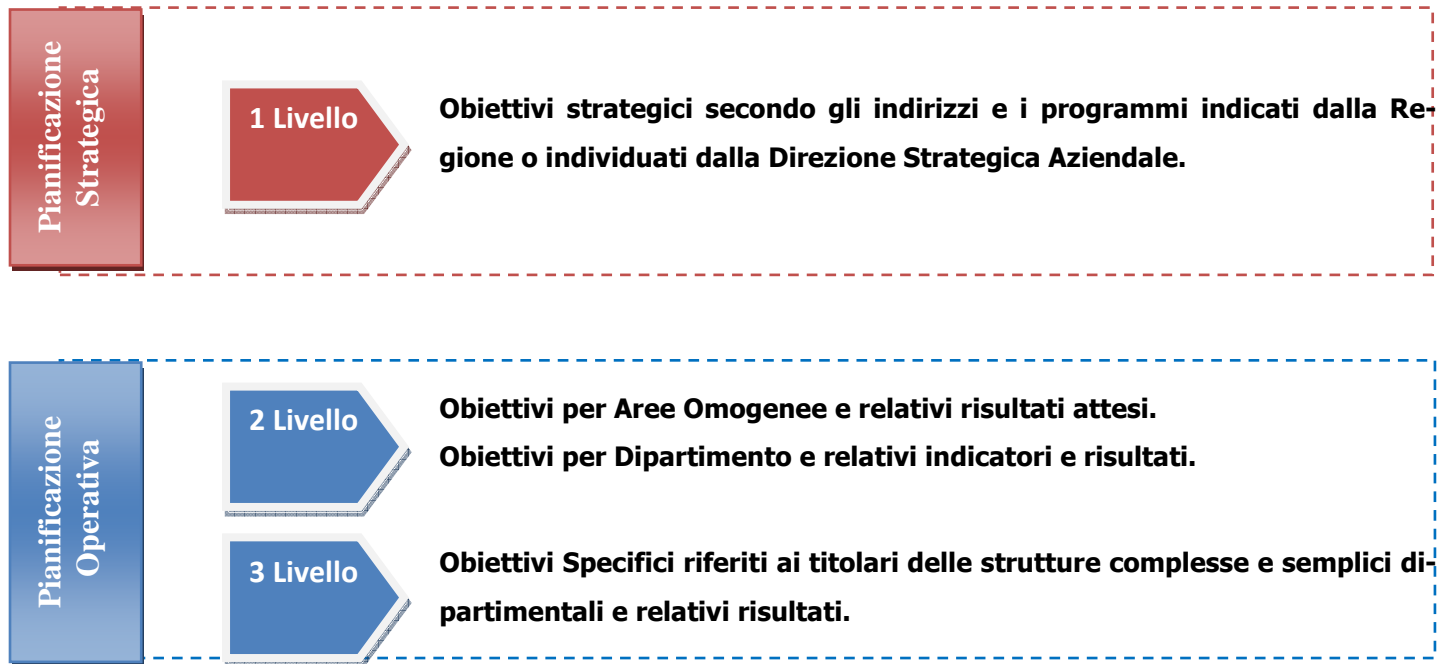
- a.** La rilevanza e la pertinenza degli obiettivi adottati rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'amministrazione;
- b.** La specificità e la misurabilità in termini concreti e chiari;
- c.** La capacità di determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d.** L'individuazione di un arco temporale determinato corrispondente a 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 2015 ha visto la definizione delle logiche di programmazione sviluppate secondo le seguenti linee, ossia sulla base della definizione di obiettivi, di indicatori di input-output e di outco-



me 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 quindi 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 "pesa-



ti", in modo da rispecchiare gli effettivi livelli di impegno nel loro conseguimento, anche in considerazione delle risorse effettivamente disponibili. L'individuazione di tali obiettivi è riscontrabile nel Piano della performance di cui alla deliberazione n. 1014/2015.

3.1 Gli strumenti di programmazione

Nell'anno 2015 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, n. 33/37 del 8/8/2013 e n. 47/5 del 25/11/2014 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 60%)

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.

A4. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili: % ricoveri diurni medici con finalità diagnostica (standard: 23%) e ricoveri ordinari medici brevi (standard: 17%).

B. Obiettivi organizzativi ed economici (peso 40%)

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 PRGLA 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 SISA 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.

B6. 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;

B7. Contenimento della crescita del costo per l'acquisto di beni e servizi, per effetto della manovra disposta con il D.L. 95/2012 convertito con la L. 135/2012;

B8. Contenimento del costo dell'assistenza farmaceutica per effetto delle manovre disposte a livello nazionale e regionale;

B9. Perseguimento dell'equilibrio di bilancio nel rispetto del vincolo imposto dall'art. 3 c. 2 della L.R. n. 6/2012, senza considerare i fattori straordinari (positivi e negativi) di gestione.



Gli obiettivi sopra riportati, assegnati dalla precedente Giunta Regionale, sono stati riportati per mero adempimento informativo. A seguito della nuova tornata elettorale, infatti, la Giunta Regionale attualmente in carica ha dapprima commissariato il sistema sanitario regionale e di seguito ha assegnato i seguenti:

Obiettivi di mandato del Commissario Straordinario (deliberazione Giunta Regionale n. 1/14 del 13/1/2015)

C1. Avviare tutti i procedimenti di carattere amministrativo e organizzativo per dare attuazione all'accorpamento dei presidi ospedalieri Businco e Cao (standard: accorpamento entro 1/7/2015).

Risultato raggiunto: l'accorpamento ha avuto decorrenza dal 1/7/2015 con deliberazioni n. 1013/2015 e n. 1058/2015.

C2. Sistema dell'emergenza urgenza: consolidare il flusso EMUR.

Risultato raggiunto: il flusso è stato consolidato.

C3. Governo clinico delle cure e formazione del personale sanitario:

a) appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (standard: verifica su griglia di indicatori definita dall'Assessorato).

Risultato: l'Assessorato non ha ancora definito la griglia di indicatori.

b) qualità dell'assistenza (standard: indicatori del Piano Nazionale Esiti).

Risultato: il Piano Nazionale Esiti si riferisce soprattutto alle ASL.

C4. Sistema informativo sanitario:

a) completezza e coerenza interna dei flussi NSIS e dei modelli economico-finanziari (CE, LA, SP).

Risultato raggiunto: nessun rilievo sui modelli CE, LA e SP.

b) fascicolo sanitario elettronico.

Risultato: in attesa delle linee guida regionali.

c) revisione del modello LA 2013 sulla base dei rilievi forniti dalla Regione.

Risultato raggiunto: il modello LA 2013 è stato approvato dalla Regione.

C5. Gestione economico-finanziaria:



a) avviare la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto, finalizzate a forti e progressive forme di aggregazione, nel rispetto delle direttive e linee di indirizzo fornite dalla Giunta regionale.

Risultato raggiunto: sono già in corso procedure d'appalto unificate tra Aziende, l'utilizzo di graduatorie concorsuali di altre Aziende, convenzioni per servizi comuni anche sanitari, accorpamenti di strutture nell'ambito della nuova AOB incorporata (Laboratori, Anatomia Patologica, Diabetologia e Centro Malattie Dismetaboliche, Radiologie).

b) controllo dell'andamento dei costi della produzione a livello complessivo, anche attraverso la predisposizione e l'attuazione di un programma strutturato di azioni di rientro.

Risultato raggiunto: è in corso un forte intervento di controllo della spesa (farmaceutica e personale soprattutto) i cui risultati sono già evidenti per l'anno 2016.

C6. APQ sanità: porre in essere tutti i procedimenti amministrativi nel rispetto del crono programma regionale (standard: conseguimento OGV entro il 31/12/2015).

Risultato raggiunto: entro il 31/12/2015 sono stati conseguiti n. 3 OGV su n. 4 da conseguire (il quarto non è stato conseguito per meri problemi tecnici inerenti la gara di assegnazione).

C7. Adozione dell'atto aziendale (standard: entro 60 gg. dall'emanazione delle linee di indirizzo da parte della Giunta regionale).

Risultato: si è in attesa dell'emanazione delle linee di indirizzo da parte della Giunta regionale.

C8. Obiettivi specifici:

a) definizione dei rapporti attivi e passivi dei presidi ospedalieri oggetto di accorpamento (standard: gestione accorpata dal 1/7/2015).

Risultato raggiunto.

b) supporto alla Regione nell'avvio di uno specifico piano di valorizzazione e sviluppo delle attività di ricerca sanitaria.

Risultato: in attesa del piano regionale.

c) razionalizzare la rete dei laboratori in coerenza con quanto previsto dai provvedimenti regionali.

Risultato raggiunto con deliberazioni del Commissario Straordinario n. 1550/2015 e n. 2310/2015.



d) studio di fattibilità, in collaborazione con AOU Cagliari e ASL 8, per la realizzazione di un HUB unico del farmaco.

Risultato raggiunto: lo studio è stato effettuato.

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, considerate le necessità organizzative e gestionali interne (con la complicazione dell'incorporazione dei presidi Businco e Cao dall'ASL 8 Cagliari), ha individuato per il 2015 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 Commissari Straordinari delle aziende sanitarie pubbliche. Gli Obiettivi Strategici Regionali, dunque, sono stati fatti propri dall'Azienda Ospedaliera e sono stati declinati per il 2015 nei seguenti obiettivi di macroarea:

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE GENERALE	
1	Obiettivi di mandato del Commissario Straordinario
2	Riduzione inapproprietezza
3	Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali
4	Perseguimento obiettivi assegnati alle strutture del dipartimento attraverso il monitoraggio della loro attività
5	Organizzazione
6	Informatizzazione attività



Alla Direzione Sanitaria e Amministrativa sono stati assegnati col metodo a cascata, per relativa competenza, i medesimi obiettivi. Di seguito il prospetto relativo alla Direzione Sanitaria.

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE SANITARIA	
1	Obiettivi di mandato del Commissario Straordinario
2	Riduzione inappropriatezza
3	Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali
4	Perseguimento obiettivi assegnati alle strutture del dipartimento attraverso il monitoraggio della loro attività
5	Organizzazione
6	Informatizzazione attività

Di seguito il prospetto relativo alla Direzione Amministrativa.

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
1	Obiettivi di mandato del Commissario Straordinario
2	Attività inerenti l'accorpamento dei presidi ospedalieri Businco e Microcitemico
3	Redazione del Piano Emergenza Interno



4	Individuazione e descrizione dei procedimenti amministrativi di competenza ai fini della pubblicazione per la trasparenza
5	Informatizzazione attività

Alle strutture complesse e semplici dipartimentali sono stati assegnati gli obiettivi sanitari e amministrativi sopra riportati, opportunamente declinati per rispettiva competenza, nonché ulteriori obiettivi incentrati sul miglioramento della qualità sia percepita che oggettiva, all'abbattimento dell'inappropriatezza assistenziale, all'incremento di attività esclusive e di alta specializzazione, non ultimo l'obiettivo di un regolare e attento utilizzo del Sistema Informatico come unico mezzo di rilevazione ed inserimento dell'attività svolta.

3.1.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi che vengono illustrati in apposite schede riassuntive specifiche per Dipartimenti o aggregazione di Strutture. Si precisa che le azioni strategiche a base del presente Piano rispecchiano la connessione tra la pianificazione della performance e la programmazione economica-finanziaria e di bilancio.



OBIETTIVI ANNO 2015						
LIVELLO DIPARTIMENTALE AREA SANITARIA CHIRURGICA						
Area di risultato (Obiettivi)	Peso	Indicatori	Fonte	Valore storico 2014	Valore atteso	Performance = 0
1 Riduzione inappropriata	10%	Day surgery P.I. / Totale DRG CH (ORD + DS) P.I. (per Struttura)	ADT - SISaR	vedi allegati Strutture	87%	75%
	10%	% Ricoveri ripetuti Ordinari entro 30 gg per la stessa MDC / Totale Ordinari	Ufficio Informativo	vedi allegati Strutture	4%	8%
	15%	% Interventi frattura femore operate entro 2 gg.	Ufficio Informativo	73%	80%	65%
2 Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali	10%	Abbattimento delle prestazioni aggiuntive	Controllo di Gestione	vedi allegati Strutture	-10%	+10%
3 Perseguimento obiettivi assegnati alle strutture attraverso il monitoraggio della loro attività (vedi allegati Strutture)	10%	% Raggiungimento obiettivi delle Strutture	Struttura Tecnica Permanente	vedi allegati Strutture	100%	50%
4 Organizzazione sale operatorie -	15%	N. Interventi dipartimentali	Ufficio Informativo	vedi allegati Strutture	somma interventi Strutture	somma interventi Strutture
	10%	Media ora inizio intervento programmato (incisione)	Ufficio Informativo	vedi allegati Strutture	8:45	9:30
5 Informatizzazione attività	20%	% Raggiungimento obiettivi specifici delle Strutture	Ufficio Controllo Attività	non verificato	100%	50%
100%						



OBIETTIVI ANNO 2015							
LIVELLO DIPARTIMENTALE AREA SANITARIA MEDICA							
Area di risultato (Obiettivi)	Peso	Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Perfor-mance = 0	
1 Riduzione inapproprietezza	20%	Riduzione DH Diagnostici	SISaR-ADT	vedi allegati Strutture	23%	35%	
	20%	% Ricoveri ripetuti ORD entro 30 gg per la stessa MDC / Totale DRG ORD	Ufficio Informativo	vedi allegati Strutture	4%	8%	
2 Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali	20%	Abbattimento delle prestazioni aggiuntive	Controllo di Gestione	vedi allegati Strutture	-10%	+10%	
3 Perseguimento obiettivi assegnati alle strutture attraverso il monitoraggio della loro attività (vedi allegati Strutture)	20%	% Raggiungimento obiettivi delle Strutture	Struttura Tecnica Permanente	vedi allegati Strutture	100%	50%	
4 Informatizzazione attività	20%	% Raggiungimento obiettivi specifici delle Strutture	Ufficio Controllo Attività	non verificato	100%	50%	
100%							

OBIETTIVI ANNO 2015							
LIVELLO DIPARTIMENTALE AREA AMMINISTRATIVA E TECNICA							
Area di risultato (Obiettivi)	Peso	Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Perfor-mance = 0	
1 Acquisizione degli atti relativi ai presidi ospedalieri da accorparsi entro l'1/7/2015	20%	N. atti rilevati e acquisiti / N. atti totali da rilevare e acquisire (x100)	Dati rilevati e acquisiti	non rilevato	90%	100%	
2 Amministrazione trasparente	15%	N. giorni di ritardo rispetto al 31/12/2014 per la messa a regime dell'armadio informatico	Servizio Informativo	---	0	50	
3 Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali	15%	N. di verbali e relazioni inerenti gli obiettivi 2014 (relazione iniziale sulle linee d'azione, verbali delle riunioni d'équipe, relazione finale sui punti di forza e di debolezza)	Verbali e relazioni	---			

segue



OBIETTIVI ANNO 2015							
LIVELLO DIPARTIMENTALE AREA AMMINISTRATIVA E TECNICA							
Area di risultato (Obiettivi)	Peso	Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Performance = 0	
4	Approvazione dotazione organica accorpata entro il 31/12/2015	10%	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione dotazione	NON RILEVATO	90	0
5	Approvazione del piano triennale accorpato del fabbisogno di personale entro il 31/10/2015	15%	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione piano	NON RILEVATO	90	0
6	Azioni volte al contenimento della crescita del costo per l'acquisto di beni e servizi	15%	N. azioni, atti, circolari volte al contenimento del costo	Azioni formali compiute	NON RILEVATO	2	10
7	Attivazione del modulo SISAR di flusso atti	15%	Step 1): definizione del flusso di lavoro = 0% - 40%; Step 2): configurazione dell'applicativo sulla base dello Step 1) = 41% - 70%; Step 3): esito positivo di un test funzionale sulla procedura = 71% - 100%	SISAR	NON RILEVATO	Step 1	Step 3
8	Attivazione del modulo SISAR protocollo informatico	15%	N. Strutture configurate per il protocollo informatico / N. Strutture totali (x100)	SISAR	0%	1	1
		100%					

3.1.3 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Gli obiettivi dei livelli dipartimentali sono di seguito declinati in obiettivi dirigenziali di Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale.

Di seguito l'elenco degli obiettivi per le Strutture del PO S. Michele.



OBIETTIVI ANNO 2015					
LIVELLO DIRIGENZIALE AREA SANITARIA CHIRURGICA					
Area di risultato (Obiettivi)	Indicatori	Fonte	Valore storico 2014	Valore atteso	Performance = 0
1 Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa)	Programmazione PCA trapianto fegato e partecipazione PCO dolore addominale	Direzione Sanitaria	non verificato	2	0
	Riduzione dei P.I. medici (ad eccezione del paziente trapiantato)	Ufficio Informativo	22%	14%	30%
	Obiettivi di attività (scheda specifica per Struttura)	Ufficio Informativo	non verificato	100%	50%
	Interventi programmati pomeridiani (ore 15 - 18)	Ufficio Informativo	78	126	100
	Day surgery P.I. / Totale DRG CH (ORD + DS) P.I. (per Struttura) [x 100]	U.I.	88%	>87%	60%
	Attivazione aferesi malattie croniche intestinali	U.I.	---	2,00	0,00
	Aumento n. prestazioni ambulatoriali di fisiopatologia con valutazione di esito	U.I.	18	20	12
	Attivazione prestazioni in enteroscopia	U.I.	---	---	---
	Attivazione posizionamento BIB (n. prestazioni)	U.I.	0	15	0
	Incremento % attività chirurgica neoplastica	U.I.	250%	+ 10%	+ 1%
	Attivazione programma trapianto cornea con nuova tecnica (% sul totale)	U.I.	---	100%	50%
	Trattamento pazienti trapiantati con protesi denti (% sul totale)	U.I.	---	20%	0%
	Riduzione ricoveri diurni medici con finalità Diagnostica	UI	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Incremento del n. di ABLAZIONI (cod. 3734)	UI	37	40	32
	Aumento performance dei chirurghi negli interventi maggiori (almeno il 60% ripartiti su tutti chirurghi eccetto il primario)	UI	>60%	>60%	50%
	Media oraria inizio 1° intervento programmato	U.I.	8:59	8:45	9:15
Sedute operatorie pomeridiane programmate (anestesia)	U.I.	---	4	1	

segue



OBIETTIVI ANNO 2015						
LIVELLO DIRIGENZIALE AREA SANITARIA CHIRURGICA						
Area di risultato (Obiettivi)	Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Perfor-mance = 0	
1	Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa)	N. protocolli validati per trattamento con anticoagulanti - antiaggreganti, antiipertensivi e ipoglicemizzanti orali	verbali	---	3	1
		Correttezza compilazione consensi informati e cartella anestesiologicala (%)	DS	NV	100%	50%
		PROC 2 - Accertamenti / decessi lesioni cerebrali acute	U.I.	52%	52%	10%
		Controllo infezioni ospedaliere	U.I.	42%	30%	45%
		N. protocolli clinici terapia anticoagulante e trattamento paziente miastenico validati	Direttore dip	0	2	1
		Riduzione tempi d'attesa dal triage alla visita medica dei codici verdi	UI	114	108	150
		Adozione percorso codice rosa (violenze femminili) con audit documentati	Verbali	0	1	0
		Aggiornamento protocollo dal PS a OBI con audit	Verbali	0	1	0
		% Interventi di Frattura di femore operati entro due giorni	U.I.	42%	80%	40%
		N. protocolli clinici per conservazione e preparazione soluzioni con potassio, iperkaliemie, ipopotassiemie con 1 audit	DS	---	3	1
2	Razionalizzazione gestione scorte farmaci e presidi	Riduzione delle rimanenze attraverso la gestione degli armadietti di reparto (€)	FARMACIA	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Monitoraggio e controllo consumi farmaci e presidi	Miglioramento del rapporto tra incidenza spesa farmaceutica su valore complessivo attività (%)	CO.GE	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Monitoraggio e controllo costo del personale	Mantenimento del rapporto tra incidenza costo del personale su valore complessivo attività (%)	CO.GE	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Razionalizzazione gestione scarichi magazzino di reparto	Valori scarichi materiale sanitario (€)	CO.GE	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura

segue



OBIETTIVI ANNO 2015						
LIVELLO DIRIGENZIALE AREA SANITARIA CHIRURGICA						
Area di risultato (Obiettivi)	Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Perfor-mance = 0	
3	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	N. totale cartelle inappropriate / N. totale cartelle campionate (%)	DS	Varia per Struttura	0%	50%
	Valutazione strategie controllo del dolore	N. schede rilevazione dolore / N. totale cartelle campionate (%)	DS	Varia per Struttura	100%	50%
	Attività coerente nei Flussi Informativi Regionali	Congruità SDO cartella clinica (verifica a campione)	Ufficio Controllo Attività	Varia per Struttura	100%	50%
4	Attività coerente nei Flussi Informativi Regionali	Informatizzazione delle agende di prenotazione per l'attività SSN (compresa la refertazione sulla cartella ambulatoriale)	CUP	Varia per Struttura	100%	50%
		Informatizzazione delle agende di prenotazione per l'attività ALPI	CUP	Varia per Struttura	100%	80%
		SDO non validate rispetto alle scadenze stabilite	Ufficio Informativo	Varia per Struttura	0	30%



OBIETTIVI ANNO 2015					
LIVELLO DIRIGENZIALE AREA SANITARIA MEDICA					
Area di risultato (Obiettivi)	Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Perfor-mance = 0
1 Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa)	Riduzione di richieste di intervento, rivolte alla D.S., per risolvere conflitti intrastrutturali	DS	Varia per Struttura	<10	50
	Predisposizione PCA/protocolli per le patologie prevalenti con audit interni	DS	---	2	1
	Riduzione DH Diagnostici	UI	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Predisposizione PCA per le patologie prevalenti con audit interni (ocumentati ufficialmente)	DS	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Progetti di ricerca	DS	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Adozione nuove tecnologie disturbi pervasivi (eye tracking) n. trattamenti	UI	0	200	1
	Audit sul percorso assistenziale clinici	DS	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Corsi preparazione alla genitorialità (n. corsi)	Direttore dipart.	---	3	1
	% gradimento su questionari	Verbali	---	80%	50%
	Riduzione tempi" door to needle" (minuti)	DS	92'	85'	100'
	Outcome neuroriabilitativo (verbali di audit postrabilitazione) percentuale di esiti da scheda di valutazione	Schede di valutazione	---	30%	50%
	Valutazione coppie a scopo trapianto da vivente (N.)	Direttore dip	11	15	7
	Attivazione CUPWEB laboratorio analisi (N. prestazioni inserita nella procedura)	UI	---	100%	50%
	Attivazione firma digitale laboratorio analisi (N. referti firma digitale / totale)	direttore dip	---	50%	20%
N. referti laboratorio analisi validati inseriti in web / totale dei referti (%)	UI	---	60%	30%	



OBIETTIVI ANNO 2015						
LIVELLO DIRIGENZIALE AREA SANITARIA MEDICA						
Area di risultato (Obiettivi)	Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Perfor-mance = 0	
1	Performance organizzative e cliniche (appropriatezza clinica e organizzativa)	Riduzione tempi attesa diagnostica gammapatia monoclonali (N. ore)	UI	---	<24H	30H
		Riduzione tempi di attesa (N. ore) prestazioni per interni riabilitazione fisica(dalla richiesta in order entry all'erogazione del trattamento)	UI	6gg	24h	72h
		Riduzione sangue importato	CO.GE	29.173	28.850	40.000
		Quantità di plasma inviate al frazionamento (Kedrion)	CT	3.643	3.800	3.000
		Abbattimento Tempi attesa prestazioni per interni anatomia patologica (N. gg.)	UI	30,5gg	20gg	40gg
		% prestazioni "urgenti" anatomia patologica effettuate entro 8 ore	UI	---	100%	50%
		Avvio di un percorso per la standardizzazione delle procedure TC RM eco e tradizionale (N. procedure)	UI	0	40	10
	Incremento n. prestazioni ai fini dell'abbattimento attesa	UI	---	100%	50%	
2	Razionalizzazione gestione scorte farmaci e presidi	Riduzione delle rimanenze attraverso la gestione degli armadietti di reparto (€)	FARMACIA	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Monitoraggio e controllo consumi farmaci e presidi	Miglioramento del rapporto tra incidenza spesa farmaceutica su valore complessivo attività (%)	CO.GE	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
	Monitoraggio e controllo costo del personale	Mantenimento del rapporto tra incidenza costo del personale su valore complessivo attività (%)	CO.GE	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura

segue



OBIETTIVI ANNO 2015						
LIVELLO DIRIGENZIALE AREA SANITARIA MEDICA						
Area di risultato (Obiettivi)		Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Performance = 0
2	Razionalizzazione gestione scarichi magazzino di reparto	Valori scarichi materiale sanitario (€)	CO.GE	Varia per Struttura	Varia per Struttura	Varia per Struttura
3	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	N. totale cartelle inappropriate / N. totale cartelle campionate (%)	DS	Varia per Struttura	0%	50%
	Valutazione strategie controllo del dolore	N. schede rilevazione dolore / N. totale cartelle campionate (%)	DS	Varia per Struttura	100%	50%
	Attività coerente nei Flussi Informativi Regionali	% SDO non validate rispetto alle scadenze stabilite	SISaR-ADT	Varia per Struttura	0%	30%

OBIETTIVI ANNO 2015						
LIVELLO DIRIGENZIALE AREA AMMINISTRATIVA E TECNICA						
Area di risultato (Obiettivi)		Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Performance = 0
1	Rilevazione e acquisizione degli atti relativi ai presidi ospedalieri da accorpate e adempimenti conseguenti per assicurare la continuità operativa entro l'1/7/2015	N. convenzioni rilevate e acquisite / N. convenzioni totali da rilevare e acquisire (x100)	Dati rilevati e acquisiti	NON RILEVATO	100%	90%
	Redazione del regolamento per il protocollo informatico entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera di adozione	NON RILEVATO	0	90
	Coerenza dei flussi LA, CE e SP	N. rilievi da parte dell'Assessorato.	Note di rilievo dell'Assessorato	NON RILEVATO	0	10
	Approvazione dotazione organica accorpata entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione dotazione	NON RILEVATO	0	90



	Approvazione del piano triennale accorpato del fabbisogno di personale entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione piano	NON RILEVATO	0	90
	Azioni volte al contenimento della crescita del costo per l'acquisto di beni e servizi	N. azioni, atti, circolari volte al contenimento del costo	Azioni formali compiute	NON RILEVATO	10	2
	APQ sanità, conseguimento OGV entro il 30/9/2015 (DELIBERA CIPE N. 50 DEL 30/11/2014)	Cabina elettrica - N. giorni di ritardo del conseguimento OGV rispetto alla scadenza.	Atto OGV	NON RILEVATO	0	90
		Locali spogliatoio personale infermieristico - N. giorni di ritardo del conseguimento OGV rispetto alla scadenza.	Atto OGV	NON RILEVATO	0	90
		Rifacimento bagni degenze - N. giorni di ritardo del conseguimento OGV rispetto alla scadenza.	Atto OGV	NON RILEVATO	0	90
		Acquisizione apparecchiature sanitarie e arredi per reparti vari - N. giorni di ritardo del conseguimento OGV rispetto alla scadenza.	Atto OGV	NON RILEVATO	0	90
	Redazione della proposta di programma degli investimenti strutturali e impiantistici periodo 2015 - 2017 entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Direzione Amministrativa	NON RILEVATO	0	60
2	Rilevazione e acquisizione dei dati relativi ai presidi ospedalieri da accorpate e conseguente adeguamento alla contabilità analitica dell'AOB entro il 15/10/2015	N. dati rilevati e acquisiti / N. dati totali da rilevare e acquisire (x100)	Dati rilevati e acquisiti	NON RILEVATO	100%	90%



Imputazione del personale ai centri di costo entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Assegnazione del personale sul software	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un protocollo interno sulla gestione della chiave contabile entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90
Tempestività e puntualità nel rispetto degli obblighi di trasparenza e anticorruzione	N. segnalazioni/riciami scritti da parte del Responsabile Trasparenza e Anticorruzione	S.C. Affari Generali	NON RILEVATO	0	5
Individuazione e descrizione dei procedimenti amministrativi di competenza ai fini della pubblicazione per la trasparenza	N. procedimenti amministrativi pubblicati / N. totale di procedimenti amministrativi (x 100)	S.C. Affari Generali	NON RILEVATO	100%	60%
Monitoraggio sulla trasparenza e anticorruzione	N. segnalazioni ai Servizi interessati / N. totale di anomalie o inadempienze	Contenuti del Piano Anticorruzione	NON RILEVATO	100%	60%
Redazione di un regolamento sulle deliberazioni e determinazioni entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera di adozione	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento/manuale per la conservazione a norma di atti e documenti informatici entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera di adozione	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento per l'accesso agli atti entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera di adozione	NON RILEVATO	0	90



Analisi e riordino sistematico di tutte le convenzioni in atto (registro/repertorio) entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Registro del repertorio	NON RILEVATO	0	90
Attivazione informatica del processo del ciclo passivo (caricamento concatenato di ordine, ricevimento e fattura per acquisto di beni)	N. acquisti informatizzati / N. totale acquisti (x 100)	SISAR	NON RILEVATO	50%	100%
	Redazione di una procedura formalizzata entro il 30/9/2015: N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Procedura formalizzata	NON RILEVATO	0	90
Monitoraggio e informativa all'Ufficio Legale sui crediti pregressi vantati dall'Azienda	Importo dei crediti verificati / Importo dei crediti in sofferenza da bilancio 2014	Crediti verificati e Bilancio 2014	NON RILEVATO	100%	50%
Monitoraggio a campione delle autocertificazioni dei pazienti (Ufficio Ticket)	N. autocertificazioni da campione controllate / N. totale autocertificazioni scelte a campione (x 100)	SISAR + Relazione dell'Ufficio	NON RILEVATO	100%	50%
Predisposizione di un regolamento per la gestione delle casse ticket entro il 31/7/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera di adozione del regolamento	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento per la gestione area patrimonio netto entro il 31/7/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera di adozione del regolamento	NON RILEVATO	0	90
Riconciliazione della contabilità sezionale di magazzino con la contabilità generale	Scostamento tra valori contabilità sezionale di magazzino e contabilità generale	Software contabilità	NON RILEVATO	0%	5%



Riconciliazione della contabilità sezionale cespiti con la contabilità generale a seguito dell'inventario fisico straordinario nei termini della presentazione del bilancio 2015	Scostamento tra valori contabilità sezionale cespiti e contabilità generale	S.C. Acquisizione Beni	NON RILEVATO	0%	5%
Redazione di un regolamento aziendale dei Coordinamenti entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento aziendale delle progressioni orizzontali entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90
Adeguamento della graduatoria per le fasce retributive entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	File excel graduazione	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento aziendale sull'orario di lavoro entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento aziendale sulle relazioni sindacali entro il 30/9/2016	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90
Attività ispettiva ALPI	N. ispezioni effettuate	Verbali di ispezione	NON RILEVATO	6	1
Attivazione informatica del processo del ciclo passivo (caricamento concatenato di ordine, ricevimento e fattura per acquisto di beni)	N. acquisti informatizzati / N. totale acquisti (x 100)	SISAR	NON RILEVATO	100%	50%



Tempestivo aggiornamento dell'inventario dei cespiti entro 15 gg. dall'acquisizione	Media degli intervalli temporali (giorni) tra la consegna del cespiti e il suo inserimento nel sistema informatico (inventariazione)	SISAR e Controllo di Gestione	NON RILEVATO	15	40
Redazione di un inventario fisico straordinario entro il 31/12/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Inventario	NON RILEVATO	0	90
Riconciliazione della contabilità sezionale di magazzino con la contabilità generale	Scostamento tra valori contabilità sezionale di magazzino e contabilità generale	Software contabilità	NON RILEVATO	0%	5%
Redazione di un regolamento per la gestione del magazzino economale entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento per la gestione dell'inventario fisico delle immobilizzazioni entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento per l'area immobilizzazioni entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90
Allestimento della nuova sala server	Step 1) Presentazione del progetto; Step 2) Collegamento alla vecchia sala server; 3) Acquisizione del nuovo centro stella.	Atti amministrativi	NON RILEVATO	Step 3	Step 1
Progetto di formazione prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze	N. dipendenti formati / N. 182 dipendenti da formare come da progetto (x 100)	Ufficio formazione	NON RILEVATO	100%	80%



Aggiornamento semestrale della valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28 del DLgs n. 81/2008 entro il 31/12/2015 del presidio S. Michele	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera di adozione del Piano	NON RILEVATO	0	90
Tenuta delle riunioni periodiche di cui all'art. 35 del DLgs n. 81/2008	N. riunioni convocate	Verbali delle riunioni	NON RILEVATO	5	1
Cura delle informazioni da fornire ai lavoratori ai sensi dell'art. 36 del DLgs n. 81/2008	N. comunicazioni informative	Comunicati informativi	NON RILEVATO	5	1
Redazione progetto ristrutturazione sala operatoria ostetricia entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Presentazione progetto	NON RILEVATO	0	90
Redazione progetto ristrutturazione sala operatoria chirurgia d'urgenza e ortopedia entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Presentazione progetto	NON RILEVATO	0	90
Redazione progetto ristrutturazione pronto soccorso per TAC e Risonanza entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Presentazione progetto	NON RILEVATO	0	90
Redazione di un regolamento per l'area immobilizzazioni secondo le Linee Guida Regionali entro il 30/9/2015	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibera adozione regolamento	NON RILEVATO	0	90



	Attuazione di un sistema per il monitoraggio analitico dei costi di manutenzione per strutture e impianti	Step 1) Individuazione delle attività da svolgere e del personale necessario = 0% - 25%; Step 2) Avvio delle prime linee d'azione = 26% - 50%; Step 3) Predisposizione delle procedure = 51% - 75%; Step 4) Condivisione e sperimentazione delle procedure = 76% - 100%	Relazione del Responsabile e documenti allegati	NON RILEVATO	100%	50%
	Studio per il contenimento dei costi energetici in funzione dell'accorpamento del P.O. Businco e del P.O. Microcitemico	Step 1) Rilevazione dei consumi energetici = 0% - 25%; Step 2) Analisi delle criticità = 26% - 50%; Step 3) Individuazione di soluzioni comparative = 51% - 75%; Step 4) Scelta della soluzione progettuale e individuazione del pay-back time = 76% - 100%	Relazione del Responsabile e documenti allegati	NON RILEVATO	100%	50%
3	Alimentare la contabilità analitica gestionale della ripartizione per centri di costo di tutte le voci che non confluiscono direttamente dagli altri sotto sistemi contabili (magazzino e personale)	Step 4) possibilità di estrapolazione della reportistica sulle voci di che trattasi direttamente dal sistema informatico = 100%	Sistema informatico di contabilità	75%	100%	75%
	Attivazione del modulo SISAR di flusso atti	Step 1): statop dell'arte del flusso atti (relazione) = 0% - 50%; Step 2) proposta sulle linee d'azione da intraprendere = 51% - 100% (verbale con linee d'azione)	SISAR	NON RILEVATO	Step 2	Step 1
	Costituzione "Banca Unica Disposizioni Regionali" (documentazione, circolari e disposizioni normative di carattere regionale)	N. atti individuati e catalogati	Banca Unica Disposizioni Regionali predisposta	NON RILEVATO	25	5
	Ristrutturazione dei fondi CCNL a seguito dell'accorpamento entro il 30/4/2016	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza.	Delibere di costituzione fondi	NON RILEVATO	0	90



Attivazione software modulo turni	Step 1) Identificazione delle soluzioni disponibili sul mercato = 0% - 40%; Step 2): Analisi comparativa 41% - 70%; Proposta di scelta del prodotto = 51% - 100%	SISAR	NON RILEVATO	Step 3	Step 1
Azioni di sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Step 1) Attivare l'invio delle Lettere di dimissione sul fascicolo = 0% -50%; Step 2) N. lettere inviate al FSE / N. lettere emesse dopo l'attivazione = 51% - 100%	SISAR	NON RILEVATO	50%	10%

Di seguito l'elenco degli obiettivi per le Strutture di PO Businco e Cao relativi al II semestre 2015 assegnati dall'ASL 8 e fatti propri dall'AOb (incorporazione avvenuta con decorrenza 1/7/2015).

OBIETTIVI ANNO 2015							
PO Businco e Cao							
Area di risultato (Obiettivi)	Peso	Indicatori	FONTE	Valore storico 2014	Valore atteso	Performance = 0	
1 Potenziamento attività CUP	25%	N. agende caricate a sistema / N. agende totali pubbliche (x 100)	Non prevista	Non previsto	80%	70%	
2 Corretta implemmentazione dei flussi	25%	N. prenotazioni con validazione dell'erogato / N. prenotazioni totali a sistema (x 100)	Non prevista	Non previsto	80%	70%	
3 Potenziamento linee di attività strategiche	25%	N. di nuovi casi gestiti dalla struttura in ragione d'anno	Non prevista	Non previsto	20	20	
4 Garantire la formazione del personale	25%	N. dipendenti formati / N. dipendenti totali della struttura (x 100)	Ufficio formazione ASL 8	Non previsto	95%	80%	
100%							

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 Struttura Tecnica Permanente, dal Servizio Programmazione Strategica e dal Servizio 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 in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1501/2013, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante. Di seguito le verifiche finali sulle performance relative all'anno 2015:

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU					
OBIETTIVI 2015					
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE 2015					
DIREZIONE					
STRUTTURA/SERVIZIO	DIRETTORE/RESPONSABILE	VERIFICA % STP	VERIFICA % OIV (delibera AOB N. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE FINALE
STAFF DIREZIONE GENERALE					
S. C. CONTROLLO DI GESTIONE	Dott.ssa Donatella Floris	95,00%			95,00%
S. S. MEDICO COMPETENTE	Dott. Roberto Ciocci	92,03%	-1,50%		90,53%
SERVIZIO INFORMATIVO	Ing. Andrea Alimonda	100,00%			100,00%
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Ing. Bruno Facen	72,36%			72,36%
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	Dott.ssa Donatella Mudu	100,00%			100,00%
UFFICIO FORMAZIONE	Dott. Andrea Corrias	83,03%			83,03%
DIREZIONE SANITARIA					
S. C. DIREZIONE MEDICA STABILIMENTO S. MICHELE	Dott.ssa Marinella Spissu	88,31%	3,69%		92,00%
S. C. FARMACIA	Dott.ssa Michela Pellecchia	39,53%	20,00%		59,53%
PRESIDIO SAN MICHELE					
STRUTTURA/SERVIZIO	DIRETTORE/RESPONSABILE	VERIFICA % STP	VERIFICA % OIV (delibera AOB N. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE FINALE
DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE					
S. C. CARDIOLOGIA E UTIC	Dott. Maurizio Porcu	77,80%			79,23%
S. C. CARDIOCHIRURGIA	Dott. Emiliano Cirio	53,28%	10,00%		63,28%
S. C. CARDIOANESTESIA	Dott. Luciano Curreli	69,18%			69,18%
S. C. EMODINAMICA	Dott. Luciano Curreli	69,45%			69,45%
S. C. EMODINAMICA	Dott. Bruno Loi	81,53%			81,53%
S. C. CHIRURGIA VASCOLARE E TORACICA	Dott. Stefano Camparini	71,14%			71,14%
S. C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Dott. Roberto Tumbarello	100,00%			100,00%

**PRESIDIO SAN MICHELE**

STRUTTURA/SERVIZIO	DIRETTORE/RESPONSABILI	VERIFICA % STP	VERIFICA % OIV (delibera AOB N. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE FINALE
S. S. D. CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA AMBULATORIALE	Dott. Giampaolo Scorcu	100,00%			100,00%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E TRAPIANTO DI FEGATO	Dott. Fausto Zamboni	78,53%			79,49%
S. C. CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI FEGATO E PANCREAS	Dott. Fausto Zamboni	69,32%			69,32%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	Dott. Raimondo Pinna f.f.	43,22%	12,50%		55,72%
S. C. GASTROENTEROLOGIA	Dott. Francesco Cabras	87,88%			87,88%
S. C. NEUROCHIRURGIA	Dott. Francesco Floris f.f.	59,32%			59,32%
S. C. OCULISTICA	Dott.ssa Maria Luisa Valenti f.f.	70,82%			70,82%
S. C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dott. Giuseppe Chessa f.f.	66,39%			66,39%
S. S. D. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Dott. Carlo Pettograsso	94,58%			94,58%
S. S. D. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Dott. Pier Paolo Carreras	92,31%			92,31%
S. S. D. GINECOLOGIA DISFUNZIONALE ED ENDOSCOPICA	Dott. Ivo Lai	90,00%			90,00%
S. S. D. GASTROENTEROLOGIA APPLICATA AI TRAPIANTI	Dott.ssa Maria Rosaria Piras	90,42%			90,42%
S. S. D. NEONATOLOGIA	Dott.ssa Luciana Pibiri	94,76%			94,76%
S. S. D. PATOLOGIA TERZA ETA' E CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO	Dott. Antonio Salis	79,65%			79,65%
S. S. D. SENOLOGIA	Dott. Arnaldo Boi	82,22%			82,22%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	Dott. Sergio Gemini	72,45%			72,78%
S. C. ANESTESIA	Dott. Roberto Pisano	84,80%			84,80%
S. C. CHIRURGIA D'URGENZA	Dott. Sergio Gemini	50,75%	1,63%		52,38%
S. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Dott. Giuseppe Dessi	68,35%			68,35%
S. C. PRONTO SOCCORSO E OBI	Dott. Roberto Arru	80,02%			80,02%
S. C. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	Dott.ssa Alessandra Napoleone	78,33%			78,33%
DIPARTIMENTO INTERNISTICO	Dott. Pierpaolo Pusceddu	82,02%			82,02%
S. C. CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE	Dott. Marco Songini	71,78%			71,78%
S. C. MEDICINA I	Dott. Roberto Ganga	86,74%			86,74%
S. C. MEDICINA II	Dott. Vinicio Atzeni	84,67%			84,67%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	Dott. Maurizio Melis	92,33%			92,33%
S. C. PEDIATRIA	Dott. Pierpaolo Pusceddu	78,83%			78,83%
S. S. D. CENTRO DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	Dott. Giuseppe Doneddu	70,23%			70,23%
S. S. D. CENTRO MALATTIE DISMETABOLICHE	Dott. Paolo Pintus	90,00%			90,00%
S. S. D. NEURORIABILITAZIONE	Dott. Giovanni Melis	81,61%			81,61%
DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE	Dott. Mauro Frongia	81,72%			81,72%
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Antonello Pani	65,28%			65,28%
S. C. UROLOGIA, TRAPIANTO RENE E CHIRURGIA ROBOTICA	Dott. Mauro Frongia	69,14%			69,14%
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	Dott. Giambenedetto Piredda	93,27%			93,27%
S. S. D. DAY HOSPITAL UROLOGICO	Dott. Sergio Lilliu	99,20%			99,20%
DIPARTIMENTO SERVIZI	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	94,98%			94,98%
S. C. ANATOMIA PATOLOGICA	Dott. Gualtiero Catani	88,33%			88,33%
S. C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	Dott. Mario Pani	99,00%			99,00%
S. C. MEDICINA DI LABORATORIO	Dott. Giancarlo Angioni	94,00%			94,00%
S. C. FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	100,00%			100,00%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	Dott. Andrea Bianco	88,56%			88,56%
S. S. D. IMMUNOLOGIA TRAPIANTI	Dott. Marino Argiolas	100,00%			100,00%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	Dott.ssa Grazia Bitti	86,17%			86,17%
S. C. RADIOLOGIA	Dott.ssa Grazia Bitti	70,00%			70,00%

**PRESIDIO SAN MICHELE**

STRUTTURA/SERVIZIO	DIRETTORE/RESPONSABILE	VERIFICA % STP	VERIFICA % OIV (delibera AOB N. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE FINALE
S. C. MEDICINA NUCLEARE	Dott. Giorgio Melis	88,97%			88,97%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIODINAMICA E LABORATORIO VITRO	Dott.ssa Simonetta Ledda	99,53%			99,53%
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO	Dott.ssa Agnese Foddìs	93,59%			95,40%
S. C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	Dott.ssa Agnese Foddìs	96,10%			96,10%
S. C. SERVIZIO AFFARI GENERALI	Dott.ssa Roberta Manutza	95,00%	-2,50%		92,50%
S. C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	Dott. Gianluca Calabrò	99,87%	-1,11%		98,76%
S. C. SERVIZIO MANUTENZIONI	Ing. Gianluca Borelli	97,67%			97,67%
S. C. SERVIZIO PERSONALE	Dott. Maurizio Calamida	78,23%	14,44%		92,67%
S.S.D. SERVIZIO TECNICO	Ing. Antonio Cucca	94,67%			94,67%

PRESIDIO BUSINCO

STRUTTURA/SERVIZIO	DIRETTORE/RESPONSABILE	VERIFICA % STP	VERIFICA % OIV (delibera AOB N. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE FINALE
S. C. ANATOMIA PATOLOGICA	Dott.ssa Paola Pili	55,62%	7,00%		62,62%
S. C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Dott. Luciano Serra	66,33%	7,00%		73,33%
S. C. CARDIOLOGIA	Dott. Giorgio Locci	66,66%	7,00%		73,66%
S. C. CHIRURGIA SPERIMENTALE	Dott. Giuseppe Murenu	72,94%	7,00%		79,94%
S. C. CHIRURGIA TORACICA	Dott. Cherchi Roberto	67,00%	7,00%		74,00%
S. C. DERMATOLOGIA	Dott. Patrizio Mulas	70,00%	7,00%		77,00%
S. C. DIREZIONE MEDICA STABILIMENTO BUSINCO	Dott.ssa Maria Teresa Addis	85,00%	7,00%		92,00%
S. C. EMATOLOGIA E CTMO	Dott. Emanuele Angelucci	55,00%	7,00%		62,00%
S. C. FISICA SANITARIA	Dott. Gianfranco Meleddu	75,00%	7,00%		82,00%
S. C. GINECOLOGIA	Dott. Antonio Macciò	45,00%	7,00%		52,00%
S. C. LABORATORIO ANALISI	Dott. Gianfranco Angioni	95,69%	4,31%		100,00%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	Dott.ssa Giannoni Maria Novella	85,00%	7,00%		92,00%
S. C. ONCOLOGIA CHIRURGICA	Dott. Giuseppe Sollai	74,21%	7,00%		81,21%
S. C. ONCOLOGIA MEDICA	Dott. Efsio Defraia	52,00%	7,00%		59,00%
S. C. RADIOLOGIA ONCOLOGICA	Dott. Gabriele Podda	55,00%	7,00%		62,00%
S. C. RADIOTERAPIA	Dott.ssa Dessì Marina	55,00%	7,00%		62,00%
S. C. RADIOTERAPIA SPERIMENTALE	Dott.ssa Dessì Marina	85,00%	7,00%		92,00%
S. C. TERAPIA DEL DOLORE	Dott. Sergio Mameli	55,00%	7,00%		62,00%

PRESIDIO CAO

STRUTTURA/SERVIZIO	DIRETTORE/RESPONSABILE	VERIFICA % STP	VERIFICA % OIV (delibera AOB N. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE FINALE
S. S. D. CARDIOLOGIA	Dott. Patrizio Ettore Bina	55,00%	7,00%		62,00%
S. C. CLINICA PEDIATRICA II	Dott. Paolo Moi	57,22%	7,00%		64,22%
S. C. DIREZIONE MEDICA STABILIMENTO CAO	Dott.ssa Maria Gabriella Nardi	80,00%	7,00%		87,00%
S. S. D. ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	Dott. Sandro Loche	55,00%	7,00%		62,00%
S. C. GINECOLOGIA E DIAGNOSI PRENATALE	Dott. Giovanni Monni	80,00%	7,00%		87,00%
S. C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	Dott.ssa Rosa Maria Mura	80,00%	7,00%		87,00%



4. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Ai fini della misurazione e valutazione delle performance individuali l'AOB si avvale della "valorizzazione differenziale" dell'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe, come da regolamento di misura e valutazione della performance di cui alla deliberazione n. 1501/2013. Tale sistema si basa su schede preposte alla rilevazione del "punteggio differenziale" della flessibilità, composte da griglie parzialmente precompilate dai direttori di struttura e chiedendo ai partecipanti di completarle in funzione delle loro esigenze in termini di flessibilità dell'apporto individuale. La metodologia di differenziazione fra dipendenti richiede la presenza di alcune condizioni:

- le regole di differenziazione devono essere stabilite prima;
- i criteri di differenziazione devono essere condivisi ex ante all'interno del gruppo e collocate in una "griglia" predefinita (scheda di valorizzazione);
- a ciascun criterio devono corrispondere opportuni livelli di apporto collocati in una scala definita a 5 livelli (da 1 a 5);
- dal "punteggio di flessibilità" che ogni dipendente concorda col superiore si ricava l'indice differenziale secondo un margine di oscillazione definito intorno al valore 1 (scala gaussiana);
- il dipendente effettua preventivamente la sua proposta di posizionamento per ciascun criterio e livello della griglia e il superiore avalla la scelta del dipendente o ne propone giustificatamente la modifica;
- dal punteggio totale ottenuto si risale all'indice di flessibilità individuale, attraverso il quale si effettua la valorizzazione individuale finale.

La valorizzazione differenziale deve corrispondere a un effettivo premio all'apporto del singolo alla produttività dell'equipe, posto che differenziare l'incentivo in base all'apporto concreto del singolo rappresenta un efficace strumento messo a disposizione del dirigente per stimolare l'emulazione positiva fra i propri collaboratori. Per questo più che di valutazione, si tratta di "valorizzazione differenziale", perché si applica un punteggio di flessibilità "differenziale" oggettivo, con cui si prende atto dell'impegno che ogni addetto sottoscrive all'inizio dell'anno sul proprio posto di lavoro.

La metodologia prevede di avvalersi della curva di Gauss per definire le "n" fasce di merito dove sarà collocato il personale. Le fasce di merito oscillano intorno ad un "valore di flessibilità" centrale



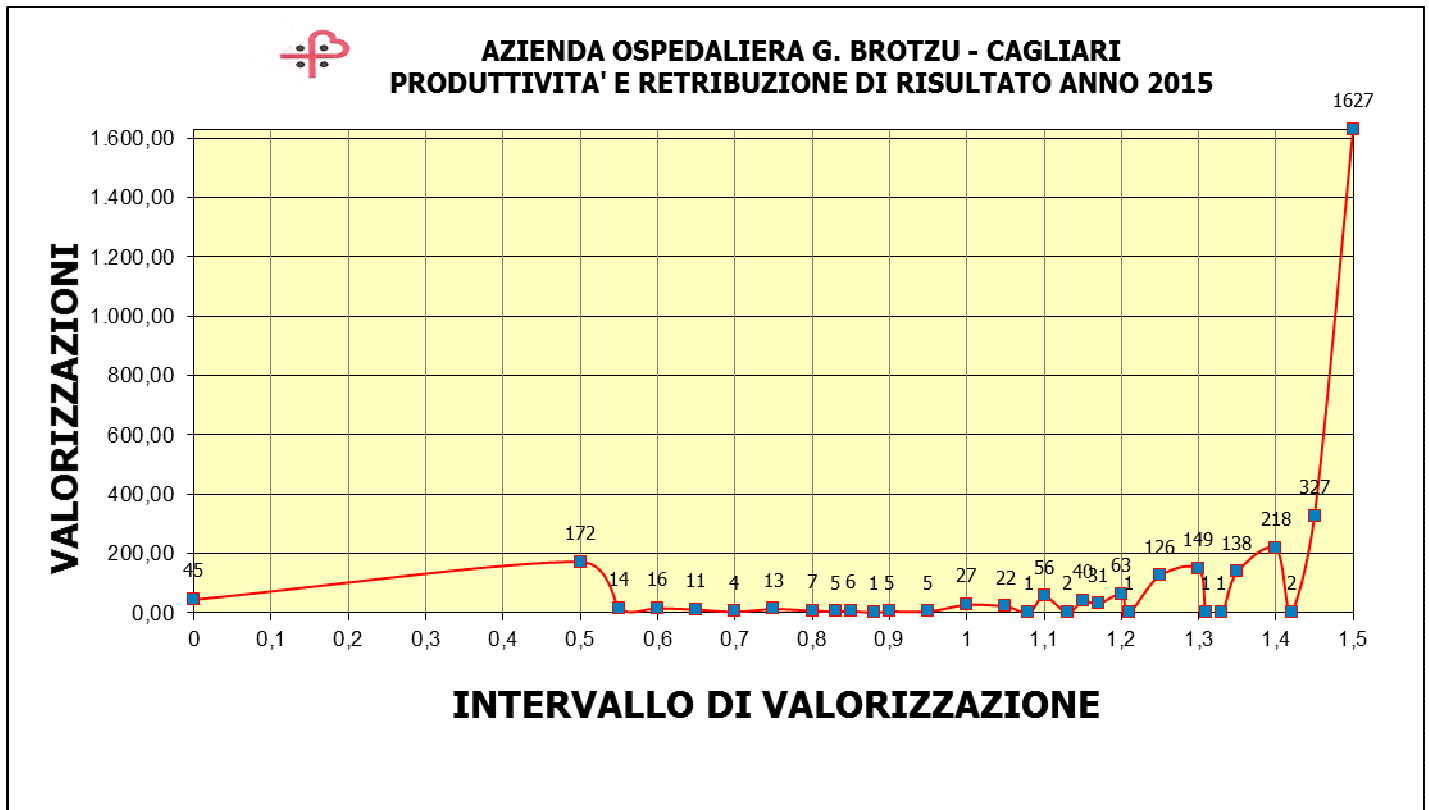
pari a 1,0, ovvero tra un valore minimo (0,5) e massimo (1,5), predefiniti nel Protocollo Applicativo e simmetrici rispetto a quello centrale.

A ciascun componente dell'equipe viene prospettata la scelta di condividere un "punteggio individuale" che oscilla tra un minimo ed un massimo, in tal modo ogni dipendente è messo in condizione di concordare all'interno della struttura di appartenenza il proprio punteggio di flessibilità ("performance individuale"). Su tale base a fine anno potrà accedere alla distribuzione del proprio incentivo in modo assolutamente trasparente: il dirigente accerta/verifica che il punteggio di fine anno corrisponda o meno a quello concordato preventivamente.

Per l'anno 2015 l'intero processo si è svolto con i passaggi delineati di seguito per ciascun centro di responsabilità.

FASI	ATTIVITA'	OBIETTIVO
A	RIUNIONE CON L'EQUIPE	Illustrazione degli obiettivi aziendali e della Struttura.
B	PRESENTAZIONE DEL PIANO OPERATIVO	Illustrazione dei contenuti del piano, delle azioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi, delle risorse a disposizione.
C	PRESENTAZIONE DELLA PROCEDURA PER LA VALORIZZAZIONE	Presentazione della <u>metodologia</u> e dei <u>criteri</u> per l'attribuzione del livello di flessibilità individuale e della <u>modulistica</u> allegata. Compilazione della modulistica (<i>Verbale di Illustrazione</i>).
D	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE INIZIALE DEGLI OPERATORI	Redazione concordata delle <i>Schede di Valorizzazione INIZIALE</i> per tutti gli operatori dell'equipe.
E	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE FINALE DEGLI OPERATORI	Redazione delle <i>Schede di Valorizzazione FINALE</i> per tutti gli operatori dell'equipe con verifica del mantenimento dell'impegno previsto.

Adottando la funzione di Gauss è possibile rappresentare a livello aziendale la distribuzione all'interno dell'intervallo di valorizzazione delle performance individuali conseguite da tutto il personale per l'anno 2015.



In conclusione il premio di produttività e la retribuzione di risultato sono determinati in base ai seguenti parametri:

- percentuale della performance organizzativa;
- valorizzazione della performance individuale;
- parametrizzazione su coefficiente individuale di accesso al fondo;
- livello di responsabilizzazione differenziata;
- effettiva presenza in servizio.