



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2017

OSPEDALE POLICLINICO

SAN MARTINO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

GENOVA

SOMMARIO

	pag.
PREMESSA	3
1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni	4
1.1. La riorganizzazione Aziendale	4
1.2. I numeri del Policlinico	6
1.3. Confronto dati di Attività esercizi 2016/2017 ed Analisi Obiettivi	8
1.4. Il personale dipendente	11
2. Sistema incentivante anno 2017	12
2.1 Rendicontazione Performance Individuale	14
2.1.1 Confronto con gli anni precedenti	17
2.2 Rendicontazione Performance Organizzativa	18
3. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance	23

PREMESSA

Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., l'IRCCS Policlinico San Martino è tenuto a redigere una "Relazione annuale sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse.

Al fine di comunicare all'esterno tali risultati, la relazione è pubblicata sul sito istituzionale del Policlinico nella sezione "Performance", sottosezione "Relazione sulla Performance".

Ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del decreto 150/2009 e s.m.i., la Relazione deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione come condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti premiali.

1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

1.1. La riorganizzazione Aziendale

L' "IRCCS Ospedale Policlinico San Martino" è stato costituito con L.R. 1/3/2011, n. 2 e persegue, garantendone la complementarietà e l'integrazione, finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale. E' stato riconosciuto quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con Decreto del Ministero della Salute del 12.08.2011 (Gazz. Uff. 203 del 01.09.2011), nella disciplina di "Oncologia".

Nei primi mesi dell'anno 2017 è stato avviato il processo di definizione del nuovo Piano di Organizzazione da parte della direzione strategica unitamente al collegio di direzione con la presenza della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche, per essere portato a compimento entro la tempistica fissata dalle disposizioni regionali e da quanto previsto nel nuovo PGI, garantendo il percorso di partecipazione e condivisione delle diverse componenti istituzionali interne ed esterne.

La ridefinizione del Regolamento di organizzazione e funzionamento e del POA ha rappresentato una fondamentale occasione per il processo di revisione dell'organizzazione e per il rafforzamento della mission dell'Istituto quale istituto scientifico e ospedale universitario, con attenzione all'innovazione organizzativa nel rispetto della programmazione e della governance regionale.

Nei primi mesi del 2018 ha provveduto all'adozione formale del provvedimento di approvazione del Regolamento di organizzazione e funzionamento, per il successivo iter di approvazione regionale previsto dalla LR n. 2/2011.

Nel 2017, in accordo e sinergia con l'Università, la Regione ha presentato al Ministero della Salute, oltre all'istanza per la conferma del carattere scientifico per la disciplina di "Oncologia", l'istanza per il riconoscimento di una seconda disciplina individuata nelle "Neuroscienze"; con D.M. 5 marzo 2018 è stato confermato il riconoscimento nella disciplina di Oncologia e riconosciuta la seconda specializzazione nell'area delle Neuroscienze, sulla base delle considerazioni della commissione di valutazione.

Tale evoluzione rappresenta una importante opportunità per la crescita dell'intero Policlinico garantendo maggiori sinergie fra i clinici ed i ricercatori operanti nel Policlinico e lo sviluppo dell'attività scientifica con rafforzamento della direzione scientifica e della correlata attività assistenziale.

Infine nel piano di organizzazione aziendale ci si propone da un lato di favorire i processi trasversali qualificando e valorizzando i DMT e dall'altro di promuovere la razionalizzazione organizzativa delle attività "core" attraverso l'ingegnerizzazione dei processi sanitari affidata ad una specifica struttura di nuova istituzione in staff alla direzione generale.

I DMT rappresentano innanzitutto uno strumento clinico per ottenere il miglior risultato di cura per i pazienti attraverso percorsi professionali che travalicano i confini delle singole strutture e, per certi aspetti, dell'ospedale stesso. Dal punto di vista organizzativo le singole strutture devono realizzare e sostenere i percorsi di cura integrandosi funzionalmente e rinunciando a parte della loro visibilità, sovranità ed autonomia a favore di una visione d'insieme e di un risultato comune.

Nel 2017 è stato revisionato il regolamento di organizzazione dei DMT per rafforzarne l'organizzazione ed il ruolo ed è stato già riconnotato il DMT delle Neoplasie Mammarie, attraverso la formale costituzione della Breast Unit, individuata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 622 in data 8.7.2016. Progressivamente tale modalità organizzativa verrà estesa ad altri DMT.

Sono state realizzate molte iniziative per garantire e migliorare l'orientamento all'utenza nella convinzione che spesso le organizzazioni e gli operatori non si pongono nella reale prospettiva del paziente e dei suoi familiari che, in definitiva, rappresentano l'utenza di un ospedale.

Si elencano alcuni dei progetti realizzati nel corso dell'anno in esame:

- Progetto riorganizzazione del Pronto Soccorso (PS): sono stati revisionati tutti i percorsi di accettazione, di valutazione, ricovero o dimissione al fine di implementarne l'efficienza; tale revisione organizzativa si è estesa alla gestione intraospedaliera per migliorare la presa in carico dei pazienti. Nell'ambito dell'area emergenza si è proceduto alla separazione delle funzioni di accettazione dei pazienti e la medicina d'urgenza con la finalità di implementare le singole funzioni;
- Progetto riorganizzazione Centro Prelievi: è stata realizzata la revisione completa dei percorsi di accettazione e presa in carico degli utenti afferenti al Centro Prelievi della U.O. Medicina di Laboratorio ed è stata introdotta una nuova modalità di indagine clinica per i pazienti in terapia con anticoagulanti.
- Sistema accoglienza pazienti e gestione attese: il sistema, già in uso in alcuni poliambulatori aziendali, è stato ulteriormente esteso ad altre aree, come ad esempio quello realizzato in Pronto Soccorso (marzo 2017), in quest'ultimo caso con moduli software specifici.

Infine particolare attenzione è stata dedicata al tema della Trasparenza e Responsabilità (accountability), con azioni volte alla promozione dell'etica pubblica, della trasparenza e prevenzione dell'anticorruzione, alla promozione della responsabilizzazione, alla protezione dei dati personali (privacy), all'adozione della Carta Etica quale patto tra operatori e cittadini per porre la "Dignità della Persona Malata" a cardine di tali relazioni.

1.2. I numeri del Policlinico

L'analisi dei dati di produttività del Policlinico nel corso del 2017 evidenzia un andamento complessivo in miglioramento rispetto al 2016.

INDICI DI PRODUTTIVITA' SETTORE DEGENZIALE E DAY HOSPITAL

COMPRESO I DIMESSI NELLO STESSO GIORNO DEL RICOVERO	ANNO 2014	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017
n.ricoveri in regime ordinario	42.630	40.770	37.616	39.981
n.giornate di degenza	381.850	376.714	361.580	356.663
di cui dimessi nello stesso giorno del ricovero	1.748	1.428	943	1.003
degenza media	8,96	9,24	9,61	8,92
tasso di occupazione	86,65%	85,63%	82,62%	83,13%
indice di rotazione	35,31	33,83	31,46	34,01
turn over	1,38	1,55	2,02	1,81
presenza media giornaliera	1.046,16	1.032,09	987,92	977,16

- **Numero ricoveri ordinari:** nel corso del 2017 sono stati totalizzati **39.981** ricoveri a fronte dei 37.616 dell'anno 2016.
- **Numero giornate di degenza:** si rileva una modica riduzione con **356.663** giornate, a fronte delle 361.580 del 2016; tale dato rispecchia anche la diminuzione verificatasi per la degenza media.
- **Degenza media:** si rileva, nel corso dell'anno di riferimento, una riduzione, attestandosi a **8,92** gg. a fronte delle 9,61 gg. del 2016; ciò rappresenta un segnale importante nel miglioramento dell'efficienza complessiva del Policlinico dal punto di vista assistenziale ed organizzativo.
- **Tasso di occupazione:** nel corso del 2017 il tasso di occupazione ha mantenuto un trend pari all'**83,13%** in linea con i valori registrati nel 2016: 82,62%.

Per quanto concerne l'attività di **Day Hospital**:

- si è registrata una diminuzione del numero dei ricoveri in regime di DH, che si sono attestati a n. **13.638** rispetto ai 16.510 ricoveri nell'anno precedente;
- il numero degli accessi risulta in leggera diminuzione con un valore di **86.411** giornate, a fronte di 97.408 accessi totalizzati nel corso del 2016.

ORGANIZZAZIONE ATTIVITA' DI DAY SERVICE E AMBULATORIALE

Nel corso del 2017, è proseguita l'attivazione di numerosi DSA, con l'obiettivo di:

- migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse, riducendo l'attività "inappropriata" svolta in regime di DH
- migliorare la qualità del servizio reso all'utente, con garanzia della continuità assistenziale e riduzione dei tempi di attesa
- migliorare la qualità della pratica clinica, promuovendo la condivisione di comportamenti assistenziali controllati.

DSA	Episodi	Prestazioni
DIPEA	1	18
DIPCR	33	184
DIPME	475	9.494
DIPOE	55	307
DIPNS	762	14.026
AZIENDA	1.326	24.029

VISITE AMBULATORIALI PER ESTERNI

Dipartimento	Visite	Strumentali
DIPEA	55.854	19.258
DIPOE	46.623	829
DIPCR	38.198	25.884
DIPME	142.201	48.577
DIPNS	58.503	38.119
DIPSE	18.947	124.274
DIPSG + DIPSS + NO DIP	540 + 97 + 154	1
Totale	361.117	256.942

VISITE AMBULATORIALI PER INTERNI GENNAIO – DICEMBRE 2017

Dipartimento	Visite	Strumentali
DIPEA	12.803	14.368
DIPOE	4.622	2.511
DIPCR	7.449	5.401
DIPME	30.649	46.762
DIPNS	18.790	11.938
DIPSE	2.429	109.388
DIPSG+DIPSS	801 + 1.120	
Totale	78.663	190.368

1.3. Confronto dati di Attività esercizi 2016/2017 ed Analisi Obiettivi

Degenza media

Nel corso del 2017 si è verificata una significativa riduzione della degenza media chirurgica non trimmata, a seguito della riconversione in ricovero ordinario di 1 giorno della one-day surgery; anche l'area funzionale omogenea delle medicine e quella della riabilitazione e postacuzie dimostrano una riduzione, di minor rilievo ma importante sui grandi numeri.

AREA FUNZIONALE OMOGENEA	DEGENZA MEDIA 2016	DEGENZA MEDIA 2017
MEDICINA	10,9	10,8
CHIRURGIA	7,8	6,5
TERAPIE INTENSIVE	20,2	21,5
MATERNO-INFANTILE	4,3	4,4
RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	19,5	18,8
GLOBALE AZIENDA	9,6	8,9

L'obiettivo assegnato per il 2017 da Regione Liguria fa riferimento alla casistica standardizzata. Pur non avendo a disposizione le basi dati per la standardizzazione su base regionale la stessa tecnica applicata utilizzando come base il mix del Policlinico del 2016 porta ai seguenti risultati: la degenza media del 2017 elaborata sulla casistica selezionata secondo i criteri stabiliti (esclusa riabilitazione, nati sani e onere non a carico del SSR) è pari a 8,7 giorni contro gli 8,8 del 2016 con una riduzione dell'1,2%.

Contenimento dei tempi di degenza preoperatori

L'obiettivo è in costante miglioramento grazie al monitoraggio continuo tramite la balanced scorecard aziendale (BSC) ed all'audit periodico dei dati del Controllo di Gestione con i direttori delle UO chirurgiche. Le giornate di degenza preoperatorie per i ricoveri ordinari in elezione sono passate da 4.672 nel 2016 con una media di 0,88 giorni per episodio a 4.719 nel 2017 con una media di 0,82 giorni per episodio.

Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri

L'Istituto persegue costantemente l'obiettivo di incrementare anche l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni secondo il criterio dell'utilizzo del regime di erogazione a più bassa intensità in relazione alle caratteristiche della patologia trattata e del quadro complessivo del paziente.

Ciò ha determinato un progressivo trasferimento di attività dal regime di ricovero ordinario a quello diurno e da quest'ultimo al regime ambulatoriale (day service e pacchetti di prestazioni). Le ultime disposizioni Ministeriali e Regionali, in associazione alle nuove specifiche relative alla Scheda di Dimissione Ospedaliera hanno peraltro portato ad un trasferimento in regime ordinario, ricovero di 1 giorno, dei casi in precedenza trattati in regime di One-Day Surgery, incrementando così forzatamente la percentuale di casistica di bassa complessità del regime ordinario.

Complessità e severità dei ricoveri ordinari

Ne consegue che, pur aumentando nel 2017 il numero dei ricoveri di alta complessità che passano da 7.895 a 8.024, se ne riduce la prevalenza percentuale in quanto i ricoveri di medio-bassa complessità aumentano da 30.178 a 32.313 per effetto del trasferimento di regime della one-day surgery sopra descritto.

Il Policlinico ha quindi conseguito il doppio obiettivo di aumentare la produzione nell'area dell'alta complessità e di riconvertire in ordinario chirurgico di 1 giorno la medio-bassa complessità non gestibile in regime diurno per motivi clinico-sociali in capo al paziente.

Accanto a ciò si rileva una ulteriore importante riduzione di casi trattati in regime di day surgery (da 9.264 nel 2016 a 6.498 nel 2017) conseguente all'ottemperanza al terzo obiettivo, quello che prevede la gestione ambulatoriale di molte procedure in precedenza effettuate in regime di ricovero diurno.

COMPLESSITA'/SEVERITA'	ANNO 2016	ANNO 2017
ALTA	7.895 20,7%	8.024 19,9%
MEDIA O BASSA	30.178 79,3%	32.313 80,1%

DRG ad alto rischio di inappropriata gestione in regime ordinario secondo il decreto LEA

In conseguenza di quanto descritto nel paragrafo precedente in merito al trasferimento della one-day surgery in ricovero ordinario di 1 giorno, nel 2017 si è verificato un incremento dei cosiddetti "DRG LEA" per quei casi clinici la cui classificazione ASA non ne ha consentito la gestione in giornata.

Nel 2017 è aumentato il numero di ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata gestione (circa 600 casi) ma è anche aumentato il numero di ricoveri con DRG a rischio di inappropriata gestione per le motivazioni sopra esposte. Considerata l'attenta valutazione della gestibilità in giornata dei casi secondo le linee guida regionali della day surgery si può affermare che l'appropriatezza dei ricoveri ordinari è comunque aumentata a prescindere dalla prevalenza percentuale di "DRG LEA".

CATEGORIA ex DECRETO LEA	ANNO 2016	ANNO 2017
DRG a rischio inappropriata gestione	5.854 15,4%	7.433 18,4%
DRG appropriati	32.214 84,6%	32.899 81,6%

Riconversione ambulatoriale di procedure chirurgiche di day surgery

Il processo, iniziato nel corso del 2015, è proseguito anche nel 2017 contribuendo all'abbattimento del numero di procedure di day surgery come sopra descritto. Rispetto al 2016 che ha registrato 35.098 procedure chirurgiche ambulatoriali, il 2017 ne rendiconta 37.613.

Contrasto alla mobilità passiva

Aumento del numero di casi di specifici DRG

L'obiettivo, comunicato nel settembre del 2017, prevedeva un incremento stabilito di attività in 3 aree specifiche: ortopedia (interventi sul piede e sulle grandi articolazioni), cardiocirurgia (interventi sulle valvole cardiache) e chirurgia vascolare (interventi sui grossi vasi).

Il risultato è stato positivo solamente per la cardiocirurgia che ha rendicontato un volume di attività specifica pari al 109% di quanto richiesto anche grazie all'incremento di attività TAVI. Le altre aree presentano percentuali variabili dall'88% al 95%. L'obiettivo complessivo vede una percentuale di conseguimento pari al 92,5%.

DRG SPECIFICI	VALORE ATTESO	NUMERO CASI	% CONSEGUIMENTO
223	20	19	95,0
225	165	149	90,3
503	240	212	88,3
544-545 PROTESI D'ANCA	645	582	90,2
104-105 VALVOLE CARDIACHE	230	250	108,7
110-111 INTERVENTI SU GROSSI VASI	200	175	87,5
TOTALE	1.500	1.387	92,5

1.4. Il personale dipendente

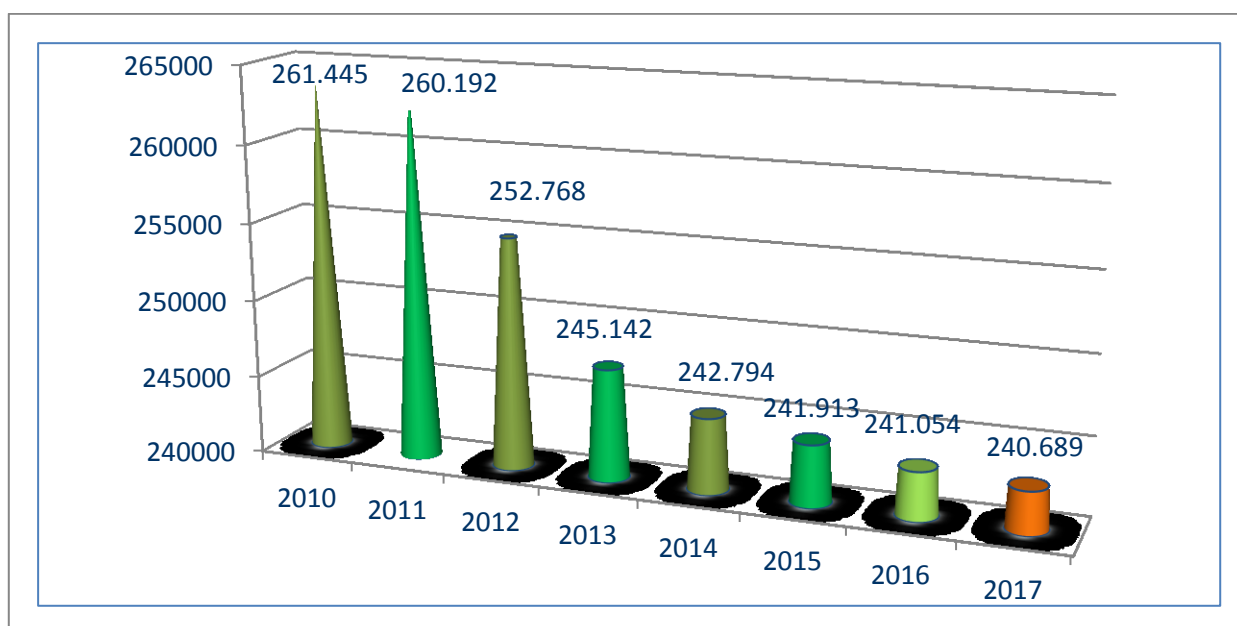
Il personale dipendente è una risorsa essenziale per il funzionamento del Policlinico San Martino e rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale di tutelare la salute dei cittadini.

E' suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

Tipologia di personale	Personale al 31/12/2015	Personale al 31/12/2016	Personale al 31/12/2017
RUOLO SANITARIO	3.360	3.327	3.289
Dirigenza	802	809	812
Comparto	2.558	2.518	2.477
RUOLO PROFESSIONALE	6	8	9
Dirigenza	4	5	5
Comparto	2	3	4
RUOLO TECNICO	909	882	846
Dirigenza	2	2	2
Comparto	907	880	844
RUOLO AMMINISTRATIVO	337	324	311
Dirigenza	9	8	8
Comparto	328	316	303
Totale	4.612	4.541	4.455

Il livello occupazionale del personale dipendente è diminuito rispetto al 31/12/2016 di 86 unità. Si è provveduto a gestire il turn over del personale dipendente, attraverso processi di riorganizzazione aziendale, e riducendo conseguentemente anche le risorse destinate ai fondi contrattuali. Il costo del personale nell'esercizio 2017 risultata in riduzione rispetto all'esercizio precedente.

In generale, viene confermato il trend di riduzione della spesa complessiva e l'andamento dei costi del personale dal 2011 al 2017.



2. Sistema incentivante anno 2017

Per l'anno 2017, con i contratti Integrativi Aziendali sottoscritti con le OO.SS. dell'Area della Dirigenza e del Comparto, è stato definito il sistema incentivante che ha messo in relazione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, il sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale e il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale.

Gli obiettivi sono stati assegnati ad ogni unità operativa secondo la metodologia di contrattazione di budget. Alla valutazione del conseguimento degli obiettivi ed alla conseguente corresponsione della retribuzione di risultato si è provveduto mediante:

- la graduazione del raggiungimento dell'obiettivo assegnato annualmente all'unità operativa, a cui è stato finalizzato per il *Personale della Dirigenza* il 40% del fondo destinato e per il *personale del comparto* l'80% del fondo destinato;
- il contributo, rilevabile dalla scheda di valutazione, apportato dal singolo lavoratore, a cui è stato destinato il 60% del fondo per il *Personale della Dirigenza* e il 20% per il *personale del comparto*;

Di seguito si procede a illustrare la metodologia osservata per la ripartizione delle quote spettanti al personale dipendente dei diversi ruoli e profili.

Dirigenza

La quota destinata alla remunerazione della performance organizzativa relativa agli obiettivi assegnati annualmente all'UO, è stata ripartita in relazione alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza, secondo le sotto indicate percentuali:

da 100,00 % a 90%	di raggiungimento degli obiettivi	100%
da 89,99% a 80%	di raggiungimento degli obiettivi	90%
da 79,99 % a 75%	di raggiungimento degli obiettivi	80%
da 74,99% a 0	di raggiungimento degli obiettivi	0

ed è stata ripartita tra i profili secondo i ruoli e i parametri sotto riportati :

Dirigenza medica

Struttura Complessa	1.30
Struttura Semplice	1.20
Incarico di altissima valenza strategica (AQ)	1.20
Altri incarichi	1.10

Dirigenza sanitaria

Struttura Complessa	1.50
Struttura Semplice	1.20
Incarico Alta Spec. Val. Az.	1.20
Altri incarichi	1.10
Incarico di Base	0.90

Dirigenza PTA

Struttura Complessa	1.70
Struttura Semplice	1.20
Incarico Alta Spec. Val. Az.	1.20
Altri incarichi	0.90

La quota destinata alla remunerazione della performance individuale è stata ripartita in relazione al punteggio conseguito con la scheda di valutazione, secondo le modalità sotto elencate:

da 100 ,00 % a	90% relativamente al punteggio della scheda di valutazione	100%
da 89,99% a	80% relativamente al punteggio della scheda di valutazione	90%
da 79,99 % a	75% relativamente al punteggio della scheda di valutazione	80%
da 74,99% a	0 relativamente al punteggio della scheda di valutazione	0

Comparto

La quota destinata alla remunerazione della performance organizzativa relativa agli obiettivi assegnati annualmente all'UO, è stata ripartita in relazione alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza, secondo le sotto indicate percentuali:

100%	80% di raggiungimento degli obiettivi	100%
79.99%	70% di raggiungimento degli obiettivi	90%
69.99%	60% di raggiungimento degli obiettivi	80%
59.99%	50% di raggiungimento degli obiettivi	50%
49.99%	0 di raggiungimento degli obiettivi	0

Il finanziamento destinato alla remunerazione della performance individuale è stato ripartito in relazione al punteggio conseguito con la scheda di valutazione, secondo le modalità sotto elencate:

100%	85% di raggiungimento degli obiettivi	100%
84.99%	75% di raggiungimento degli obiettivi	85%
74.99%	65% di raggiungimento degli obiettivi	75%
64.99%	60% di raggiungimento degli obiettivi	65%
59.99%	0 di raggiungimento degli obiettivi	0

e secondo i parametri sotto indicati:

categoria A	71
categoria B	71
categoria Bs	80
categoria C	100
categoria D	120
categoria Ds	140

2.1. Rendicontazione Performance Individuale

La valutazione individuale è uno strumento fondamentale per lo sviluppo delle Risorse umane che si inserisce in un più generale processo di razionale e corretta gestione di queste e rispetto al quale l'attribuzione di incentivi economici costituisce solo una, pur rilevante, componente. Tutto il personale è stato inserito nel sistema aziendale di valutazione individuale permanente, caratterizzato dai seguenti elementi che concorrono a formulare il risultato finale:

- Valorizzazione delle competenze e comportamento organizzativo,
- Valorizzazione dei risultati.

È stato oggetto di valutazione tutto il personale in servizio dal 1° gennaio al 31 dicembre 2017 in presenza delle seguenti caratteristiche:

- Personale a tempo indeterminato: aver superato il periodo di prova;
- Personale a tempo determinato: aver prestato almeno sei mesi di servizio nel corso dell'anno relativo alla valutazione
- Aver svolto un minimo di periodo di servizio nel corso dell'anno 2017 di almeno 180 giorni, considerando assunzione/cessazione ed eventuali aspettative o altre assenze che abbiano interrotto il servizio.

In ottemperanza alle disposizioni normative nazionali (D.LGS. 150/2009) e contrattuali, l'Azienda ha dato continuazione al processo di valutazione individuale che ha interessato tutto il personale del comparto, 3696 unità, e della Dirigenza, 986 unità.

Sulla base dei relativi regolamenti, rinvenibili nel sito aziendale, sezione "Performance", sottosezione "Sistema di misurazione e valutazione della performance", si è dato avvio alla valutazione individuale del comparto e della dirigenza, attraverso la compilazione della scheda di valutazione individuale, gestita mediante un software appositamente predisposto. Il processo di valutazione ha previsto una valutazione semestrale, al fine di verificare l'andamento della performance individuale del valutato. Il valutatore che ha riscontrato un andamento complessivo della performance del valutato inferiore al 60% (rispetto agli elementi oggetto della valutazione) ha individuato un percorso di miglioramento da condividere con l'interessato attraverso un colloquio. Il processo di valutazione si è concluso con il colloquio finale (annuale) che si è concretizzato con la

compilazione informatizzata della scheda individuale di valutazione (giudizio sintetico complessivo), del cui esito il valutato è stato portato a conoscenza e, a sua volta, ha potuto esprimere commenti al riguardo (commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta).

Sulla base di quanto sopra, sono stati valutati complessivamente 4682 unità di personale; sul totale della popolazione, risultano non valutabili, perché privi dei sopracitati requisiti, 354 unità di personale.

	totale	non valutabili	valutabili	valutati
POPOLAZIONE	5046	354	4692	4682
<i>comparto</i>	3978	278	3700	3696
<i>dirigenza</i>	1068	76	992	986

Personale Dirigente

Per l'anno 2017 sono stati valutati 986 Dirigenti:

n° schede valutati DIRIGENZA	
<i>Medica e Veterinaria</i>	841
<i>Sanitaria</i>	131
<i>Professionale - Tecnica - Amministrativa</i>	14
TOTALE	986

Le valutazioni sono state effettuate dai dirigenti sovraordinati nei termini e secondo i principi di cui all'art. 5 del Regolamento, utilizzando le schede di valutazione, rinvenibili nell'apposita sezione del sito – sezione "Performance".

Con riferimento alla valutazione individuale relativa all'anno 2017, il personale dirigenziale, in base al punteggio conseguito, si è collocato, nell'ambito delle fasce individuate, come di seguito rappresentato:

Accordi aziendali relativi alla scheda individuale anno 2017				n° valutati
DIRIGENZA	da 100% a 90%	di raggiungimento degli obiettivi	100%	887
	da 89,99% a 80%	di raggiungimento degli obiettivi	90%	79
	da 79,99% a 75%	di raggiungimento degli obiettivi	80%	10
	da 74,99% a 0%	di raggiungimento degli obiettivi	0%	10

La media dei punteggi conseguiti dal personale della Dirigenza si attesta al 95,53; la tabella sottostante riepiloga la media dei punteggi dei singoli ruoli:

	DIRIGENZA	<i>dirigenza MEDV</i>	<i>dirigenza SAN</i>	<i>dirigenza PTA</i>
media punteggi	95,53	95,46	95,82	96,72

Personale del comparto

Per l'anno 2017 sono state valute 3896 unità di personale del comparto:

n° schede valutati COMPARTO	
<i>Sanitario</i>	2498
<i>Tecnico - Amministrativo</i>	1198
TOTALE	3696

Le proposte di valutazione di prima istanza sono state effettuate dai soggetti preposti alla valutazione previsti dall'art. 4 del Regolamento (Direttore o il Responsabile della struttura di afferenza, Il personale incaricato di posizione organizzativa che svolge funzioni gestionali, Il Coordinatore ovvero il personale incaricato di posizione organizzativa laddove manchi il primo) nei termini e secondo i principi di cui all'art. 5 dello stesso, utilizzando le apposite schede di valutazione, rinvenibili nell'apposita sezione del sito – sezione Performance.

Con riferimento alla valutazione individuale relativa all'anno 2017, il personale del comparto, in base al punteggio conseguito, si è collocato, nell'ambito delle fasce individuate, come di seguito rappresentato:

Accordi aziendali relativi alla scheda individuale anno 2017						n° valutati
COMPARTO	da 100% a 85%	di raggiungimento degli obiettivi	100%			3361
	da 84,99% a 75%	di raggiungimento degli obiettivi	85%			270
	da 74,99% a 65%	di raggiungimento degli obiettivi	75%			43
	da 64,99% a 60%	di raggiungimento degli obiettivi	65%			18
	da 59,99% a 0%	di raggiungimento degli obiettivi	0%			4

La media dei punteggi conseguiti dal personale del comparto si attesta sul 92,25; la tabella sottostante riepiloga la media dei singoli ruoli:

	COMPARTO	<i>comparto SAN</i>	<i>comparto TA</i>
media punteggi	92,25	92,76	91,19

2.1.1. Confronto con gli anni precedenti:

Si riportano di seguito alcuni confronti dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2017 e del triennio precedente:

	totale				non valutabili				valutati			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
popolazione	5007	5078	5000	5046	255	340	278	354	4729	4737	4722	4682
<i>comparto</i>	3934	4001	3934	3978	185	251	206	278	3742	3750	3728	3696
<i>dirigenza</i>	1073	1077	1066	1068	70	89	72	76	987	987	994	986

media punteggi	GENERALE	DIRIGENZA	<i>dirigenza MEDV</i>	<i>dirigenza SAN</i>	<i>dirigenza PTA</i>	COMPARTO	<i>comparto SAN</i>	<i>comparto TA</i>
2014	88,24	92,6	92,65	92,09	95,21	87,09	87,97	85,25
2015	89,97	93,4	93,33	93,39	94,17	89,07	89,82	87,52
2016	91,75	94,76	94,7	95,04	96,05	90,96	91,61	89,64
2017	92,94	95,53	95,46	95,82	96,72	92,25	92,76	91,19

n° schede valutati	2014	2015	2016	2017
COMPARTO				
<i>Sanitario</i>	2538	2536	2499	2498
<i>Tecnico - Amministrativo</i>	1204	1214	1229	1198
DIRIGENZA				
<i>Medica e Veterinaria</i>	833	833	843	841
<i>Sanitaria</i>	142	140	138	131
<i>Professionale - Tecnica - Amministrativa</i>	12	7	13	14

	2014	2015	2016	2017
voto minimo (comparto TA)	33,33	20	20	38,67
voto massimo	100	100	100	100
n° valutati con voto max	192	198	236	286
n° valutati con voto massimo DIRIGENZA	123	138	147	179
<i>Medica e Veterinaria</i>	116	128	131	154
<i>Sanitaria</i>	7	10	15	25
<i>Professionale - Tecnica - Amministrativa</i>	0	0	1	0
voto max COMPARTO	69	60	89	107
<i>Sanitario</i>	57	44	68	74
<i>Tecnico - Amministrativo</i>	12	16	21	33

2.2. Rendicontazione Performance Organizzativa

La valutazione della performance organizzativa si basa sulla balanced scorecard aziendale (BSC) nelle cui prospettive sono riportati in primis gli obiettivi assegnati all'Azienda da Regione Liguria.

SCHEMA BSC 2017

AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	RIPARTO RESPONSABILITA'			ATTESO
			DIRIGENZA	COORD.	PROF.SAN.	
RISORSE	MANTENIMENTO DEI COSTI ENTRO IL BUDGET ASSEGNATO	scostamento percentuale del consegnato in materiale sanitario dal budget assegnato	0,7	0,2	0,1	<=0%
		scostamento percentuale del consegnato in materiale economico dal budget assegnato	0,2	0,6	0,2	<=0%
	APPROPRIATEZZA ALLOCATIVA DELLE RISORSE UMANE	corrispondenza della matrice organizzativa con i volumi di prestazioni per singola attività	1,0	0,0	0,0	SI
		analisi congiunta della matrice organizzativa delle professioni sanitarie con la direzione	0,0	1,0	0,0	SI
	ADEGUATA FRUIZIONE DELLE FERIE	percentuale di ferie non godute sul totale dell'anno	0,5	0,5	0,0	<=15%
	CORRETTA GESTIONE DEL MONTE ORE	ore a debito fine anno procapite	0,0	0,4	0,6	<=10 (cut-off 15% del personale)
ore a credito fine anno procapite		0,0	0,4	0,6	<=100 (cut-off 4% del personale)	
ATTIVITA'	MANTENIMENTO VOLUMI DI PRESTAZIONI	scostamento percentuale tra i punti DRG effettuati e quelli previsti a budget	1,0	0,0	0,0	>98% (<=102%)
		scostamento percentuale tra le prestazioni effettuate e quelle previste a budget	1,0	0,0	0,0	>98% (<=102%)
		scostamento percentuale raggruppamenti specifici di casi clinici per disciplina	1,0	0,0	0,0	>=0%
	INCREMENTO APPROPRIATEZZA EPISODI DI RICOVERO	prevalenza percentuale di DH medici terapeutici nelle chirurgie	1,0	0,0	0,0	<=10%
		prevalenza percentuale di episodi di day surgery per le procedure di cui alle DGR 1222/2011 e 1528/2011	1,0	0,0	0,0	riferimento ai cut-off di cui alla DGR 1222
		percentuale di ricoveri da PS	1,0	0,0	0,0	<=20%
		percentuale di ricoveri da OBI	1,0	0,0	0,0	<=30%
		percentuale di parti cesarei NTSV	1,0	0,0	0,0	<=30%
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	0,6	0,2	0,2	>=70%
	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI DEGENZA	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	0,6	0,2	0,2	>=75%
		degenza media ricoveri ordinari per acuti >1gg	1,0	0,0	0,0	differenziato per UO
	INCREMENTO APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI INTERMEDIE	degenza media preoperatoria	1,0	0,0	0,0	<1 giorno
		costo standard per punto DRG in esami di laboratorio	1,0	0,0	0,0	differenziato per UO
	RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI INTERMEDIE	costo standard per punto DRG in esami di diagnostica per immagini o strumentale	1,0	0,0	0,0	differenziato per UO
percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi previsti (la ripartizione delle responsabilità è differenziata tra consulenze/altre prestazioni)		1,0/0,6	0,0/0,2	0,0/0,2	<=1 giorno consulenza; <=1 giorno ecografia; <=3 giorni RX tradiz.; <=5 giorni TC e PET; <=7 giorni RM	
percentuale di prestazioni refertate entro i tempi massimi previsti		0,6	0,2	0,2	<=15 giorni istologici <=1 giorno restante	
ORGANIZZAZIONE	CORRETTO UTILIZZO DELLE SALE OPERATORIE	percentuale di sedute iniziate entro le ore 8:00	0,7	0,2	0,1	>=80%
	CORRETTO UTILIZZO DEI POSTI LETTO	aderenza al calendario di assegnazione ppil per l'urgenza da PS	1,0	0,0	0,0	100%
	CORRETTO UTILIZZO DEGLI AMBULATORI	percentuale di certificazione corretta dell'accesso e dell'orario di esecuzione delle prestazioni	0,8	0,1	0,1	>=95%
	UTILIZZO DEGLI STANDARD AZIENDALI PER LA GESTIONE TURNI	evidenza dell'uso delle procedure IRISWEB	0,0	1,0	0,0	SI
	RISPETTO DEI TEMPI DI RENDICONTAZIONE DEI RICOVERI	percentuale di SDO correttamente compilate entro i termini previsti	1,0	0,0	0,0	100%
QUALITA', SICUREZZA E CONTROLLO DEL RISCHIO	COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	risultato degli audit interni con focus sulla cartella clinica	0,5	0,2	0,3	>=95%
		percentuale di monitoraggi positivi delle progettualità per la gestione del rischio clinico	0,5	0,2	0,3	>=80%
	CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO	percentuale letture bracciali sistema dose-unitaria	0,0	0,2	0,8	>=90%
		percentuale letture farmaco sistema dose-unitaria	0,0	0,2	0,8	>=90%
		percentuale conferme giornaliera sistema dose-unitaria	1,0	0,0	0,0	>=90%
		PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	evidenza di almeno 3 incontri dirigenti/preposti/lavoratori sul tema della sicurezza	0,5	0,3	0,2
	ASSICURAZIONE QUALITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI	evidenza della check-list di autocontrollo aggiornata	0,5	0,5	0,0	SI
		evidenza del piano di evacuazione dell'Unità Operativa	0,5	0,5	0,0	SI
		evidenza della chiusura di eventuali non conformità sul sistema gestione sicurezza lavoro	0,5	0,5	0,0	SI
		percentuale errori sulle basi dati spedalità, registro di sala operatoria e lista di attesa (n. errori/n.record)	0,5	0,4	0,1	<=5%
		EFFICACIA DELLE PRESTAZIONI	percentuale di ricoveri ripetuti	1,0	0,0	0,0
	CONTENIMENTO COMPLICANZE INTRAOSPEDALIERE	percentuale di rappresentazioni al DEA	1,0	0,0	0,0	<=5%
		percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni	1,0	0,0	0,0	>=70%
incidenza lesioni da decubito		0,3	0,2	0,5	<=5%	
	incidenza cadute accidentali	0,0	0,2	0,8	<=1,5 x1000	

La BSC è unica per tutta l'Azienda e per tutte le figure professionali.

La consegna della scheda alle strutture nel corso degli incontri di budget e la successiva presentazione del direttore allo staff dell'UO consentono di rendere ufficialmente noti gli obiettivi strategici annuali. Nel monitoraggio delle schede di ogni unità operativa sono elaborati e presenti solo gli indicatori pertinenti per ogni struttura. La gestione della scheda è stata effettuata nell'applicativo informatico progettato e prodotto in proprio dal Controllo di Gestione. L'applicativo lavora mensilmente le BSC di tutte le unità operative, nonché quelle dipartimentali e quella complessiva aziendale e le pubblica nei cruscotti direzionali presenti in Intranet, associando al risultato numerico un sistema di valutazione sintetico con icone "a semaforo" al fine di semplificarne l'interpretazione. Alle schede è associata anche una prevalutazione del risultato finale, sia complessiva di equipe che per singola figura professionale.

In chiusura, il risultato definitivo della BSC è stato comunicato ai direttori ed ai coordinatori di unità operativa per l'ultima valutazione e l'invio di eventuali controdeduzioni; dette controdeduzioni sono state analizzate dall'OIV nelle sedute del 28 Maggio e 11 Giugno 2018 e rinvenibili nei relativi verbali pubblicata nella sezione "Performance".

La percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle UU.OO. è differenziata tra personale dirigente, personale coordinatore e personale sanitario, così da avere una differente attribuzione a seconda dell'effettivo apporto al raggiungimento degli obiettivi assegnati alle singole UU.OO..

Si riporta di seguito il risultato della performance organizzativa per l'anno 2017.

reparto	ris.dir. arrotondato	ris.coord. arrotondato	ris.prof.san. arrotondato
H1B U.O.S. CHIRURGIA GEN. AD INDIRIZZO ONCOLOGICO ROMAIRONE EMANUELE	99,0	99,0	92,0
H2A U.O.S. CHIRURGIA EBP E DEI TRAPIANTI DI FEGATO ANDORNO ENZO	91,0	92,0	87,0
H2B U.O.S. CHIRURGIA DEI TRAPIANTI DI RENE FONTANA IRIS IVANA	89,0	91,0	90,0
H32 U.O. NEONATOLOGIA ARIONI CESARE	98,0	97,0	91,0
H50 U.O. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE PALOMBO DOMENICO	88,0	90,0	81,0
H53 U.O. CHIRURGIA TORACICA PALOMBO DOMENICO	96,0	95,0	84,0
H73 U.O. CLINICA UROLOGICA TERRONE CARLO	93,0	92,0	84,0
HB1 POLIAMBULATORIO - PAD.13 P/1	93,0	92,0	85,0
HCT CARDIOCH.UNI+CH.TOR.MON.P/6PON	97,0	96,0	94,0
HUF CL.UROL.+CH.EBP E DEI TR. FEG.-DEG-MON.AC P/8 PON.	99,0	98,0	91,0
HUG CL.OSTETRICA+OSTETRICA E GINEC.	94,0	95,0	86,0
LA3 ATTIVITA' DI OSTETRICA E GINECOLOGIA GUSTAVINO/VENTURINI	93,0	93,0	84,0
LA6 ATTIVITA' DI CHIRURGIA SENOLOGICA E PLASTICA FRIEDMAN/SANTI	95,0	100,0	97,0
T23 U.O. CHIRURGIA 1 CAFIERO FERDINANDO	95,0	97,0	100,0
T27 U.O. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA SANTI PIER LUIGI	94,0	99,0	96,0

reparto	ris.dir. arro- tondato	ris.coord. arrotonda- to	ris.prof.san. arrotonda- to
T28 U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA GUSTAVINO CLAUDIO	94,0	95,0	89,0
U1E U.O.S. CHIRURGIA SENOLOGICA FRIEDMAN DANIELE	97,0	97,0	96,0
U1H U.O.S. CHIRURGIA DEI LINFATICI CAMPISI CORRADINO	94,0	100,0	99,0
U46 U.O. CLINICA CHIRURGICA 2 GIANETTA EZIO	93,0	96,0	95,0
U48 U.O. CLINICA CHIRURGICA 1 DE CIAN FRANCO	90,0	93,0	94,0
U58 U.O. CARDIOCHIRURGIA UNIVERSITARIA SANTINI FRANCESCO	80,0	78,0	78,0
U59 U.O. CLINICA ORTOPEDICA FELLI LAMBERTO	93,0	94,0	87,0
U70 U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA VENTURINI PIERLUIGI	88,0	93,0	83,0
UCE CL. CHIR. 2-MON.AC.P/11 LEV.	95,0	94,0	89,0
UCF CH. GEN.FUNZ.MET + CH. TRAP. RENE+CH. TRAP. FEGATO	99,0	97,0	91,0
H00 U.O. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E URGENZA TALLONE ROBERTO	96,0	96,0	88,0
H01 U.O. MEDICINA D'URGENZA MOSCATELLI PAOLO	92,0	99,0	89,0
H60 U.O. ORTOPEDIA E TRAUMAT. DI URGENZA SANTOLINI FEDERICO	96,0	96,0	87,0
HAN U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE GRATAROLA ANGELO	96,0	98,0	95,0
HGS U.O. SERVIZIO 118 BERMANO FRANCESCO	99,0	97,0	86,0
T20 U.O.TERAPIA ANTALGICA ZAPPI LUCIA	92,0	89,0	87,0
U08 U.O. CLINICA DI MEDICINA D'URGENZA PENDE ALDO	90,0	98,0	87,0
U1F U.O.S. CHIRURGIA DI URGENZA UNIV PALOMBO DOMENICO	89,0	99,0	95,0
UA1 U.O. ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA PELOSI PAOLO PASQUALINO	99,0	99,0	98,0
H1E U.O.S. PATOLOGIE ALCOOL-CORRELATE TESTINO GIANNI	90,0	91,0	88,0
H1G U.O.S. FONIATRIA TRAVALCA CUPILLO BEATRICE	91,0	92,0	70,0
H1N U.O.S. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA SUKKAR SAMIR	94,0	95,0	79,0
H1T U.O.S. CURE INTERMEDIE E REP. DETENUTI TALLONE ROBERTO	95,0	98,0	89,0
H20 U.O. PNEUMOLOGIA SALIO MARIO	95,0	96,0	85,0
H28 U.O. GASTROENTEROLOGIA PARODI MARIA CATERINA	99,0	96,0	84,0
H91 U.O. ALLERGOLOGIA TROISE COSTANTINO	85,0	88,0	73,0
HCI U.O. CURE INTERMEDIE ODETTI PATRIZIO RINALDO	89,0	90,0	81,0
HPN PNEUM.+CL.TISIOL.E PNEUM.-DEG. -MARAGL.P/1LEV.	98,0	96,0	88,0
HUH CARDIOLOGIA+CL.MAL.CARDIOV.	98,0	97,0	79,0
LA2 CARDIOLOGIA/CLINICA MALATTIE CARDIOVASCOLARI CHIARELLA/BRUNELLI	95,0	97,0	94,0
U02 U.O. CLINICA DI MED. INTERNA 1 DALLEGRI FRANCO	84,0	91,0	76,0
U06 U.O. CLINICA DI MED. INTERNA 2 MURIALDO GIOVANNI	96,0	97,0	86,0
U07 U.O. CLINICA DI MEDICINA INTERNA E IMMUNOLOGIA CLI PUPPO FRANCESCO LUIGI	89,0	97,0	85,0
U11 U.O. CLINICA GERIATRICA ODETTI PATRIZIO RINALDO	92,0	98,0	89,0
U12 U.O. CLINICA REUMATOLOGIA CUTOLO MAURIZIO	87,0	83,0	79,0
U14 U.O. CLINICA ENDOCRINOLOGICA GIUSTI MASSIMO	94,0	95,0	86,0
U15 U.O. MALATTIE DEL METABOLISMO E DIABETOLOGIA CORDERA RENZO	99,0	97,0	87,0
U16 U.O. CLINICA MALATTIE INFETTIVE VISCOLI CLAUDIO	95,0	95,0	81,0
U18 U.O. CLINICA DERMATOLOGICA PARODI AURORA	89,0	94,0	92,0
U1B U.O.S. FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	99,0	97,0	87,0
U20 UO. CLINICA MALATTIE RESPIRATORIE E ALLERGOLOGIA PASSALACQUA GIO- VANNI	92,0	94,0	85,0
U25 U.O. CLINICA NEFROLOGICA, DIALISI E TRAPIANTO GARIBOTTO GIACOMO	90,0	92,0	83,0
U28 U.O. CLIN.GASTROENTEROLOGICA PICCIOTTO ANTONINO	86,0	91,0	89,0
UEM CL.MED.INT.2 + CL. ENDOCRIN.+CL.REUMATOL.	99,0	95,0	85,0
H26 U.O. NEUROLOGIA SERRATI CARLO	95,0	94,0	77,0
H33 U.O. RIABILITAZ. E RIEDUCAZ.FUNZ ABBRUZZESE GIOVANNI FRANCESCO	93,0	95,0	85,0
H51 U.O. ODONTOSTOMATOLOGIA E CHIR.MAXILLO FACCIALE ZIOLA MARIO	90,0	95,0	92,0
H64 U.O. OCULISTICA ROSSI TOMMASO	94,0	95,0	95,0
H87 U.O. NEUROFISIOPATOLOGIA OTTONELLO GIAN ANDREA	96,0	97,0	91,0
HS6 SALE OPERATORIE - OCULISTICA PAD.OCUL. P/2 GRATAROLA ANGELO	99,0	97,0	93,0
HS9 SALE OPERATORIE - PAD.SPEC. P/3 GRATAROLA ANGELO	99,0	99,0	98,0
HUI CENTRI ICTUS OSP+UNIV- DEG-SPEC P/3 PON.	99,0	99,0	94,0
HUO OCULISTICA OSP+UNIV. PAD.OCUL	92,0	94,0	87,0

reparto	ris.dir. arro- tondato	ris.coord. arrotonda- to	ris.prof.san. arrotonda- to
LA4 ATTIVITA' DI NEUROLOGIA MANCARDI/SERRATI	92,0	92,0	79,0
U26 U.O. CLINICA NEUROLOGICA MANCARDI GIOVANNI	89,0	94,0	88,0
U29 U.O. CLINICA PSICHIATRICA AMORE MARIO	88,0	97,0	85,0
U57 U.O. CLINICA NEUROCHIRURGICA E NEUROTRAUMATOLOGICA ZONA GIAN- LUIGI	95,0	96,0	89,0
U64 U.O. CLINICA OCULISTICA TRAVERSO CARLO	91,0	89,0	90,0
U67 U.O. CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA PERETTI GIORGIO	98,0	98,0	90,0
UNE CLINICA NEUROLOGICA + RIABILITAZ.RIED.FUNZ.	99,0	96,0	87,0
UOR CL.ORL+CH.MAX.FAC.	96,0	97,0	88,0
H04 U.O. ONCOLOGIA MEDICA 1 SOBRERO ALBERTO FELICE	92,0	99,0	89,0
H23 U.O. EMATOLOGIA 1 ANGELUCCI EMANUELE	91,0	96,0	82,0
H24 U.O. EMATOLOGIA 2 ANGELUCCI EMANUELE	89,0	94,0	92,0
HUE EMATOL.OSP+UNIV-MON.A.P/11PON	99,0	97,0	90,0
LA5 ATTIVITA' DI EMATOLOGIA ANGELUCCI/GOBBI	93,0	93,0	83,0
T01 U.O. EPIDEMIOLOGIA CLINICA BRUZZI PAOLO	99,0	98,0	94,0
T10 U.O. IMMUNOLOGIA MINGARI MARIA CRISTINA	99,0	95,0	89,0
T11 U.O. BIOLOGIA CELLULARE RUBARTELLI ANNA	94,0	94,0	97,0
T13 U.O. BIOTERAPIE FERRINI SILVANO DOMENICO	99,0	99,0	97,0
T15 U.O. MEDICINA RIGENERATIVA QUARTO RODOLFO	99,0	99,0	97,0
T16 U.O. ONCOLOGIA MEDICA 2 PRONZATO PAOLO	96,0	98,0	89,0
T18 U.O. CLINICA DI ONCOLOGIA MEDICA BOCCARDO FRANCESCO	98,0	95,0	79,0
T1A U.O.S. REGOLAZIONE DELL'ESPRESSIONE GENICA GHERZI ROBERTO	98,0	99,0	97,0
T1B U.O.S. ONCOLOGIA MOLECOLARE E ANGIOGENESI POGGI ALESSANDRO	99,0	99,0	97,0
T1C U.O.S. HOSPICE E CURE PALLIATIVE GALLUCCI MICHELE	94,0	98,0	85,0
T21 U.O. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA CORVO' RENZO GIACINTO	92,0	95,0	91,0
T30 U.O. PATOLOGIA MOLECOLARE FAIS FRANCO	99,0	99,0	97,0
U01 U.O. CL.DI MED.INTERNA AD IND.ONCOLOGICO BALLESTRERO ALBERTO	89,0	94,0	81,0
U05 U.O. CLINICA DI MED.INTERNA 3 PUPPO FRANCESCO LUIGI	93,0	95,0	83,0
U1N U.O.S. GENETICA DEI TUMORI RARI	98,0	96,0	95,0
U23 U.O. CLINICA EMATOLOGICA GOBBI MARCO	96,0	94,0	93,0
H1V U.O.S. RADIOLOGIA GENERALE CITTADINI GIUSEPPE	89,0	91,0	79,0
H75 U.O. MEDICINA DI LABORATORIO MUSSAP MICHELE	97,0	93,0	84,0
H77 U.O. ANATOMIA PATOLOGICA OSPEDALIERA RAVETTI GIAN LUIGI	85,0	91,0	89,0
H78 U.O. CENTRO TRASFUSIONALE STRADA PAOLO	99,0	96,0	80,0
H81 U.O. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA CASTELLAN LUCIO	99,0	99,0	98,0
H82 U.O. RADIOLOGIA DI EMERGENZA DERCHI LORENZO	96,0	96,0	87,0
H84 U.O. NEURORADIOLOGIA CASTELLAN LUCIO	88,0	90,0	85,0
HFS U.O. FISICA MEDICA E SANITARIA TACCINI GIANNI	99,0	96,0	87,0
T02 U.O. MUTAGENESI IZZOTTI ALBERTO	94,0	94,0	97,0
T07 U.O. SENOLOGIA DIAGNOSTICA CALABRESE MASSIMO	99,0	99,0	98,0
T1D U.O.S. ANIMAL FACILITY CILLI MICHELE	89,0	92,0	97,0
U1G U.O.S. MICROBIOLOGIA ICARDI GIANCARLO ALESSANDRO	86,0	85,0	75,0
U77 U.O. ANATOMIA PATOLOGICA UNIVERSITARIA FIOCCA ROBERTO	82,0	87,0	77,0
U81 U.O. RADIOLOGIA 1	91,0	88,0	80,0
U85 U.O. MEDICINA NUCLEARE SAMBUCETI GIANMARIO	85,0	92,0	83,0
U92 U.O. GENETICA MEDICA MANDICH PAOLA	93,0	95,0	84,0
HCH CH.SIS.IMP-MON.AC.P/8 LEV	99,0	99,0	93,0
HS0 SALE OPERATORIE - PRONTO SOCC. P/1 GRATAROLA ANGELO	97,0	95,0	93,0
HS1 SALE OPERATORIE - MON. AC.P/2 LEV. GRATAROLA ANGELO	97,0	97,0	98,0
HS2 SALE OPERATORIE - MON.AC. P/2 PON. GRATAROLA ANGELO	99,0	97,0	91,0
HS3 SALE OPERATORIE- PAD.40 P/1 GRATAROLA ANGELO	99,0	99,0	98,0
HS5 SALE OPERATORIE - RADIOCHIRURGIA MON.AC.P/6LEV GRATAROLA ANGELO	99,0	97,0	91,0
HS8 SALA OPERATORIA RAD.INTERVENT.MON.AC.P/1F GRATAROLA ANGELO	99,0	99,0	98,0
HSA SALE OPERATORIE MON. AC. P/4 LEV GRATAROLA ANGELO	97,0	95,0	93,0

reparto	ris.dir. arro- tondato	ris.coord. arrotonda- to	ris.prof.san. arrotonda- to
HSC SALE OPERATORIE - PAD. 1 P/2 GRATAROLA ANGELO	97,0	97,0	98,0
HSE SALE OPERATORIE - PAD. 2 P/2 GRATAROLA ANGELO	99,0	97,0	93,0
HTU EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	98,0	99,0	97,0
TCS CASA DI SALUTE	91,0	95,0	92,0
TD8 GUARDIOLA AREA MEDICA	99,0	97,0	87,0
TD9 GUARDIOLA AREA CHIRURGICA	96,0	99,0	99,0
TDS DAY SURGERY PAD. IST	86,0	99,0	97,0
TS0 SALE OPERATORIE - DAY SURGERY - IST P/0 GRATAROLA ANGELO	99,0	97,0	93,0
TS1 SALE OPERATORIE - IST P/3 GRATAROLA ANGELO	99,0	99,0	98,0
TST SALE OPERATORIE - IST GRATAROLA ANGELO	98,0	98,0	96,0
UB1 POLIAMBULATORIO - CL.CHIR.	99,0	97,0	93,0
UB2 POLIAMBULATORIO - DIMI P/T	82,0	90,0	85,0
UIG CL.MED.INT.IMM.+CL.GASTR. -DEG.-PAD.12 P/3	96,0	99,0	94,0
UMB CL. REUMATOL.+CL. ENDOCRIN.-PAD.12 P/2	99,0	95,0	83,0
UMM CL.MED.INT.1+SEM.MED 2	99,0	96,0	83,0
UND ANDROLOGIA	93,0	98,0	90,0

3. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance

La presente Relazione sulla Performance rappresenta la fase conclusiva del Ciclo di gestione della Performance del Policlinico San Martino, le cui fasi operative, la tempistica ed i soggetti coinvolti sono riportate nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Il Ciclo di gestione della Performance 2017 si è aperto con l'approvazione del Piano della Performance e la verifica finale sul grado di attuazione degli obiettivi ivi contenuti e trova la sua sintesi nella Relazione sulla Performance, che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate.

Ai fini della conclusione del Processo di valutazione della performance, nelle sedute del 28 Maggio e 11 Giugno 2018, l'OIV ha espresso le proprie valutazioni che sono state riportate nei verbali delle sedute, pubblicati nell'apposita sezione del sito.

I risultati delle valutazioni della performance organizzativa (effettuate dall'OIV) e della performance individuale dei dirigenti e del comparto, espresse dai valutatori aziendali sono poi confluite nelle tabelle inserite nel corpo del presente documento.

La Relazione sulla Performance, intesa come momento di confronto tra i risultati conseguiti a consuntivo rispetto agli obiettivi di budget definiti a monte e contenuti nel Piano della Performance, ha rappresentato un importante momento di sintesi per il Policlinico; infatti, i dati di consuntivo conseguiti costituiscono sia un'opportunità per riorientare, ove necessario, la strategia aziendale, sia una solida base di partenza per la programmazione dell'anno 2018.