

Sistema
Aziendale di
Misura e
Valutazione
delle
Performance

ASL
Pescara

Linee Guida ai sensi dei Decreti Legislativi n. 150/2009 e n. 141/2011 e s.m.i. e
della Legge Regionale n°6 / 2011.
Decreto legge 24 giugno 2014, n.90, convertito con modificazioni
nella legge 11 agosto 2014, n.114.
D.P.R. 9 maggio 2016, n. 105.

Piano della Performance Triennio 2017-2019

*Sistema Aziendale
di Misura e Valutazione
delle Performance*

Sommario

1. DEFINIZIONI E FINALITA'	4
2. PIANO DELLA PERFORMANCE	5
2.1 Presentazione dell'Azienda	8
2.2 Mandato Istituzionale	8
2.3 Analisi del Contesto Interno ed Esterno	9
2.3.1 Contesto Interno	9
2.3.2 Bacino Territoriale e Popolazione di riferimento	11
2.3.3 Quadro normativo di riferimento	12
3. PIANO STRATEGICO	13
3.1 La Pianificazione Strategica Triennale	15
3.1.1 La Pianificazione Strategica Annuale	20
3.1.2 La Pianificazione Operativa per Centri di Responsabilità	21
4. PROCESSO DI BUDGET E PRINCIPI METODOLOGICI	22
4.1 L'iter del processo di budget	22
4.2 La redazione della Scheda e dei Piani di Unità Operativa da parte del Responsabile del CdR	24
4.3 La scheda di Budget	25
4.4 Gestione dinamica del budget	25
4.5 Validazione del Piano e dell'intero Processo da parte dell' Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.	26
5. IL CICLO DELLA PERFORMANCE ED IL PROTOCOLLO APPLICATIVO SUL SISTEMA PREMIANTE	28
5.1 Verifica della performance organizzativa	30
5.2 Valutazione della performance individuale: la valorizzazione differenziale dell'apporto alla produttività dell'equipe omogenea	30
5.3 La metodica di valorizzazione individuale del singolo componente dell'equipe	30
5.4 I tempi del Processo di Valorizzazione della Performance Individuale	33
6. VERIFICA E VALUTAZIONE DEI RISULTATI	34
6.1 Organismo Indipendente di Valutazione	34
6.2 Struttura Tecnica Permanente	34
6.3 Ruolo delle strutture coinvolte nei processi; Pianificazione e controllo, Gestione e sviluppo delle Risorse Umane, Contabilità generale ed analitica	34
7. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORTAMENTI	36
8. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	37
9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	38

1. DEFINIZIONI E FINALITA'

Il presente documento viene redatto, in armonia con le specificità dell'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, allo scopo di dare attuazione 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'intero impianto è in linea con quanto indicato dalla **Legge Regione Abruzzo n. 6 del 8 aprile 2011**, recante "Norme in materia Misurazione e valutazione delle prestazioni delle strutture amministrative regionali", la cui applicazione alle Aziende Sanitarie avviene limitatamente alle norme di principio, come riportato all'art.1.

Esso detta la disciplina generale in base alla quale dovrà realizzarsi il ciclo di gestione della performance e consolidarsi il sistema di misura compresi tutti gli strumenti funzionali alla prescritta valutazione delle prestazioni e dei risultati. La finalità da perseguire è il miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda, la massima valorizzazione dei suoi dipendenti, sia delle 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 l'erogazione meritocratica dei premi, nel rispetto dei principi dell'integrità e della trasparenza dell'azione amministrativa.

Il ciclo di gestione della performance ha cadenza annuale e si sviluppa nell'arco temporale del Piano triennale della performance; si svolge in forma coerente con quanto previsto dalla legislazione regionale vigente con particolare riferimento alle norme in materia di programmazione finanziaria e di bilancio; si concretizza tecnicamente attraverso un sistema di coinvolgimento delle direzioni di struttura che caratterizza il classico processo budgetario.

Gli strumenti di misurazione e valutazione della performance aventi conseguenze sul rapporto di lavoro del personale dipendente sono disciplinati nel rispetto delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) vigenti, fatta comunque salva l'applicazione delle norme di legge aventi carattere imperativo e inderogabile.

Si definisce **performance** il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità organizzata (gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma o politica pubblica) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati dall'Azienda ed, in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

Si distingue in performance organizzativa ed 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 tesi al raggiungimento della *mission* dell'Azienda e per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder; gli obiettivi sono attribuiti alla struttura di appartenenza, il dirigente superiore informa opportunamente tutti i collaboratori in via preventiva.

Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno e dell'azione professionale messe a disposizione dell'organizzazione.

La performance organizzativa e la performance individuale sono correlate ed integrate nel ciclo della performance.

2. PIANO DELLA PERFORMANCE

L'art 10 comma 1 lettera a) del D.Lgs 150/2009, individua nel Piano della performance (PP) il documento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria consolida e razionalizza una serie di strumenti di pianificazione, di documentazione e di rendicontazione previsti oramai da diversi decenni ed adottati nel corso del tempo.

Il Piano della performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di pianificazione del Ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso individua:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, ai sensi dell'articolo 10 del decreto 150;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura (performance organizzativa);
- definisce gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Il Piano è lo strumento con il quale si avvia il ciclo di gestione della performance. È un documento programmatico triennale 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 su questi 3 elementi. Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance".

Tale piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Le caratteristiche degli obiettivi, così come previsto dall'art 5 c.2, sono:

- a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d. riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Gli indirizzi strategici (articolo 15, comma 2, lett. b), del decreto) - sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione della performance. Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'articolo 7 del decreto.

Il Piano della Performance è redatto Seguendo le linee guida della ex Commissione per la valutazione, l'integrità e la trasparenza nelle pubbliche amministrazioni (CIVIT), in particolare in coerenza con le disposizioni di cui alle Delibere CIVIT n° 89, n° 104 e n°112 del 2010, rispettando anche quanto previsto dalle direttive regionali.

Al suo interno sono esposti i seguenti dettagli:

- 1 – i contenuti minimi e le modalità con cui si provvede alla redazione concreta del **Piano della Performance** di cui alla delibera n° 112/2010;
- 2 – la metodologia per l'introduzione del "sistema" – coerentemente con il **processo di budget** – con particolare attenzione alla definizione del "**Ciclo della performance**" con i doverosi collegamenti con il tradizionale "**Sistema Premiante**" e con le procedure di verifica e valutazione della **performance organizzativa** e della **performance individuale** dei dipendenti.

L'art 10 comma 1 lettera a) del D.Lgs 150/2009, individua nel **Piano della performance** lo strumento di programmazione direzionale, ovvero il documento nel quale si descrivono i principi guida, gli obiettivi strategici triennali, le attività ed i tempi in cui si svolgono le relative fasi.

Il documento rispecchia le scelte organizzative contenute nell'*atto aziendale* ed include gli obiettivi descritti coerenti con le scelte di pianificazione triennale della Direzione Generale e, a scalare, dell'alto management e delle Unità operative.

Esso rappresenta il "Programma di Mandato" del Direttore Generale che, pur avendo un orizzonte più ampio, ha la possibilità di definire gli elementi di dettaglio del Piano secondo stati di avanzamento "scorrevoli" di anno in anno.

Il documento di Piano della Performance, in quanto rappresentazione del processo e delle modalità con cui si realizzano le scelte strategiche, si sviluppa a partire dall'analisi delle determinanti (Mission, Valori, Vision, Contesto Interno, Ambiente Esterno) considerate da parte della Direzione Generale, partendo dall'individuazione degli obiettivi fino alla misurazione degli *output /outcome* ai diversi livelli dell'organizzazione.

Il documento *Piano della Performance* è triennale, ed è articolato in fasi e attività specifiche, doverosamente sottoposte al processo di "condivisione a cascata". Topiche sono le fasi di negoziazione degli obiettivi e delle risorse. Determinante è la formulazione del set di schede contenente gli obiettivi specifici ed i relativi indicatori di tutti i Centri di Responsabilità (CdR); ad ogni obiettivo sono abbinati i rispettivi valori soglia ed attesi da utilizzare nelle corso delle verifiche intermedie e di fine esercizio.

La rappresentazione sinottica del Ciclo di Gestione della Performance è sintetizzata nella tabella sottostante che ne rappresenta le fasi:

FASE	ATTIVITA'	SOGGETTI COINVOLTI
<i>Fase 1</i>	Definizione del contesto istituzionale: Mission regionale e principi della Vision aziendale	Direzione aziendale
<i>Fase 2</i>	Rappresentazione della struttura di cui all'Atto aziendale, regolamento di funzionamento, definizione di responsabilità e deleghe	Direzione aziendale Uffici di staff
<i>Fase 3</i>	Definizione obiettivi strategici, precisazione degli <i>output od outcome</i> attesi per Aree Omogenee	Direzione aziendale Uffici di staff
<i>Fase 4</i>	Definizione obiettivi di Macroarea e varo dei Piani di Dipartimento e/o Macrostruttura	Direzione aziendale Alta Direzione
<i>Fase 5</i>	Definizione obiettivi specifici, di struttura (CdR) ed articolazione delle sottofasi per la prescritta negoziazione	Capi Dipartimento Uffici di staff
<i>Fase 6</i>	Validazione del Piano e del processo attuativo proposto in riferimento alle linee guida ex CIVIT	Organismo Indipen. Valutazione (OIV)
<i>Fase 7</i>	Predisposizione delle schede e loro varo ufficiale a livello del management più alto	Comitato budget Uff.Direzione strategica
<i>Fase 8</i>	Connessione funzionale con il Programma triennale per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità	Direzione aziendale Uffici di staff
<i>Fase 9</i>	Collegamento/Integrazione coi documenti di programmazione economico finanziaria	Direzione aziendale Uffici di staff

2.1 Presentazione dell'Azienda

La A.S.L. di Pescara assume la sua attuale composizione nel 1994 quando si fusero in un'unica Azienda le Unità Locali Socio Sanitarie di Pescara, Penne e Popoli.

La ASL è un'azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia imprenditoriale, organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Ha il compito fondamentale di provvedere ad assicurare i livelli essenziali di assistenza nel proprio ambito territoriale.

La ASL di Pescara, opera su un territorio coincidente geograficamente con l'area della provincia, ha un bacino di utenza di circa 330.000 abitanti e comprende 46 comuni.

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano della Performance in quanto permette di individuare gli attori che incidono direttamente sul governo della ASL.

Facciamo riferimento a soggetti quali:

- Direzione Strategica Aziendale
- Dirigenti Apicali
- Stakeholder interni
- Stakeholder esterni

2.2 Mandato Istituzionale

L'Azienda Usl Pescara è costituita come azienda con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale che risponde ai fabbisogni di salute della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie.

La Mission della Asl di Pescara è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative dei cittadini, gestendo con efficacia le risorse disponibili e garantendo le prestazioni socio-sanitarie di prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera.

E' compito dell'Azienda promuovere e tutelare la salute, prevenire e curare le malattie, prevenire il disagio sociale correlato alla situazione sanitaria, incentivare tutte le forme di prevenzione atte a tutelare il benessere del singolo e della comunità.

L'azienda riconosce, infatti, la centralità del cittadino quale titolare del diritto alla salute e al benessere psico-fisico e, conseguentemente, fonda la sua mission su caratteri di efficienza, efficacia, competenza tecnica-professionale, trasparenza, formazione ed aggiornamento.

Inoltre l'operatività della Asl è volta sempre a garantire l'efficacia e tempestività delle prestazioni rispettando sempre le condizioni di sicurezza e rispetto della persona.

I valori di riferimento con i quali la ASL di Pescara opera sono:

- Equità nell'accesso con uguali opportunità di utilizzo dei servizi;
- Centralità del cittadino
- Solidarietà, con particolare attenzione all'accoglienza delle persone più deboli e con rispetto delle diversità;
- Appropriatezza delle prestazioni e dei Livelli Essenziali di Assistenza

- Valorizzazione e crescita professionale di tutti i dipendenti dell'Azienda

Nella propria attività di programmazione la Asl si impegna ad assumere come riferimento le strategie e gli indirizzi definiti dalla Regione Abruzzo e dello Stato. Coinvolge positivamente e attivamente i cittadini e la comunità locale e tutti gli stakeholder potenzialmente interessati ad approfondire l'attività esercitata dalla ASL. La Asl si impegna, inoltre, a garantire trasparenza nelle decisioni e ampia partecipazione degli operatori che in essa agiscono, creando un ambiente di lavoro positivo che permetta a tutti, a prescindere dal ruolo, di sentirsi protagonisti delle trasformazioni operative ed organizzative, promuovendo lo sviluppo continuo di nuove conoscenze e competenze.

I contenuti informativi di questa parte del documento sono coerenti e coordinati con quanto previsto dagli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale e devono permettere di cogliere decisioni e percorsi, assetti organizzativi e modalità di funzionamento, attraverso i quali l'azienda corrisponde ai suoi obblighi verso il cittadino e verso il sistema, in relazione a:

- trasparenza e partecipazione, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni;
- partecipazione della Regione, alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute, secondo il ruolo previsto nell'ordinamento regionale di attuazione del Titolo V della Costituzione;
- universalità ed equità d'accesso, in relazione a quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti;
- qualità ed efficienza, come dovere di ciascuna azienda e del sistema sanitario regionale nel suo complesso di offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale, nel rispetto dell'utilizzo razionale delle risorse.

2.3 Analisi del Contesto Interno ed Esterno

La presente sezione è finalizzata a rappresentare in quale contesto organizzativo e strutturale l'Azienda opera (CONTESTO INTERNO), nonché l'ambito territoriale di competenza, gli stakeholder di riferimento ed i soggetti con cui l'Azienda interagisce (AMBIENTE ESTERNO); tali elementi sono fondamentali nella analisi preliminare sui bisogni della collettività, la missione istituzionale, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda.

2.3.1 Contesto Interno

La Asl di Pescara sta affrontando la fase attuativa del cambiamento organizzativo derivante dall'insediamento della nuova Direzione Strategica avvenuta nel corso dell'anno 2016 e dall'adozione, in itinere, del nuovo Atto Aziendale definito con delibera del Direttore Generale n. 416 del 12 maggio 2017 e appena sottoposto all'iter di approvazione esterno.

In tale scenario, tutti gli elementi caratterizzanti il contesto interno, sono oggi oggetto di revisione, in quanto il presupposto organizzativo è una condizione essenziale che investe tutti gli istituti coinvolti nell'attivazione del ciclo di gestione delle performance. Infatti l'Azienda sta delineando il nuovo assetto organizzativo rispetto al

quale dovrà procedere attraverso la riconfigurazione del piano dei centri di responsabilità e di costo nonché nell'assegnazione delle risorse umane, strumentali ed economico-finanziarie.

Lo scenario organizzativo attuale, oggi si rende oltremodo provvisorio, tenuto conto del passaggio dal precedente scenario strutturale a quello in corso di definizione legato alla razionalizzazione dettata con Decreto Ministero della Salute 70/2015 recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Le determinazioni regionali conseguenti al DM 70/2015 e l'Atto Aziendale in fase di adozione avranno un impatto significativo sull'attuale disegno strutturale interno dell'Azienda, tale da provocare riagggregazioni e razionalizzazione di strutture.

Ne consegue che, anche ai fini della pianificazione delle performance organizzative di ciascun centro di responsabilità, il processo è attualmente in itinere, pertanto, è plausibile adottare il mantenimento dei livelli di performance già pianificati per l'esercizio 2016, nelle more delle ulteriori iniziative di riorganizzazione che saranno ufficializzate in corso di anno ed a seguito delle quali si potrà procedere con la revisione delle performance organizzative per centri di responsabilità.

2.3.2 Bacino Territoriale e Popolazione di riferimento

Il bacino territoriale della ASL di Pescara è coincidente con quello della sua provincia. L'Azienda Sanitaria garantisce l'erogazione capillare dei suoi servizi in modo coerente con i nuovi modelli organizzativi tenendo conto del rispetto dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Composizione demografica dei comuni che compongono la ASL di Pescara				
Comune	KMQ	Residenti	Densità per kmq	Numero Famiglie
Abbatteggio	16	443	26,7	154
Alanno	32	3.679	115,1	1.299
Bolognano	17	1.195	75,8	501
Brittoli	16	343	26,2	194
Bussi sul Tirino	26	2.718	113,2	1.168
Cappelle sul Tavo	5	3.974	680,2	1.189
Caramanico Terme	84	2.032	25,1	858
Carpineto della Nora	23	698	31,5	269
Castiglione a Casauria	16	875	53,6	336
Catignano	16	1.480	90,4	564
Cepagatti	30	10.536	299,8	3.015
Città Sant'Angelo	57	14.553	192,9	3.877
Civitaquana	21	1.376	64	486
Civitella Casanova	31	1.947	64,7	796
Collecervino	30	5.989	168,4	1.819
Corvara	14	288	21,1	130
Cugnoli	15	1.603	104,6	621
Elice	13	1.724	122,2	556
Farindola	45	1.642	39,9	733
Lettomanoppello	15	3.024	205,2	1.075
Loreto Aprutino	52	7.741	127,9	2.522
Manoppello	38	6.952	142,8	2.022
Montebello di Bertona	21	1.061	52,6	406
Montesilvano	24	51.565	1.740,10	14.693
Moscufo	19	3.274	156,3	990
Nocciano	13	1.851	122,7	567
Penne	85	12.873	138,2	4.116
Pescara	34	123.077	3.458,80	43.285
Pescosansonesco	18	527	30,1	221
Pianella	43	8.467	160,4	2.500
Picciano	7	1.347	184	487
Pietranico	14	523	41,7	257
Popoli	34	5.525	162,1	2.165
Roccamorice	25	989	40,6	350
Rosciano	26	3.597	111,2	1.007
San Valentino	16	1.949	119,8	717
Sant'Eufemia a Maiella	40	305	9,1	204
Scafa	10	3.900	395,1	1.396
Serramonacesca	24	625	25,9	258
Spoltore	36	18.533	419,6	5.196
Tocco da Casauria	30	2.782	92,5	1.023
Torre De' Passeri	6	3.229	533,1	1.194
Turrivalignani	6	886	136,2	305
Vicoli	9	399	47,4	166
Villa Celiera	13	765	70,8	343
TOTALE	1187	323.184		

2.3.3 Quadro normativo di riferimento

Il contesto esterno è rappresentato da tutte quelle forze che tramite una loro manifestazione concreta implicano dirette conseguenze nell'operatività quotidiana dalla ASL.

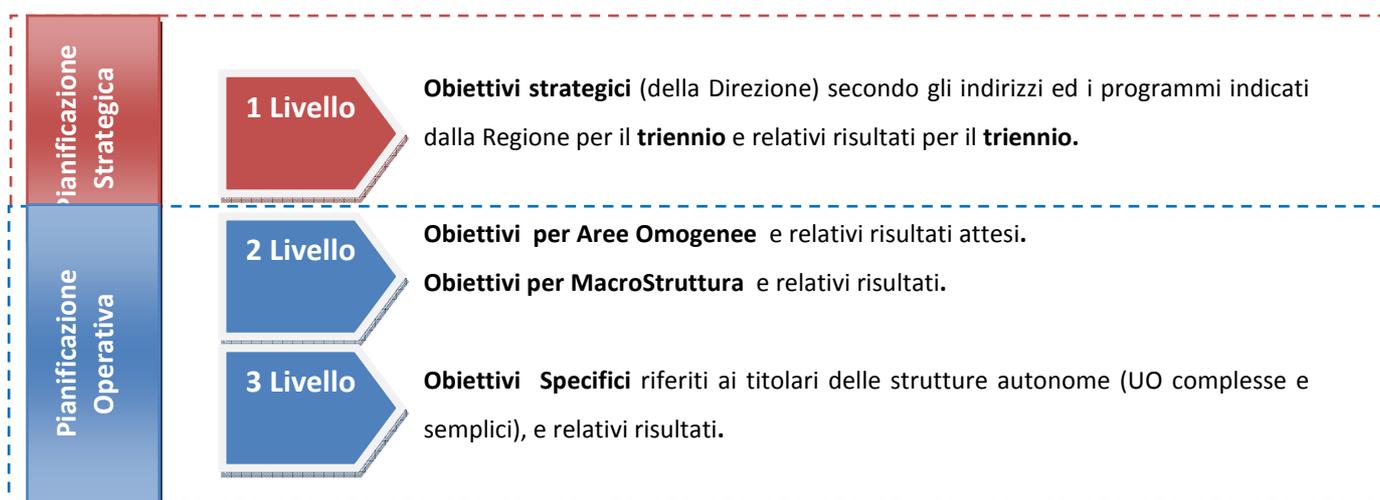
Ci riferiamo innanzitutto al contesto normativo di indirizzo che regola e definisce l'ambito di attività e le modalità gestionali ed organizzative alle quali le Asl deve necessariamente attenersi.

La sintesi del quadro normativo di riferimento è riportato nella tabella sottostante.

Normativa Nazionale e Regionale di Riferimento
Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro SSN
D.Lgs. N° 502 / 1992 e ss.mm.ii.
D.Lgs. N° 229 / 1999 e ss.mm.ii.
D.L. 13-9-2012 n. 158 convertito in Legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute
Digs. 30/03/12001 n°165, Norme generali dell'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche Delibera Giunta Regionale n°189 del 01/03/2007 con la quale si è sottoscritto ed approvato l'accordo stipulato in data 06/03/2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di Rientro
D.Lgs. 27-10-2009 n. 150 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
D.P.R. 9-5-2016 n. 105 Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni.
Presidenza del Consiglio dei Ministri Dip. funz. pubbl. D.M. 2-12-2016 Istituzione dell'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione della performance
Legge 23/12/2009 n°191 art.2 c.88, Legge Finanziaria 2010, riguardo alla gestione commissariale per le regioni sottoposte al piano di rientro
Delibere Commissariali n°44 e n°45 del 2010 relativamente all'adozione e successiva integrazione del Piano Operativo 2010
Legge 122 del 30/07/2010, che traduce in legge il D.L. 31/05/2010, riguardante misure di stabilizzazione finanziaria e competitività economica
Decreto Commissariale n°84 e n°91 del 2013 relativamente all'adozione e successiva integrazione del Programma Operativo 2013 - 2015
Decreto Commissariale n°149 del 07/11/2014 contenente gli indirizzi programmatici regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle aziende sanitarie locali triennio 2015-2017 integrativo del Programma Operativo 2013 - 2015
Decreto Commissariale 104/2015 del 19/11/2015 recante Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Locali triennio 2016-2018
Decreto Commissariale 741/2016 del 15/11/2016 recante Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Locali triennio 2017-2019
D.C.A. 10/06/2016 n. 55 recante il Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018
D.C.A. 21/07/2016 n. 79 recante il riordino della rete ospedaliera della Regione Abruzzo in attuazione delle disposizioni contenute Decreto Ministeriale 70 del 02/04/2015
Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016_2018 approvato dalla D.G.R. N. 505/2016 del 26/07/2016 successivamente modificato dalla D.G.R. 576/2016 del 22/09/2016

3. PIANO STRATEGICO

La presente sezione rappresenta il **core** del Piano della Performance, ovvero la parte programmatica del documento in cui si sono definiti gli obiettivi, gli indicatori gli output/outcome nonché le relative modalità di identificazione degli obiettivi stessi. La pianificazione segue una logica per livelli ovvero :



Nella modalità di definizione degli obiettivi si deve procedere per livelli:

- 1° Livello, gli obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione;
- 2° livello, obiettivi di macrostruttura (Aree Territoriali/Dipartimenti Ospedalieri/Centro direzionale) appositamente declinati rispetto ai precedenti ed orientati verso il livello organizzativo sottostante;
- il 3° livello, quello cioè riferito ai titolari delle strutture autonome (UO complesse e semplici), dove vengono individuati obiettivi operativi "specifici".

A livello delle strutture complesse o semplici dotate di autonomia nella gestione delle risorse, è importante individuare un congruo numero di obiettivi e soprattutto sfidanti, cioè tali da stimolare apprezzabili performance rispetto al periodo di riferimento (triennale ed annuale). Sempre in relazione al sistema degli obiettivi di CdR, gli stessi sono adeguatamente "pesati", in modo da rispecchiare gli effettivi livelli di sforzo nel loro conseguimento, anche in considerazione delle risorse effettivamente disponibili.

Ogni obiettivo è dunque *pesato percentualmente*.

Il modello utilizzato per rappresentare i "Piani Operativi" intesi come il set di obiettivi ed indicatori negoziati da ogni CdR è il seguente:

Cod. Ob.	Obiettivo strategico	Descrizione ObSpecifico	Peso %	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Storico	Atteso	Minimo	Verificato	Perf. %
1				1						
2				2						
3				3						
4				4						
5				5						

3.1 La Pianificazione Strategica Triennale

Schema Bilancio ex Dlgs 118/2011 - Previsione 2017 - 2019

		Previsione 2017	Previsione 2018	Previsione 2019
A1	Contributi F.S.R.	551.525.635	561.580.004	561.104.099
A2	Saldo Mobilità	29.821.198	29.821.198	29.821.198
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	31.451	31.451	31.451
A3.2	Ticket	6.747.370	6.747.370	6.747.370
A3.3	Altre Entrate Proprie	11.394.641	11.394.641	11.394.641
A3	Entrate Proprie	18.173.462	18.173.462	18.173.462
A4	Saldo Intraoemia	886.119	886.119	886.119
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(6.524.418)	(17.008.047)	(16.579.049)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	2.202.848	2.202.848	2.202.848
A	Totale Ricavi Netti non FSR	596.084.844	595.655.584	595.608.678
B1	Personale	167.687.000	168.465.000	168.465.000
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	68.000.000	68.000.000	68.000.000
B3	Altri Beni e Servizi	111.972.100	110.812.169	110.812.169
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	439.526	392.197	345.290
B5	Accantonamenti	4.294.266	4.294.266	4.294.266
B6	Variazione Rimanenze	0	0	0
B	Totale Costi Interni	352.392.891	351.963.631	351.916.724
C1	Medicina Di Base	35.884.182	35.884.182	35.884.182
C2	Farmaceutica Convenzionata	52.199.585	52.199.585	52.199.585
C3	Prestazioni da Privato	141.882.327	141.882.327	141.882.327
C	Totale Costi Esterni	229.966.094	229.966.094	229.966.094
D	Totale Costi Operativi (B+C)	582.358.985	581.929.725	581.882.818
E	Margine Operativo (A-D)	13.725.859	13.725.859	13.725.859
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	0	0	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	303.945	303.945	303.945
F3	Oneri Fiscali	13.421.913	13.421.913	13.421.913
F4	Saldo Gestione Straordinaria	0	0	0
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	13.725.859	13.725.859	13.725.859
G	Risultato Economico (E-F)	0	0	0

Gli obiettivi strategici sono gli obiettivi propri della Direzione Aziendale, caratterizzanti la propria azione, e sono coerenti con i criteri fissati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

Ulteriori vincoli di tipo economico sono rappresentati dal piano di rientro a cui la Regione Abruzzo è ancora sottoposta. Gli Obiettivi Strategici sono coerenti con il Documento Programmatico Regionale per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2017-2019.

Tutte le linee strategiche e gli obiettivi operativi trovano corrispondenza con la programmazione economico-finanziaria di cui al Bilancio Previsionale per il triennio 2017-2019.

Area	Obt	Desc_Obiettivo Esercizio 2017
Area Ospedaliera	1	% interventi chirurgici programmati non effettuati sul totale degli interventi chirurgici programmati
Area Ospedaliera	2	Adempimenti da Programma Operativo
Area Ospedaliera	3	Adempimenti in tema di Risk Management (Check List operatoria)
Area Ospedaliera	4	Adempimenti Liste di Attesa (DGR 386/2017, DCA 60/2017)
Area Ospedaliera	5	Adempimenti Screening
Area Ospedaliera	6	Adempimenti Screening Cervico-carcinoma
Area Ospedaliera	7	Adempimenti Screening Colon Retto
Area Ospedaliera	8	Adempimenti Screening Mammella
Area Ospedaliera	9	Adozione ed implementazione/Revisione di Linee Guida ISTAT ed Associazioni Scientifiche di riferimento
Area Ospedaliera	12	Appropriatezza Ricoveri da PS
Area Ospedaliera	14	Attivazione percorsi territoriali alternativi al ricovero
Area Ospedaliera	15	Attivazione Software "Percorso Chirurgico"
Area Ospedaliera	16	Attività di certificazione/verifica su impianti radiologici e di radioterapia
Area Ospedaliera	17	Attività di divulgazione vs popolazione
Area Ospedaliera	18	Attività di Filtro del 118
Area Ospedaliera	23	Certificazione "Bollini Rosa"
Area Ospedaliera	24	Flusso EMUR NSIS (DGR 386/2015)
Area Ospedaliera	25	Completezza Flusso interno degli interventi effettuati
Area Ospedaliera	26	Congruenza Triage con esito Accesso
Area Ospedaliera	29	Decremento/Mantenimento Degenza Media
Area Ospedaliera	30	Decremento/Mantenimento Inappropriatezza in Regime ordinario PP.OO.
Area Ospedaliera	31	Degenza Preoperatoria per Ricoveri programmati non urgenti entro i 2 giorni
Area Ospedaliera	33	Dosimetria personalizzata del paziente in Radioterapia o Radiologia
Area Ospedaliera	35	Implementazione di competenza schede Monitoraggio AIFA:
Area Ospedaliera	37	Incremento/Mantenimento Peso medio DRG
Area Ospedaliera	38	Incremento/Mantenimento Prestazioni Ambulatoriali Complesse
Area Ospedaliera	39	Incremento/Mantenimento Prestazioni Ambulatoriali per Esterni
Area Ospedaliera	40	Incremento/Mantenimento Prestazioni Ambulatoriali per Interni
Area Ospedaliera	43	Informatizzazione UFA
Area Ospedaliera	44	Ispezioni di Reparto
Area Ospedaliera	45	Laboratorio Unico Logico
Area Ospedaliera	46	Linee Guida per Farmaci Plasma derivati
Area Ospedaliera	47	Liste d'attesa - Colonscopia
Area Ospedaliera	48	Liste d'attesa - Ecocolordoppler tronchi sovraaortici
Area Ospedaliera	49	Liste d'attesa - Mammografia
Area Ospedaliera	50	Liste d'attesa - RMN cervello e tronco encefalico
Area Ospedaliera	51	Liste d'attesa - TAC senza e con contrasto capo
Area Ospedaliera	52	Liste d'attesa - Visita cardiologica
Area Ospedaliera	53	Liste d'attesa - Visita neurologica
Area Ospedaliera	54	Liste d'attesa - Visita oculistica
Area Ospedaliera	55	Liste d'attesa - Visita oncologica
Area Ospedaliera	56	Liste d'attesa - Visita ORL
Area Ospedaliera	57	Liste d'attesa - Visita pneumologica
Area Ospedaliera	58	Mantenimento/Diminuzione Spesa trasporti sanitari secondari
Area Ospedaliera	59	Monitoraggio caratteristiche fisico/dosimetriche impianti radiologici ASL (D. Lgs. 187/00) in Radiologia, Radioterapia e medicina Nucleare
Area Ospedaliera	60	PNE
Area Ospedaliera	62	Prevenzione e monitoraggio infezioni nosocomiali
Area Ospedaliera	66	Rispetto Tetto spesa per farmaci ed altri beni sanitari
Area Ospedaliera	67	Scorte di Magazzino (9% del Movimentato al netto delle Merce C/Deposito)
Area Ospedaliera	71	STAM - Servizio di Trasporto Assistito Materno
Area Ospedaliera	73	STEN - Servizio di Trasporto Neonatale
Area Ospedaliera	79	Tempestività Flusso SDO
Area Ospedaliera	80	Tempestività Soccorso
Area Ospedaliera	81	Tempo di attesa del paziente in chemioterapia
Area Ospedaliera	82	Tempo medio di attesa in Pronto Soccorso codici gialli

Area Ospedaliera	83	Tempo medio di attesa in Pronto Soccorso codici verdi
Area Ospedaliera	84	Tempo medio di attesa tra richiesta di referto e disponibilità del referto
Area Ospedaliera	85	Unità di cure palliative ed integrazione Ospedale/Territorio
Area Ospedaliera	86	Utilizzo Farmaci biosimilari
Area Ospedaliera	88	Valutazione dei livelli diagnostici di riferimento in Radiologia e Medicina Nucleare (D. Lgs. 187/00)
Area Ospedaliera	90	Corretta distribuzione dei carichi di lavoro ai dirigenti medici
Area Ospedaliera	91	Liste d'attesa - Ecografie Internistiche
Area Ospedaliera	92	Laboratorio di Manipolazione cellulare - Certificazione ISO 9001/2008
Area Ospedaliera	93	Laboratorio Manipolazione cellulare - Accreditamento professionale d'eccellenza JACIE-FACT
Area Ospedaliera	94	Laboratorio Manipolazione cellulare - Conformità prodotti ai requisiti necessari
Area Ospedaliera	95	Laboratorio Manipolazione cellulare - Customer satisfction
Area Ospedaliera	96	Banca Regionale Sangue del Cordone Ombelicale - Certificazione ISO 9001/2008
Area Ospedaliera	97	Banca Regionale Sangue Cordone Ombelicale - Accreditamento professionale d'eccellenza NETCORD-FACT
Area Ospedaliera	98	Banca Regionale Sangue Cordone Ombelicale - Produzione
Area Ospedaliera	99	Trasformazione DH terapeutici (somministrazione radiofarmaci etc.) in SDAC
Area Ospedaliera	163	Conversione in SDAC dei DH di Terapia del Dolore
Area Ospedaliera	164	Monitoraggio Appropriata prescrivita MMG e PLS
Area Ospedaliera	165	Linee Guida terapeutiche categorie farmaci ad alta spesa
Area Ospedaliera	166	Incentivazione della prescrizione di farmaci equivalenti
Area Ospedaliera	167	Monitoraggio appropriatezza profili prescrittivi da Reparto
Area Ospedaliera	168	Supporto all'utilizzo appropriato delle terapie antibiotiche/antifungine
Area Ospedaliera	169	Autosufficienza Sangue
Area Ospedaliera	170	Produzione di emocomponenti per uso terapeutico e plasma destinato a alla trasformazione industriale
Area Ospedaliera	171	Requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti
Area Territoriale	13	Assorbimento domanda da parte della struttura
Area Territoriale	14	Attivazione percorsi territoriali alternativi al ricovero
Area Territoriale	21	Attività sanitaria connessa alla L.R. 11/2009
Area Territoriale	29	Decremento/Mantenimento Degenza Media
Area Territoriale	30	Decremento/Mantenimento Inappropriatezza in Regime ordinario PP.OO.
Area Territoriale	32	Diminuzione/Mantenimento Ore SUMAI
Area Territoriale	34	Efficienza Attività UVM per l' appropriatezza percorsi territoriali
Area Territoriale	37	Incremento/Mantenimento Peso medio DRG
Area Territoriale	39	Incremento/Mantenimento Prestazioni Ambulatoriali per Esterni
Area Territoriale	42	Informatizzazione PUA
Area Territoriale	60	PNE
Area Territoriale	61	Potenziamento accesso alle cure territoriali (DCA 55/16)
Area Territoriale	66	Rispetto Tetto spesa per farmaci ed altri beni sanitari
Area Territoriale	74	Tempestività e completezza Flusso ADI - SIAD
Area Territoriale	75	Tempestività e completezza Flusso Dipendenze NSIS
Area Territoriale	76	Tempestività e completezza Flussi NSIS
Area Territoriale	78	Tempestività e completezza Flusso Salute Mentale
Area Territoriale	79	Tempestività Flusso SDO
Area Territoriale	86	Utilizzo Farmaci biosimilari
Area Territoriale	159	Iniziative per la gestione dei fabbisogni dell'Area territoriale di competenza
Area Territoriale	160	Implementazione procedure integrazione Ospedale/Territorio
Area Territoriale	161	Esiti e Filtro UVM vs Residenzialità e Semiresidenzialità
Area Territoriale	161	Incremento/Mantenimento SDAC Nueopsichiatria Infantile
Dip Prevenzione	10	Aggiornamento Anagrafica Assistiti
Dip Prevenzione	11	Anagrafica Aziende da controllare
Dip Prevenzione	19	Attività di Invito per Screening
Dip Prevenzione	20	Attività Ispettive
Dip Prevenzione	36	Incremento/mantenimento numero Visite idoneità sportiva
Dip Prevenzione	41	Informatizzazione attività tramite CUP Aziendale
Dip Prevenzione	64	Riduzione/Mantenimento Liste di Attesa
Dip Prevenzione	65	Area Stili di vita - Griglia LEA ex DGR 386/2015
Dip Prevenzione	66	Rispetto Tetto spesa per farmaci ed altri beni sanitari
Dip Prevenzione	68	Screening Cervice Uterina

Dip Prevenzione	69	Screening Colon Retto
Dip Prevenzione	70	Screening Mammella
Dip Prevenzione	87	Vaccinazioni - Griglia LEA ex DGR 386/2017
Dip Prevenzione	137	Supporto nell' approfondimento delle procedure amministrative aziendali di competenza (PAC),eventuali proposte di modifica e/o integrazioni , ed implementazione delle stesse
Dip Prevenzione	146	PPRIC - Attività Ispettive
Dip Prevenzione	147	PPRIC - Anagrafica Aziende da controllare
Dip Prevenzione	148	Educazione Sanitaria ex Piano Regionale della Prevenzione
Dip Prevenzione	149	DGR 386/2015 - Piano di azione per Audit subiti dalla Regione o da Enti terzi e per gli Audit interni
Dip Prevenzione	150	DGR 386/2015 - Attuazione programma di Audit ex Art. 4 del Reg 882/2004
Dip Prevenzione	151	DGR 386/2015 - Verifica di efficacia di cui all'Art. 8 del Reg 882/2004
Dip Prevenzione	152	Piano Regionale della Prevenzione: % target raggiunto
Dip Prevenzione	153	Organizzazione eventi informativi di promozione della Prevenzione
Dip Prevenzione	154	Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro - Griglia LEA ex DGR 386/2015
Dip Prevenzione	155	Gestione sanzioni da attività ispettive Dipartimento
Dip Prevenzione	156	Fatturazione attiva elettronica
Dip Prevenzione	157	Procedure amministrative - Recupero crediti Dipartimento di Prevenzione
Dip Prevenzione	158	Parco auto Dipartimento di Prevenzione: Report Censimento informatico vetture di proprietà e non
Area Centrale	3	Adempimenti in tema di Risk Management (Check List operatoria)
Area Centrale	15	Attivazione Software "Percorso Chirurgico"
Area Centrale	22	Capacità organizzative rispetto a cantieri e progetti di riorganizzazione
Area Centrale	27	Controlli Cartelle Cliniche semestrali
Area Centrale	28	Controllo dei servizi esternalizzati
Area Centrale	29	Decremento/Mantenimento Degenza Media
Area Centrale	30	Decremento/Mantenimento Inappropriatezza in Regime ordinario PP.OO.
Area Centrale	37	Incremento/Mantenimento Peso medio DRG
Area Centrale	62	Prevenzione e monitoraggio infezioni nosocomiali
Area Centrale	72	Standardizzazione pratiche assistenziali mediche ed infermieristiche:
Area Centrale	100	Adempimenti connessi alla valutazione dei dirigenti e contrattualizzazione degli incarichi
Area Centrale	101	Aggiornamento archivio del personale in materia di formazione
Area Centrale	102	Aggiornamento dei documenti di valutazione dei rischi
Area Centrale	103	Allineamento libro cespiti - inventario con ricognizione fisica per beni elettromedicali
Area Centrale	104	Analisi e monitoraggio delle segnalazioni e reclami pervenuti
Area Centrale	105	attivazione procedure per la verifica sussistenza dei crediti v/s privati iscritti in bilancio 2016 e 2017
Area Centrale	106	Attivazione sistema di prenotazione prestazioni CUP erogatori privati accreditati
Area Centrale	107	Completamento delle verifiche in materia di appropriatezza, legittimità e congruità di competenza del NOC aziendale e relative alle attività erogate nel corso dei primi 3 trimestri del 2017, entro il 31/12/2017
Area Centrale	108	Controversie di lavoro assunte in proprio con difesa interna
Area Centrale	110	Estensione dell'orario di apertura del Servizio estendo ai pomeriggi (lun.-giov)
Area Centrale	111	Formazione al personale sui temi della qualità, classi di priorità e nuovi LEA
Area Centrale	112	Gestione coordinata Nulla Osta per assunzioni a TI
Area Centrale	113	Gestione delle poste di accantonamento ai fini della riduzione delle Sopravvenienze Passive del Personale (<500.000K)
Area Centrale	114	Implementazione Nuovo Portale Interattivo per i Dipendenti
Area Centrale	115	Implementazione procedura amministrativa Progetti Obiettivo
Area Centrale	116	Iniziative (comunicati stampa, conferenze stampa, ...) promosse e supportate nel corso dell'anno
Area Centrale	117	Monitoraggio contenzioso
Area Centrale	118	Monitoraggio e aggiornamento database della dotazione organica
Area Centrale	119	Monitoraggio mensile degli investimenti
Area Centrale	120	Monitoraggio mensile dei costi interni (beni, servizi e Personale)
Area Centrale	121	Monitoraggio procedure di verifica incarichi dirigenziali di competenza dei Collegi Tecnici
Area Centrale	122	Monitoraggio sinistri e richieste risarcitorie
Area Centrale	123	Monitoraggio sistematico flusso dei ricoveri e dimissioni in relazione alle dotazioni dei p.l. accreditati nelle strutture di ricovero private accreditate
Area Centrale	124	Monitoraggio trimestrale attività per CdR
Area Centrale	125	Nuovo progetto protocollo informatizzato -implementazione entro 2017
Area Centrale	126	Ottimizzazione dell'attività di Sorveglianza Sanitaria

Area Centrale	128	Progetto di innovazione organizzativa e gestionale (implementazione piattaforma WEB)
Area Centrale	129	Programmazione acquisti e Monitoraggio contratti
Area Centrale	130	Puntualità nella tempistica di gestione del ciclo passivo amministrativo fatture da soggetti erogatori privati
Area Centrale	131	Rendicontazione dei conti giudiziali 2017 entro il 30.04.2018
Area Centrale	132	Riscontro a valore (DDT vs Fatture - Magazzino Economico e Ordini di Servizio vs - Fatture - Servizi)
Area Centrale	133	Rispetto del tetto di budget annuo per la formazione (1% del monte salari)
Area Centrale	134	Rispetto tetto annuo spesa per il personale
Area Centrale	135	Supporto attività di formazione addetti alla prevenzione incendi ai fini dell' implementazione del sistema di gestione antincendio te
Area Centrale	136	Supporto attività di formazione sulle tematiche inerenti la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al T.U. D.lgs. 81/2008 e s.m.i.
Area Centrale	137	Supporto nell' approfondimento delle procedure amministrative aziendali di competenza (PAC),eventuali proposte di modifica e/o integrazioni , ed implementazione delle stesse
Area Centrale	137	Supporto nell' approfondimento delle procedure amministrative aziendali di competenza (PAC),eventuali proposte di modifica e/o integrazioni , ed implementazione delle stesse
Area Centrale	138	Supporto nella determinazione dei costi di competenza dell'Esercizio
Area Centrale	139	Tempestività e qualità dei flussi informativi istituzionali (NSIS) (ex DGR 119/2016)
Area Centrale	140	Tempi di liquidazione documenti
Area Centrale	141	Tempi di registrazione documenti relativi alla fatturazione elettronica
Area Centrale	142	Procedure amministrative - recupero crediti ticket prestazioni PS
Area Centrale	143	Procedure amministrative - recupero crediti ticket (esenzioni reddito/patologia)
Area Centrale	144	Aggiornamento delle variabili presenza/assenza compatibile con i tempi di pagamento al personale dipendente
Area Centrale	145	Monitoraggio impegno orario medici in pronta disponibilità ** obiettivo condiviso con la Direzione Medica di Presidio

3.1.1 La Pianificazione Strategica Annuale

Sulla base degli elementi precedentemente espressi l'Azienda intende perseguire obiettivi coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza rilevati per complessità e tipologia in funzione della popolazione di riferimento.

La pianificazione annuale è orientata a consolidare il sistema del budget secondo le caratteristiche richiamate nei CCNL, e rafforzate nelle loro priorità, e dal D.Lgs 150/2009, al fine di raggiungere un livello sempre più elevato di condivisione degli obiettivi ritenuti prioritari di carattere sia clinico assistenziale che di tipo organizzativo. Il fine ultimo della pianificazione strategica è quello di radicare maggiormente i processi di valorizzazione delle risorse umane per motivare ed orientare il personale impegnato nel raggiungimento degli obiettivi negoziati da ogni Centro di Responsabilità Aziendale.

Gli obiettivi strategici riguardano i 5 ambiti di interesse sotto riportati:

- 01 *Dimensione / Organizzazione*
- 02 *Qualità / Customer Satisfaction*
- 03 *Tecnologia / Innovazione*
- 04 *Modelli d'integrazione*
- 05 *Efficienza / Economicità*

Tutti i 5 ambiti di interesse sono esplosi per le diverse aree aziendali, in modo da descrivere le peculiarità tipiche di ogni area nei confronti di un ambito specifico.

3.1.2 La Pianificazione Operativa per Centri di Responsabilità

La pianificazione operativa per centri di responsabilità è la fase in cui si declinano gli obiettivi strategici dell'Azienda sulle diverse articolazioni che la compongono secondo le potenzialità e le rispettive capacità di ciascuno di raggiungere i livelli prefissati degli obiettivi aziendali.

In essa si collocano le fasi da 5 a 7 del time-sheet descritto nel precedente paragrafo 2.

A tal fine la definizione degli obiettivi operativi di ciascun CdR avviene tendenzialmente mediante l'associazione di un indicatore di performance ritenuto peculiare per la misurazione dei risultati conseguiti.

L'articolazione degli obiettivi e della relativa misurazione con indicatore unico avviene mediante la centralità dell'azione di coordinamento svolta dal direttore di dipartimento nei confronti delle unità operative.

4. PROCESSO DI BUDGET E PRINCIPI METODOLOGICI

I risultati da raggiungere e le attività da svolgere sono sempre condizionati dalle risorse disponibili. Per “risorse” si intendono i fattori produttivi come personale, risorse materiali, strumentali e di consumo in dotazione ai singoli CdR mediante un piano di assegnazione varato con appositi provvedimenti. Per l’attivazione di un qualificato processo di budget operativo, occorre definire adeguati indici di assorbimento delle risorse, di processo e di esito, ovvero *indicatori* capaci di misurare anche il miglioramento nell’erogazione dei servizi secondo un’efficiente e realistica modalità di impiego delle risorse assegnate.

Per questo motivo gli uffici di staff predispongono un “pannello” di indicatori correlati agli obiettivi esposti, facendo in modo che, in funzione delle aree in cui si articola l’Azienda, gli indicatori siano idonei a consentire le misure e qualificare il percorso di monitoraggio e reporting.

Gli indicatori dovranno essere costruiti previa verifica della rispondenza alle caratteristiche prescritte dalla delibera ex Civit n°89/10, individuando per ciascuno una specifica unità di misura, un valore soglia ed un valore atteso.

4.1 L’iter del processo di budget

Il budget è lo strumento con il quale, annualmente, gli obiettivi strategici dell’Azienda vengono trasformati in specifici obiettivi, articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative, in forma condivisa, coordinata e responsabile sui risultati ottenibili.

Il budget è lo strumento operativo interno di gestione con cui si attua annualmente il processo di attribuzione delle risorse disponibili tra la Direzione dell’Azienda ed i singoli Centri di Responsabilità in relazione agli obiettivi individuati.

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano parametro di riferimento per la verifica dei risultati conseguiti dall’organizzazione della ASL di Pescara e dal singolo centro di responsabilità

Il budget individua per ogni Centro di Responsabilità le risorse assegnate, l’analisi storica delle attività svolte nel corso dell’esercizio precedente, le attività da svolgere ed i risultati da conseguire.

Al fine di garantire al sistema una corretta gestione procedurale è necessario prevedere la costituzione di un apposito Comitato Budget.

Il comitato budget definisce la programmazione strategica Aziendale ed il Budget per l’anno di riferimento. Esso individua, in coerenza con la suddetta programmazione, la proposta di obiettivi specifici dei centri di responsabilità ed i risultati da conseguire e presiede gli incontri di negoziazione con i singoli responsabili.

Le negoziazioni seguono l’articolazione dei Centri di Responsabilità che rappresentano il livello rispetto al quale viene predisposto, negoziato e formalizzato il documento di budget (Scheda di budget).

Lo sviluppo degli obiettivi prevede una precedente fase di declinazione degli obiettivi strategici in linea con le linee di indirizzo e la programmazione strategica della ASL di Pescara.

Al fine di rendere possibile il conseguimento degli obiettivi di livello strategico, il Direttore individua, negozia ed assegna ai Direttori di Dipartimento obiettivi di macrostruttura ai fini dell’assolvimento delle funzioni di coordinamento e di raccordo delle attività svolte dalle singole Unità Operative .

Coerentemente con gli obiettivi strategici la Direzione Aziendale attribuisce gli obiettivi specifici alle Unità Operative.

In seguito alla predisposizione delle proposte di obiettivi specifici, avviene la negoziazione e l'assegnazione formale degli obiettivi a livello di Unità Operativa.

Gli obiettivi vengono formalizzati nella scheda di budget predisposta per ogni centro di responsabilità.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse evidenziare, da una verifica intermedia, una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne non governabili dalle singole Unità Operative, si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

Altro processo che implica un approfondimento è quello relativo alla fase della negoziazione ed alla conseguente predisposizione delle schede di budget.

In tale sede, la negoziazione verte sulle risorse assegnate, sugli obiettivi specifici proposti per l'anno di riferimento, nonché sugli indicatori ed i correlati valori cardine di riferimento (Valore Atteso e Valore Minimo Accettabile).

I Direttori di Dipartimento affiancano i singoli responsabili di Unità Operativa assolvendo alla funzione di raccordo e di coordinamento per le attività negoziate da ognuna di esse, anche al fine di garantire l'integrazione ed il buon funzionamento del Dipartimento.

4.2 La redazione della Scheda e dei Piani di Unità Operativa da parte del Responsabile del CdR

I Responsabili di Unità Operativa hanno il compito di redigere i Piani Operativi relativi alla corretta pianificazione delle attività, coerentemente agli obiettivi della macrostruttura di appartenenza. Per facilitare ed uniformare la compilazione di tali *Piani operativi* è previsto l'utilizzo di un modello di schede che si possono ritenere integrative rispetto a quelle classicamente utilizzate nel *sistema di budget*; attraverso tale traccia, ogni Responsabile avrà modo di comporre il suo piano operativo che dovrà comprendere:

1 – L'Analisi dello stato della propria Unità Operativa in relazione agli obiettivi della struttura riportando, per le tipologie di risorse attualmente a disposizione (locali, macchinari e personale), quelli che egli ritiene essere i *Fattori Critici* ed i *Punti di Forza* al fine del raggiungimento degli obiettivi.

2 – La Previsione sulle attività, costi e ricavi della propria Unità Operativa, sulla base dei dati consolidati degli anni precedenti e delle misure che egli intenderà adottare.

3 – La Definizione del Piano di Fattibilità contenente Obiettivi Specifici direttamente discendenti da quelli di Struttura e rappresentanti i "traguardi" operativi che egli e la sua équipe intendono perseguire, corredati da *Indicatori* scelti e proposti in modo tale che siano idonei alla successiva valutazione dell'operato della "squadra".

Gli indicatori dovranno essere chiaramente espressi rispetto all'obiettivo specifico ed avere la caratteristica di essere facilmente misurabili: a questo proposito nel Piano si dovranno riportare, per ogni indicatore i valori Storico, Minimo ed Atteso; a fine esercizio sarà rilevato il valore verificato.

4.3 La scheda di Budget

La proposta degli obiettivi di budget viene formulata mediante l'impiego di uno specifico modulo, la scheda di budget, messo a punto dall'Azienda.

Alla scheda di budget sono allegati prospetti di sintesi relativi ai dati di attività (tipologia e quantità) e di costo riferiti al singolo C.d.R. per l'anno precedente a quello di riferimento.

Sono compresi gli elenchi del personale e delle attrezzature assegnate alle singole UU.OO.

La "scheda di budget" predisposta per ciascun centro di responsabilità, si compone di due parti distinte.

La sezione informativa comprende:

- Punti di forza e di debolezza
- Le unità medie di personale effettivamente a disposizione suddiviso per qualifica
- La scheda attività, riportante le attività effettuate nell'anno precedente e quelle pianificate per l'anno di riferimento
- La sintesi dei DRG effettuati nell'anno precedente con i principali indicatori
- La scheda dei costi

La sezione informativa della scheda di budget è compilata sulla base dei flussi informativi ufficiali del Centro.

Lo scopo della sezione informativa è quello di fornire al responsabile del centro di responsabilità elementi conoscitivi relativi alla struttura di competenza utili alla negoziazione degli obiettivi.

Una parte di importanza strategico-informativa della scheda è costituita da piano di fattibilità che comprende:

- Gli obiettivi strategici della Direzione per l'anno, definiti dal Direttore;
- Gli obiettivi specifici, assegnati a ciascun centro di responsabilità suscettibili di essere misurati attraverso opportuni indicatori.
- Gli indicatori, associati ai diversi obiettivi con i rispettivi pesi e valori cardine (Valore Atteso, Valore Minimo Accettabile)

La scheda di budget si conclude con il verbale di approvazione del piano degli obiettivi in cui il dirigente responsabile sottoscrive con la Direzione l'impegno formale al loro raggiungimento.

4.4 Gestione dinamica del budget

Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget è necessario porre in essere un meccanismo che consenta di intervenire sulla gestione anche nel corso dell'esercizio.

I Responsabili di C.d.R. e degli Uffici che garantiscono i Flussi Informativi e Statistici Aziendale unitamente al Responsabile del Controllo di Gestione provvedono al monitoraggio continuo dei risultati intermedi conseguiti ed al loro sistematico confronto con quelli previsti, procedendo alla stesura di appositi report per ogni C.d.R., inviati al responsabile dello stesso ed alla Direzione Aziendale.

Periodicamente saranno indette apposite riunioni di Dipartimento al fine di analizzare detti report (congiuntamente fra i Responsabili delle singole UU.OO. ed i Direttori di Dipartimento).

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne, non governabili dai singoli C.d.R. e/o dall'Azienda, si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La modificazione degli obiettivi di budget potrà avvenire secondo diverse modalità:

1. per iniziativa della Direzione Aziendale qualora, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infra-annuali, dovesse rilevare significative differenze tra obiettivi negoziati e risultati effettivi;
2. su proposta motivata del C.d.R. interessato, coinvolgendo il Comitato Budget entro 20 giorni dal ricevimento dei reports dei risultati infra-annuali conseguiti, al fine di attivare il processo di revisione con le Strutture Aziendali interessate.

La revisione infra-annuale del budget è prevista limitatamente alle seguenti situazioni:

- a) risultati effettivi di attività/qualità che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese e/o che comportano una riallocazione interna delle risorse strutturali;
- b) indici effettivi di consumo di risorse che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese;
- c) modificazioni significative nelle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi) disponibili al momento della negoziazione del budget; per sopravvenuta impossibilità nell'avviare e/o portare a compimento progetti specifici.

4.5 Validazione del Piano e dell'intero Processo da parte dell' Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

L'art. 14 comma 4, lett. f), del decreto 150/2009, individua nell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance il responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche.

L' art. 30 del decreto sopracitato inoltre, abrogando, i commi 2 e 3 dell'articolo 6 del D. Lgs. n. 286 del 1999, e determinando la decadenza dei Servizi di controllo interno e la sostituzione degli stessi con gli OIV, attribuisce a quest'ultimo le attività di valutazione e controllo strategico di cui al comma 1 del citato articolo 6 - (non abrogato dal decreto); che prevede tra l'altro "[...] **l'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi**".

Quanto sopracitato identifica nell'OIV il soggetto idoneo a validare il Piano della Performance, anche in riferimento ai requisiti previsti nella delibera della ex CIVIT n. 112/2010 – "Struttura e modalità di

redazione del Piano della performance” nella quale viene illustrata la struttura e le modalità di redazione del Piano, precisando finalità, contenuti e principi generali relativi al Piano (capitolo 2) e fornendo indicazioni operative e dettagliate (capitolo 3) circa:

- la struttura del Piano;
- il contenuto minimo da riportare;
- il processo di traduzione del mandato politico in obiettivi, attraverso l’albero della performance;
- il processo di redazione del Piano.

In virtù del Ruolo di Garante della corretta applicazione della delib. ex *Civit* 112/2010, come *Authority Locale* l’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance dell’Azienda/Ente, nella persona del suo Presidente, sentito il parere degli altri componenti dell’Organismo, verifica la **conformità** del Piano della Performance rispetto a quanto previsto dall’articolo 10, comma 1 del decreto 150/2009, ovvero garantisce **“la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”**.

In riferimento alla qualità, l’OIV con il supporto della Struttura Tecnica Permanente previsto dall’articolo 14, comma 9 e 10 del decreto 150/2009, verifica che gli obiettivi individuati siano:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell’amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e) comparabili a valori di amministrazioni omologhe o in genere a standard definiti a livello nazionale e internazionale;
- f) confrontabili con le tendenze passate della produttività dell’amministrazione;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

In riferimento alla comprensibilità, l’OIV deve verificare l’esistenza del “legame” sussistente tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell’Azienda.

In merito all’attendibilità, l’OIV verifica che, a conclusione del processo di redazione del Piano, si presente la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e le risultanze (obiettivi, indicatori, target).

5. IL CICLO DELLA PERFORMANCE ED IL PROTOCOLLO APPLICATIVO SUL SISTEMA PREMIANTE

Nell'ambito del Ciclo annuale della performance è previsto un percorso per la distribuzione del salario di risultato, nel rispetto dei CCNL vigenti, attraverso l'adozione di un Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA) redatto in forma coerente coi principi del D.Lgs. 150/2009.

In base alle modifiche di cui al successivo decreto n 141/2011, il Titolo III° (Merito e premi) ha subito un robusto intervento teso al superamento delle 3 Fasce di merito di cui all'art. 19; giusta la deroga consentita dal comma 2 dell'art.31 del D.Lgs. 150/2009, le Aziende adottano criteri di differenziazione condivisi e trasparenti, tali da consentire l'erogazione dei premi in relazione a:

- 1 – Performance organizzative (%) del CdR di appartenenza
- 2 – Apporto del singolo alla produttività dell'equipe interna al CdR stesso.

Ricordato che il CCNL vigente prevede Fondi dedicati alle Aree Contrattuali presenti in Azienda, per la distribuzione dei premi al personale occorre disporre di una metodologia dichiarata e coerente col "processo di budget". A tal fine l'Azienda di Pescara ha varato un "Protocollo operativo" valido per le 4 Aree della Dirigenza e per il Comparto col quale si definiscono i "criteri di distribuzione" della retribuzione di risultato. Gli elementi variabili che permettono la definizione dell'**incentivo promesso ad inizio** anno riguardano i seguenti passaggi:

- Parametro individuale d'accesso
- Parametro aggiuntivo (in base a criteri predefiniti)
- Valenza differenziale fra Macrostrutture
- Valenza differenziale alla Unità Operativa di appartenenza.
- Valorizzazione differenziale individuale (punteggio di flessibilità individuale).

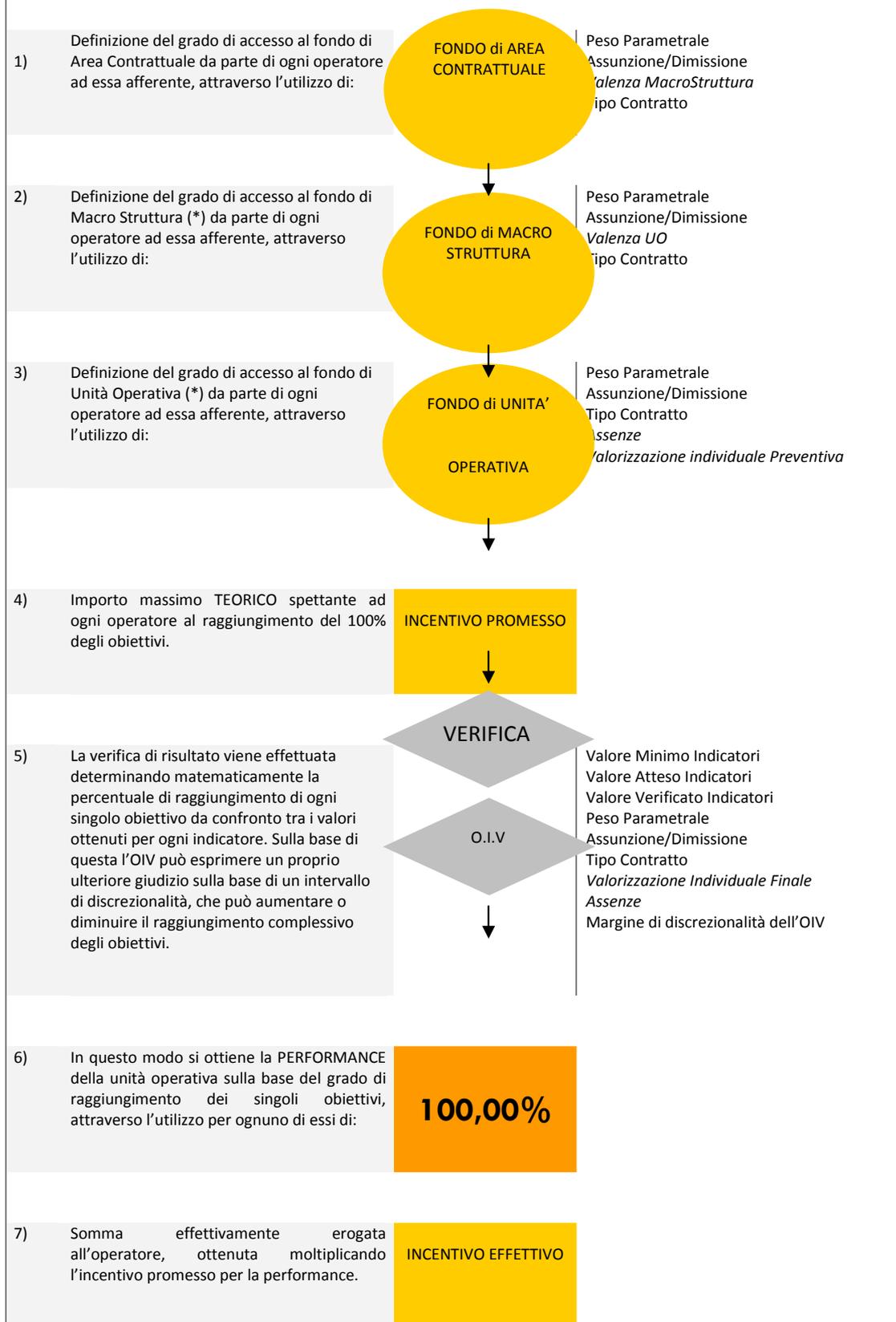
L'incentivo promesso può variare in base alla performance della UO di appartenenza e dalla eventuale "variazione" del punteggio di flessibilità verificatosi a fine anno.

L'Azienda Sanitaria di Pescara si è dotata di un "protocollo operativo" di gestione del sistema premiante accettato dalle rappresentanze sindacali delle Aree della Dirigenza e del Comparto; esso fa parte integrante dell'accordo collettivo integrativo aziendale. Si tratta di una modalità assolutamente coerente con il "Ciclo della performance", dove le finalità della Direzione strategica sono inserite annualmente nel relativo "Piano della performance", per essere condivise ai vari livelli dell'organizzazione.

Le norme contrattuali vigenti sono adeguate ai principi suddetti, in quanto già prevedono la connessione diretta fra il grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura (performance organizzativa) e la possibilità offerta obbligatoriamente ai dipendenti di ottenere il pagamento della retribuzione di risultato e/o del premio di produttività (performance individuale).

Le modalità di distribuzione della retribuzione di risultato sono sintetizzate nello schema seguente

Tabella 3: Schema del modello di distribuzione presentato nel protocollo applicativo



5.1 Verifica della performance organizzativa

L'implementazione del sistema descritto precedentemente coincide con il "Ciclo della Performance" di cui al D.Lgs. 150/2009. In ogni esercizio trovano applicazione le suddette fasi procedurali, si riproducono i diversi passaggi metodologici, a partire dalla individuazione della linea di comando che muove dalla Direzione strategica e si propaga a cascata verso le strutture sottostanti, nel pieno rispetto del regolamento generale, seguendo in modo trasparente l'organigramma ed il funzionigramma preventivamente condivisi a tutti i livelli dell'organizzazione.

Il passaggio determinante per lo sviluppo ulteriore del processo è rappresentato dalla necessità di diffondere fra gli "attori" una maggiore sensibilità culturale in materia di responsabilità gestionale; si tratta di incidere in modo determinante sulla qualità del processo e sul maggior coinvolgimento dei Centri di Responsabilità (CdR) nella scelta degli obiettivi specifici. Le maggiori difficoltà riguardano i dirigenti che sono impegnati nella gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie, ai quali si chiede la rendicontazione dell'uso delle stesse risorse. La fase della negoziazione del budget, infatti, va svolta secondo modalità strutturate e trasparenti.

Le unità di staff, coinvolte in modo trasversale nell'attuazione del Sistema Premiante, devono seguire le indicazioni del Protocollo applicativo per garantire il dovuto supporto alla sua gestione operativa. L'impianto metodologico è sufficientemente allineato con quanto previsto dai documenti varati dalla ex CIVIT nelle proprie delibere (la n°89, la n°104 e la n° 112 del 2010).

5.2 Valutazione della performance individuale: la valorizzazione differenziale dell'apporto alla produttività dell'equipe omogenea

Le regole per procedere alla erogazione (differenziale) della retribuzione di risultato sono inserite all'art. 19 del D. Lgs. n.150/2009. Secondo la norma, la graduatoria della valutazione individuale distribuisce il personale in differenti livelli di performance, attribuendo il personale in fasce di merito alta il 50% delle risorse; al personale in fascia media attribuisce il restante 50% ed al personale allocato in fascia bassa non riserva alcun incentivo.

Ma l'art.19 nella sua lettura più rigorosa presenta anche spazi di deroga fornita dalla lettura integrata con il comma 2, dell'art. 31: *"Le regioni, anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, e gli enti locali, nell'esercizio delle rispettive potestà normative, prevedono che una **quota prevalente** delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance individuale venga attribuita al personale dipendente e dirigente che si colloca nella **fascia di merito alta** e che le fasce di merito siano comunque **non inferiori a tre**".*

5.3 La metodica di valorizzazione individuale del singolo componente dell'equipe

La ASL, pertanto, si avvale della "valorizzazione differenziale" dell'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe. Non solo, la misura della valorizzazione può diventare un'etichetta – un punteggio di flessibilità – di cui il componente dell'equipe si può "fregiare", perché tutti la vedano e la riconoscano.

Per calcolare il **“punteggio differenziale”** della flessibilità, sono state allestite griglie parzialmente precompilate, chiedendo ai partecipanti di completarle in funzione delle loro esigenze. Si può affermare che la metodologia di differenziazione applicata fra gli operatori 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 gradini (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;
- il dipendente effettua la sua proposta di posizionamento per ciascun criterio e livello della griglia; il superiore avalla la scelta 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 del premio di produttività.

E' fondamentale assicurare che la valorizzazione differenziale venga concepita nei termini di un effettivo premio all'apporto del singolo alla produttività dell'equipe; quest'idea di differenziare l'incentivo in base all'apporto concreto del singolo, infatti, rappresenta un efficace strumento messo a disposizione del dirigente/coordinatore per stimolare l'emulazione positiva fra i propri collaboratori.

Per questo più che di valutazione, trattasi di **“valorizzazione differenziale”**, perché si tratta di applicare 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.

Si parlerà quindi di **“valorizzazione”** della performance individuale, conformemente alle disposizioni derogatorie.

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 predefinito (0.5) e massimo, anch'esso predefinito nell'Accordo Integrativo locale (1.5), simmetrici rispetto a quello centrale.

Tutto ciò premesso, si definisce un modello base così strutturato:

- Ci si muove attraverso l'attuazione del “ciclo della performance organizzativa” centrato sui risultati certificati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- Ogni CdR viene messo in condizione di guadagnarsi una quota variabile - dallo 0% al 100% - del Fondo di risultato “promesso” in base agli obiettivi concordati;
- Il passaggio successivo riguarda la definizione del punteggio di flessibilità individuale con cui distribuire tali premi ai singoli componenti dell'equipe; lo si fa in modo trasparente ed oggettivo, in funzione del contributo personale – valorizzazione differenziale - alla produttività dell'equipe.

A ciascun componente dell'equipe viene prospettata la scelta di condividere con la propria equipe un “punteggio individuale” che oscilla tra un minimo (es. 0.5) ed un massimo (es. 1.5); così agendo ogni

collaboratore è messo in condizione di concordare all'interno del proprio posto di lavoro 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 ed in caso di difformità provvede di conseguenza, segnalandolo all'OIV.

Come detto, tale impostazione deve essere adottata formalmente nell'accordo integrativo del personale delle aree contrattuali della dirigenza (medici, sanitari, amministrativi-tecnici-professionali) e del Comparto; la parte qualificante dell'intesa sindacale riguarda il "range" del punteggio che può essere attribuito in termini di flessibilità individuale (es. 0,5 - 1,5 ovvero 0,6 - 1,4). In tal modo, ogni dirigente, dopo aver condiviso i "criteri" oggettivi, validi nel suo contesto, li dispone secondo livelli d'impegno di una scala semiquantitativa formata da 5 livelli. Poi richiede ai propri collaboratori di sottoscrivere, per ciascun criterio, l'impegno che sono in grado di sostenere. Dalla sommatoria dei livelli concordati ad inizio anno si risale al punteggio totale e, ancora, attraverso una semplice proporzione, si calcola il *punteggio di flessibilità individuale* dal quale deriva il maggiore o minore accesso al premio legato alla produttività individuale.

5.4 I tempi del Processo di Valorizzazione della Performance Individuale

L'amministrazione garantisce una serie di passaggi ben cadenzati e condivisi all'interno dell'equipe, unitamente all'utilizzo di una modulistica semplice e chiara, predisposta in funzione delle finalità e degli obiettivi specifici riportati nel Piano Operativo di ciascuna equipe (CdR).

A livello aziendale, l'accordo sindacale contiene tutti gli elementi metodologici da illustrare ai dipendenti perché gli stessi ne prendano coscienza; va da sé che la valorizzazione (iniziale e di fine anno) dovrà essere eseguita con cadenza annuale coerente col ciclo di programmazione e controllo aziendale (budgeting).

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

6. VERIFICA E VALUTAZIONE DEI RISULTATI

6.1 Organismo Indipendente di Valutazione

Sulle competenze degli Organismi indipendenti di valutazione (OIV), si richiama l'art. 14 del dlgs. 150/2009, oltre alle modifiche introdotte con D.P.R. 9 maggio 2016, n. 105, salvo l'esigenza di esplicitare il raccordo con gli aspetti residuali della "valutazione permanente" nel SSN e con il ruolo del Collegio Tecnico cui resta affidata la valutazione di seconda istanza delle competenze professionali/comportamentali (positiva o negativa) da espletare a fine incarico, prima di procedere al rinnovo.

6.2 Struttura Tecnica Permanente

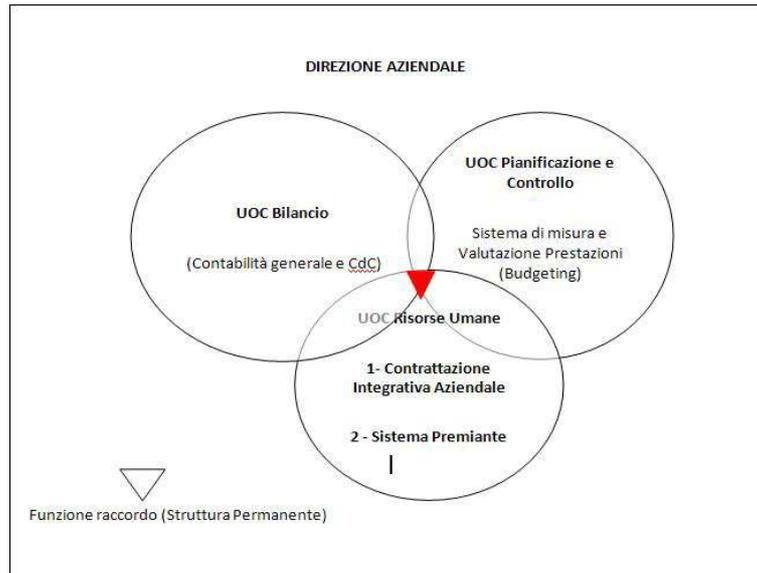
In linea con quanto disposto dall'art. 14 del D.Lgs 150/2009, l'Azienda si è dotata della c.d. "**struttura tecnica permanente**" a supporto dell'Organismo. Ad essa spetta il monitoraggio del Ciclo della performance, sì da consentire alla Direzione strategica ed ai direttori/dirigenti di rilevare e valutare la performance nel corso dell'esercizio. Tutti i responsabili dei CdR, quindi, sono chiamati a collaborare con questa struttura formata dagli uffici opportunamente individuati dalla Direzione Aziendale.

Così operando si può garantire, oltre al monitoraggio, anche il confronto sistematico dei risultati rispetto a quelli previsti in sede di negoziazione del budget. Detta struttura, dopo aver allestito appositi report per ogni CdR, ne trasmette copia alla Direzione aziendale ed allo stesso OIV. Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio, si verifichi una differenza tra risultati effettivi e quelli attesi, magari dovuta a cause esterne non governabili dal singolo CdR, la Direzione potrà attivare una fase di revisione degli obiettivi e di riattivazione del processo di budget.

6.3 Ruolo delle strutture coinvolte nei processi; Pianificazione e controllo, Gestione e sviluppo delle Risorse Umane, Contabilità generale ed analitica

Nella ASL si possono individuare diverse competenze istituzionali che "concorrono" alla governabilità delle strutture, con riferimento agli aspetti di Programmazione, Pianificazione Strategica e Monitoraggio dei Processi, ed a quelli di Gestione Economico-Finanziaria ed, infine, a quelli di Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

Segue la rappresentazione "insiemistica" della logica alla base di questa scelta.



Dallo schema si comprende come sia fondamentale assicurare una “funzione di raccordo” e di coordinamento tra queste tre Aree. Si ritiene opportuno che la “funzione professionale” chiamata a stabilire un canale comunicativo agile ed efficiente a concreto supporto dell’OIV, sia individuata all’interno della UO Programmazione e Pianificazione Strategica. L’aspetto, però, che preme sottolineare in questa fase è l’obbligo, da parte dell’OIV, di intervenire in termini esclusivamente promozionali per l’impianto del “Sistema” prescritto dalle norme vigenti (D.Lgs 150/2009 e s.m.i) e dalle direttive della Regione o della stessa Commissione nazionale ex CIVIT (rectius Dipartimento Funzione Pubblica). Resta il fatto che, relativamente alle funzioni di validazione, vigilanza e proposta di valutazione delle prestazioni, l’OIV risponde esclusivamente all’Organo di vertice dell’Amministrazione (DG).

La scelta su quali debbano essere le figure di “collegamento” all’interno delle UO, così come l’individuazione di chi andrà ad assumere la succitata funzione di “raccordo”, è di competenza esclusiva della Direzione Aziendale alla quale l’OIV si dovrà rimettere.

7. LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' E DEI COMPORAMENTI

La problematica della valutazione permanente dei comportamenti e delle capacità gestionali del personale riguarda soprattutto i dirigenti. Il personale del Comparto, invece, viene sottoposto a valutazione essenzialmente per espletare le selezioni per il passaggio di fascia.

Il decreto 150/2009 innova in parte; gli articoli dal 20 al 27 potranno essere sviluppati completamente soltanto dopo la conclusione delle nuove contrattazioni di livello nazionale che, per l'intervento delle manovre finanziarie recenti, sono prevedibilmente rinviate, in quanto ad applicazione concreta, al 2018.

Il D.Lgs 150/2009 non è intervenuto su questi aspetti della valutazione comportamentale, dunque questa Azienda dovrà consolidare i precedenti regolamenti adattandoli ai principi della trasparenza del metodo ripreso nei Regolamenti vigenti, garantendo, però, il diritto alla privacy.

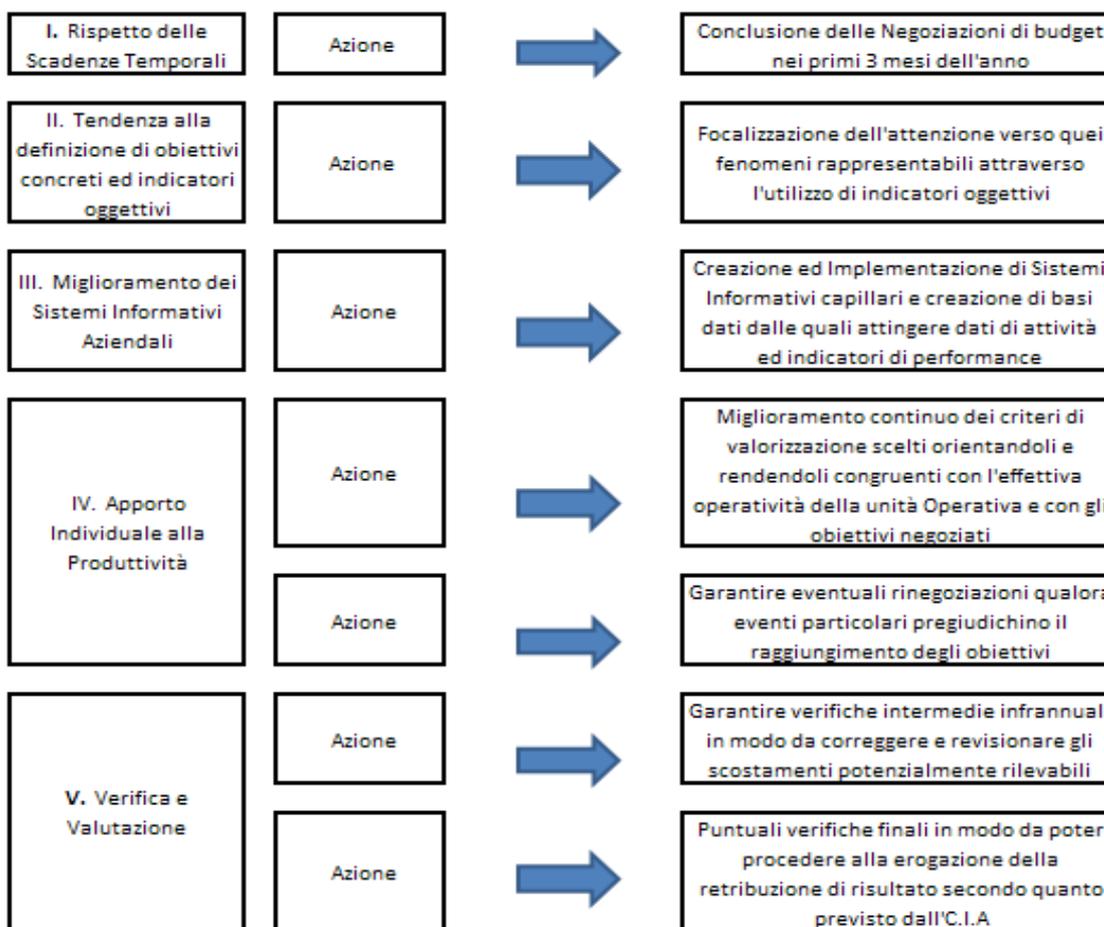
Sul tema vale il principio della partecipazione del valutato a tutte le fasi del processo valutativo che lo riguarda; la scheda di valutazione deve essere "contestualizzata" da parte del diretto superiore (il valutatore di 1^a istanza).

A garanzia dell'oggettività del processo e per rimuovere ogni rischio di patologia da lavoro (mobbing), i Contratti hanno prescritto la cosiddetta "Valutazione di 2^a istanza".

Si tratta di un passaggio che garantisce tutti gli attori del processo valutativo: il valutando ed il valutatore. Anche l'Azienda ha dei vantaggi dal rispetto di questa impostazione, in quanto si risolvono eventuali possibili situazione di "conflitto" sempre negative per la serenità degli ambienti e per il mantenimento della produttività delle strutture.

8. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

La gestione del “Ciclo di Gestione della Performance” prevede un continuo monitoraggio di tutti gli step incrementali che lo compongono. Fatto salvo che le modalità di programmazione risentono ovviamente della normativa e dei vincoli dettati a livello Regionale e Nazionale, l’attenzione è volta al miglioramento del “Sistema di Budget” e del sistema di “Valorizzazione dell’apporto individuale alla produttività”. A tal fine è utile procedere ad una armonizzazione di tutto il processo implementato prevedendo miglioramenti quali:



Il presente piano della performance verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

Il piano potrà essere revisionato nel corso dell’anno in funzione della variazione degli obiettivi regionali e su eventuali disposizioni sul nuovo assetto organizzativo della ASL. Le aree strategiche verranno sviluppate considerando i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali “linee di produzione” aziendali.

9. INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

La programmazione relativa all'esercizio economico 2017 è parte integrante, già rappresentata dagli strumenti di programmazione adottati dall'Azienda di cui alla deliberazione DG n. 1039 del 30/11/2016.