



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 05 AGO. 2015 Deliberazione 1337

OGGETTO: Presa atto validazione della Relazione sulla performance 2014 da parte dell'OIV.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 05 AGO. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dr. Nazzareno Pacifico

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 2014 rispetto agli obiettivi assegnati e con nota prot. n. 14515 del 17/7/2015, 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 della nota OIV del 17/7/2015, la Direzione Strategica 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. 15113 del 27/7/2015, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO che con documento del 29/7/2015, 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 le note 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 della nota OIV del 17/7/2015 e della Relazione sulla performance 2014, come validata dall'OIV, per dare seguito alle procedure relative al pagamento della retribuzione di risultato e della produttività per l'anno 2014;

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

DELIBERA

per i motivi esposti in premessa:

- di prendere atto della nota OIV prot. n. 14515 e della Relazione sulla performance 2014, come validata dall'OIV con documento del 29/7/2015;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

segue deliberazione n. **1337** del **05 AGO. 2015**

- di trasmettere la presente deliberazione alla S.C. Servizio Personale per l'avvio delle procedure relative al pagamento della retribuzione di risultato e della produttività per l'anno 2014;
- 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
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Nazzareno Pacifico

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Organismo Indipendente di Valutazione

Cagliari, 17/7/2015

AO BROTZU

PG/2015/ 0014515 del 20/07/2015 ore 10,22

Mittente : Nucleo di Valutazione

Assegnatario : DIREZIONE GENERALE

Classifica : 1. Fascicolo : 1 del 2015



C.A.

Commissario Straordinario

Dr.ssa Graziella Pintus

Sede

Oggetto: Performance organizzative anno 2014

Gent.ma dr.ssa Pintus,

a seguito della chiusura delle verifiche finali della performance 2014 dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse, delle Strutture Semplici Dipartimentale e dei Servizi/Uffici di staff delle Direzioni, si riporta la sintesi delle attività svolte e la tabella riepilogativa (che si allega alla presente), risultato di un'attività istruttoria che, conformemente alle disposizioni normative, ha coinvolto le unità organizzative valutate e i relativi responsabili, sia nel corso dell'anno 2014 che nel corso dell'anno 2015. Seguono le fasi principali che hanno caratterizzato il monitoraggio periodico e le verifiche finali:

- 1) A seguito dell'attribuzione degli obiettivi 2014, il 10 ottobre dello stesso anno l'OIV ha incontrato i Direttori di Dipartimento e di Struttura per il monitoraggio infrannuale da cui è emersa l'esigenza di un adeguamento del piano degli obiettivi e di alcuni indicatori;
- 2) Successivamente e fino al mese di giugno 2015 l'OIV ha proseguito con l'attività di monitoraggio e verifica finale che ha coinvolto, tramite colloqui e acquisizione di relazioni, tutti i soggetti interessati;
- 3) Nel mese di luglio, a seguito di ulteriori approfondimenti, sono stati programmati e tenuti degli incontri individuali con alcuni Direttori di Struttura che presentavano criticità, al fine di acquisire eventuali elementi di novità, analizzare con gli stessi le cause delle criticità e migliorare il percorso gestionale anche nell'ottica della programmazione 2015;
- 4) A seguito di tali incontri, e dopo un'ulteriore analisi da parte della Struttura Tecnica Permanente (STP), sono state confermate le verifiche finali riportate nella tabella allegata;
- 5) Tutta l'attività istruttoria, la documentazione acquisita e i verbali degli incontri sono disponibili per eventuali approfondimenti presso gli uffici della STP.



Organismo Indipendente di Valutazione

Rimanendo a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento o necessità, colgo l'occasione per ringraziare tutti i componenti della STP che hanno facilitato il lavoro dell'Organismo che presiedo e Le porgo i miei più cordiali saluti.

Il Presidente OIV
Dr. Andrea Boi

Allegato: Tabella riepilogativa performance 2014

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE 2014

STRUTTURA	DIRETTORE	VERIFICA % PROVVISORIA (STP)	VERIFICA % (STP) 26/6/2015	INTEGRAZIONE % OIV (delibera AOB n. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE TOTALE
RTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE	Dott. Maurizio Porcu	81,81%	83,24%			83,24%
S. C. CARDIOLOGIA E UTIC	Dott. Maurizio Porcu	81,55%	81,55%			81,55%
S. C. CARDIOCHIRURGIA	Dott. Emiliano Cirio	91,58%	91,58%			91,58%
S. C. CARDIOANESTESIA	Dott. Luciano Curreli	77,60%	77,60%			77,60%
S. C. EMOLOGIA	Dott. Bruno Loi	80,82%	80,82%			80,82%
S. C. CHIRURGIA VASCOLARE E TORACICA	Dott. Stefano Comparini	43,48%	48,48%			48,48%
S. C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Dott. Roberto Tumbarello	62,66%	67,66%			67,66%
S. S. D. CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA AMBULATORIALE	Dott. Giampaolo Scorcù	100,00%	100,00%			100,00%
RTIMENTO DI CHIRURGIA E TRAPIANTO DI FEGATO	Dott. Fausto Zamboni	82,94%	82,94%			82,94%
S. C. CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI FEGATO E PANCREAS	Dott. Fausto Zamboni	78,02%	78,02%			78,02%
S. S. D. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Dott. Carlo Pellograsso	79,59%	84,59%			84,59%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	Dott. Raimondo Pinna	60,65%	65,65%			65,65%
S. C. OCULISTICA	Dott.ssa Maria Luisa Valentini f.f.	51,05%	61,05%			61,05%
S. C. GASTROENTEROLOGIA	Dott. Francesco Cabras	79,91%	79,91%			79,91%
S. S. D. CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	Dott. Salvatore Sambialgo	80,07%	85,07%			85,07%
S. S. D. SENOLOGIA	Dott. Amaldo Boi	79,82%	84,82%			84,82%
S. S. D. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Dott. Pier Paolo Carreras	81,48%	81,48%			81,48%
RTIMENTO DI EMERGENZA	Dott. Sergio Gemini	77,22%	77,22%			77,22%
S. C. ANESTESIA	Dott. Roberto Pisano	72,95%	72,95%			72,95%
S. C. CHIRURGIA D'URGENZA	Dott. Sergio Gemini	80,87%	80,87%			80,87%
S. C. MEDICINA D'URGENZA	Dott. Vinicio Atzeni	87,62%	87,62%			87,62%
S. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Dott. Giuseppe Dessì	78,82%	78,82%			78,82%
S. C. PRONTO SOCCORSO E OBI	Dott. Roberto Arru	81,19%	81,19%			81,19%
S. C. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	Dott.ssa Alessandra Napoleone	93,97%	93,97%			93,97%
RTIMENTO INTERNISTICO	Dott. Pierpaolo Pusceddu	91,75%	91,75%			91,75%
S. C. CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE	Dott. Marco Songini	80,00%	80,00%			80,00%
S. C. MEDICINA I	Dott. Roberto Ganga	79,64%	79,64%			79,64%
S. C. PEDIATRIA	Dott. Pierpaolo Pusceddu	79,60%	79,60%			79,60%
S. S. D. CENTRO DISTURBI PERSASIVI DELLO SVILUPPO	Dott. Giuseppe Doneddu	86,93%	86,93%			86,93%
S. S. D. CENTRO MALATTIE DISMETABOLICHE	Dott. Paolo Pintus	79,94%	79,94%			79,94%
S. S. D. NEONATOLOGIA	Dott.ssa Luciana Pibiri	85,83%	85,83%			85,83%
RTIMENTO DI NEUROSCIENZE	Dott. Maurizio Melis	86,07%	86,07%			86,07%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	Dott. Maurizio Melis	75,92%	75,92%			75,92%
S. C. NEUROCHIRURGIA	Dott. Francesco Floris	85,97%	85,97%			85,97%
S. S. D. NEURORIABILITAZIONE	Dott. Giovanni Melis	88,60%	88,60%			88,60%
RTIMENTO PATOL. RENALE, OST.-GINEC. E TRAPIANTO RENE	Dott. Mauro Frongia	68,08%	73,08%			73,08%
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	Dott. Antonello Pani	82,21%	82,21%			82,21%
S. C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dott. Giuseppe Chessa	63,81%	63,81%			63,81%
S. C. UROLOGIA, TRAPIANTO RENE E CHIRURGIA ROBOTICA	Dott. Mauro Frongia	52,17%	57,17%			57,17%
S. S. D. PATOLOGIA TERZA ETA' E CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO	Dott. Antonio Salis	78,50%	83,50%			83,50%
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	Dott. Giambenedetto Piredda	83,04%	83,04%			83,04%
S. S. D. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA	Dott. Ivo Lai	87,16%	87,16%			87,16%
S. S. D. DAY HOSPITAL UROLOGICO	Dott. Sergio Lilliu	88,38%	88,38%			88,38%
RTIMENTO SERVIZI	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	69,55%	69,55%			69,55%
S. C. ANATOMIA PATOLOGICA	Dott. Gualtiero Catani	92,71%	92,71%			92,71%
S. C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	Dott. Mario Pani	93,88%	93,88%			93,88%
S. C. MEDICINA DI LABORATORIO	Dott. Marcello Angius	51,23%	51,23%			51,23%
S. C. FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Dott. Pierpaolo Bacchiddu	90,10%	90,10%			90,10%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	Dott. Andrea Bianco	87,39%	87,39%			87,39%
S. C. RADIOLOGIA	Dott.ssa Grazia Bitti	88,51%	88,51%			88,51%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	Dott. Giorgio Melis	87,85%	87,85%			87,85%
S. S. D. RADIOLOGIA E NEURORADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA	Dott. Franco De Giorgi	79,86%	79,86%			79,86%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIOLOGIA E LABORATORIO VITRO	Dott.ssa Simonetta Ledda	100,00%	100,00%			100,00%
IONE GENERALE	Dott. Antonio Garau					
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	Dott.ssa Donatella Mudu	100,00%	100,00%			100,00%
S. C. SERVIZIO PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Dott.ssa Donatella Floris	76,67%	76,67%			76,67%
SERVIZIO INFORMATIVO	Ing. Andrea Alimonda	95,00%	95,00%			95,00%
STAFF DIREZIONE GENERALE		80,00%	80,00%			80,00%
IONE AMMINISTRATIVA	Dott. Attilio Murru					
S. C. SERVIZIO AFFARI GENERALI	Dott. Gianluca Calabrò	95,00%	95,00%			95,00%
S. C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	Dott.ssa Roberta Manutza	79,74%	79,74%			79,74%
S. C. SERVIZIO MANUTENZIONI	Ing. Gianluca Borelli	93,19%	93,19%			93,19%
S. C. SERVIZIO PERSONALE	Dott.ssa Donatella Floris (f.f.)	90,01%	90,01%			90,01%
S. C. SERVIZIO PROVVEDITORATO	Dott.ssa Agnese Foddìs	80,24%	80,24%			80,24%
STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA		92,50%	92,50%			92,50%
IONE SANITARIA	Dott. Remigio Puddu					
S. C. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	Dott.ssa Marinella Spissu	100,00%	100,00%			100,00%
S. C. FARMACIA	Dott.ssa Michela Peticchia	95,00%	95,00%			95,00%



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Direzione Generale

AO BROTZU

PG/2015/ 0015113 del 27/07/2015 ore 13,33

Mittente DIREZIONE GENERALE

Assegnatario: Nucleo di Valutazione

Classifica 1 Fascicolo 1 del 2015



C.A.

Organismo Indipendente di Valutazione

Sede

Oggetto: Relazione sulla performance anno 2014.

Si trasmette, in allegato alla presente e per i provvedimenti di competenza, la Relazione sulla performance relativa all'anno 2014 prevista dall'art 10 comma 1 lettera b) del DLgs 150/2009.

A disposizione per qualsiasi chiarimento, si porgono i più cordiali saluti.

Il Commissario Straordinario
Dott.ssa Graziella Pintus

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus



Azienda Ospedaliera Brotzu

Struttura tecnica permanente

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



ANNO 2014

AB



Indice

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

36



1. DEFINIZIONI E FINALITA'

Il presente documento ha la finalità di rappresentare i risultati conseguiti dall'Azienda Ospedaliera Brotzu (di seguito AOB) nell'anno 2014, 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 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.

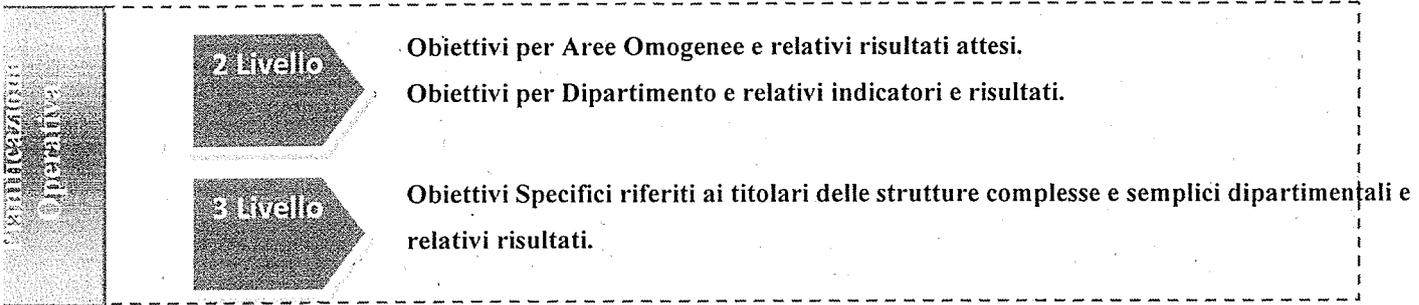
3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

L'anno 2014 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 outcome nonché le relative modalità di identificazione degli obiettivi stessi. La pianificazione segue una logica per livelli, ovvero:



Obiettivi strategici secondo gli indirizzi e i programmi indicati dalla Regione o individuati dalla Direzione Strategica Aziendale.

JB



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 “pesati”, 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. 1386/2014.

3.1 Gli strumenti di programmazione

Nell’anno 2014 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 inapproprietezza = 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 2014 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 2014 nei seguenti obiettivi di macroarea:

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE SANITARIA	
1	Riduzione inappropriately
2	Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali
3	Valutazione annuale del personale ai fini della performance individuale



4	Partecipazione incontri organizzati dalla Direzione e PCO
5	Organizzazione sale operatorie
6	Perseguimento obiettivi assegnati alle strutture del dipartimento attraverso il monitoraggio della loro attività

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

- per il 1° obiettivo: 1) N. Day surgery potenzialmente inappropriati / N. totale DRG chirurgici (ORD. + D.S.) potenzialmente inappropriati (x 100) – Target = 87%
- 2) N. Ricoveri ripetuti Ordinari entro 30 gg per la stessa MDC / N. Totale ricoveri Ordinari (x 100) – Target = 4%;
- per il 2° obiettivo: N. richieste per copertura turni e/o per carenza di organico – Target = 0;
- per il 3° obiettivo: N. schede di valorizzazione individuale compilate (preventive) / N. personale afferente (x 100) – Target = 100%;
- N. schede di valorizzazione individuale compilate (consuntive) / N. personale afferente (x 100) – Target = 100%;
- per il 4° obiettivo: % Presenze – Target = 100%;
- per il 5° obiettivo: N. interventi dipartimentali – Target = 4.490;
- Media ora inizio interventi – Target = ore 8:30;
- per il 6° obiettivo: % raggiungimento Obiettivi delle strutture – Target = 80%.

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
1	Conseguimento obiettivi strategici regionali
2	Amministrazione trasparente



3	Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali
4	Valorizzazione annuale del personale ai fini dell'apporto del singolo alla performance della Struttura di appartenenza
5	Investimenti e interventi tecnici straordinari

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

- per il 1° obiettivo: indicatori e targets stabiliti con deliberazioni di Giunta Regionale o dell'Assessorato all'Igiene, Sanità e Assistenza sociale;
- per il 2° obiettivo: creazione di un armadio informatico di documenti accessibile ad alcuni stakeholder aziendali (Regione Autonoma della Sardegna, fornitori) – Target = messa a regime armadio informatico (= 100%);
- per il 3° obiettivo: pianificazione delle assegnazioni del personale amministrativo di area sanitaria a fronte di una riorganizzazione per dipartimenti, intensità di cure e con blocco delle assunzioni – Target = redazione e approvazione del Piano (= 100%);
- per il 4° obiettivo: N. schede di valorizzazione individuale compilate (preventive) / N. personale afferente (x 100) – Target = 100%;
N. schede di valorizzazione individuale compilate (consuntive) / N. personale afferente (x 100) – Target = 100%;
- per il 5° obiettivo: Sostituzione cabina elettrica – Target = avvio studio progettazione entro il 31/12/2013 (= 100%);
Nuovi spogliatoi infermieri – Target = avvio studio progettazione entro il 31/12/2013 (= 100%);
Ristrutturazione bagni per la degenza – Target = avvio studio progettazione entro il 31/12/2013 (= 100%);
Messa a norma impianto di sicurezza antincendio – Target = avvio studio progettazione entro il 31/12/2013 (=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 2014:

STRUTTURA	VERIFICA* PROVVISORIA (SEP)	VERIFICA** (SEP) 2014	INTEGRAZIONE* (CIV) delibera MUR n. 1901/2013	INTEGRAZIONI* D.G. Let. 06/11/15 D.L. N. 92/1992	PERFORMANCE 2014
DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE	81,81%	83,24%			83,24%
S. C. CARDIOLOGIA E UTIC	81,55%	81,55%			81,55%
S. C. CARDIOCHIRURGIA	91,58%	91,58%			91,58%
S. C. CARDIOANESTESIA	77,60%	77,60%			77,60%
S. C. EMODINAMICA	80,82%	80,82%			80,82%
S. C. CHIRURGIA VASCOLARE E TORACICA	48,48%	48,48%			48,48%
S. C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	67,66%	67,66%			67,66%
S. S. D. CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA AMBULATORIALE	100,00%	100,00%			100,00%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E TRAPIANTO DI FEGATO	82,94%	82,94%			82,94%
S. C. CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI FEGATO E PANCREAS	78,02%	78,02%			78,02%
S. S. D. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	79,59%	84,59%			84,59%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	60,65%	65,65%			65,65%
S. C. OCULISTICA	61,05%	61,05%			61,05%
S. C. GASTROENTEROLOGIA	79,91%	79,91%			79,91%
S. S. D. CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	80,07%	85,07%			85,07%
S. S. D. SENOLOGIA	79,82%	84,82%			84,82%
S. S. D. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	81,48%	81,48%			81,48%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	77,22%	77,22%			77,22%
S. C. ANESTESIA	72,95%	72,95%			72,95%
S. C. CHIRURGIA D'URGENZA	80,87%	80,87%			80,87%
S. C. MEDICINA D'URGENZA	87,62%	87,62%			87,62%
S. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	78,82%	78,82%			78,82%
S. C. PRONTO SOCCORSO E OBI	81,19%	81,19%			81,19%
S. C. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	93,97%	93,97%			93,97%
DIPARTIMENTO INTERNISTICO	91,75%	91,75%			91,75%
S. C. CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE	80,00%	80,00%			80,00%
S. C. MEDICINA I	79,64%	79,64%			79,64%
S. C. PEDIATRIA	79,60%	79,60%			79,60%
S. S. D. CENTRO DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	86,93%	86,93%			86,93%
S. S. D. CENTRO MALATTIE DISMETABOLICHE	79,94%	79,94%			79,94%
S. S. D. NEONATOLOGIA	85,83%	85,83%			85,83%
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE	86,07%	86,07%			86,07%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	75,92%	75,92%			75,92%
S. C. NEUROCHIRURGIA	85,97%	85,97%			85,97%
S. S. D. NEURORIABILITAZIONE	88,60%	88,60%			88,60%
DIPARTIMENTO PATOL. RENALE, OST.-GINEC. E TRAPIANTO RENE	68,08%	73,08%			73,08%
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	82,21%	82,21%			82,21%
S. C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	63,81%	63,81%			63,81%
S. C. UROLOGIA, TRAPIANTO RENE E CHIRURGIA ROBOTICA	57,17%	57,17%			57,17%
S. S. D. PATOLOGIA TERZA ETA' E CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO	78,50%	83,50%			83,50%
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	83,04%	83,04%			83,04%



STRUTTURA	VERIFICA % PROVVISORIA (STP) 2015	VERIFICA % (STP) 2015	INTEGRAZIONE % OIV (delibera AOB n. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 36 c. 5 D.L. ps. N. 502/1992)	PERFORMANCE TOTALE
S. S. D. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA	87,16%	87,16%			87,16%
S. S. D. DAY HOSPITAL UROLOGICO	88,38%	88,38%			88,38%
DIPARTIMENTO SERVIZI	69,55%	69,55%			69,55%
S. C. ANATOMIA PATOLOGICA	92,71%	92,71%			92,71%
S. C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	93,88%	93,88%			93,88%
S. C. MEDICINA DI LABORATORIO	51,23%	51,23%			51,23%
S. C. FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	90,10%	90,10%			90,10%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	87,39%	87,39%			87,39%
S. C. RADIOLOGIA	88,51%	88,51%			88,51%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	87,85%	87,85%			87,85%
S. S. D. RADIOLOGIA E NEURORADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA	79,86%	79,86%			79,86%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIODINAMICA E LABORATORIO VITRO	100,00%	100,00%			100,00%
DIREZIONE GENERALE					
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	100,00%	100,00%			100,00%
CONTROLLO DI GESTIONE	76,67%	76,67%			76,67%
SERVIZIO INFORMATIVO	95,00%	95,00%			95,00%
STAFF DIREZIONE GENERALE	80,00%	80,00%			80,00%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA					
SERVIZIO AFFARI GENERALI	95,00%	95,00%			95,00%
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	79,74%	79,74%			79,74%
SERVIZIO MANUTENZIONI	93,19%	93,19%			93,19%
SERVIZIO PERSONALE	90,01%	90,01%			90,01%
SERVIZIO PROVVEDITORATO	80,24%	80,24%			80,24%
STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA	92,50%	92,50%			92,50%
DIREZIONE SANITARIA					
S. C. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	100,00%	100,00%			100,00%
S. C. FARMACIA	95,00%	95,00%			95,00%

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.

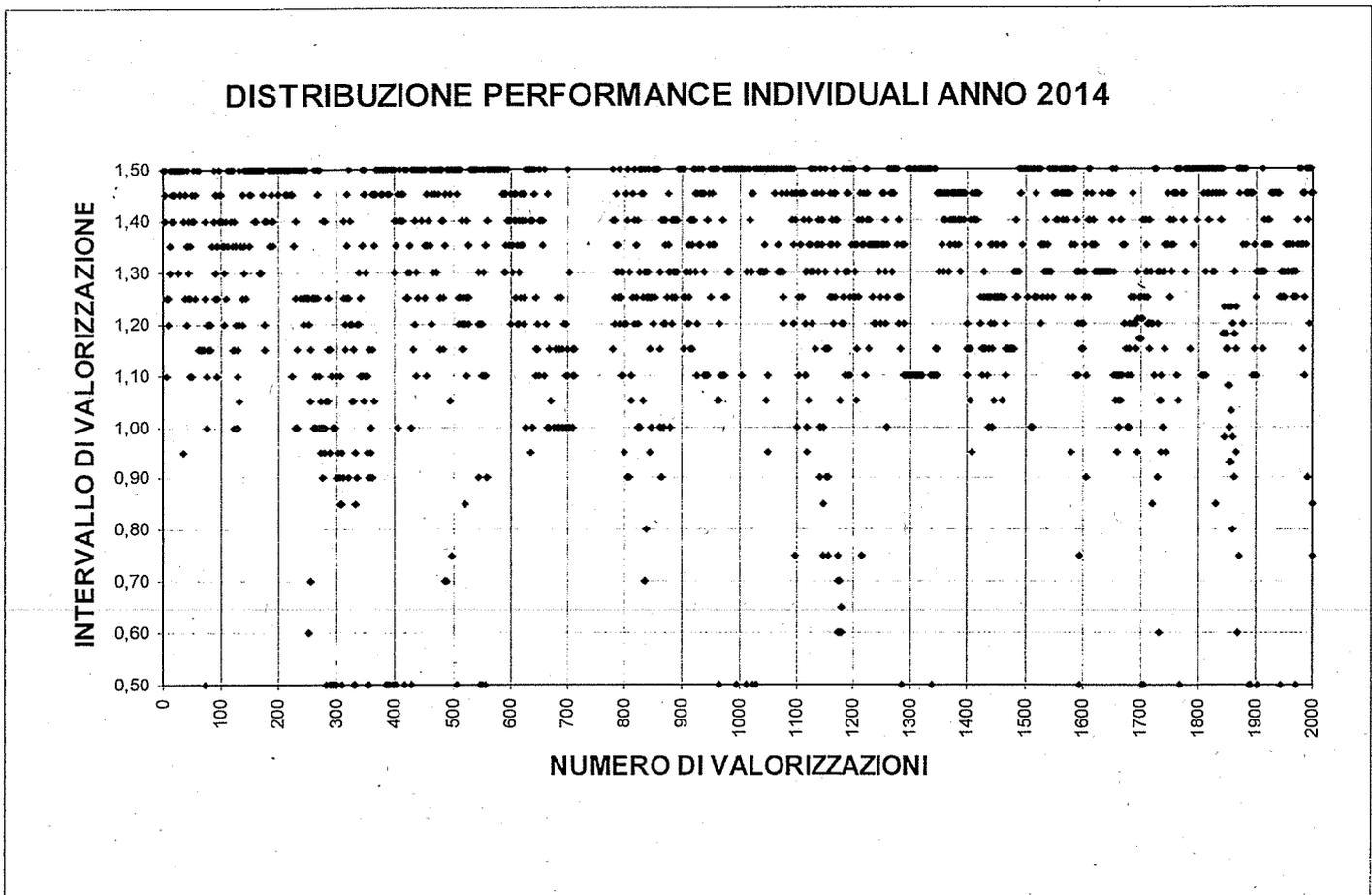
Per l'anno 2014 l'intero processo si è svolto con i passaggi delineati di seguito per ciascun centro di responsabilità.

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>).

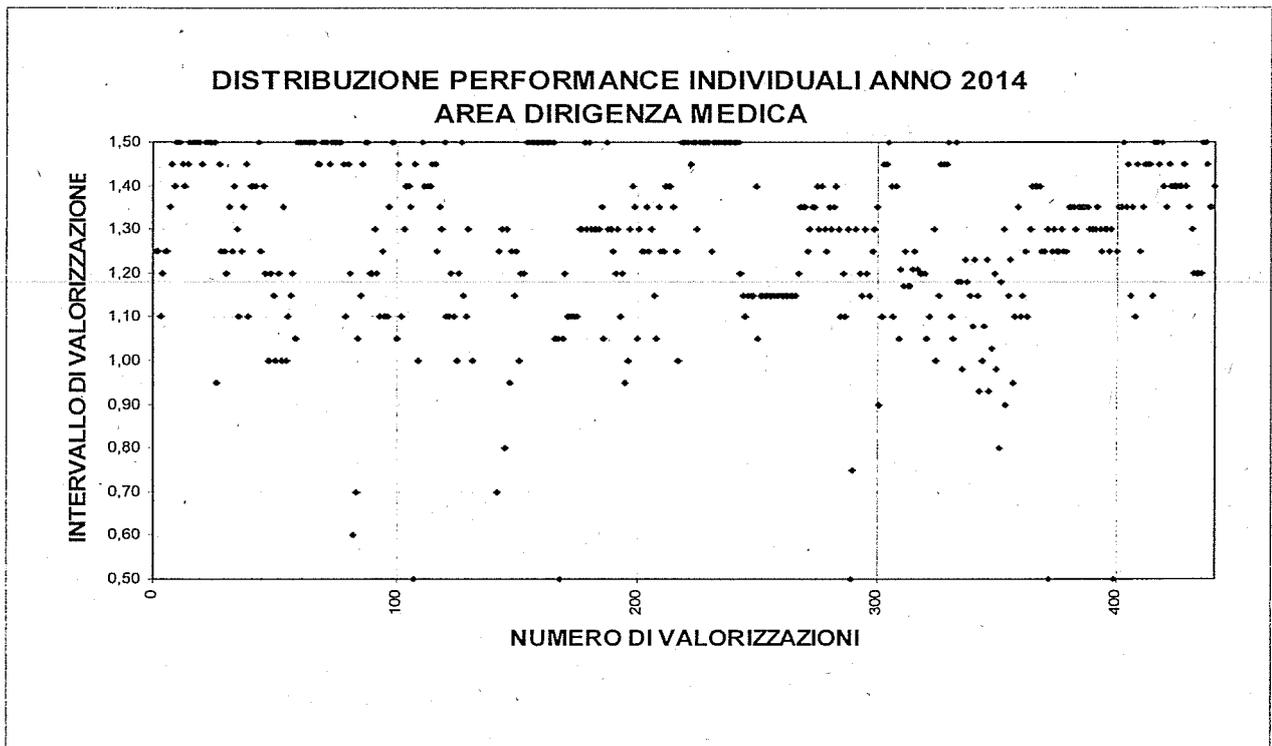
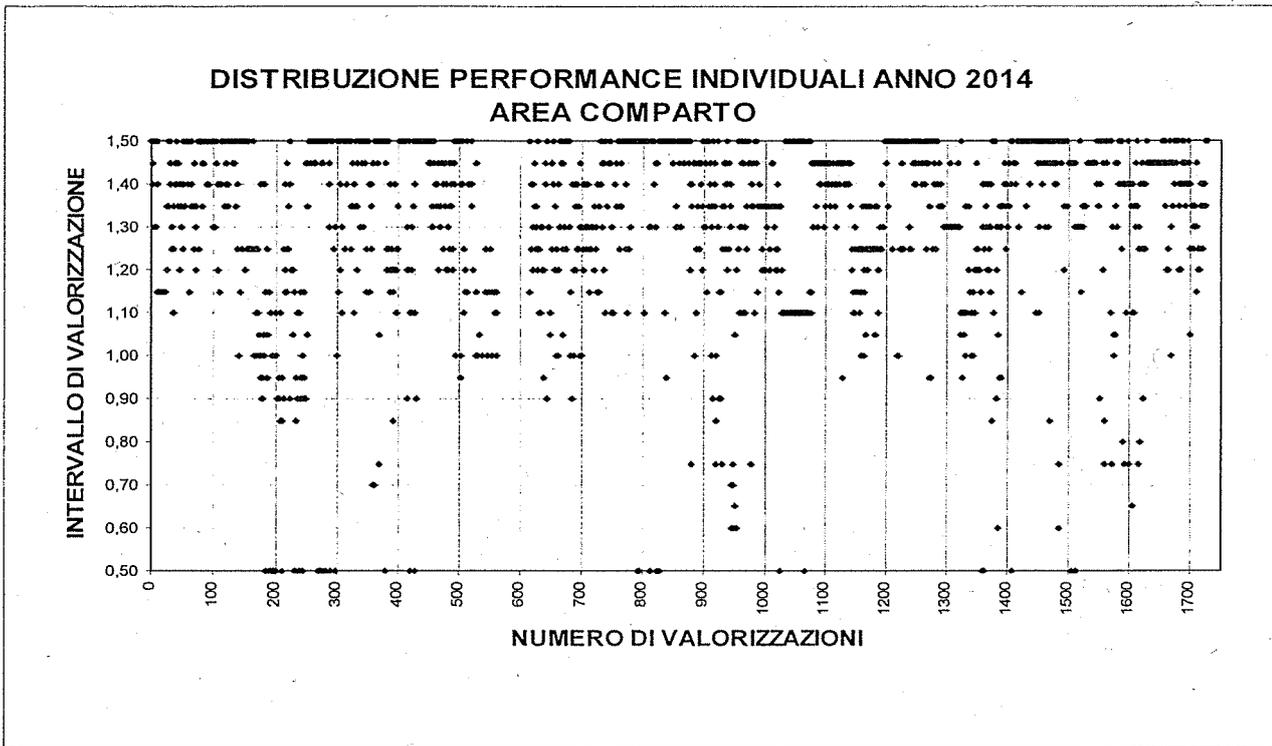


D	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE INIZIALE DEGLI OPERATORI	Redazione concordata delle <i>Schede di Valorizzazione INIZIALE</i> per tutti gli operatori dell'equipe.
E	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE FINALE DEGLI OPERATORI	Redazione delle <i>Schede di Valorizzazione FINALE</i> per tutti gli operatori dell'equipe con verifica del mantenimento dell'impegno previsto.

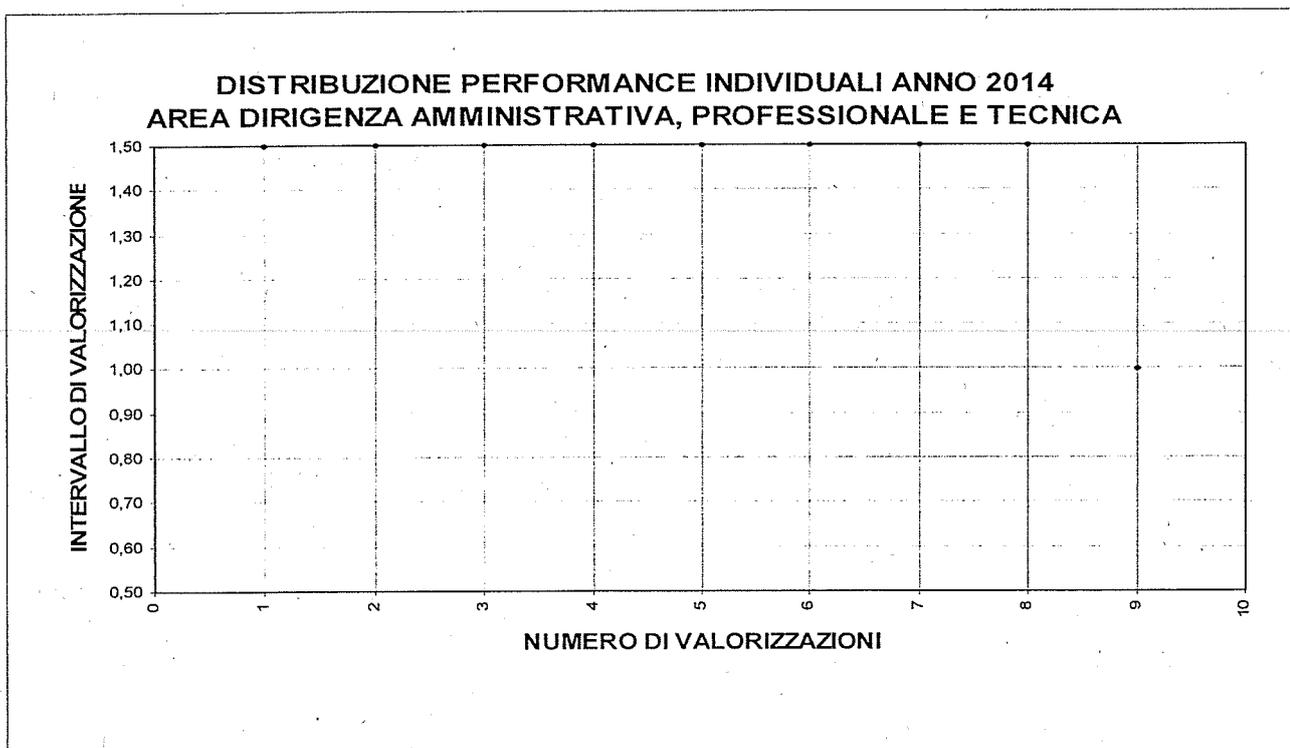
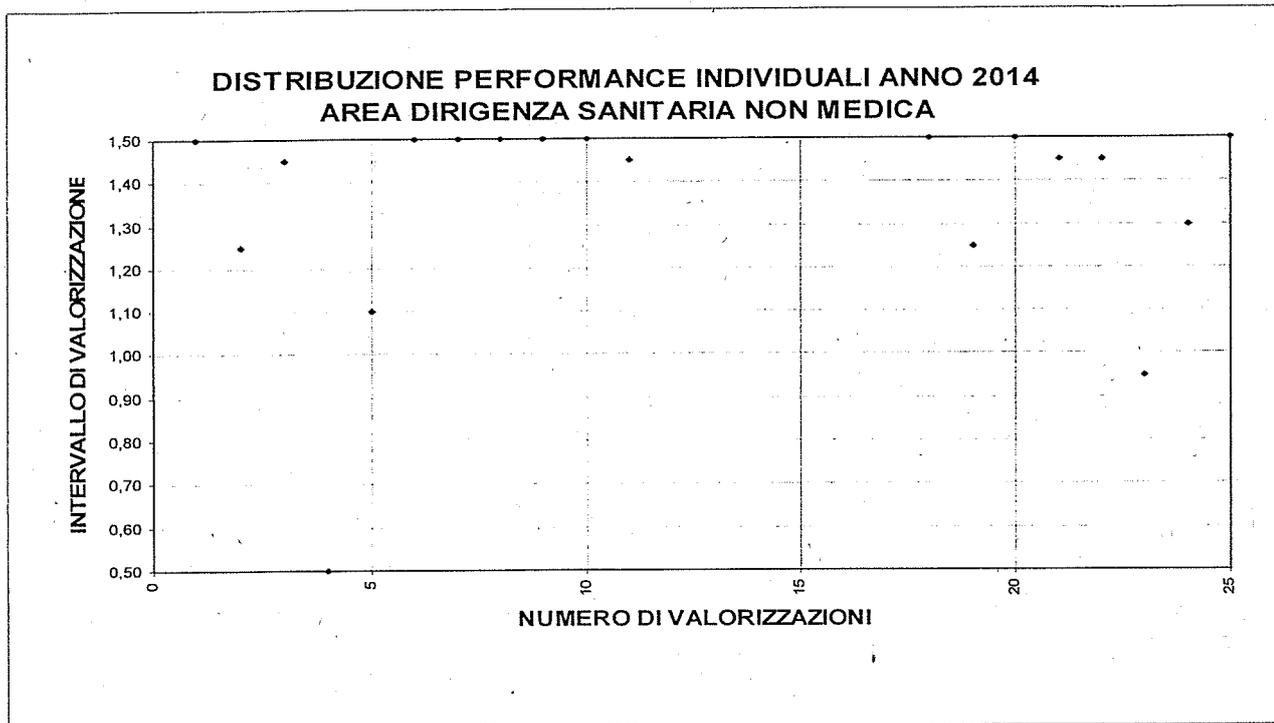
Adottando la funzione di Gauss è possibile rappresentare a livello aziendale la distribuzione all'interno dell'intervallo di valorizzazione delle performance individuali conseguite da tutto il personale per l'anno 2014.



La distribuzione del punteggio di performance individuale all'interno delle aree contrattuali è invece la seguente:



BB





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.

Cagliari, 29 luglio 2015

Parere Relazione Performance 2014

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

PREMESSO CHE

- Ai sensi dell'art.14 comma 4 lett.c) del D.lgs 150/2009 ha il compito di validare la Relazione sulla performance e di assicurarne la visibilita' attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- In base alle disposizioni dell'ANAC, delibere 6 e 23 del 2013, è chiamato a svolgere funzioni di controllo interno e di garanzia della correttezza dei processi di misurazione e valutazione, della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e strumenti predisposti dalla Commissione, attualmente recepiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Ai sensi dell'art.10, comma 1 lett. b) del D.lgs 150/2009, le amministrazioni redigono annualmente la Relazione sulla Performance.

VISTO CHE

La relazione della Performance 2014 è conforme ai contenuti di cui alla delibera CIVIT 5/2012 e risponde ai requisiti di comprensibilità e attendibilità

ESPRIME

Parere **favorevole** sulla struttura e contenuto del documento esaminato.

Il Presidente

Dr. Andrea Boi

I Componenti

Dr. Aldo Cadau

Dr. Renato Vargiu

