

ALL. N. 1 DCS
N° 210 ALLADBG
DEL 09/07/2021

DOCUMENTO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE



Riferimenti normativi

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è stato introdotto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, dando anche attuazione alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

Ad integrazione di tale normativa, è intervenuto il Legislatore, con le seguenti disposizioni:

- Decreto Legislativo 1 agosto 2011, n.141, recante "Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15";
- Decreto Legge 24 giugno 2014, n. 90, recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";
- Legge 7 agosto 2015, n. 124, recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n.105, che regola le funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni;
- Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124", che ha rafforzato il ruolo di cittadini ed utenti nella gestione della performance.

La normativa è stata ulteriormente integrata dalle Linee Guida dettate dal Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance n. 1/17, n. 2/17, n. 3/18, n. 4/19 e n. 5/19.

Sistema di gestione delle politiche del personale

Nell'ambito della gestione delle risorse umane e delle politiche di sviluppo annesse al fine della gestione dell'Istituto gli ambiti di attività che si intende sviluppare sono, sinteticamente, i seguenti:

- Assetto organizzativo aziendale: attraverso l'eventuale adeguamento dell'atto aziendale in recepimento della normativa nazionale e regionale di riferimento;
- Attribuzione delle responsabilità al personale, che si sostanzia attraverso la graduazione ed il conferimento degli incarichi di valenza dirigenziale e degli incarichi di funzione del personale del comparto;
- Sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance, che permette, secondo la disciplina del presente documento di programmare, verificare e valutare l'attiva svolta, sia in termini quantitativi che qualitativi del contributo di ciascun ambito aziendale, per poter poi provvedere ad una programmazione e revisione delle attività e/o dell'assetto organizzativo dell'Istituto.

Nell'ambito del percorso virtuoso sopra riassunto, si aggiungono importati attività e processi aziendali, non strettamente inseriti all'interno del sistema di misurazione e valutazione della performance ma che contribuiscono a valorizzare e a potenziare l'attività di programmazione aziendale. Tra detti sistemi si evidenziano i seguenti:

- Sistema di qualità e accreditamento aziendale ISO 9001/2015;
- Sistema di gestione dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI);

- Piani annuali e pluriennali di formazione, compresa l'attività di ECM;
- Gestione della trasparenza e dell'integrità;
- Gestione del clima organizzativo.

Definizione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è l'insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione della performance, ossia del ciclo della performance.

Costituisce l'insieme, coerente ed esaustivo, delle metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione delle diverse dimensioni della performance aziendale, poste in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nel processo e la cui attuazione consente all'Amministrazione di pervenire, in modo sistemico, a misurare e valutare i risultati sia a livello organizzativo che individuale.

La performance rappresenta il contributo che ciascuna equipe organizzata o singolo dipendente dell'Istituto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi programmati, quindi alla soddisfazione dei fabbisogni per i quali l'organizzazione è costituita. In considerazione dell'ampiezza del termine, l'Ente programma, monitora, misura e valuta la performance in riferimento alla complessità del proprio modello organizzativo (risultati e modalità di raggiungimento degli stessi) ed in relazione ai diversi livelli di governo aziendale (organizzazione nel suo complesso, strutture complesse e semplici, singoli professionisti). Con l'attuazione di tale logica, l'Istituto intende misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (*accountability*), introducendo fra l'altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti.

Il Sistema, costituendo di fatto la capacità dell'organizzazione di programmare ed orientarsi nel percorso di conseguimento della propria *mission*, deve essere organizzato ed attuato in modo da perseguire il miglioramento della qualità dei servizi pubblici e la crescita delle professionalità. A tal fine, il Sistema stesso prevede:

- la definizione e gestione aziendale del ciclo di gestione della performance, per orientare le risorse disponibili al conseguimento degli obiettivi;
- l'individuazione di un sistema di obiettivi operativi riferiti a ciascuna struttura ed indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi conseguiti;
- l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei risultati organizzativi;
- l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità presenti in Istituto.

In considerazione delle suddette finalità, oltre a quanto disposto dalla normativa di riferimento, l'Ente prevede un sistema integrato, che si articola di fatto in sottosistemi aziendali, direttamente o indirettamente correlati alla gestione dei diversi livelli di performance.

Vengono inoltre individuati i soggetti coinvolti ed i relativi livelli di responsabilità, questi ultimi definiti e valutati secondo opportuni e trasparenti percorsi gestionali.

Il Sistema, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 7 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;

- le procedure di conciliazione relative all'applicazione del Sistema;
- le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio;

Gli obiettivi del Sistema sono:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e individui;
- rafforzare l'*accountability* e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Soggetti coinvolti nel SMVP

Il ciclo della performance vede in prima linea i decisori politici e amministrativi. Nello specifico:

- l'organo di indirizzo politico-amministrativo, al quale compete l'esercizio della funzione di indirizzo e la definizione degli obiettivi da perseguire e dei programmi da attuare;
- i dirigenti apicali, cui compete la responsabilità dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati;
- i dirigenti non apicali, che partecipano al processo di programmazione, contribuendo a definire risorse ed obiettivi, al processo di monitoraggio e infine alla valutazione, sia come soggetti valutatori che come soggetti valutati.

Nel processo è inoltre coinvolto l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che fornisce, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SMVP.

Più nel dettaglio, anche alla luce della disciplina introdotta con il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, le funzioni attribuite all'OIV sono:

- presidio tecnico metodologico del SMVP che si esprime prevalentemente attraverso la formulazione del parere vincolante sul SMVP, la validazione della Relazione sulla performance e la Relazione annuale sul funzionamento del Sistema;
- valutazione della performance organizzativa, effettuata nel rispetto degli indirizzi di cui alle Linee Guida n. 2/17, sopra citate;
- monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica dell'andamento della performance dell'amministrazione rispetto agli obiettivi programmati e segnalazione all'organo di indirizzo politico dell'esigenza di interventi correttivi;
- proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;

L'Organismo Indipendente di Valutazione assolve un ruolo fondamentale, in quanto è individuato come uno dei soggetti che concorrono a costituire il SMVP. L'Organismo, infatti, ha fra i propri compiti principali quello di garantire la correttezza del processo di misurazione e valutazione della complessiva azione dell'Istituto, oltre a verificare e valutare le performance ed i risultati conseguiti dai diversi livelli organizzativi e dai dirigenti apicali.

Nel Sistema di valutazione si inserisce altresì la Struttura Tecnica Permanente (STP).

Supporta l'OIV nello svolgimento delle proprie funzioni ed a tal fine viene individuata quale momento organizzativo in cui vengono ad integrarsi determinate professionalità afferenti alle tematiche oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'OIV stesso.

Nell'ambito della gestione delle performance, le funzioni integrate della STP fanno principalmente riferimento all'UO Pianificazione e Controllo, che ha la responsabilità di coordinare gli eventuali contributi richiesti ad altre professionalità dell'Istituto (vedi area risorse umane, gestione economico-finanziaria, sistemi informativi, ecc.) ai fini delle necessarie azioni di monitoraggio e verifica delle prestazioni.

Nella sottostante tabella si evidenziano le diverse dimensioni di valutazione ed i soggetti coinvolti in diverse funzioni, a cui sono collegati specifici riferimenti normativi:

DIMENSIONE VALUTAZIONE	SOGGETTI COINVOLTI	FUNZIONI	RIFERIMENTO NORMATIVO
DIMENSIONE ISTITUZIONALE	Ministero della Salute	Piano Sanitario Nazionale	PSN
	Regione Puglia	Piani Sanitari regionali; nello specifico: Linee Guida da adottare in Conferenza programmatica	PSR
DIMENSIONE STRATEGICA	Direzione strategica	Predisposizione ed adozione del Piano triennale e annuale delle performance (comprensivo degli obiettivi generali, azioni e priorità)	Art. 10 del D.Lgs. 150/2009
		Assume la responsabilità del budget generale dell'istituto, assegna gli obiettivi ai CdR, ne verifica, tramite l'OIV, il raggiungimento.	
		Il Direttore Generale individua gli obiettivi da assegnare ai componenti della direzione strategica e ne verifica la percentuale di conseguimento, disponendo la relativa valutazione conformemente a quanto stabilito dal contratto individuale di lavoro.	
DIMENSIONE OPERATIVA BUDGETING	Dirigenti apicali titolari di CdR	Sulla base del Piano annuale, attraverso il documento specifico (Scheda sinottica del Piano delle attività), concorrono alla definizione degli obiettivi di struttura. Valutazione del personale dirigente e del comparto assegnato alle singole strutture	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
	Dirigenti non apicali	Contributo alla pianificazione degli obiettivi di struttura e contributo alla valutazione del personale	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
	Personale del comparto	Obiettivi operativi individuali secondo ruolo, responsabilità e competenze delle singole unità di personale.	Art. 5 comma 1 lett b) del D.Lgs. 150/2009
DIMENSIONE MISURAZIONE/VALUTAZIONE	Organismo Indipendente di Valutazione	Esercizio in piena autonomia delle attività previste all'art.14, comma 4 del D.Lgs.150/2009 e ss.mm.ii. modificato dall'articolo 11, comma 1, lettera c) del decreto legislativo 74/2017 in particolare:	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017

		<p>a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;</p> <p>b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione di cui all'articolo 13 (Commissione per la valutazione, l'integrità e la trasparenza nelle Amministrazioni Pubbliche) (ORA: Dipartimento Funzione pubblica);</p> <p>c) valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10 e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;</p> <p>d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;</p> <p>e) propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;</p> <p>f) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;</p> <p>g) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.</p>	
<p>DIMENSIONE MISURAZIONE/VALUTAZIONE</p>	<p>Struttura Tecnica Permanente (STP)</p>	<p>Svolge funzioni di supporto alle attività dell'Organismo Indipendente di Valutazione.</p> <p>E' connotata dall'integrazione di determinate professionalità afferenti alle tematiche oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'OIV stesso.</p> <p>Nell'ambito della gestione delle performance, le funzioni integrate della STP fanno principalmente riferimento all'UO Pianificazione e Controllo, che ha la responsabilità di coordinare gli eventuali contributi richiesti ad altre professionalità dell'Istituto (vedi area risorse umane, gestione</p>	<p>Art. 14 del D.Lgs. 150/2009</p>

		economico-finanziaria, sistemi informativi, ecc.) ai fini delle necessarie azioni di monitoraggio e verifica delle prestazioni	
	Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità (CUG)	Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico nell'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori	Legge 183/2010
DIMENSIONE VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Istituto	Definizione modello di valutazione. Costituzione mappa Stakeholder. Individuazione attività/servizi da valutare, le dimensioni di performance e i soggetti valutatori. Attività di formazione e comunicazione, valutazione e utilizzo dati.	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017
	Organismo Indipendente di Valutazione	Verifica l'adeguatezza del modello di valutazione partecipativa. Verifica dell'effettivo rispetto per la corretta applicazione del principio di partecipazione dei cittadini e utenti. Elemento integrante la valutazione della performance organizzativa e per la validazione della Relazione annuale sulla performance.	D.Lgs. 150/2009 D.Lgs. 74/2017
	Cittadini/Utenti/alt re PP.AA. etc.	Possono contribuire sia nella fase preparatoria che nella valutazione finale.	

LA DEFINIZIONE DELLE STRATEGIE E FASI

Strategia aziendale e Piano della performance

La *vision* direzionale deriva dalla normativa nazionale di riferimento e dalle linee di indirizzo strategico dettate a livello regionale e, annualmente, la Direzione riconsidera i propri indirizzi strategici alla luce delle suddette fonti.

Gli obiettivi strategici aziendali (riferiti ad un singolo esercizio o a più anni in base ai tempi necessari per la realizzazione degli stessi) sono definiti dalla Direzione Generale che, con cadenza annuale o pluriennale, stabilisce le linee strategiche aziendali sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione, dalle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza anche con la Politica della Qualità, dalla normativa nazionale e regionale e sentite le proposte dei singoli responsabili di struttura complessa sanitaria e amministrativa, oltre ai responsabili delle strutture di staff.

A titolo esemplificativo, si riporta di seguito l'Albero della performance dell'Istituto dell'anno 2020, con gli obiettivi strategici dell'anno di riferimento.

Prospettiva BSC	Prospettiva economico-finanziaria		Prospettiva processi di gestione				Prospettiva Soddisfazione Stakeholder		Prospettiva Ricerca e Crescita		
Area strategica	Attività economica da SSN	Program. Fabbisogno Beni e Servizi anche Finanziari. FESR	Azzerare l'inappropriatezza	Innovazione Processi Gestionali/Organizzativi	Puntuale trasmissione DATI per adempimento flussi informativi	Efficienza operativa	Curare la Soddisfazione e degli stakeholder	Migliorare l'Accoglienza	Intercambiabilità Risorse Umane	Formazione	Potenziamento Ricerca: IFN, casistiche e Sperimentazioni
Strategia obiettivo strategico	Massimizzare le attività di ricovero e ambulatoriali nel rispetto delle direttive anti-contagio, fino alla fine dello stato di emergenza Diminuire i costi	1. Pianificare il fabbisogno di beni e servizi per la redazione del piano biennale 2. Monitoraggio del budget dello straordinario	Azzerare i ricoveri con DAG ad alto rischio di inappropriatezza	1. Implementare revisioni per il miglioramento. 2. Ripresa della metodologia Lean "Salute di valore" su indicazioni dell'ARESS dopo la sospensione dettata dalla condizione dello stato di emergenza. 3. Potenziamento della Rete Ospedaliera	Ortemperare alla fornitura di dati per rispondere ai flussi richiesti dal Ministero, dalla Regione e/o da altre amministrazioni	1. Degerca media repair 2. Uso sistemi informativi 3. Revisione organizzativa 4. Ricetta dematerializzata 5. Case Mix 6. Redazione PDTA 7. ISO 9001:2015 Qualità	1. Nessun reclamo per i ricoveri programmati. 2. Indice Tempestività Pagamenti. 3. Attivazione di ZigoPA presso gli sportelli	1. Sensibilizzazione e reclami e contestazioni 2. Ridurre tempi d'attesa: prestazioni e referti 3. Adeguare l'accoglienza alle misure anti-contagio	Formazione: tra colleghi	Organizzazione e attivazione di nuove forme di presenza del personale ai corsi di formazione	Conseguimento punteggio di IFN per la ricerca attraverso il supporto alle Pubblicazioni Scientifiche

I contenuti sopra richiamati vengono annualmente elaborati ed aggiornati nel Piano della performance, documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con i contenuti della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, oltre a definire gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei diversi livelli di performance. Si riporta di seguito uno schema esemplificativo dello stesso, in cui sono indicati l'area di intervento, i risultati attesi ed il peso degli stessi.

N	AREA	DESCRIZIONE obiettivi e indicatori	RISULTATO ATTESO ANNO I	RISULTATO ATTESO ANNO II	RISULTATO ATTESO ANNO III	PESO
1						
2			-	-		

Tale Piano viene successivamente esplicitato, annualmente, attraverso la scheda sinottica sotto riportata, nella quale vengono evidenziate le macroaree di intervento, gli obiettivi generali, le azioni da intraprendere per la realizzazione dello stesso e il peso attribuito nonché gli indicatori di misurazione dell'attività intrapresa.

Obiettivi Generali	Area strategica	Codice	Descrizione	Azioni	Indicatore	Valore atteso	Performance Organizzativa =Peso Direttore CdR
--------------------	-----------------	--------	-------------	--------	------------	---------------	--

A. Prospettiva Economico-Finanziaria

A1	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio o di Bilancio	A1a	Incremento dei ricavi	Incremento ricoveri e nuove prestazioni sanitarie Acquisizione di finanziamenti	Maggiori Ricavi rispetto al 2019	+2.222.000	10
		A1b	Contenimento dei costi	Contenere costi di beni, servizi. Rispetto dei limiti di spesa del Personale: 50% del 2009 per i T.D. e 1,4% della spesa complessiva rispetto al 2004. Contenere la spesa dispositivi e farmaceutica: (brand, antibiotici, prestazioni a distribuzione territoriale, dispositivi in vitro, dispositivi ad alto costo)	Gestione dei costi rispetto 2019: 1.Limiti di spesa del personale 2.Maggiore utilizzo biosimilari rispetto al consumo complessivo 3.Riduzione di utilizzo di antibiotici c J01DH sul consumo totale antib. 4.Incremento prescrizioni biosimilari a distribuzione territoriale 5.Contenimento costi dispositivi medici in contratti d aggiudic.ne gare <Bisogno pimestrare 6.Scorte dispositivi ad alto costo	1,4% & 50%TC >90% >20% >30%	15
A2	Program. Fabbisogno Beni e Servizi anche Finanziar. FESR	A2	1.Pianificare i consumi delle risorse 2.Proposte progettuali 3.Pianificazione straordinaria	1.Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi 2.Comunicare entro i termini 3.Rispetto budget straordinario	1.Giorni di ritardo nella trasmissione 2. gg ritardo nella trasmissione 3.Numero ore oltre il budget	=0 =0 =0	10

B. Prospettiva dei Processi Interni

B1	Azzerare l'inappropriatezza	B1	Gestire i ricoveri con DRG alto rischio inappropriatezza	Indirizzare ricoveri ad alto rischio su day-service /day-hospital /day-surgery.	Numero DRG fra i 108 ad alto rischio inappropriatezza	=0	13
B2	Innovazione Processi Gestionali/Organizzativi	B2	1.Applicare la metodologia Lean "Salute di valore". 2.Implemetare revisioni per il miglioramento.	1.Implementare la metodologia su procedure esistenti. 2.Snellire, per ridurre sprechi di tempo e di risorse.	1.Numero di revisioni attivate 2. Numero attivazioni	>=1 or >=	5
B3	Trasmissione DATI per adempimenti flussi informativi	B3	Partecipazione alle circolarizzazioni delle informazioni, e tempestività della comunicazione	Predisporre i dati utili alla formazione dei flussi, ai fini dell'adempimento e del rispetto delle prescrizioni normative regionale e nazionali.	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza	=0	5
B4	Efficienza operativa	B4	1.Degenza media reparti 2.Uso sistemi informativi 3.Revisione organizz.va 4.Ricetta dematerializzata 5.Case Mix 6.Redazione PDTA 7.ISO 9001:2015 Qualità	1.Riorganizzare attività di ricov. 2.Pieno utilizzo dei software 3.Documento di riorganizz.ne 4.Pieno utilizzo ricetta bianca 5.Aumentare indice di compless 6.Studio e Stesura di PDTA 7.metodo Risk Based Thinking	1.Degenza media 2.Relazione SIA 3.Presentazione al protocollo 4.Numero ricette rosse 5.Indice complessità 6.N.PDTA adottati 7.Esecuz. Valutaz. Rischio FMEA	<=8 and = Ok and >=1 and =0 and (definire) and >=2 and k resp.qualità	12

C. Prospettiva Soddisfazione degli Stakeholder

C1	Curare la Soddisfazione degli stakeholder	C1	1. Accogliere i ricoveri in elezione. 2. Indice Tempestività Pagamenti.	1. Personale dedicato ad accogliere 2. Verifica sui punti di liquidazione	1. Numero di Contestazioni per l'accoglienza presso URP 2. Valore indice ITP	=0 and <= -5 gg	4
C2	Migliorare l'Accoglienza	C2	1. Sensibilizzazione reclami e contestazioni 2. Ridurre tempi d'atte prestazioni e referti	1. Monitorare mensilmente i dati forniti dall'ufficio URP 2. Rispetto del piano regionale	1. Numero segnalazioni negative 2. Valori piano regionale	<=2 and Ok resp. RULA	10
C3	Ampliare l'offerta per il paziente	C3	Individuazione dei contesti ampliamento	1. Presentare relazione su modalità e contesti. (legato A1a) 2. Attrattività extra-regionale	1. Numero proposte attuate 2. N. Ricoveri Extra / N. Ricoveri Intra	>=2 >_%(definire)	4

D. Prospettiva Apprendimento, Ricerca e Crescita

D1	Intercambiabilità Risorse Umane	D1	Formazione tra colleghi	Sostituzione di personale in procedure	Numero di procedure processate	>=2	4
D2	Formazione	D2	Adoperarsi per la formazione	Presenza agli eventi nel corso dell'anno	Numero di corsi convegni workshop medi dipendenti	>=1	4
D3	Potenziamento Ricerca: IFN, casistiche e Sperimentazioni	D3	Conseguimento punteggio di IFN per la ricerca. Supporto alle Pubblicazioni	1. Apporto al valore di IFN 2. Segnalazione di casistiche 3. Attività di ricerca sperimentale	1. Collaborazione finalizzata al conseguimento IFN 2. N. segnalazioni casistiche 3. partec. Sperimentazioni cliniche	>=1 or >=10 or >=1.	4
Totali pesi							100

Si evidenzia che la metodologia utilizzata per la predisposizione della scheda riportata sopra è la Balanced Scorecard (BSC). La BSC propone, infatti, un approccio integrato in cui si bilanciano le tradizionali prospettive economico-finanziarie (elementi "Hard") con quelle non finanziarie (elementi "Soft"), così da poter valutare la performance dell'azienda in un'ottica sia strategica che operativa, ampliando il significato meramente economico del concetto di budget.

In un'Azienda Sanitaria, infatti, l'impiego della BSC integra il sistema di budgeting e permette ad ogni singolo dipendente di interiorizzare la strategia aziendale.

La BSC permette, inoltre, di monitorare l'andamento delle performance dell'Ente, facilitandone la misurabilità, attraverso la determinazione di indicatori legati agli obiettivi, atti a misurare la performance (KPI) a cui viene associato il target (valore-obiettivo) da raggiungere.

Il tutto nell'ottica intrinseca della BSC, ovvero quella che i risultati economici possono essere conseguiti soddisfacendo adeguatamente i cittadini, promuovendo le innovazioni e l'apprendimento e sviluppando processi interni eccellenti.

Articolazione del sistema della performance

L'Articolazione del sistema in cui si sostanzia l'attività strategica è:

- CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE;
- SISTEMA DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA;
- SISTEMA DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.

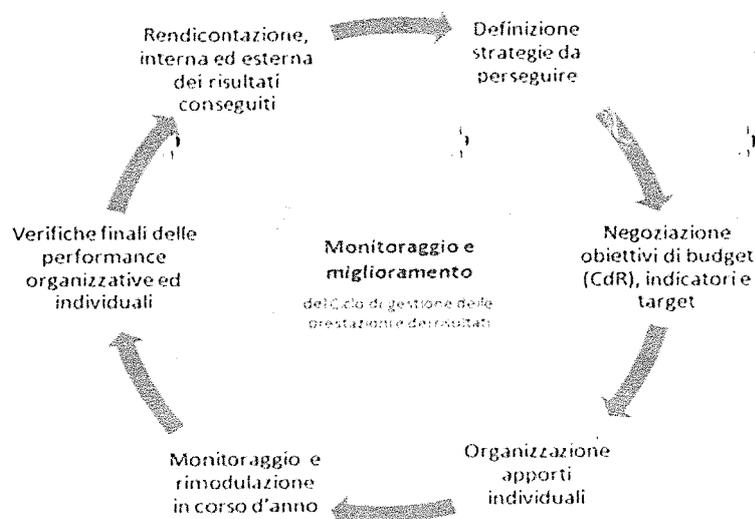
A ciò sono correlati i sistemi aziendali che concorrono al governo della performance, l'integrazione con i contenuti aziendali di programmazione economico-finanziaria, il sistema di valutazione partecipativa e le azioni di miglioramento.

CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

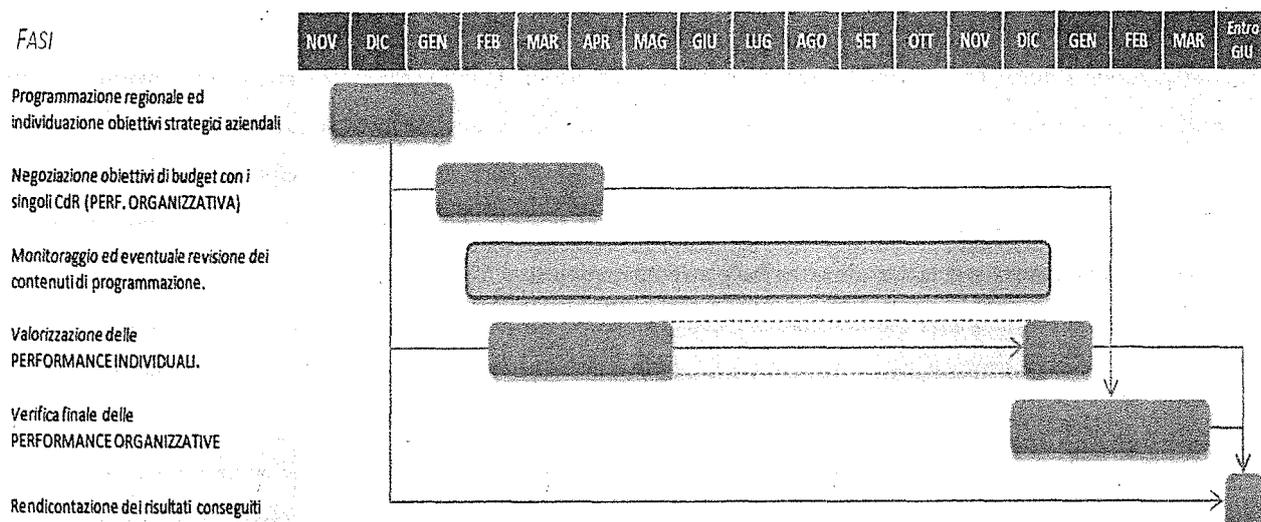
Il Sistema di gestione della performance rappresenta la capacità dell'Istituto di programmare e render conto delle proprie azioni, con l'effettiva messa in atto delle procedure annuali di misurazione e valutazione che si svolgono secondo uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede le seguenti fasi:

- individuazione delle aree e degli obiettivi strategici da parte della Direzione strategica, in attuazione della propria *vision*, oltre che al recepimento delle linee programmatiche dettate a livello regionale;
- attivazione del processo annuale di budgeting, con la definizione ed assegnazione degli obiettivi operativi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, fino alla rappresentazione dei budget di struttura disponibili per lo svolgimento delle attività complesse;
- monitoraggio ed eventuale rimodulazione dei contenuti della programmazione strategica e/o operativa;
- misurazione e valutazione delle performance conseguite nell'esercizio e del correlato grado di perseguimento delle strategie direzionali;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle Amministrazioni, nonché ai competenti organismi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Di seguito un prospetto riepilogativo delle diverse fasi:



Il processo si sostanzia nel corso dell'Esercizio preso in esame, secondo il timing annuale delle diverse fasi del ciclo di gestione della performance; pur condizionabile da fattori "esterni" al governo dell'Ente. E' indicativamente rappresentato nel seguente cronogramma:



Le tempistiche sono comunque condizionate dalle documentazioni messe a disposizione dagli organi di indirizzo politico.

Pertanto, in caso di mancato rispetto dei tempi fissati dal cronogramma, si tiene conto dei risultati del ciclo della performance dell'anno precedente e degli obiettivi triennali dell'ente, al fine di assicurare la regolare prosecuzione dell'attività di gestione.

SISTEMA DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA (BUDGETING OPERATIVO)

Il Sistema di programmazione e controllo della performance organizzativa deriva logicamente i propri contenuti dalle linee strategiche direzionali e, in linea con quanto a suo tempo disposto dalla normativa vigente, orienta il proprio focus, in termini di processi, risultati, input, output ed outcome, verso i seguenti ambiti di valutazione della performance:

- attuazione delle politiche riferite alla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- attuazione di piani e programmi, ovvero misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello di assorbimento delle risorse;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità di attuazione di piani e programmi;
- sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso la creazione di forme di partecipazione e collaborazione;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Il Sistema, attraverso l'attuazione delle logiche di budgeting riferite ad ogni Centro di Responsabilità (CdR) dell'Istituto, mira a perseguire i livelli di efficienza ed efficacia sintetizzate nelle strategie direzionali, oltre a responsabilizzare, secondo opportuni livelli, il personale afferente ai diversi ambiti organizzativi.

Le funzioni coinvolte

Partendo dal presupposto che la gestione del processo delle performance è interno all'Istituto, propedeutico al processo di pianificazione è, come detto sopra, il ruolo della Direzione strategica che ha il compito di definire, sulla base della programmazione regionale, gli indirizzi generali (Linee guida) per la programmazione pluriennale dell'Istituto, adottando annualmente il Piano triennale delle attività ed il Piano annuale di attività.

La gestione del sistema di programmazione e controllo della performance organizzativa coinvolge necessariamente i seguenti soggetti, con i relativi ambiti di responsabilità:

Direzione strategica	Adozione degli atti e regolamenti connessi al Sistema di misurazione valutazione. Definizione organigramma e funzionigramma, con relative strategie aziendali. Definizione e diffusione delle linee guida annuali di Budget (invito al ciclo della performance). Analisi e negoziazione schede di budget con i titolari di CdR. Predisposizione del Piano triennale e Relazione annuale della performance.
OIV (Vedi comma 4 art. 14 D.Lgs 150/09)	Monitoraggio della corretta applicazione del Sistema. Accertamento sulla coerenza dei contenuti programmati. Analisi infra-annuali e valutazioni conclusive delle performance organizzative conseguite dai singoli CdR. Adempimenti di cui al c.4 dell'art. 14 del citato D.Lgs 150/09. Validazione dei contenuti del Sistema, compresa la Relazione annuale sulla performance.
STP	Supporto all'OIV nello svolgimento delle proprie funzioni. Supporto alla Direzione strategica nelle fasi di proposta, monitoraggio e verifica dei livelli di performance. Supporto nell'elaborazione della Relazione annuale sulla performance.
Direttori di struttura (CdR)	Analisi e negoziazione schede di budget di CdR. Monitoraggio infra-annuale sul grado di conseguimento degli obiettivi di CdR. Relazione annuale riferita alla performance conseguita dal relativo CdR/ambito organizzativo di diretta responsabilità.

Processo di budgeting: dagli obiettivi generali agli obiettivi specifici

Il Direttore Generale provvede a rendere noto a tutti i Responsabili di Struttura la scheda sinottica del Piano delle attività della Direzione Generale, nonché il ciclo della performance dell'anno di riferimento, cui debbono attenersi per la formulazione degli obiettivi di Struttura.

I Responsabili di Struttura esprimono le loro valutazioni per la individuazione e formulazione degli obiettivi del proprio CdR, entro i termini indicati dal Direttore Generale, sulla base della scheda sinottica del Piano delle attività della Direzione Generale dell'anno di riferimento, utilizzando un software dedicato e attenendosi alle procedure di qualità. Il Direttore Generale attraverso l'UO Pianificazione e Controllo provvede a convocare i responsabili di struttura per la negoziazione e la sottoscrizione del documento di budget

La negoziazione si svolge alla presenza della Direzione Aziendale (Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo), di ogni responsabile di struttura, con il supporto dell'UO Pianificazione e Controllo.

Dalla discussione possono emergere eventuali modifiche o integrazioni alle proposte, delle quali si terrà conto per la redazione del documento di budget definitivo, che viene effettuata dall'UO Pianificazione e Controllo e sottoscritto dalla Direzione Aziendale e dal responsabile di struttura. Il documento di budget è costituito dal budget annuale, inteso come risorse messe a disposizione del responsabile di struttura, e dagli obiettivi programmatici.

Di seguito si riporta un esempio di scheda di proposta di obiettivi e della conseguente scheda di accettazione degli stessi da parte dei CdR in uso presso l'Ente.

Nella pagina successiva le indicazioni riguardanti le risorse da considerare per il conseguimento degli obiettivi:

Obiettivi Specifici 2020

Processo di budgetizzazione: 2020

SMO U.O.C. Patologia Clinica, Laboratori Specialistici, Laboratori di Ricerc

Dott.

Obb. Spec.	Descr. Obb. Spec.	Cod. Descr. Analitica	Azioni	Indicatore	Valore Target	Posto UO	Posto Sp	Posto Com
------------	-------------------	-----------------------	--------	------------	---------------	----------	----------	-----------

Totale prospettiva D

12 12 12

A Piano degli investimenti

Attrezzature	001	SEQUENZIALTOR E DI NUOVA GENERAZIONE PER DATI HIGH PREPARATORE AUTOMATICO	CONTO CAPITALE		170000			
Attrezzature	001.1	CAPPA BIOLOGICA A FLUSSO LAMINARE, CAPPA CHIMICA, CENTRI FLUGA DA	CONTO CAPITALE		78000			
Attrezzature	001.2	FORNITURA DI ED ANALIZZATORE CON TECNICA EBI SA PER PICCOLE ROUTINE PER PATOLOGIA CLINICA	INTERVENTO CANDIDATO PO-FESR FASE 2		28050			
Attrezzature	001.3	FORNITURA DI ED 2 SISTEMI AUTOMATICI PER LA COLORAZIONE DI VETRINI MICRO BIOLOGICI PER PATOLOGIA CLINICA	INTERVENTO CANDIDATO PO-FESR FASE 2		58000			
Attrezzature	001.4	FORNITURA DI UN SISTEMA DI DIAGNOSTICA DI MICROBIOLOGIA ESPERTO CHE AUTOMATIZZA LA LETTURA DEGLI ALONI DI INIEZIONE DI TUTTE LE VARIETA' DI ANTIBIOTICO IN STRISCE A GRADIENTE DI CONCENTRAZIONE MIC E DISCHI ANTIBIOTICI CORREDATO DI PO ED ACCESSORI ED INTERFACCIA BIL I LIS-LIMS	INTERVENTO CANDIDATO PO-FESR FASE 2		51900			
Software e licenze	002				0			
Impianti e macchine	003				0			
Altro	004				0			
Automezzi	004				0			
Totale						€ 379.830		

P Piano degli delle Risorse Umane

Personale	001				0			
Personale precario	002				0			
Totale						€ 0		

LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA

Dott.

Il Direttore Generale

Dott.

La Direzione Aziendale, nel corso dell'anno, può convocare individualmente ciascun responsabile di struttura per verificare l'andamento degli obiettivi, delle attività e delle risorse, al fine di porre in essere eventuali azioni correttive, che possono configurarsi in modifiche degli obiettivi e/o delle risorse. Allo stesso modo, il responsabile di struttura può richiedere, attraverso l'UO Pianificazione e Controllo, una rinegoziazione di obiettivi e/o risorse per sopraggiunte cause ostative alla realizzazione degli obiettivi concordati per oggettiva e non prevedibile variazione delle risorse concordate.

Di seguito si riporta la scheda di monitoraggio attualmente in uso.

Obiettivi Specifici 2020

Processo di budgetizzazione: 2020

SMO U.O.C. Patologia Clinica, Laboratori Specialistici, Laboratori

Dott.

LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA

2020/00/000

Descrizione attività	Classificazione	Contenuto	Contenuto	Contenuto	Contenuto	Contenuto	Criticità
A1. Raggiamento Escalator/Pareggio di Spazio	A1b	Contenimento dei costi	Contenere costi di beni, servizi. Contenere la spesa dispositivi	Minori Costi rispetto 2019: 5.Costi dispositivi medici in vitro 6.Scorte dispositivi medici in vitro	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	5. specificare contratti attivati 6. dato 7. rievocabile con tempestività inventario di forniture (raccomanda +10% pt. 20) contenimento +20% pt. 10 date storte	
A2. Programmi Fidejussorio Beni e Servizi/Anche Fidejussorio FESF	A2	1.Pianificare i consumi delle risorse 2.Proposte progettuali 3.Stradaordinario	1.Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi 2.Comunicare progetti nei termini 3.Rispetto budget straordinario	1.Giorni di ritardo nella trasmissione 2 Proposte avanzate 3 Numero ore oltre il budget	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	1.OK Area Patrimonio 2.Indicazione 3.OK Proposte presentate 3.OK riproduzione ore straordinario	
B2. Revisione Processi Organizzativi	B2	Revisione processi per innovare e adempiere a Privacy e Anticorruzione	Documentare attività per ridurre spreca di tempi e risorse adeguandosi agli obblighi di Privacy e Anticorruzione (automatizzazione dei sistemi, promuovere ai cittadini in attesa lo scedi per il FSE)	Numero attività documentate o attestate da DPO per la Privacy e dal RPOCT per Anticorruzione	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	Attesa relazione DPO e RPOCT	
B3. Trasmissione DPO per Anticorruzione	B3	Cooperare per la circolazione di informazioni, ai fini del rispetto degli adempimenti obbligatori dei Flussi informativi.	Proporre i dati alla formazione di tutti flussi di pertinenza dell'UO e per i flussi dati per la dimissione dei pazienti interni e referi Utente.	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	OK. Nessuna segnalazione da parte dei reparti a carico della Patologia Clinica	
B4. Efficienza operativa	B4	2. Uso sistemi informativi 3. Revisione organizzativa 4. Ricetta Sematenaizzata 6. Visione PDTA 7. ISO 9001:2015 Qualità	2. Pieno utilizzo del software 3. Documento di organizzazione 4. Pieno utilizzo ricetta bianca 6. Studio di PDTA prodotti 7. Mappatura del rischio: metodo Risk Based Thinking	2. Relazione SIA 3. Presentazione al protocollo 4. Numero ricette rosse 6. Commenti sul lavoro se partecipato 7. Collaborare alla mappatura del rischio con FMEA	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	2. OK Positivo 3. OK Attività per i tempi 4. In verifica 6. attesa documentazione 7. OK Attività in avanzamento	
C1. Controllo Sanificazione degli ambienti	C1	Accogliere i pazienti in transito.	Personale dedicato ad accogliere e applicazione misure anticovid	Numero di contestazioni presso URP	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	Dato Quantitativo: attesa relazione URP	
C2. Migliorare l'accoglienza	C2	1. Sensibilizzazione reclami e contestazioni	1. Monitorare mensilmente i dati forniti dall'ufficio LRP	N. Segnalazioni negative a proprio carico	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	Dato Quantitativo: attesa relazione al III trimestre	
D1. Migliorare la qualità delle cure	D1	Formazione tra colleghi	Sostituzione di personale in procedure	Numero di procedure processate	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	Dato Quantitativo: attesa relazione al III trimestre	
D3. Ricerca scientifica e sperimentazione	D3	Conseguimento punteggio di IFN per la ricerca. Supporto alle Pubblicazioni	1. Apporto al valore di IFN 2. Segnalazione di casi 3. Attività di ricerca sperimentale	1. Collaborazione finalizzata al conseguimento di IFN 2. N. segnalazioni casistiche 3. partec. Sperimentazioni cliniche	-0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10	Dato Quantitativo: attesa relazione al III trimestre	

Attraverso il sistema di budget, sono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e, attraverso la produzione di report, viene monitorato l'andamento della gestione, confrontandolo con gli obiettivi prefissati per definire tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

I dati rilevati a tali verifiche sono condivisi con l'OIV per eventuali considerazioni.

Dal mese di gennaio dell'anno successivo a quello oggetto di negoziazione, previa raccolta dei dati dalle strutture individuate sulla scheda di budget con la presentazione di una relazione finale di esplicazione di quanto effettuato

rispetto agli obiettivi specifici assegnati, viene eseguito il monitoraggio per una valutazione complessiva della performance organizzativa.

La STP provvede a raccogliere le informazioni e la documentazione necessaria alla valutazione, comprese le "carte di lavoro", predisponendo la documentazione rappresentativa dei risultati finali del budget, ad informare la Direzione sul grado di raggiungimento dei risultati, a curare i rapporti tra l'Istituto e i componenti dell'OIV, a convocare d'intesa con la Direzione Generale le sedute dell'OIV al fine di svolgere una funzione di controllo del raggiungimento degli obiettivi di struttura, una valutazione annuale dei risultati e la formulazione di considerazioni alla Direzione Generale dei risultati raggiunti.

I riscontri all'avvenuto raggiungimento degli obiettivi aziendali e di struttura trovano evidenza principalmente attraverso atti documentali e verifiche sui seguenti sistemi informativi in uso presso l'ente:

- sistema amministrativo-contabile;
- sistema di controllo di gestione;
- sistema di valutazione individuale;
- sistema per la gestione del personale.

Tale attività viene inoltre effettuata attraverso i documenti prodotti nell'ambito della qualità, della ricerca e della formazione.

L'OIV, terminato l'esame dei risultati e della documentazione ad essi allegata, formula pareri e proposte alla Direzione Generale su eventuali criticità riscontrate.

La Direzione Strategica adotta il provvedimento di verifica del raggiungimento degli obiettivi e adotta la Relazione sulla performance, che sarà trasmessa all'OIV per la validazione. Nella Relazione viene riportata la scheda sinottica degli obiettivi relativi alla performance organizzativa con i relativi risultati aziendali.

Di seguito un esempio di scheda sinottica consuntiva del risultato finale della performance organizzativa per CdR.

R20 S.O.C. CHIRURGIA GENERALE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	95	93	98

R30 S.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA 1			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	86	85	94

R3A e R3B S.O.S. DI ONCOLOGIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	87	88	99

R40 S.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA 2			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	80	80	90

R60 S.O.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	86	89	98

SISTEMA DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La programmazione e verifica delle prestazioni individuali sono necessariamente collegati alla dimensione della performance organizzativa, quale contributo dei singoli dipendenti ai fini del conseguimento dei risultati d'equipe. A tal proposito l'Istituto, nel rispetto dei debiti passaggi di contrattazione integrativa, disciplina in appositi protocolli applicativi la metodologia di dettaglio riferita all'analisi delle performance individuali effettivamente prestate e le correlate modalità di calcolo degli incentivi individuali, predisposti sulla base dei principi operativi contenuti nel presente documento.

A garanzia di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, ossia la determinazione di un premio di risultato necessariamente correlato alle performance conseguite dall'Amministrazione, i relativi fondi contrattuali sono quindi distribuiti ai singoli dipendenti in base alla verifica logicamente connessa dei due seguenti livelli di performance:

1. il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget assegnati alla struttura di afferenza (performance organizzativa);
2. il contributo apportato dal singolo dipendente al raggiungimento dei suddetti obiettivi e più in generale all'efficiente ed efficace funzionamento della propria struttura (performance individuale).

L'OIV monitora costantemente la validità della metodologia adottata, nonché la corretta applicazione della stessa in corso d'anno.

La metodologia per la valorizzazione degli apporti individuali

A partire dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Istituto, ai fini della massima trasparenza e partecipazione, richiede ai propri responsabili di struttura, ove opportuno anche con il coinvolgimento delle eventuali figure di coordinamento del personale del comparto, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori. In tale fase tutto il personale viene coinvolto nel conseguimento degli obiettivi di struttura, procedendo all'analisi delle modalità attraverso cui organizzare i necessari apporti individuali (qualitativi e quantitativi).

In relazione a ciò, a partire dalla metodologia adottata in via uniforme nell'ambito dell'intera organizzazione, devono essere previsti una serie di criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali, secondo quanto definito negli accordi sindacali (comparto e dirigenza).

Nella gestione delle schede individuali è di fondamentale importanza che ogni elemento oggetto di valorizzazione risulti di significato oggettivabile e/o documentabile, evitando in modo assoluto ogni forma di soggettività non sostenibile da evidenze operative.

Processo di valorizzazione della performance individuale (preventiva e finale)

In attuazione dei principi di trasparenza e partecipazione disposti dalla normativa di riferimento, ciascun responsabile di CdR titolare di budget è chiamato a valorizzare il livello di apporto annuale alla produttività dell'equipe da parte di ciascun collaboratore. A tal proposito, lo stesso responsabile di CdR concorda la programmazione degli apporti dei singoli collaboratori in considerazione degli obiettivi assegnati alla struttura (VALORIZZAZIONE PREVENTIVA) ed al termine dell'esercizio procede alla valorizzazione degli apporti individuali effettivamente prestati (VALORIZZAZIONE FINALE). La valorizzazione dei singoli collaboratori, perciò, deve essere effettuata sia in via preventiva, per definire

l'impegno concordato con ciascuno, che a consuntivo, per verificare quale sia stato l'apporto effettivo prestato dal singolo nel corso dell'anno.

Di seguito si riporta un esempio di scheda da adottare dal 1 gennaio 2021.

SCHEDA FINALE					
SCHEDA VALUTAZIONE		Punti:		Score:	
	Liv. 1	Liv. 2	Liv. 3	Liv. 4	Liv. 5
1	N° ambiti con adeguato apporto fra: puntualità di azione, completezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni, partecipazione a programmazione e controllo attività				
	1 ambito	2 ambiti	3 ambiti	4 ambiti	Tutti gli ambiti
2	Grado di intercambiabilità operativa nel rispetto delle altre competenze specialistiche rispetto alle attività che sono svolte nell'ambito organizzativo di riferimento				
	< 50%	51 - 60%	61 - 70%	71 - 80%	> 80%
3	Grado di operatività in autonomia: n. procedure gestite in autonomia rispetto ai compiti assegnati alle attività ordinarie (problemi solvibili)				
	1 proc.	2 proc.	3 proc.	4 proc.	5 proc.
4	Disponibilità a garantire esigenze di servizio (vd turni, sostituzioni, ecc.)				
	minima		parziale		totale
5	Capacità di lavorare in team				
	non adeguata	parzialmente adeguata	adeguata	più che adeguata	eccellente
6	Grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati dalla struttura cui il dipendente partecipa				
	< 50%	51 - 60%	61 - 70%	71 - 80%	> 80%

Annotazioni del VALORIZZATORE:

Il Dipendente VALORIZZATO:

Al fine di rendere ACCETTA la scheda finale in DAT e
 l'ordine di lavoro e CONFERMA la scheda finale in DATA

Per il calcolo dell'incentivo spettante, ovviamente, viene utilizzato il punteggio di flessibilità individuale verificato a fine anno, corrispondente all'effettivo apporto prestato nel corso dell'esercizio.

Il punteggio sintetico di flessibilità individuale ai fini del calcolo degli incentivi è individuato in un range di variabilità i cui valori minimo e massimo saranno determinati in sede di contrattazione integrativa aziendale.

La metodologia di "valorizzazione" differenziale deve essere introdotta previa idonea attività informativa da parte dei responsabili di CdR a tutto il proprio personale. In particolare, anche per indurre la partecipazione dei dipendenti al processo di crescita della produttività aziendale, le parti convengono che i criteri ed i livelli individuati nell'apposita "griglia" di valorizzazione dell'equipe omogenea devono essere "condivisi" ex ante all'interno dell'equipe che li adotta; essi devono risultare oggettivi e misurabili, riferibili ad ambiti quantitativi, qualitativi, temporali, organizzativi, etc.

Il responsabile di CdR è inoltre tenuto a presentare i contenuti e la motivazione della valorizzazione ai diretti interessati.

A fronte di eventuali motivi di non condivisione da parte del Soggetto valorizzato circa gli apporti individuali rilevati nella scheda di valorizzazione di fine esercizio (casistica questa che, tenuto conto del processo di valorizzazione anche in via preventiva, nonché della prevista oggettività dei contenuti della scheda, dovrebbe normalmente riguardare solo aspetti procedurali e/o metodologici), il dipendente interessato, entro 7 giorni dalla presa visione della propria scheda, può inoltrare istanza di revisione al relativo valorizzatore, il quale, nel caso ritenga congruo accogliere le motivazioni del ricorrente, procede direttamente all'aggiornamento della scheda individuale ed alla conseguente gestione della stessa nelle modalità previste dal Protocollo.

Nel caso in cui, invece, il valorizzatore non condivida le motivazioni dell'istanza pervenuta, lo stesso provvederà alla trasmissione della relativa documentazione, eventualmente integrata con le proprie conseguenti considerazioni, in prima battuta al responsabile gerarchico sovraordinato rispetto al valorizzatore; nel caso di ulteriore mancata risoluzione delle motivazioni alla base della suddetta istanza, all'attenzione dell'OIV, il quale è tenuto a valutare ogni necessaria informazione in merito, quindi a decidere sull'accogliibilità del ricorso espresso dal valorizzato. In tale fase, se ritenuto opportuno dall'OIV, lo Stesso può richiedere un confronto con il valorizzato e/o il valorizzatore per gli opportuni approfondimenti.

Nel caso in cui, in corso di anno, si verificano eventi straordinari rilevati dall'Ufficio Pianificazione e Controllo e valutati sia dalla Direzione Strategica che dall'OIV, tali da comportare sostanziali modifiche agli obiettivi specifici assegnati, il Direttore/Responsabile di CdR è tenuto alla rivisitazione conseguente degli obiettivi e/o criteri di valorizzazione individuali assegnati all'inizio dell'anno, secondo la medesima procedura prevista dal presente regolamento.

La responsabilità del dirigente di struttura di definire l'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe rientra fra le competenze obbligatorie del proprio incarico dirigenziale, quindi costituisce specifica rilevanza nell'ambito della valutazione delle capacità manageriali del dirigente medesimo, anche ai fini della conferma dell'incarico.

I SISTEMI AZIENDALI CORRELATI AL GOVERNO DELLA PERFORMANCE

Il sistema di valutazione permanente del personale

In applicazione di quanto previsto dai Contratti Nazionali della Sanità, l'Istituto adotta con apposita regolamentazione i sistemi di valutazione permanente per la valutazione e la conferma degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione del comparto.

Tali sistemi, oltre a recepire le informazioni derivanti dalle verifiche delle performance sia organizzative che individuali, integrano le stesse per procedere ad una più complessa analisi sia in termini di professionalità dei comportamenti che di capacità gestionali/organizzative dimostrate nello svolgimento del proprio incarico.

Le risultanze definitive delle valutazioni in questione (valutazione positiva o negativa) vengono annotate nel fascicolo personale di ciascun dipendente e concorrono alle dinamiche di carriera degli interessati.

Di seguito il quadro dei regolamenti attualmente approvati e vigenti e di quelli con iter avviato o da avviare, fatti salvi ulteriori integrazioni ed aggiornamenti:

COMPARTO

- | | |
|--------------------------------|--|
| • delibera n. 425 - 28/06/2019 | regolamento per la progressione economica orizzontale |
| • delibera n. 314 - 24/06/2020 | regolamento per la graduazione e l'affidamento degli incarichi di funzione; |
| • delibera n. 60 - 16/02/2021 | protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante; |
| • iter da avviare | regolamento per la valutazione degli incarichi di funzione |

DIRIGENZA

- | | |
|--------------------------------|---|
| • delibera n. 131 - 06/03/2020 | regolamento per il conferimento e graduazione incarichi dirigenziali (dirigenza Medica Sanitaria e Professioni Sanitarie) |
| • delibera n. 61 - 16/02/2021 | regolamento in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali (dirigenza Medica, Sanitaria, PTA e professioni sanitarie) |

- delibera n. 58 - 16/02/2021 protocollo applicativo per la gestione del sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso sistema premiante (dirigenza Medica, Sanitaria, PTA e professioni sanitarie);
- delibera n. 50 - 22/04/2021 regolamento per la composizione e funzionamento dei collegi tecnici
- *in fase finale di approvazione* regolamento per il conferimento incarichi dirigenziali (dirigenza PTA);
- *iter da avviare* regolamento per la graduazione degli incarichi dirigenziali (dirigenza PTA);

A titolo di esempio si riporta la scheda di valutazione di prima istanza professionale/comportamentale individuata dall'Istituto nell'ambito del regolamento in materia di valutazione degli incarichi dirigenziali (dirigenza Medica, Sanitaria, PTA e professioni sanitarie);

A AREA DEL COMPORTAMENTO MANAGERIALE	GIUDIZIO (1-5)
1. Capacità di organizzare e coordinare le risorse assegnate	1 2 3 4 5
2. Capacità di valutare i propri collaboratori	1 2 3 4 5
3. Capacità relazionali interne ed esterne	1 2 3 4 5
4. Capacità di gestione sia in contesti operativi ordinari che di emergenza	1 2 3 4 5

MOTIVAZIONE DEGLI SCOSTAMENTI DAL GIUDIZIO MEDIO DI RIFERIMENTO (3):

B AREA DEL COINVOLGIMENTO NEI PROCESSI AZIENDALI	GIUDIZIO (1-5)
1. Grado di coinvolgimento nei complessivi processi inter-organizzativi	1 2 3 4 5
2. Contributo alla promozione dell'immagine aziendale e della propria struttura	1 2 3 4 5
3. Promozione e/o puntuale adesione rispetto alle linee d'indirizzo aziendali	1 2 3 4 5
4. Grado di propositività nella gestione delle criticità organizzative e/o procedurali	1 2 3 4 5

MOTIVAZIONE DEGLI SCOSTAMENTI DAL GIUDIZIO MEDIO DI RIFERIMENTO (3):

C AREA DELLA PERFORMANCE	GIUDIZIO (1-5)
1. Puntualità ed efficacia nella programmazione delle attività e delle risorse necessarie	1 2 3 4 5
2. Grado di monitoraggio dei processi, delle attività e dei correlati livelli qualitativi	1 2 3 4 5
3. Livello di rendicontazione riferita all'esercizio delle proprie responsabilità	1 2 3 4 5
4. Grado di adesione ai sistemi aziendali di gestione della performance	1 2 3 4 5

MOTIVAZIONE DEGLI SCOSTAMENTI DAL GIUDIZIO MEDIO DI RIFERIMENTO (3):

D AREA DELLA TECNOLOGIA ED INNOVAZIONE	GIUDIZIO (1-5)
1. Governo delle scelte relative alle tecnologie	1 2 3 4 5
2. Governo ed implementazione delle novità normative	1 2 3 4 5
3. Capacità di innovare nella propria organizzazione	1 2 3 4 5
4. Grado di sistematicità nelle progettazioni e sperimentazioni organizzative/gestionali	1 2 3 4 5

MOTIVAZIONE DEGLI SCOSTAMENTI DAL GIUDIZIO MEDIO DI RIFERIMENTO (3):

Gestione della trasparenza e dell'integrità

All'OIV è attribuita anche la responsabilità di monitorare circa l'attuazione di una gestione aziendale secondo principi di trasparenza ed integrità, cioè sull'impegno dell'intera organizzazione a render conto, sia all'interno che all'esterno della stessa, delle modalità di gestione delle risorse disponibili e soprattutto dei risultati conseguiti a vantaggio dei cittadini e di ogni altro portatore d'interesse.

L'Istituto tiene aggiornata costantemente l'area "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, al fine di assicurare il rispetto delle vigenti normative in ordine alla trasparenza ed integrità.

Gestione del clima organizzativo

In via coordinata con i contenuti ed i tempi di attuazione del Sistema di gestione delle performance, l'Istituto, recependo le linee d'indirizzo a livello nazionale, definisce le modalità per gestire anche un percorso di monitoraggio e gestione del clima organizzativo, quale strumento per comprendere la qualità dell'ambiente relazionale percepito dai propri dipendenti, anche in riferimento allo stesso Sistema di gestione delle performance.

Ai sensi dell'art. 28, comma 1 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, l'Istituto periodicamente predispone il documento sulla Valutazione del rischio "Stress Lavoro-Correlato".

Tale documento costituisce un costante obbligo normativo, ma anche una metodologia di sviluppo della cultura della sicurezza e un possibile strumento che favorisce il miglioramento del clima interno della propria organizzazione e delle relazioni tra i singoli lavoratori, individuando aree di forza e di criticità e supportando la definizione di percorsi di miglioramento della qualità del lavoro.

Il relativo rapporto viene pubblicato sul sito web dell'istituto nella sezione "Amministrazione trasparente" nella sottosezione "Altri contenuti" – "Dati ulteriori" – "Benessere Organizzativo".

INTEGRAZIONE CON I CONTENUTI AZIENDALI DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Al fine di procedere ad una programmazione delle performance in forma assolutamente responsabilizzata rispetto alle risorse disponibili e/o programmabili, il Sistema di gestione della performance dell'Istituto prevede un costante monitoraggio circa la coerenza dei programmi aziendali rispetto al contenuto dei documenti di programmazione economica e finanziaria.

La gestione degli obiettivi dell'Ente deve infatti essere condotta in forma integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. La suddetta integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance ed il processo di programmazione e di bilancio è realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutte le strutture che partecipano ai processi;
- il supporto della contabilità analitica per centri di costo intesa come mezzo di integrazione tra i processi.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Lo sviluppo del ciclo di gestione della performance prevede un continuo monitoraggio di tutti gli ambiti e fasi che lo compongono. A tal proposito l'OIV, con il supporto della STP, oltre ad accertare la corretta applicazione dei relativi sottosistemi, ove ne ravveda l'opportunità, può sottoporre all'attenzione della Direzione Aziendale la necessità di procedere ad interventi correttivi o migliorativi dei seguenti elementi:

- tempistica delle diverse procedure di programmazione e controllo;
- oggettività, trasparenza ed equità dei contenuti di programmazione;
- tipologia degli strumenti di programmazione, con particolare riferimento alle schede di budget;
- qualità e tempestività dei flussi informativi aziendali e della connessa reportistica;
- cultura diffusa in ambito aziendale circa la corretta gestione della performance in sanità;
- funzioni svolte dai diversi soggetti coinvolti nella gestione delle performance.

Altri interventi possono riguardare la soddisfazione degli utenti interni (gestione del clima organizzativo) ed esterni, attraverso il puntuale aggiornamento dell'area del sito istituzionale "Amministrazione trasparente".

Ulteriore elemento di miglioramento del processo valutativo è dato dalla creazione di un set di indicatori per la gestione degli obiettivi di budget.

Costituirà altresì elemento di miglioramento la costante funzionalità del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità per rafforzare il ruolo di tale Comitato in raccordo con l'OIV, al fine di assicurare il legame tra le dimensioni di pari opportunità, benessere organizzativo e performance dell'Istituto (Direttiva Funzione Pubblica n. 2/19).

Lavoro Agile

Un elemento di aggiornamento del sistema di valutazione dovrà tenere conto della gestione del personale in modalità di lavoro agile prevedendo in particolare:

- l'impegno di risorse interne per l'organizzazione delle modalità di lavoro in smart working;
- la necessità di definire l'attività lavorativa per obiettivi;
- l'opportunità di regolamentare la materia con apposita disciplina interna.

L'Istituto, con deliberazione n.139 del 10/03/2020 e n. del 169 del 06/04/2020, ha approvato i primi atti regolamentari per la disciplina del lavoro agile.

A seguito dell'emergenza derivante dalla diffusione del COVID, si reputa opportuno valutare la necessità di integrare i precedenti documenti con le seguenti norme di legge, che dettagliano le modalità di applicazione del Piano Organizzativo di Lavoro Agile (POLA):

- Legge 16 giugno 1998, n. 191, recante "Norme in materia di formazione del personale dipendente e di lavoro a distanza nelle pubbliche amministrazioni";
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni", e successive modificazioni e integrazioni;
- Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante "Codice dell'amministrazione digitale";
- Legge 22 maggio 2017, n. 81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato articolo 20 della", ed in particolare gli articoli da 18 a 23;
- Legge 22 maggio 2017, n. 81, art. 20, che prevede che il lavoratore in modalità agile "ha diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi di cui all'articolo 51 del Decreto Legislativo 15 giugno 2015, n. 81, nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda";
- DPCM 1° marzo 2020, art. 4, che ha decretato, su tutto il territorio nazionale, per le Pubbliche Amministrazioni, al fine di contemperare l'interesse alla salute pubblica con quello alla continuità dell'azione amministrativa, nell'esercizio dei poteri datoriali, la possibilità di fare ricorso al "lavoro agile"/"smart working", per la durata dello stato di emergenza sanitaria, anche in assenza degli accordi individuali e con gli obblighi di informativa assolti in via telematica (INAIL);
- Decreto-Legge 17 marzo 2020, n. 18, che, all'articolo 87, ha decretato il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi;
- Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, art. 263, convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, con il quale si dispone che: "Al fine di assicurare la continuità dell'azione amministrativa e la celere conclusione dei procedimenti, le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, adeguano l'operatività di tutti gli uffici pubblici alle esigenze dei cittadini e delle imprese connesse al graduale riavvio delle attività produttive e commerciali. A tal fine, fino al 31 dicembre 2020, in deroga alle misure di cui all'articolo 87, comma 1, lettera a), e comma 3, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, organizzano il lavoro dei propri dipendenti e l'erogazione dei servizi attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro, rivedendone l'articolazione giornaliera e settimanale, introducendo modalità di interlocuzione programmata, anche attraverso soluzioni digitali e non in presenza con l'utenza, applicando il lavoro agile, con le misure semplificate di cui al comma 1, lettera b), del medesimo articolo 87, al 50 per cento del personale impiegato nelle attività che possono essere svolte in tale modalità. In considerazione dell'evolversi della situazione epidemiologica, con uno o più decreti del Ministro per la Pubblica Amministrazione possono essere stabilite modalità organizzative e fissati criteri e principi in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile, anche prevedendo il conseguimento di precisi obiettivi quantitativi e qualitativi. Alla data del 15 settembre 2020,

l'articolo 87, comma 1, lettera a), del citato decreto-legge n. 18 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 27 del 2020 cessa di avere effetto”;

- Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 3/2020 del 24 luglio 2020 avente ad oggetto “Indicazioni per il rientro in sicurezza sui luoghi di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni”;
- Protocollo quadro per la “prevenzione e la sicurezza dei dipendenti pubblici in ordine all’emergenza sanitaria da Covid-19”, validato dal Comitato tecnico-scientifico, organismo a supporto del Capo Dipartimento della Protezione civile per l’emergenza Covid-19, e sottoscritto il 24 luglio c.a. con le OO.SS., a cui le singole amministrazioni dovranno adeguarsi, ferme restando le specifiche disposizioni adottate nel rispetto della propria autonomia;
- Circolare congiunta del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro del 4 settembre 2020 recante aggiornamenti e chiarimenti con particolare riguardo ai lavoratori/lavoratrici cosiddetti fragili. Tale normativa definisce i soggetti, le procedure e gli obiettivi per lo svolgimento del lavoro agile;
- D.M. per la Pubblica amministrazione del 19.10.2020, secondo cui - tra l’altro - “*Il lavoro agile nella pubblica amministrazione costituisce una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa. Fino al 31 dicembre 2020 per accedere al lavoro agile non è richiesto l’accordo individuale di cui all’articolo 19 della legge 22 maggio 2017, n. 81*” (art. 1); e che assegna precisi compiti di organizzazione dei propri uffici alle singole funzioni dirigenziali delle pp.aa.
- D.M. per la Pubblica amministrazione del 23.12.2020, avente ad oggetto: “*Proroga delle disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante «Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale», che ha esteso la disciplina del citato D.M. del 19.10.2020 fino al 31.1.2021;*”
- D.L. n. 183 del 31.12.2020, recante il c.d. “decreto milleproroghe”, che estende l’efficacia delle disposizioni citate in precedenza di cui all’art. 263 del d.l. n. 34/2020 e s.m.i. fino al termine dell’emergenza sanitaria (oggi 31 gennaio p.v.) e comunque non oltre il 31 marzo p.v.
- Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica sul POLA e indicatori di performance.

L’Istituto sta provvedendo ad emanare un nuovo regolamento del lavoro agile tenendo conto delle attività che potranno essere svolte in modalità agile, degli spazi disponibili per le attività da svolgere in presenza, nonché della previsione di assicurare lo svolgimento del lavoro agile ad una parte del personale in servizio.

Con apposito documento, i responsabili di struttura dovranno comunicare alla Direzione Aziendale, sulla base del numero di unità di personale presenti, la programmazione dell’attività lavorativa della struttura indicando:

1. La mappatura e descrizione delle attività svolte nella struttura e individuazione delle attività “remotizzabili”;
2. Il numero del personale impegnati in attività che possono essere svolte in modalità agile
3. Il numero delle ore di attività settimanali da svolgere in modalità agile ovvero n. giorni in presenza/n. giorni in smart working;
4. il numero di persone presenti negli spazi di pertinenza della struttura per ciascun giorno della settimana.

Al fine della valutazione, il lavoratore in smart working renderà l’attività svolta al proprio dirigente, in ordine alla realizzazione degli obiettivi assegnati, sulla scheda delle attività appositamente predisposta dal dirigente stesso.