Relazione della performance anno 2019

Sommario

PREMESSA 3
1. LA ASST SANTI PAOLO E CARLO E IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO 4
2. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE – ANNO 2019 5
3. PERFORMANCE AZIENDALE 6
OBIETTIVI PRIORITARI E SPECIFICI 7
QUALITÀ DEI PROCESSI E DELL'ORGANIZZAZIONE 12
TEMPI DI ATTESA 14
4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 15
5. PERFORMANCE INDIVIDUALE 19

Premessa

Il Piano e la Relazione della Performance rientrano in quell'insieme di azioni e strumenti, previsti dal Decreto Legislativo n.150 del 2009, finalizzati a fornire informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle attività aziendali e a rendere trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder.

La presente Relazione evidenzia i risultati conseguiti dall'ASST in termini di efficienza ed efficacia, con l'intento di proseguire nel percorso di continuo miglioramento.

Il documento è stato redatto dal Controllo di Gestione, in coerenza con le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Welfare e dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e con le indicazioni del documento "Linee guida per la Relazione annuale sulle performance – n. 3 novembre 2018" redatte dall'Ufficio per la Valutazione delle Performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri del Dipartimento della Funzione Pubblica.
La relazione descrive i risultati raggiunti nel 2019 dall'amministrazione nel suo complesso, dalle sue articolazioni organizzative e dai dipendenti, evidenziando i seguenti livelli:

- **Performance organizzative dell'Azienda** rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali;
- **Performance organizzativa dei centri di responsabilità** in cui è articolata l'Azienda, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati attraverso il budget;
- **Performance individuale del personale dipendente dell'Azienda**, rispetto alla qualità della prestazione e allo specifico apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget delle unità organizzative di afferenza, secondo le apposite procedure definite dalla contrattazione aziendale.

1. La ASST Santi Paolo e Carlo e il contesto esterno di riferimento

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale – ASST Santi Paolo e Carlo è costituita dal 1° gennaio 2016 con deliberazione della Giunta Regionale n. X/4473 del 10.12.2015 ed è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Ha sede legale a Milano, in via A. di Rudinì, 8.

La ASST Santi Paolo e Carlo comprende due presidi ospedalieri e le strutture territoriali.

Di seguito il dettaglio dei posti letto dei due presidi, entrambi riconosciuti dal Ministero della Salute quali "Ospedali di rilievo Nazionale".

PL	San Paolo	San Carlo	TOTALE
PL di Degenza Ordinaria	446	454	900
PL di Day -Hospital	56	18	74
TOTALE	**502**	**472**	**974**

La ASST, è Polo Universitario, sede della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria e scienze infermieristiche dell'Università Statale di Milano, di cui ospita anche i relativi insegnamenti, dal 1987, grazie alla convenzione con l'allora Azienda Ospedaliera San Paolo.

La ASST fa parte della rete H.P.H. (Health Promoting Hospital) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del servizio di call center telefonico "Sanità Milano" che permette di prenotare visite specialistiche ed esami strumentali presso diverse strutture milanesi.

L'ASST ha un'organizzazione dipartimentale. Il Dipartimento articola le relazioni tra le unità operative secondo modalità organizzative e gestionali che consentono, mediante regole condivise e funzionali, di raggiungere obiettivi complessi non altrimenti realizzabili, migliorando dunque la qualità tecnico assistenziale, razionalizzando i costi, superando le disfunzioni organizzative, incrementando la ricerca e il collegamento tra didattica e assistenza.

2. Il Ciclo di gestione della performance – anno 2019

Il ciclo di gestione della performance è stato redatto secondo il modello organizzativo definito dal POAS 2019/2021, in ottemperanza alle disposizioni di cui al D.Lgs. 150/2009, basato sul "Sistema di misurazione e valutazione delle performance", che prevede lo sviluppo del processo di valutazione aziendale, organizzativo e individuale secondo tre fasi:

1- **Definizione degli obiettivi**
   a. Obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la **performance aziendale**;
   b. Obiettivi di budget delle unità operative su cui è misurata la **performance organizzativa**.
2- **Monitoraggio** per verificare lo stato di attuazione degli obiettivi e attivare le necessarie azioni correttive;
3- **Valutazione dei risultati**
   a. Della performance aziendale da parte della Regione;
   b. Della performance organizzativa da parte del Nucleo di Valutazione;
   c. Della performance individuale da parte dei valutatori.

Considerate le stringenti regole nazionali e i vincoli regionali previsti per l'anno 2019, il risultato conseguito va valutato positivamente in quanto i risultati, raggiunti attraverso rilevanti interventi che hanno permesso l'aumento della produzione e dell'offerta di cura, il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, evidenziano un sostanziale allineamento rispetto alle attese.

I principali risultati conseguiti riguardano:

- incremento della produzione e dell'offerta di cura in particolare nell'are chirurgica;
- miglioramento dell'efficienza e contenimento della spesa per beni e servizi;
- miglioramento della qualità dei processi e dell'organizzazione, con riduzione significativa dei tempi di attesa a fronte di un aumento della domanda.

3. Performance aziendale

L'Azienda, quale soggetto integrato nel sistema regionale, con gli altri *stakeholders* rilevanti, si è impegnata nel corso dell'anno 2019 nella realizzazione di molteplici obiettivi sia di carattere amministrativo-gestionale sia sanitario.

L'attuazione della programmazione si è declinata attraverso la realizzazione dei progetti stabiliti dalle Regole di Sistema Regionali e dagli obiettivi aziendali assegnati al Direttore Generale, tradotti in piani specifici di attività, e declinati in obiettivi gestionali ed operativi attraverso il processo di budgeting.

Per ciascuno degli obiettivi, vengono riportati la dimensione oggetto d'analisi e la valutazione legata alla misurazione degli indicatori.

L'Azienda ha scelto di rappresentare la valutazione sul raggiungimento degli obiettivi utilizzando diversi colori in relazione alla percentuale di raggiungimento. Il verde viene usato per indicare una valutazione positiva dell'obiettivo, il giallo per evidenziare una valutazione sufficiente, mentre il rosso per sottolineare una valutazione negativa che sarà oggetto del ciclo di miglioramento continuo per l'azienda.

Di seguito viene riportata la legenda della valutazione degli obiettivi:

Valutazione positiva

Valutazione sufficiente rispetto alle attese

Valutazione negativa

Obiettivi Prioritari e Specifici

Ogni anno L'Azienda redige il Piano triennale della performance contenente gli obiettivi strategici della ASST. Gli obiettivi vengono monitorati per garantire l'ottenimento degli standard richiesti.

Il sistema di valutazione regionale prevede il superamento di un primo gruppo di obiettivi prioritari (Fase 1), con percentuale attesa >70%, come prerequisito per l'accesso alla valutazione degli obiettivi specifici (Fase 2).

Con riferimento agli obiettivi aziendali di interesse regionale, assegnati al Direttore Generale per l'anno 2019 con DGR n. XI/1681 del 27/05/2019 e rendicontati dell'ASST, viene effettuata la valutazione della performance che è riportata nelle tabelle sottostanti.

Obiettivi prioritari aziendali	Valutazione
Economico finanziario	
Tempi di Pagamento Beni e Servizi: sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto ad Indicatore Tempestività Pagamenti = 0 o < 0	
Tempi di pagamento c. 865 LEGGE 30/12/2018 n. 145: sarà valutato il posizionamento aziendale da Piattaforma Ministeriale Certificazione Crediti PCC, secondo i criteri stabiliti dalla norma	
Anticipazione di Tesoreria: rispetto del divieto di ricorrere alle anticipazioni di tesoreria	
Allineamento delle posizioni Intercompany: corretta alimentazione partitario Intercompany e delle posizioni creditorie e debitorie pregresse	
Emissione e trasmissione degli ordini elettronici tramite NSO ed NRO: adesione e invio attraverso la piattaforma NRO e NSO degli ordini elettronici dal 1° ottobre 2019;	
Rispetto obiettivo beni e servizi: Rendicontazione trimestrale obiettivi e verifica dello scostamento come da DGR n. XI/1046/2018	
Raggiungimento produzione a contratto per Lombardi: rispetto del valore economico della produzione rispetto al contratto	
Rispetto dell'equilibrio di bilancio: verifica rispetto a riadozione BPE (in linea con le risultanze degli incontri di negoziazione)	
PRESTAZIONE	
Rendere visibile tempestivamente alla Rete Regionale di prenotazione tutte le prenotazioni effettuate anche autonomamente dall'aziende (sia primi accessi che controlli) e organizzazione delle agende ambulatoriali per la presa in carico del paziente cronico: 80% sul volume di prestazioni erogate sulla 28/San	
INVESTIMENTO	
Rispetto della cornice programmatoria nella formulazione delle istanze di finanziamento e dei tempi di invio indicati dalla DGW: assenza di istanze fuori cornice	

PAGAMENTI ELETTRONICI	
Attivazione del pagamento elettronico (PagoPA) sia comunicando il codice IUV alla Rete Regionale di Prenotazione sia stampandolo all'atto della prenotazione allo sportello: attivazione del pagamento elettronico	
FILE F CONTROLLI	
Correttezza completa (100%) dei cosi rendicontati in File F con riscontro di quanto dichiarato in tipologia 15 e le fatturazioni:	
ACQUISTI	
Acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione: incremento del valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2019 rispetto allo stesso periodo 2018. la misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2019 rispetto al 2018 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 65% di acquisti centralizzati/aggregati/servizi in concessione	
FLUSSI/DISPOSITIVI MEDICI/CONTROLLO DI GESTIONE/RISK MANAGEMENT	
Invio flusso consumi dispositivi medici: verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di bilancio. L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno (nel caso di non invio mensile deve essere inviata nota formale a DG Welfare). L'obiettivo è parametrato sulle stesse CND calcolate nell'adempimento LEA ministeriale	
Invio flusso contratti dispositivi medici: verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati. L'obiettivo è raggiunto quando la % di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti, con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2019, è pari almeno all' 85% dei numeri di repertorio trasmessi con il flusso consumi. Il Rapporto è calcolato sui contratti inviati nel flusso ministeriale negli anni precedenti e non solo nell'anno 2019. Si precisa, inoltre, che l'obiettivo è calcolato con gli stessi parametri nell'adempimento LEA ministeriale, ma a livello di singola azienda anziché di intera Regione. Nel caso in cui il parametro venga rivisto al ribasso in sede di Tavolo LEA la valutazione verrà effettuata sulla % indicata nel questionario LEA definitivo per l'anno 2019	
Verifica flussi CO.AN.: 1. Invio flussi trimestrali, consuntivo, preventivo e assestamento tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali. 2. Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.Ge. - Co.An., come da linee guida, e della coerenza della rilevazione dei ricavi con i flussi di produzione, misurata dai report di quadratura pubblicati sul portale del controllo di gestione (si terrà conto di eventuali situazioni particolari a livello aziendale ove adeguatamente giustificate).	
FLUSSI INFORMATIVI	
Flussi sanitari e sociosanitari: tempestività della rilevazione: rispetto al 100% delle scadenze di invio per tutti i flussi sanitari e sociosanitari secondo quanto previsto dalle regole di sistema e dalle relative circolari attuative;	

Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione - errori gravi: % di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiori al 1%	
Certificati di assistenza al parto: scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale	
Certificati di assistenza al parto: Corretta compilazione di tutte le informazioni: scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale	
ATTIVITA' MEDICO LEGALI PER FINALITA' PUBBLICHE	
Garantire il supporto medico legale nella gestione del contenzioso aziendale: pareri medico legali in tema di responsabilità sanitaria nell'ambito delle Unità di Gestione del Rischio Clinico: partecipazione del Medico Legale aziendale al 100% degli incontri del Comitato Valutazione Sinistri	
Garantire accertamenti ed attività certificativa medico-legale nell'ambito della disabilità: 1. Informatizzazione dei processi dia accertamento e valutazione relativi all'invalidità e messa a disposizione di INPS dei fascicoli per via informatica ad integrazione della cooperazione applicativa: 100% delle pratiche 2019 2. Revisione della casistica relativa agli accertamenti su soggetti di minore età per riconoscimenti di invalidità/handicap svolti nel triennio 2016-2018 e rendicontazione secondo format strutturato della DGW.	
Contenere i tempi di attesa per gli accertamenti dell'area invalidità: il tempo di attesa tra data di acquisizione pratica e prima convocazione visita per invalidità >= 60 giorni solari (escluse le procedure d'urgenza); verifica positiva in almeno il 98% delle pratiche senza procedura d'urgenza.	
ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE POLO OSPEDALIERO	
Governo dell'appropriatezza di erogazione: 1. Riduzione delle prestazioni potenzialmente inappropriate (108 DRG a rischio inappropriatezza), definizione della modifica del setting di erogazione. Presentazione di relazione con approvazione regionale. MODALITA' DI RILEVAZIONE: relazione/flussi di prestazione; 2. Garanzia di volumi minimi di prestazioni per le UO di Alta Specialità e per i Centri di Senologia; Presentazione di relazione con approvazione regionale; MODALITA' DI RILEVAZIONE: flussi attività ricovero; 3. Sviluppo di azioni integrate finalizzate al contenimento dei tempi di attesa in applicazione al Piano Nazionale di Governo Liste d'Attesa. Presentazione di relazione con approvazione regionale.	
CONTROLLO PRESTAZIONI SANITARIE	
Controlli Ricoveri: 1. Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30.06.2019, del 6,5% delle prestazioni di ricovero. Una quota fino al 3% (quota massima) di qualità documentale ed una quota fino al 3,5% (quota massima) di congruenza ed appropriatezza generica, entrambe soggette a verifica di concordanza da parte del NOC della propria ATS; 2. Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 31.01.2019	
ESENZIONI	
Esenzioni: Azioni intraprese per l'informazione al cittadino e agli specialisti coinvolti: presentazione relazione e approvazione regionale.	
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN: azioni intraprese per l'informazione al cittadino agli specialisti coinvolti rispetto alle variazioni in tema di derogabilità: presentazione relazione e	

approvazione regionale.	
SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI	
Presidio dell'attività di donazione di organi e tessuti: 1. Avvio della procedura di donazione in tutti i decessi (verificati da SDO), in funzione della tipologia di donazione (donatore di organi, donatore multi tessuto, donatore di cornee); 2. Per le strutture di trapianto organi: inserimento tempestivo dei dati relativi alle liste d'attesa e trapianti eseguiti: presentazione di relazione e approvazione regionale.	
CURE PALLIATIVE	
Formazione degli operatori della rete CP: promozione dell'attività formativa di cui alla DGR X/5455/2016 rivolta ai professionisti delle Reti Locali di CP attraverso il monitoraggio del bisogno e suo progressivo soddisfacimento sulla base delle indicazioni regionali. Presentazione di relazione e approvazione regionale.	
DISTURBI DELLO SPETTROO AUTISTICO	
Formazione degli operatori in tema di disturbi dello spettro autistico, con particolare riguardo alle seguenti tematiche: - diagnosi precoce - accesso ed emergenze comportamentali al pronto soccorso; - transizione verso l'età adulta: Presentazione di relazione con approvazione regionale	

Obiettivi specifici aziendali	**Valutazione**
OBIETTIVO	
Pronto Soccorso: implementazione del progetto come ospedale pilota e supporto nella promozione della metodologia all'interno del Gruppo di lavoro regionale: - n. Abbandoni da PS 2019<2018 (-5%) - % dei codici gialli presi in carico entro 30 minuti (+5%) rispetto a 2018 - Coordinamento del gruppo di lavoro	
Monitorare il livello dei costi per dispositivi di area cardiologica e per radiologia interventistica, al fine di evitare che in corso d'anno si verifichino incrementi non previsti e concordati in sede di programmazione: costi invariati 2019=2018 con mantenimento dell'attività	
Chiudere gli appalti specifici riguardanti i servizi di lavanolo, ristorazione e pulizie messi in gara da Arca. Tutto il risparmio previsto deve essere portato nel bilancio 2019: chiusura degli appalti entro 30/06.	
Presa in carico: ruolo della ASST e definizione rapporto con MMG: possibilità per il centro servizi di prenotare gli SLOT. Incremento degli slot riservati come concordato con cooperative centro servizi- Dettaglio dell'indicatore definito con ATS	

La valutazione è stata complessivamente positiva, solo due obiettivi sono risultati non soddisfacenti pertanto sono oggetto di approfondimento.

In particolare, l'obiettivo economico finanziario sul rispetto degli obiettivi di costo dei beni e servizi è risultato non in linea anche per via dell'incremento di attività di produzione.

L'obiettivo sul flusso dei dispositivi medici e il relativo grado di copertura rispetto al 2018 è in miglioramento, ma non ancora positivo, pertanto l'Azienda ha deciso di introdurre una task force di confronto fra la Farmacia, l'Economato e con il Controllo di Gestione al fine di individuare le cause e introdurre gli opportuno correttivi.

L'obiettivo specifico relativo agli appalti con il servizio lavanolo, ristrutturazione e pulizie risulta sufficiente rispetto alle attese poiché l'attivazione del nuovo appalto è stata posticipata al mese di gennaio 2020, a causa di un ricorso avverso il provvedimento di aggiudicazione. Di conseguenza i relativi risparmi potranno essere visibili nel bilancio 2020.

Qualità dei processi e dell'organizzazione

La qualità dei processi e dell'organizzazione è una dimensione interna all'azienda ed è legata all'organizzazione dei processi produttivi e di erogazione dei servizi, dal punto di vista clinico-organizzativo.

Nelle tabelle sottostanti vengono riportate le valutazioni sul raggiungimento degli obiettivi, suddivisi per presidio ospedaliero, misurate sui dati forniti dalla ATS di Milano tramite il portale di monitoraggio delle performance chiamato Mercurio.

Presidio San Paolo	
Obiettivo	**Valutazione**
Obesità	
Protesi DRG 544,545	
Ospedalizzazione per BPCO per pz ricoverati 50-74 anni - 10%	
Ospedalizzazione per diabete per pz ricoverati 35-74 anni - 10%	
Ospedalizzazione pediatrica per gastroenterite: mantenimento	
Ospedalizzazione con degenza superiore a 30 gg: -10%	
Ospedalizzazione per patologie psichiatriche: -5%	
% di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche: -5%	
Ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia: -5%	
Ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali: mantenimento	
Angioplastica coronarica percutanea in IMA STEMI= o>20%	
Intervento per frattura al femore entro 2 gg >75%	
TC in classe 1 di Robson: mantenimento	
TC complicanze severe: 1%	
TC riammissione dopo il parto	
Episiotomie	
Analgesia epidurale: 12%	
Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio	
Mammella: volumi sotto soglia del DM 70:	
Cito-isto nei 40 gg precedenti intervento	
mammografia di follow up	
marker tumorali: 40%	
PET/TC/RM/scinti: 40%	
Colon	

Presidio San Carlo	
Obiettivo	**Valutazione**
Artrodesi DEG 496,498	
Obesità	
Protesi DRG 544,545	
Ospedalizzazione per BPCO per pz ricoverati 50-74 anni - 10%	
Ospedalizzazione per diabete per pz ricoverati 35-74 anni - 10%	
Ospedalizzazione pediatrica per gastroenterite: mantenimento	
Ospedalizzazione con degenza superiore a 30 gg: -10%	
Ospedalizzazione per patologie psichiatriche: -5%	
% di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche: -5%	
Ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali: -20%	
Scompenso cardiaco: mortalità a 30 gg: -10%	
Scompenso cardiaco: riammissioni a 30 gg: -4%	
Intervento per frattura al femore entro 2 gg >75%	
Colecistectomie laparoscopiche in DS: 34%	
Colecistectomie laparoscopiche con degenza < a 3 gg: 80%	
Colecistectomie laparoscopiche: complicanze a 30 gg: 1,77%	
Mortalità a 30 gg da intervento di craniotomia	
TC in classe 1 di Robson: 10%	
VBAC: 5%	
Analgesia epidurale: 10%	
Mammella: volumi sotto soglia del DM 70:	
Cito-isto nei 40 gg precedenti intervento	
mammografia di follow up	
marker tumorali: 40%	
PET/TC/RM/scinti: 40%	
Stomaco: 8%	
Colon	

Il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi è legato al contesto territoriale e al costante incremento della domanda. L'Azienda già dai primi mesi del 2020 ha risposto alla criticità con l'assunzione di nuovo personale esperto e con azioni volte all'eliminazione degli sprechi, di conseguenza ci si aspetta il miglioramento di questi obiettivi già dal 2020.

Alcuni obiettivi hanno ottenuto una valutazione sufficiente rispetto alle attese, nonostante non abbiano raggiunto il 100%, perché hanno riportato un trend di miglioramento significativo rispetto al 2018.

Tempi di attesa

Il rispetto dei tempi di attesa è un obiettivo molto ambizioso per le aziende sanitarie poiché permette di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita. Questo fenomeno risulta complesso perché è influenzato da numerose variabili interdipendenti come la qualità delle prestazioni erogate e la reputazione, l'offerta dei servizi analoghi (pubblici e privati) disponibili nel territorio, l'efficacia delle prestazioni, l'appropriatezza delle richieste, la disponibilità di risorse adeguate.

Dai dati presenti sul portale Mercurio di ATS di Milano si rileva che, il Presidio San Carlo ha raggiunto gli obiettivi previsti per i tempi di attesa sia per le visite sia per le prestazioni strumentali. Stessa considerazione per il Presidio San Paolo per le visite, mentre per le prestazioni strumentali tale obiettivo è stato raggiunto parzialmente.

Presidio San Paolo	
Obiettivo	**Valutazione**
TEMPI DI ATTESA	
tutte le visite	
tutte le prestazioni strumentali	

Presidio San Carlo	
Obiettivo	**Valutazione**
TEMPI DI ATTESA	
tutte le visite	
tutte le prestazioni strumentali	

4. Performance organizzativa

La Relazione della performance organizzativa costituisce l'impegno esplicito e pubblico della ASST in materia di ottimizzazione della produttività dell'attività e dell'efficienza e trasparenza degli atti che regolano la vita dell'Azienda, rendendo visibile le scelte e i progetti sia ai soggetti esterni interessati a conoscerlo, sia alle componenti interne.

Il processo di programmazione aziendale prevede l'assegnazione degli obiettivi alle strutture in cui è articolata l'Azienda stessa attraverso lo strumento di budget che evidenzia le risorse assegnate e i risultati ottenuti da ciascuna unità.

Si è quindi provveduto alla misurazione della performance organizzativa ovvero alla verifica dei risultati raggiunti dalle articolazioni aziendali rispetto agli obiettivi assegnati al personale della dirigenza e del comparto, in funzione delle specifiche competenze e mansioni, afferente a n. 17 dipartimenti (14 sanitari e 3 amministrativi) e agli staff, per un totale di n. 113 Centri di Responsabilità.
La media della valutazione finale aziendale è di 96 punti su 100: 86% per gli adempimenti e 96% per gli obiettivi di budget, distribuita per dipartimento e centri di Responsabilità come riportato nella seguente tabella:

Dipartimento	**CdR**	**Valutazione obiettivi di sistema**	**Valutazione obiettivi di budget**	**Valutazione finale**
Dipartimento amministrativo	Economato e Servizi Alberghieri	-	99	**99**
Dipartimento amministrativo	Economico - Finanziaria	-	100	**100**
Dipartimento amministrativo	Provveditorato	-	100	**100**
Dipartimento amministrativo	Risorse Umane	95	100	**100**
Dipartimento Area Chirurgica	Centro di Day Surgery SC	82	94	**94**
Dipartimento Area Chirurgica	Centro di Day Surgery SP	98	100	**100**
Dipartimento Area Chirurgica	Chirurgia ad Indirizzo Oncologico e dei Tumori Polmonari	80	96	**96**
Dipartimento Area Chirurgica	Chirurgia I SP	83	100	**100**
Dipartimento Area Chirurgica	Chirurgia II	84	100	**100**
Dipartimento Area Chirurgica	Chirurgia III SC	78	100	**100**
Dipartimento Area Chirurgica	Chirurgia IV SC	76	98	**98**
Dipartimento Area Chirurgica	Chirurgia Vascolare SC	85	95	**95**
Dipartimento Area Chirurgica	Chirurgia Vascolare SP	85	92	**92**
Dipartimento Area Chirurgica	Ortopedia I	88	95	**95**
Dipartimento Area Chirurgica	Ortopedia SC	76	97	**97**
Dipartimento Area Chirurgica	Urologia SC	80	100	**100**
Dipartimento Area Chirurgica	Urologia SP	84	98	**98**
Dipartimento Area Critica	Anestesia e Rianimazione I SP	82	94	**94**
Dipartimento Area Critica	Anestesia e Rianimazione SC	87	96	**96**

Dipartimento	CdR	Valutazione obiettivi di sistema	Valutazione obiettivi di budget	Valutazione finale
Dipartimento Area Critica	Blocco Operatorio-Gestione Operative SO	83	100	**100**
Dipartimento Area Medico-Internistica	DAMA	95	100	**100**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Dermatologia	98	87	**87**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Malattie Infettive e Tropicali	83	100	**100**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Medicina del Lavoro	98	100	**100**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Medicina I SP	85	93	**93**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Medicina II SP	80	100	**100**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Medicina III SC	88	100	**100**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Medicina III SP	78	97	**97**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Medicina Protetta	100	85	**85**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Nefrologia e Dialisi SC	76	97	**97**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Nefrologia e Dialisi SP	79	92	**92**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Neurologia SC	81	100	**100**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Neurologia SP	92	96	**96**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Riabilitazione Specialistica SC	86	100	**100**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Riabilitazione Specialistica SP	77	96	**96**
Dipartimento Area Medico-Internistica	Tyroid Unit	90	100	**100**
Dipartimento Cardio Respiratorio	Cardiologia I	71	98	**98**
Dipartimento Cardio Respiratorio	Cardiologia SC	74	93	**93**
Dipartimento Cardio Respiratorio	Pneumologia SC	74	78	**78**
Dipartimento Cardio Respiratorio	Pneumologia SP	71	97	**97**
Dipartimento Emato Oncologico	Breast Unit	88	100	**100**
Dipartimento Emato Oncologico	Ematologia-Neoplasie ematologiche	89	89	**89**
Dipartimento Emato Oncologico	Oncologia SC	71	95	**95**
Dipartimento Emato Oncologico	Oncologia SP	85	95	**95**
Dipartimento Emergenza Urgenza	DEA - Medicina D'urgenza SP	71	98	**98**
Dipartimento Emergenza Urgenza	DEA- Degenza Breve SC	80	100	**100**
Dipartimento Emergenza Urgenza	Medicina Generale e Medicina D'urgenza SC	72	83	**83**
Dipartimento Epato Gastro Metabolico	Gastroenterologia e Epatologia SC	71	98	**98**
Dipartimento Epato Gastro Metabolico	Gastroenterologia e Epatologia SP	81	97	**97**

Dipartimento	CdR	Valutazione obiettivi di sistema	Valutazione obiettivi di budget	Valutazione finale
Dipartimento Epato Gastro Metabolico	Malattie Endocrine- Diabetologia e Disturbi del Metabolismo	84	100	**100**
Dipartimento Epato Gastro Metabolico	Servizio di Endoscopia Digestiva SC	80	98	**98**
Dipartimento Epato Gastro Metabolico	Servizio di Endoscopia Digestiva SP	87	100	**100**
Dipartimento Epato Gastro Metabolico	Servizio Dietetico e Nutrizione Clinica	84	100	**100**
Dipartimento Materno-Infantile	Fisiopatologia della riproduzione umana -PMA	78	98	**98**
Dipartimento Materno-Infantile	Neonatologia e Patologia Neonatale SP	94	85	**85**
Dipartimento Materno-Infantile	Ostetricia e Ginecologia SC	84	95	**95**
Dipartimento Materno-Infantile	Ostetricia e Ginecologia SP	86	92	**92**
Dipartimento Materno-Infantile	Pediatria I	84	95	**95**
Dipartimento Materno-Infantile	Pediatria SC	93	72	**72**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	NPI dell'adolescemza CRE	85	100	**100**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psichiatria 1 Territorio	81	100	**100**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psichiatria 2 Territorio	83	100	**100**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psichiatria 3 territorio	83	99	**99**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psichiatria 51	76	86	**86**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psichiatria 52	76	94	**94**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psichiatria 53/54	81	94	**94**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psichiatria Residenzialità Psichiatrica	72	86	**86**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psichiatria Servizio Psichiatrico Penitenziario	98	100	**100**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psicologia Clinica SC	78	100	**100**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Psicologia Clinica SP	81	70	**70**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Ser.D Area Penale e Penitenziaria	99	100	**100**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Ser.D Territoriale	98	100	**100**
Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	UONPIA territoriale e psicopatologie dell'età evolutive	74	100	**100**
Dipartimento tecnico	Gestione Tecnico Patrimoniale	-	100	**100**
Dipartimento tecnico	Sistemi informativi Aziendali	-	100	**100**
Dipartimento Tecnol. Av.Diagnos. Terapeutiche	Medicina Nucleare	90	100	**100**
Dipartimento Tecnol. Av.Diagnos. Terapeutiche	Radiologia I	85	100	**100**
Dipartimento Tecnol. Av.Diagnos. Terapeutiche	Radiologia SC	72	98	**98**
Dipartimento Tecnol. Diagnost. di Laboratorio	Anatomia Patologica SC	90	97	**97**

Dipartimento	CdR	Valutazione obiettivi di sistema	Valutazione obiettivi di budget	Valutazione finale
Dipartimento Tecnol. Diagnost. di Laboratorio	Anatomia Patologica SP	90	88	**88**
Dipartimento Tecnol. Diagnost. di Laboratorio	Laboratorio Analisi SC	90	98	**98**
Dipartimento Tecnol. Diagnost. di Laboratorio	Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche SP	90	100	**100**
Dipartimento Tecnol. Diagnost. di Laboratorio	Laboratorio di Microbiologia	89	84	**84**
Dipartimento Tecnol. Diagnost. di Laboratorio	SIMT SC	84	93	**93**
Dipartimento Tecnol. Diagnost. di Laboratorio	SIMT SP	89	94	**94**
Dipartimento Testa Collo	Centro Odontostomatologico Pediatrico	92	100	**100**
Dipartimento Testa Collo	Chirurgia Maxillo Facciale	81	98	**98**
Dipartimento Testa Collo	Neurochirurgia	83	83	**83**
Dipartimento Testa Collo	Oculistica	85	100	**100**
Dipartimento Testa Collo	Odontoiatria e Stomatologia I	71	77	**77**
Dipartimento Testa Collo	Odontoiatria e Stomatologia II	87	100	**100**
Dipartimento Testa Collo	Otorinolaringoiatria	85	100	**100**
Direzione amministrativa	Affari Generali	-	100	**100**
Direzione amministrativa	Affari Legali	-	100	**100**
Direzione amministrativa	Centro Unico Prenotazioni e Spedalità	-	100	**100**
Direzione amministrativa	Formazione	-	98	**98**
Direzione Generale	Comunicazione	-	100	**100**
Direzione Generale	Controllo di Gestione	100	100	**100**
Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione Rischi	98	99	**99**
Direzione Generale	URP	98	100	**100**
Direzione Sanitaria	Coordinamento dei corsi universitari di laurea professionali SP	-	90	**90**
Direzione Sanitaria	DIPSa	100	95	**95**
Direzione Sanitaria	DMP SC	94	100	**100**
Direzione Sanitaria	DMP SP	95	93	**93**
Direzione Sanitaria	Farmacia	99	100	**100**
Direzione Sanitaria	Fisica Sanitaria	98	100	**100**
Direzione Sanitaria	Ingegneria Clinica	100	100	**100**
Direzione Sanitaria	Medicina Legale	94	100	**100**
Direzione Sanitaria	Ufficio Qualità e Rischio Clinico	100	100	**100**
Direzione Socio Sanitaria	AREA Territoriale	100	100	**100**
Direzione Socio Sanitaria	DMP Area Penietenziaria	88	100	**100**
Direzione Socio Sanitaria	Gestione operativa Area Territoriale	-	100	**100**
Direzione Socio Sanitaria	Programmazione Studi e Ricerca nell'Area delle Dipendenze	100	100	**100**

5. Performance individuale

La legge-delega 4 marzo 2009, n. 15, e il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di seguito "Decreto", introducono il concetto di performance organizzativa e individuale.

L'articolo 9 del Decreto, nell'introdurre la performance individuale, distingue tra la valutazione dei dirigenti e la valutazione del personale con qualifica non dirigenziale, stabilendo espressamente:

- al comma 1, che "la misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità; al raggiungimento di specifici obiettivi individuali; alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi";

- al comma 2, che la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale sono effettuate dai dirigenti e che esse sono collegate "al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, nonché alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi".

La misurazione e la valutazione della performance individuale rappresentano quindi una delle fasi del "Ciclo di gestione della performance": tale ciclo parte dalla definizione di obiettivi ed indicatori e si conclude con l'utilizzo dei sistemi premianti e dei sistemi di rendicontazione dei risultati.
Il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati all'unità organizzativa in sede di negoziazione di budget ha effetto diretto anche sulla valutazione individuale; infatti, nella scheda di valutazione individuale di ogni dipendente è presente una sezione dedicata al raggiungimento degli obiettivi della propria area di appartenenza.

	NUMERO PERSONE NELLA CATEGORIA	*MEDIA VALUTAZIONI INDIVIDUALI*
COMPARTO	3528	98,5%
DIRIGENZA	909	97,2%

RUOLO COMPARTO	*MEDIA VALUTAZIONI INDIVIDUALI*
AMMINISTRATIVI	99%
ASSISTENTE SOCIALE	100%
AUSILIARIO PROFESSIONALE	96%
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	99%
INFERMIERI	98%
OPERATORE TECNICO	99%
OSS	98%
OTA	98%
PROFESSIONALE	100%
TECNICI SANITARI	99%

RUOLO DIRIGENZA	*MEDIA VALUTAZIONI INDIVIDUALI*
ALTRO PERSONALE UNIVERSITARIO	95%
ALTRO PERSONALE SANITARIO	99%
AMMINISTRATIVI	100%
CONS. SANITARI	100%
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	100%
DIRIGENTI PROFESSIONALI	100%
DIRIGENTI TECNICI	100%
MEDICI	97%
MEDICI UNIVERSITARI	98%

6. Pubblicità

La Relazione del Piano della Performance viene pubblicata sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente/Performance/Relazione sulla Performance" (https://www.asst-santipaolocarlo.it/relazione-sulla-performance)