



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 20 NOV. 2014

OGGETTO: Presa d'atto verbale Organismo Indipendente di Valutazione n. 15/2014 e validazione della Relazione sulla performance 2013.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 24 NOV. 2014 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Antonio Garau

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo

Dr. Attilio Murru

Direttore Sanitario

Dr. Remigio Carlo Puddu

PREMESSO che con deliberazione n. 477 del 24/3/2014 è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV) di cui all'art. 14 del decreto legislativo n. 150/2009;

ATTESO che l'OIV, sulla base dell'istruttoria condotta dagli uffici aziendali, ha provveduto alla verifica dei risultati raggiunti per l'anno 2013 rispetto agli obiettivi assegnati e che con verbale n. 15/2014, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, ha fatto una proposta alla Direzione Aziendale relativa alle performance raggiunte dalle diverse strutture aziendali;

CONSIDERATO che, a seguito del verbale n. 15/2014 dell'OIV, la Direzione Generale ha provveduto alla redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10 c. 1 lett. b del DLgs n. 150/2009, successivamente trasmessa allo stesso OIV con nota prot. n. 234 del 19/11/2014 che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO che con documento del 20/11/2014 (che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale) l'OIV, ai sensi dell'art. 14 c. 4 lett. c del DLgs n. 150/2009, ha provveduto alla validazione della Relazione sulla performance;

ACQUISITI, pertanto, il verbale n. 15 e il documento di validazione dell'OIV sopra citati, nonché le relative schede riepilogative della performance delle Strutture agli atti dell'Amministrazione e del medesimo OIV;

VALUTATO che si deve prendere atto del verbale n. 15 e della Relazione sulla performance 2013, come validata dall'OIV, per dare seguito alle procedure relative al pagamento della retribuzione di risultato e della produttività per l'anno 2013;

CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per i motivi esposti in premessa:

- di prendere atto del verbale n. 15/2014 e della Relazione sulla performance 2013, come validata dall'OIV;

%



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

segue deliberazione n. **2003** del **20 NOV. 2014**

- di trasmettere la presente deliberazione alla S.C. Amministrazione Personale per l'avvio delle procedure relative al pagamento della retribuzione di risultato e della produttività per l'anno 2013;
- di trasmettere il presente atto alla S.C. Affari Generali per gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di Amministrazione Trasparente;
- di trasmettere il presente atto al Dipartimento della Funzione Pubblica, ai sensi dell'art. 19 c. 9 del decreto legge n. 90/2014.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Attilio Murru

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Remigio Carlo Puddu

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Antonio Garau



Verbale N. 15/2014

Martedì 18 novembre dell'anno 2014, alle ore 9:00, presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari, aula OIV, si è riunito l'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV), costituito con Deliberazione D.G. n. 477 del 24 marzo 2014, come appresso indicato:

Dr. Andrea Boi	Presidente
Dr. Aldo Cadau	Componente
Dr. Renato Vargiu	Componente

Punti all'ordine del giorno:

- 1 – Approvazione del verbale della seduta precedente;
- 2 – Definizione iter performance 2013;
- 3 – Riscontro nota dr.ssa A. Foddis;
- 4 – Riscontro relazioni inerenti il monitoraggio obiettivi 2014;
- 5 – Varie ed eventuali.

Partecipa alla riunione il coordinatore della Struttura Tecnica Permanente (di seguito STP) dr. Fabrizio Balloi, il quale svolge anche il ruolo di funzionario verbalizzante.

1 – Il Presidente legge il verbale n. 14/2014, il quale viene approvato e sottoscritto.

2 – L'Organismo prende atto della comunicazione del Direttore Generale (prot. n. 231 del 17/11/2014 che si allega) e, verificata la richiesta di una rivisitazione migliorativa di alcune strutture e le motivazioni esposte che riportano elementi oggettivi non rinvenuti nelle relazioni precedentemente esaminate, approva la nuova tabella che tiene conto del margine di discrezionalità attribuito al presente Organismo dal Sistema di Misurazione adottato dall'Ente e delega il Presidente a trasmettere l'esito del presente verbale al Direttore Generale.

3 – L'Organismo prende atto della nota del 17/11/2014 (che si allega) trasmessa dalla dr.ssa A. Foddis, Direttore della S.C. Servizio Provveditorato, e invita gli uffici preposti alla liquidazione dell'indennità di risultato a parametrare la stessa in base al periodo in cui il responsabile era l'assegnatario degli obiettivi e sempre che lo stesso sia l'unico referente dell'effettivo raggiungimento.

4 – L'OIV, preso atto della relazione sul monitoraggio degli obiettivi 2014 di cui al prot. n. 61 del 6/11/2014 a firma della dr.ssa D. Floris e della dr.ssa D. Mudu, propone di considerarla quale revisione degli obiettivi



2014 conformemente a quanto previsto al paragrafo 3.4 (Gestione dinamica del budget) del Sistema di Misurazione adottato dall'Ente.

La riunione termina alle ore 10:00.

La prossima seduta è stabilita per il 15/12/2014 alle ore 15:30 con il seguente ordine del giorno:

- 1 – Approvazione del verbale della seduta precedente;
- 2 – Approvazione calendario attività 2014;
- 3 – Varie ed eventuali.

Letto, approvato e firmato il 18/11/2014

Il Presidente

Dr. Andrea Boi

I Componenti

Dr. Aldo Cadau

Dr. Renato Vargiu

Il Verbalizzante

Dr. Fabrizio Balloi



PERFORMANCE 2013

STRUTTURA	DIRETTORE	VERIFICA % AOB	INTEGRAZIONE % OIV	PERFORMANCE 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 Campanini	69,44%		69,44%
S. C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Dott. Roberto Tumbarello	71,44%		71,44%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	Dott. Fausto Zamboni	91,99%		91,99%
S. C. CHIRURGIA GENERALE	Dott. Fausto Zamboni	81,41%		81,41%
S. C. NEUROCHIRURGIA	Dott. Luigi Tosalto	75,73%		75,73%
S. C. OSTETRICA E GINECOLOGIA	Dott. Costantino Marcello	78,56%		78,56%
S. S. D. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Dott. Carlo Pettogrosso	85,37%		85,37%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	Dott. Raimondo Pinna	88,87%		88,87%
S. C. OCULISTICA	Dott.ssa Maria Luisa Valenti f.f.	86,57%		86,57%
S. C. GASTROENTEROLOGIA	Dott. Francesco Cabras	93,01%		93,01%
S. S. D. SENOLOGIA	Dott. Arnaldo 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 Salis	88,20%		88,20%
S. S. D. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA	Dott. Ivo Lai	89,00%		89,00%
S. S. D. NEONATOLOGIA	Dott.ssa Luciana Pibiri	100,00%		100,00%
S. S. D. TRAPIANTO DI FEGATO	Dott.ssa M. Rosa Piras	74,23%		74,23%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	Dott. Sergio Gemini	73,26%		73,26%
S. C. DI ANESTESIA	Dott. Roberto Pisano	78,43%		78,43%
S. C. DI CHIRURGIA D'URGENZA	Dott. Sergio Gemini	71,00%		71,00%
S. C. DI ORTOPEDIA	Dott. Giuseppe Dessi	91,94%		91,94%
S. C. DI PRONTO SOCCORSO E OBI	Dott. Roberto Arru	93,65%		93,65%
S. C. DI RIANIMAZIONE	Dott.ssa Alessandra Napoleone	69,44%		69,44%
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	Dott. Pierpaolo Pusceddu	90,61%		90,61%
S. C. DIABETOLOGIA	Dott. Marco Songini	83,62%		83,62%
S. C. MEDICINA I	Dott. Roberto Ganga	88,65%		88,65%
S. C. MEDICINA II	Dott. Vinicio Atzeni	92,58%		92,58%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	Dott. Maurizio Melis	91,29%		91,29%
S. C. 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. NEURORABILITAZIONE	Dott. Giovanni Melis	89,77%		89,77%
DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE	Dott. Mauro Frongia	80,57%	10,00%	90,57%
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Antonello Pani	76,18%	10,00%	86,18%
S. C. UROLOGIA	Dott. Mauro Frongia	86,05%	10,00%	96,05%
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	Dott. Giambenedetto Piredda	88,00%	8,00%	96,00%
S. S. D. 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. Gualtiero Catani	95,48%		95,48%
S. C. IMMUNOEMATOLOGIA	Dott. Mario Pani	96,72%		96,72%
S. C. LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE	Dott. Marcello Angius	78,16%		78,16%
S. C. RIABILITAZIONE FISICA	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	81,24%		81,24%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	Dott. Andrea Bianco	87,35%		87,35%
S. C. RADIOLOGIA	Dott.ssa Grazia Bitti	90,94%		90,94%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	Dott. Giorgio Melis	91,67%		91,67%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIODINAMICA E LABORATORIO VITREO	Dott.ssa Simonetta Ledda	96,24%		96,24%
DIREZIONE GENERALE	Dott. Antonio Garau			
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	Dott.ssa Donatella Mudu	91,25%		91,25%
STAFF DIREZIONE GENERALE		84,71%		84,71%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Dott. Attilio Murru			
SERVIZIO AFFARI GENERALI	Dott. Gianluca Calabrò (in aspettativa)	92,22%		92,22%
SERVIZIO AMMINISTRATIVO	Dott.ssa Roberta Manutza	93,25%		93,25%
SERVIZIO MANUTENZIONI	Ing. Gianluca Borelli	95,00%		95,00%
SERVIZIO PERSONALE	Dott. G. Casu, Dott.ssa A. Foddis	93,21%		93,21%
SERVIZIO PROVVEDITORATO	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 Marinella Spissu	90,00%		90,00%
S. C. FARMACIA	Dott.ssa Michela Pellecchia	89,80%		89,80%

ALLE 15:10 AL VERDALE N. 12/2014



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Direzione Generale

N. Prot. 231

Data 17.11.2014

C.A.:

Organismo Indipendente di Valutazione
Presidente dr. Andrea Boi

Oggetto: performance organizzative anno 2013

Con riferimento alla nota prot. n. 38 del 27/10/2014 si comunica che questa Direzione ha preso atto delle verifiche di cui al documento ivi allegato e chiede cortesemente una integrazione della performance delle Strutture afferenti al Dipartimento di patologia renale così strutturato:

- Dipartimento patologia renale + 10%
- S.C. Nefrologia e dialisi + 10%;
- S.C. Urologia + 10%;
- S.S.D. Day hospital urologico + 10%;
- S.S.D. Trapianto renale + 8%.

La motivazione dell'integrazione richiesta consiste sul fatto che il Dipartimento ha raggiunto il traguardo di n. 800 trapianti, ha implementato l'attività di Chirurgia robotica del trapianto di rene da vivente e, infine, il Direttore del Dipartimento è stato insignito del premio/onorificenza Sardus Pater. Tali fatti hanno contribuito in misura fondamentale al lustro, all'immagine e al prestigio di questa Azienda Ospedaliera.

Cordialità.

Il Direttore Generale
Dr. Antonio Garau



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specialità

Organismo Indipendente di Valutazione

Cagliari, 18 novembre 2014

C.A.
Direttore Generale
Dr. Antonio Garau
Sede

Oggetto: performance organizzative anno 2013

Con riferimento alla nota prot. n. 231 del 17/11/2014 si comunica che questo Organismo ha preso analizzato la richiesta di integrazioni motivata relativa alla performance dell'anno 2013.

Pertanto si trasmette, in allegato e per i provvedimenti di competenza, il prospetto definitivo delle verifiche sulle performance organizzative dell'anno 2013 che riporta gli adeguamenti operati dall'OIV all'interno del margine di discrezionalità concesso allo stesso dal Sistema Azienda di Misura e Valutazione della Performance di cui alla deliberazione n. 1501 del 1/10/2013.

Si porgono cordiali saluti.

Il Presidente dell'OIV
Dr. Andrea Boi

OBIETTIVI 2013

PERFORMANCE 2013

STRUTTURA	DIRETTORE	VERIFICA % AOB	INTEGRAZIONE % OIV	PERFORMANCE 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 Camparini	69,44%		69,44%
S. C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Dott. Roberto Tumbarello	71,44%		71,44%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	Dott. Fausto Zamboni	91,99%		91,99%
S. C. CHIRURGIA GENERALE	Dott. Fausto Zamboni	81,41%		81,41%
S. C. NEUROCHIRURGIA	Dott. Luigi Tosatto	75,73%		75,73%
S. C. OSTETRICA E GINECOLOGIA	Dott. Costantino Marcello	78,56%		78,56%
S. S. D. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Dott. Carlo Pettogrosso	85,37%		85,37%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	Dott. Raimondo Pinna	88,87%		88,87%
S. C. OCULISTICA	Dott.ssa Maria Luisa Valenti f.f.	86,57%		86,57%
S. C. GASTROENTEROLOGIA	Dott. Francesco Cabras	93,01%		93,01%
S. S. D. SENOLOGIA	Dott. Arnaldo 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 Salis	88,20%		88,20%
S. S. D. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA	Dott. Ivo Lai	89,00%		89,00%
S. S. D. NEONATOLOGIA	Dott.ssa Luciana Pibiri	100,00%		100,00%
S. S. D. TRAPIANTO DI FEGATO	Dott.ssa M. Rosa Piras	74,23%		74,23%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	Dott. Sergio Gemini	73,26%		73,26%
S. C. DI ANESTESIA	Dott. Roberto Pisano	78,43%		78,43%
S. C. DI CHIRURGIA D'URGENZA	Dott. Sergio Gemini	71,00%		71,00%
S. C. DI ORTOPEDIA	Dott. Giuseppe Dessi	91,94%		91,94%
S. C. DI PRONTO SOCCORSO E OBI	Dott. Roberto Arru	93,65%		93,65%
S. C. DI RIANIMAZIONE	Dott.ssa Alessandra Napoleone	69,44%		69,44%
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	Dott. Pierpaolo Pusceddu	90,61%		90,61%
S. C. DIABETOLOGIA	Dott. Marco Songini	83,62%		83,62%
S. C. MEDICINA I	Dott. Roberto Ganga	88,65%		88,65%
S. C. MEDICINA II	Dott. Vinicio Atzeni	92,58%		92,58%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	Dott. Maurizio Melis	91,29%		91,29%
S. C. 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. NEURORIABILITAZIONE	Dott. Giovanni Melis	89,77%		89,77%
DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE	Dott. Mauro Frongia	80,57%	10,00%	90,57%
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Antonello Pani	76,18%	10,00%	86,18%
S. C. UROLOGIA	Dott. Mauro Frongia	86,05%	10,00%	96,05%
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	Dott. Giambenedetto Piredda	88,00%	8,00%	96,00%
S. S. D. 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. Gualtiero Catani	95,48%		95,48%
S. C. IMMUNOEMATOLOGIA	Dott. Mario Pani	96,72%		96,72%
S. C. LABORATORIO ANALISI CHIMICHE CLINICHE E MICROBIOLOGICHE	Dott. Marcello Angius	78,16%		78,16%
S. C. RIABILITAZIONE FISICA	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	81,24%		81,24%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	Dott. Andrea Bianco	87,35%		87,35%
S. C. RADIOLOGIA	Dott.ssa Grazia Billi	90,94%		90,94%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	Dott. Giorgio Melis	91,67%		91,67%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIODINAMICA E LABORATORIO VITREO	Dott.ssa Simonetta Ledda	96,24%		96,24%
DIREZIONE GENERALE	Dott. Antonio Garau			
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	Dott.ssa Donatella Mudu	91,25%		91,25%
STAFF DIREZIONE GENERALE		84,71%		84,71%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Dott. Attilio Murru			
SERVIZIO AFFARI GENERALI	Dott. Gianluca Calabrò (in aspettativa)	92,22%		92,22%
SERVIZIO AMMINISTRATIVO	Dott.ssa Roberta Manulza	93,25%		93,25%
SERVIZIO MANUTENZIONI	Ing. Gianluca Borelli	95,00%		95,00%
SERVIZIO PERSONALE	Dott. G. Casu, Dott.ssa A. Foddis	93,21%		93,21%
SERVIZIO PROVVEDITORATO	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 Marinella Spissu	90,00%		90,00%
S. C. FARMACIA	Dott.ssa Michela Pellecchia	89,80%		89,80%



Azienda Ospedaliera Brotzu

Direzione Generale

N. Prot. 236

Data 19.11.2014

C.A.:

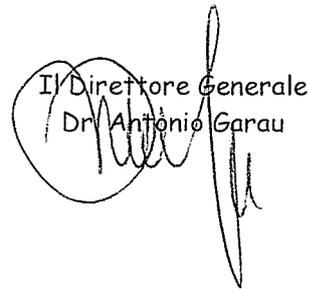
Organismo Indipendente di Valutazione
Presidente dr. Andrea Boi

Oggetto: Relazione sulla performance anno 2013

Come da art. 10 c. 1 lettera b, si trasmette la Relazione sulla performance che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno 2013, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati.

Cordialità.

Il Direttore Generale
Dr. Antonio Garau





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*).

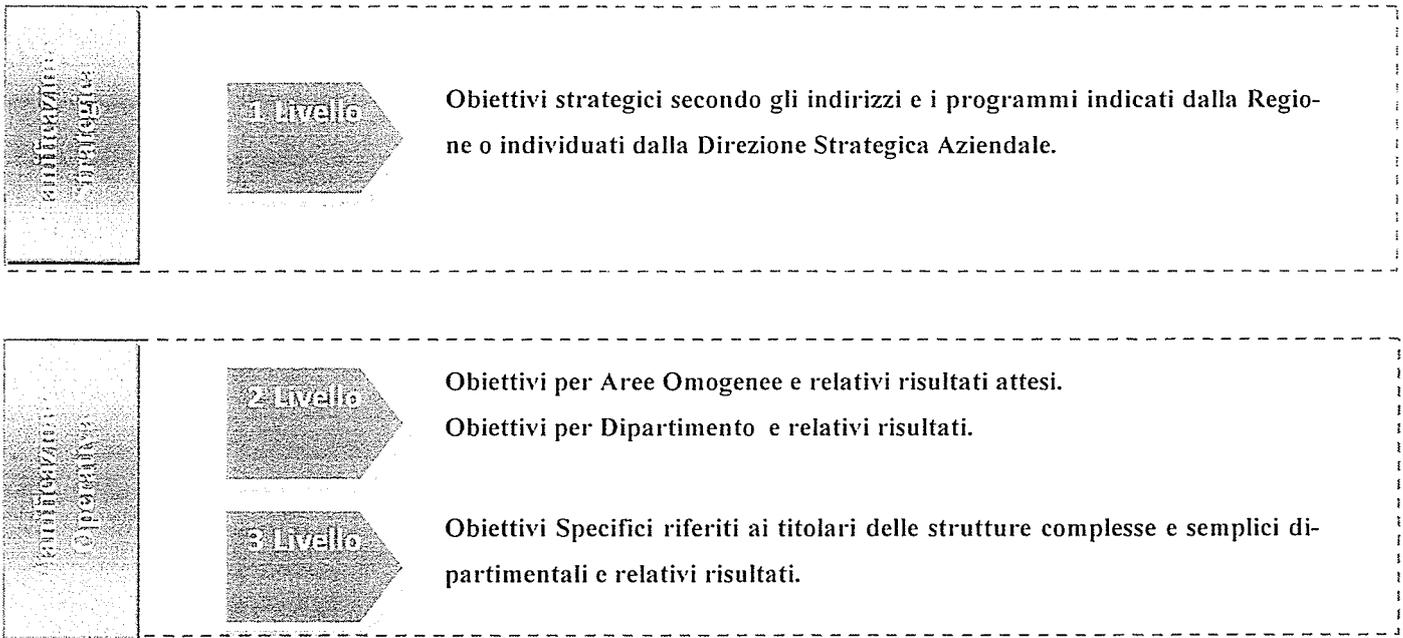
La RP è il documento con il quale si rappresenta lo svolgimento del ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto). È un documento di sintesi in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target. Le verifiche finali e la rendicontazione 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 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 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'A.O.B., 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 relative 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 Comparini	69,44%		69,44%
S. C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Dott. Roberto Tumbarello	71,44%		71,44%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	Dott. Fausto Zamboni	91,99%		91,99%
S. C. CHIRURGIA GENERALE	Dott. Fausto Zamboni	81,41%		81,41%
S. C. NEUROCHIRURGIA	Dott. Luigi Tosatto	75,73%		75,73%
S. C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dott. Costantino Marcello	78,56%		78,56%
S. C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Dott. Carlo Pettogrosso	85,37%		85,37%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	Dott. Raimondo Pinna	88,87%		88,87%
S. C. OCULISTICA	Dott.ssa Maria Luisa Valenti f.f.	86,57%		86,57%
S. C. GASTROENTEROLOGIA	Dott. Francesco Cabras	93,01%		93,01%
S. S. D. SENOLOGIA	Dott. Arnaldo 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 Salis	88,20%		88,20%
S. S. D. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA	Dott. Ivo Lai	89,00%		89,00%
S. S. D. NEONATOLOGIA	Dott.ssa Luciana Pibiri	100,00%		100,00%
S. S. D. TRAPIANTO DI FEGATO	Dott.ssa M. Rosa Piras	74,23%		74,23%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	Dott. Sergio Gemini	73,26%		73,26%
S. C. DI ANESTESIA	Dott. Roberto Pisano	78,43%		78,43%
S. C. DI CHIRURGIA D'URGENZA	Dott. Sergio Gemini	71,00%		71,00%
S. C. DI ORTOPEDIA	Dott. Giuseppe Dessi	91,94%		91,94%
S. C. DI PRONTO SOCCORSO E OBI	Dott. Roberto Arru	93,65%		93,65%
S. C. DI RIANIMAZIONE	Dott.ssa Alessandra Napoleone	69,44%		69,44%
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	Dott. Pierpaolo Pusceddu	90,61%		90,61%
S. C. DIABETOLOGIA	Dott. Marco Songini	83,62%		83,62%
S. C. MEDICINA I	Dott. Roberto Ganga	88,65%		88,65%
S. C. MEDICINA II	Dott. Vinicio Atzeni	92,58%		92,58%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	Dott. Maurizio Melis	91,29%		91,29%
S. C. 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. NEURORIABILITAZIONE	Dott. Giovanni Melis	89,77%		89,77%
DIPARTIMENTO PATOLOGIA RENALE	Dott. Mauro Frongia	80,57%	10,00%	90,57%
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Antonello Pani	76,18%	10,00%	86,18%
S. C. UROLOGIA	Dott. Mauro Frongia	86,05%	10,00%	96,05%



STRUTTURA	DIRETTORE	VERIFICA % AOB	INTEGRAZIONE % OIV	PERFORMANCE TOTALE
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	Dott. Gianbenedetto Piredda	98,00%	8,00%	96,00%
S. S. D. DAY HOSPITAL UROLOGICO	Dott. Sergio Lilliu	93,65%	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. Qualiere Calani	95,48%		95,48%
S. C. IMMUNODEMATOLOGIA	Dott. Mario Paris	96,72%		96,72%
S. C. LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE	Dott. Marcello Angus	78,10%		78,10%
S. C. RIABILITAZIONE FISICA	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	81,24%		81,24%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	Dott. Andrea Bianco	87,35%		87,35%
S. C. RADIOLOGIA	Dott.ssa Grazia Bitti	90,94%		90,94%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	Dott. Giorgio Melis	91,67%		91,67%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIO DINAMICA E LABORATORIO VITREO	Dott.ssa Simonetta Ledda	96,24%		96,24%
DIREZIONE GENERALE	Dott. Antonio Garau			
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	Dott.ssa Donatella Murru	91,25%		91,25%
STAFF DIREZIONE GENERALE	-----	84,71%		84,71%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Dott. Attilio Murru			
SERVIZIO AFFARI GENERALI	Dott. Gianluca Calabrò (in aspettativa)	92,22%		92,22%
SERVIZIO AMMINISTRATIVO	Dott.ssa Roberta Manutza	93,25%		93,25%
SERVIZIO MANUTENZIONI	Ing. Gianluca Borelli	95,00%		95,00%
SERVIZIO PERSONALE	Dott. G. Casu, Dott.ssa A. Faddis	93,21%		93,21%
SERVIZIO PROVVEDIMENTI	Dott. G. Casu, Dott.ssa A. Faddis	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 Mannelle Spessu	90,00%		90,00%
S. C. FARMACIA	Dott.ssa Michela Pellecchia	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 distribuzione di risultato.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Organismo Indipendente di Valutazione

Al Direttore Generale
Dr. Antonio Garau
Sede

Dipartimento della Funzione Pubblica
protocollo_dfp@mailbox.governo.it

DOCUMENTO DI ATTESTAZIONE

A. L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera Brotzu, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c), del DLgs. n. 150/2009 e successive delibere n. 4/2012 e n. 5/2012, ha preso in esame la Relazione sulla *performance* approvata dall'Amministrazione in data 19/11/2014 ed inviata all'Organismo Indipendente di Valutazione con nota prot. n. 234 del 19/11/2014.

B. L'OIV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuno nella fattispecie, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi da:

- il monitoraggio della CIVIT sul Piano della *performance* e sul Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- la Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

C. La documentazione del processo di validazione e le motivate conclusioni raggiunte su ciascuno dei punti esaminati nel processo sono contenute in apposite sezioni delle carte di lavoro conservate presso l'OIV.

D. Tutto ciò premesso e conformemente al paragrafo 3.5 del Sistema Aziendale di Misura e Valutazione della performance, di cui alla delibera 1501 del 1 Ottobre 2013, l'OIV valida la Relazione sulla *performance*.

Cagliari, 20 novembre 2014

Il Presidente

Dr. Andrea Boi

I Componenti

Dr. Aldo Cadau

Dr. Renato Vargiu