



Azienda Ospedaliera B.M.M.

di

Reggio Calabria

PIANO DELLA PERFORMANCE 2012 – 2014

[art. 10 comma 1 lett. a) Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150]

INDICE

PARTI I

- *PREMESSA:PAG.03*
- *FINALITÀ: PAG05*
- *PRINCIPI GENERALI E IDENTITÀ PAG.06*

PARTI II

- *CONTENUTI – METODOLOGIA: PAG.09*
- *DESCRIZIONE OBIETTIVI PAG.12*
- *FASI E ATTORI – TEMPISTICA: PAG. 15*
- *PROCEDURE DEL PIANO PAG.18*
- *ANALISI SWOT DEL PIANO:PAG20*
- *NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO:PAG.....22*
- *ALLEGATI:PAG.....23*

PREMESSA

La performance è intesa come “il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata creata”.

Nelle amministrazioni pubbliche, la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale sono strumenti e modalità per assicurare elevati standard qualitativi ed economici dei servizi erogati.

Secondo i principi generali (articoli 2 e 3, D.Lgs n. 150/ 2009, cosiddetta “Legge Brunetta” ¹), la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento. Inoltre, ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, nonché ad adottare modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance.

I metodi e gli strumenti di cui ogni pubblica amministrazione si dota per misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, sviluppano criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse dei destinatari dei servizi e degli interventi.

In attuazione dei principi generali appena richiamati, le amministrazioni pubbliche realizzano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance (art. 4, D.lgs. n. 150/2009). Esso si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

¹ D.Lgs. 27 ottobre 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” Pubblicato nella Gazz. Uff. 31 ottobre 2009, n. 254, S.O.

f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, redigono annualmente un documento programmatico triennale, denominato *Piano della performance* e *Relazione sulla performance*.

Il *Piano della performance*, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori (articolo 10, comma 1, lett a), D.lgs. n. 150/2009);

La *relazione sulla performance* evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato (articolo 10, comma 1, lett. b), D.lgs. n. 150/2009).

Per le Aziende Sanitarie Pubbliche, la misurazione e valutazione della performance è finalizzata a favorire ed incentivare il miglioramento dei servizi diagnostici, clinici ed assistenziali (LEA) rivolti al paziente cittadino ed agli STAKEHOLDER in genere, promuovendo la crescita delle competenze da parte delle risorse umane impiegate.

La Regione Calabria ha recepito e dato attuazione alla disciplina del D.Lgs. n. 150/2009, n. 150, in coerenza con le direttive della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (cd. CIVIT) emanando atti di natura regolamentare finalizzati a sviluppare un sistema di ottimizzazione del lavoro e di modernizzazione dei controlli interni, ed a perseguire la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale (²)

La L.R. n. 3/2012 cit. si applica anche alle Aziende sanitarie ed ospedaliere, secondo le direttive impartite con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria n. 3957 del 27 marzo 2012, contenente le “Linee Guida regionali in materia di valutazione della Performance nel Servizio Sanitario Regionale”;

² Legge Regionale della Calabria 3 febbraio 2012 n. 3 contenente “Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubblica amministrazione regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”, pubblicata nel B.U. Calabria 1° febbraio 2012, n. 2, S.S. 10 febbraio 2012, n. 2.

I PARTE

FINALITÀ

Nell'ambito dell'assetto normativo descritto in premessa, l'Azienda Ospedaliera ha attivato il cd. *Ciclo di Gestione della Performance*, adeguato alla natura e funzione delle attività e dei servizi, OUTCOME e OUTPUT, che caratterizzano la *mission* aziendale. Ne sono assi portanti il PIANO DELLA PERFORMANCE e la Relazione della Performance, che negli ambiti temporali di riferimento disciplinano, rappresentano, descrivono e consuntivano il ciclo della performance, nel rispetto dei principi fondamentali di trasparenza, partecipazione, adeguatezza, economicità, efficacia e efficienza, misurazione e valutazione secondo responsabilità e meritocrazia per la distribuzione obbligatoriamente differenziata delle premialità.

Il presente documento, che costituisce il Piano della Performance, è strutturato, quindi, in DUE PARTI:

- 1- Nella prima vengono descritte le finalità ed i principi generali del piano e l'approccio conoscitivo sull'Azienda rivolto agli STAKEHOLDER ESTERNI;
- 2- Nella seconda parte vengono fornite:
 - A) le indicazioni operative e dettagliate circa i contenuti e la metodologia (fasi temporalità e attori) attuata dall'Azienda per la misurazione e valutazione della performance attraverso la traduzione del mandato politico in obiettivi strategici, operativi e/o organizzativi individuali attraverso un "*percorso a cascata*";
 - B) Gli allegati, che fanno parte integrante del documento.

PRINCIPI GENERALI DEL PIANO E IDENTITÀ DELL'AZIENDA

In applicazione ed attuazione della disciplina sopra richiamata, il *Piano della Performance Aziendale*, è un documento programmatico triennale, che, in coerenza alle risorse umane e finanziarie assegnate, individua gli obiettivi, gli indicatori ed i target che, nel *ciclo di gestione*, consentono la misurazione, valutazione e rendicontazione della *performance aziendale*.

Il Piano intende portare a conoscenza degli stakeholder gli indirizzi, gli obiettivi strategici, le azioni e i risultati che l'Azienda intende realizzare; garantire il recepimento degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, quale punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali; valorizzare e riqualificare il sistema di budgeting aziendale e i connessi sistemi di valutazione; indirizzare l'incentivazione del personale, in coerenza con i contenuti e il ciclo di pianificazione finanziaria e di bilancio, secondo le linee guida regionali.

I documenti di rappresentazione della performance hanno lo scopo di assicurare e garantire *tre finalità* importanti che sono:

A) QUALITÀ DELLA RAPPRESENTAZIONE DELLA PERFORMANCE, attraverso il metodo e le modalità di individuazione e articolazione degli obiettivi, conformi ai principi generali (art. 5 comma 2 della L.150) ed aderenti alle Linee guida regionali (Decreto Regionale n. 3957 del 27 marzo 2012). Gli obiettivi si caratterizzano per essere:

- 1- *significativi e sfidanti* ed allo stesso tempo sostenibili e raggiungibili, adeguati, dovento tener conto, cioè, di eterofattori quali sono le effettive disponibilità di risorse umane e finanziarie, stabilite, quest'ultime, dalla programmazione finanziaria e di bilancio.
- 2- *coerenti* al sistema "a cascata": regione-azienda-struttura-personale;
- 3- *rilevanti e pertinenti* rispetto ai bisogni della collettività STAKEHOLDER ed alla mission istituzionale;
- 4- *specifici e misurabili* n termini chiari e concreti;
- 5- *Riferibili*, per quelli strategici, al triennio e/o, per quelli operativi/organizzativi, ad un arco temporale di norma corrispondente ad un anno;
- 6- *Commisurati* ai valori di riferimento derivanti da BENCHMARK definiti e mutuati da Aziende Ospedaliere d'avanguardia a livello nazionale ed internazionale.

B) LA COMPRESIBILITÀ: Il documento redatto deve essere di facile lettura e comprensione nei suoi contenuti prestando attenzione al linguaggio, al livello di sintesi ma soprattutto alla trasparenza (art. 11 comma 3, D.lgs. n. 150/2009 cit.).

C) L'ATTENDIBILITÀ: la rappresentazione della performance è attendibile solo se è verificabile "ex post" la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

Il Piano è adottato ed attuato nel rispetto del principio fondamentale di *trasparenza* consentendo l'accessibilità totale alle informazioni in esso riferite e/o correlate secondo la disciplina generale ed in materia di accesso e tutela della privacy.

Ai sensi dell'articolo 11, comma 8, D.Lgs. n. 150/2009 il Piano è integralmente pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda in apposita sezione di facile accesso e consultazione denominata "*Trasparenza, Valutazione e Merito*".,

E' altresì assicurata trasparenza nel ciclo di definizione e gestione della performance ed in quest'ottica, la Direzione Generale individua le modalità per informare e coinvolgere gli osservatori qualificati, gli stakeholder più significativi nel processo di definizione del Piano individuando quelli di riferimento (MAPPATURA DEGLI STAKEHOLDER). Si rammenta che gli stakeholder sono individui singoli o gruppo di individui portatori di interessi che possono influenzare o essere influenzati dall'ottenimento degli obiettivi da parte delle varie strutture. Si precisa che gli stakeholder possono essere interni (sindacati, dipendenti ecc...) ed esterni (mass media – centri di ricerca, cittadini, associazioni, imprese ecc...) pertanto la Direzione Generale deve identificare gli individui e i gruppi di individui che hanno interesse nell'organizzazione sviluppando la "MAPPATURA DEGLI STAKEHOLDER").

Di seguito alcune informazioni che caratterizzano l'identità dell'Azienda Bianchi-Melacrino-Morelli

Introduzione

L'Azienda Ospedaliera "*Bianchi Melacrino Morelli*" di Reggio Calabria è costituita con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 dell'8 febbraio 1995, ai sensi degli artt.3 e 4 del D.Lgs. 30/12/1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni. Essa opera senza finalità di lucro, è inserita organicamente nel Servizio Sanitario della Regione Calabria e svolge le funzioni legislativamente assegnate con finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria assistenziale nazionale e regionale.

L'Azienda Ospedaliera ha la propria sede legale in Reggio Calabria, via vecchia provinciale Spirito Santo, ed è costituita da un Presidio Ospedaliero Unico, articolato in due stabilimenti ospedalieri:

- Ospedali "G. Melacrino - F. Bianchi"
- Ospedale "E. Morelli"

Sul sito istituzionale, nelle aree dedicate e link attivati, sono inserite tutte le informazioni necessarie relative ai servizi, alle modalità di accesso ed erogazione, alle attività dell'azienda, all'organizzazione ed agli uffici ed ai soggetti responsabili

Dotazione posti letto

Posti letto totali: 600

Posti letto di degenza ordinaria: 483 + 20 di nido,

Posti letto di day hospital: 97

L'Azienda ha provveduto alla riorganizzazione dei posti letto in attuazione del decreto n. 106 del 20 ottobre 2011 del Presidente della Giunta Regionale, Commissario ad Acta per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, di "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie e post acuzie pubblici e privati. Obiettivi: G.01 S.01 – G.01 S.02" (Deliberazioni del Direttore Generale n. 672 del 15 giugno 2012 e di successiva rettifica n. 701 del 26 giugno 2012)

Per effetto della recente riorganizzazione i posti letto saranno così determinati;

Posti letto di degenza ordinaria: 460 + 20 di nido,

Posti letto di day hospital: 56

L'Azienda Ospedaliera è sede di Dipartimento di Emergenza-urgenza e Accettazione (D.E.A.) di II Livello.

Inoltre, essendo Centro HUB assicura le funzioni di alta specializzazione legate all'emergenza e pertanto coordina l'attività della rete traumatologica al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia, fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutiche non eseguibili nei centri SPOKE.

La sua missione istituzionale è quella di garantire ad ogni utente la cura più idonea, senza alcun tipo di discriminazione, offrendo soluzioni a problematiche che, per la loro complessità, non possono che essere gestite in centri integrati di alta professionalità.

L'Azienda Ospedaliera deve garantire, in coerenza con gli obiettivi del PSN e PSR, l'efficacia della cura, la centralità della persona nell'assistenza, l'etica e l'efficienza della gestione, assicurando la qualità delle prestazioni erogate.

L'azione aziendale - realizzata sulla base delle risorse a disposizione e/o acquisibili, in linea con la programmazione sanitaria regionale ed anche in collaborazione con le altre aziende sanitarie - è finalizzata, sul piano dei servizi/out come/output e dell'organizzazione, a:

- potenziare le aree di alta specialità che caratterizzano l'Azienda, nel rispetto dei principi di appropriatezza e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;

- rafforzare la vocazione per acuti dell'Azienda garantendo la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del territorio;
- garantire la continuità assistenziale ai pazienti definendo accordi e convenzioni con le strutture socio sanitarie del territorio e favorendo lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno ed all'esterno;
- costituire il riferimento nell'area dell'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale.
- promuovere il miglioramento continuo, nel ciclo della performance aziendale ed individuale, attraverso la formazione permanente, il rafforzamento dell'etica e l'implementazione delle buone prassi nell'amministrazione
- promuovere la reale modernizzazione dell'azienda, rafforzando il percorso di e-government nel sistema aziendale ed il processo di digitalizzazione delle attività amministrative, per efficientare l'organizzazione ed ottimizzare i servizi, attraverso l'implementazione delle azioni tecnologiche – organizzative indicate dal Codice dell'Amministrazione digitale (CAD, Dlgs. n. 82/2005 così come aggiornato ed integrato dal D.lgs. n. 235/2010), per trasformare, infine, le potenzialità dell'innovazione tecnologica in maggiore efficienza, efficacia e soddisfazione degli utenti.

II PARTE

CONTENUTI – METODOLOGIA

Il Piano della performance dell'Azienda Ospedaliera individua, in attuazione del sistema di norme richiamate in premessa ed in conformità alle Linee guida regionali (Decreto Dipartimento Salute Regione Calabria n. 3957 del 27 marzo 2012),

A. Gli obiettivi strategici ed organizzativi/operativi.

B. Gli indicatori per la misurazione e valutazione delle Performance.

C. Gli obiettivi assegnati al personale dirigente ed al comparto con le schede tipo (negli allegati).

E' oggetto di questa II Parte l'esame della metodologia utilizzata

1. Per la formulazione degli obiettivi, con gli indicatori, target ecc... ;

2. per la distinzione delle fasi in cui si articola il processo "a cascata";

3. e per l'indicazione della tempistica d'attuazione e degli attori protagonisti nelle varie fasi.

In conformità alla disciplina citata in premessa, della quale il presente Piano è attuativo, sulla base dei livelli di performance attribuiti ai valutati, "processo di misurazione e valutazione delle prestazioni delle strutture e degli individui" nel della performance, è rilevante, ai fini dei percorsi di carriera ed incide sull'attribuzione del trattamento accessorio (per il personale non dirigente) e sulle retribuzioni di risultato (per il personale dirigente), improntato al rigoroso rispetto del vincolo della differenziazione del merito e del divieto di erogazioni di premialità c.d. "a pioggia" (art. 19 D.lgs. n. 150/2009 cit.).

L'Azienda ospedaliera adeguerà il sistema di valutazione alle ulteriori prescrizioni che deriveranno in combinato disposto dal nuovo contratto di lavoro dei dipendenti, alla cui entrata in vigore il D.Lgs. 1 agosto 2011, n. 141 ha rinviata l'attuazione delle modalità di applicazione dell'articolo 19 del D.lgs. n. 150/2009 cit. nella sua interezza.

In linea con l'art. 5 comma 1 del D.Lgs. n. 150/2009 cit. ed in attuazione delle linee guida regionali (Decreto regionale N.n. 3957 del 27 marzo 2012) cit., nel Piano si pone l'attenzione sull'articolazione degli obiettivi rispettivamente in strategici ed operativi. Definisce la natura dell'obiettivo non il livello organizzativo a cui esso è stato assegnato, ma la rilevanza del risultato finale (outcome) rispetto ai bisogni della collettività (stakeholder) e dall'orizzonte temporale di riferimento, in base ai quali, l'obiettivo si qualifica, per l'appunto, in strategico e/o operativo.

Difatti, in linea generale, gli obiettivi strategici si sviluppano su orizzonti temporali pluriennali (in genere il triennio), mentre gli obiettivi operativi (di OUTPUT , di competenze conseguite e comportamento dimostrato), rendicontati nella Relazione delle Performance, si declinano,

nell'ambito della valutazione strategica dei singoli esercizi, nei Dipartimenti ed Unità operative secondo una temporalità/cronoprogramma di breve periodo cioè annuale.

Per ogni obiettivo strategico/operativo sono stati assegnati indicatori che ne consentano la misurazione, il “peso” - ossia l'incidenza in percentuale sull'intero risultato di valutazione –, un valore “target” ovvero un valore programmato o atteso (vicino al valore BENCHMARK (ideale), tratto dal confronto con le migliori pratiche nazionali ed internazionali) ed indicatori di scostamento nel trend rispetto ad un valore storico (riferito all'anno precedente),

Il Piano inoltre contiene gli obiettivi individuali assegnati al personale dirigenziale ed al comparto con i relativi indicatori e pesi.

I sistemi di misurazione e la correlata valutazione individuale garantiscono la misurazione e valorizzazione del contributo fornito dal singolo in termini di comportamenti organizzativi espressi, oltre che di risultati raggiunti in relazione agli obiettivi di budget di Struttura secondo quanto indicato dalle citate Linee Guida regionali per la Definizione degli Atti Aziendali.

Pertanto, a tal proposito, il sistema di misurazione e valutazione individuale del nostro Piano delinea un “modello delle competenze” per cui si sono considerati rilevanti i comportamenti individuali finalizzati al raggiungimento degli obiettivi incidenti sulle competenze organizzative del soggetto e non sulle competenze professionali del singolo che sono oggetto di verifica periodica e di fine incarico, nelle sedi contrattualmente previste e da parte dei Collegi Tecnici.

Per garantire la migliore comprensibilità dei modelli di misurazione e valutazione delle Performance (schede di valutazione), che fanno parte integrante del presente documento (v. allegati), occorre brevemente soffermarsi sul significato e distinzione degli obiettivi da assegnare alle varie organizzazioni Aziendali, declinandone alcuni esempi che esplicano la Strategia e sono improntati alla forte volontà dell'Azienda Ospedaliera di garantire la modernizzazione, il miglioramento continuo ed il potenziamento sensibile dei valori e livelli di efficacia e di efficienza, secondo etica e qualità. Nel dettaglio si evidenziano le caratteristiche che differenziano i vari obiettivi, strategici ed operativi, e gli indicatori di riferimento, dettagliati nelle singole schede (allegati)

Le principali linee di differenziazione tra gli obiettivi si demarcano:

- a. nell'importanza o rilevanza dell'obiettivo nel management o strategia dell'Azienda (obiettivo strategico di outcome)
- b. nella temporalità necessaria per la realizzazione condizionata dei miglioramenti circa la disponibilità delle risorse umane ed economiche.

DESCRIZIONE OBIETTIVI ED INDICATORI DI OUTCOME (CON ESEMPI)

CARATTERISTICHE

L' OUTCOME è l'IMPATTO RODOTTO da una azione o da una combinazione di esse.

E' un obiettivo che è orientato dal Destinatario che è il Cittadino/Paziente il cui fine ultimo è il miglioramento dello stato di salute.

Gli obiettivi di out come sono dunque relevantissimi e quindi strategici per l'Azienda che se ne propone la realizzazione sostenibile in un arco di tempo che ampio (triennale in linea con la durata del Piano), scandito da periodi intermedi (nell'arco di un anno), secondo le attribuzioni di azioni connesse alle scelte necessarie di gestione e di management (ad esempio, accorpamenti, risparmi di spesa ecc...) che creano condizioni favorevoli per il loro raggiungimento.

TABELLA 1

TIPO DI OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORI
<u>SICUREZZA DEL PAZIENTE</u>	Minimizzazione dei rischi di salute per il paziente in sede di erogazione dei servizi assistenziali (diagnosi – terapia)	Numero casi di MALPRACTICE TASSO di infezioni ospedaliere MORTALITÀ POST INTERVENTO
<u>ACCESSIBILITÀ</u>	Rispetto degli standard di servizio che caratterizzano la struttura organizzativa.	RIDUZIONE DEI TEMPI e quindi delle LISTE DI ATTESA in tutte le attività diagnostiche – cliniche • Comunicazione e trasparenza per orientare meglio il cittadino/paziente ammalato • Ora di apertura degli sportelli pagamento ticket ed informazioni
SODDISFAZIONE (CUSTOMER SATISFACTION)	Livello di qualità percepito dal cittadino.	Indice di soddisfazione calcolato su questionario
EFFICACIA ED EFFICENZA	Attuazione di azioni atte ad ridurre il fenomeno della presenza di barelle in corsia. Numero di prestazioni erogate rispetto alle risorse impiegate.	• Velocizzazione delle diagnosi dell'azione sanitaria (diagnosi e terapia) • Velocizzazione di tutte le attività amministrative • TURNOVER dei posti letto
RISULTATI DI SALUTE	Esiti delle cure (outcome clinici), ossia il risultato intermedio o finale di un trattamento diagnostico, terapeutico, assistenziale erogato ai pazienti/cittadini.	Indice di Mortalità o di Remissione nelle varie patologie etc...

TABELLA 2

DESCRIZIONE OBIETTIVI DA INDICATORI DI OUTPUT CON ESEMPI

L'output è il risultato immediato di una attività o processo.

Gli obiettivi di output sono orientati all'EROGATORE quindi sono quelli sui quali si concentrano le azioni di programmazione dell'Azienda per poter conseguire gli obiettivi di OUTCOME.

TIPO DI OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORI (ESEMPI)
PRODUZIONE	Volume delle prestazioni erogate	Numero di interventi Numero di prestazioni ambulatoriali ecc...
EQUILIBRIO RICAVI/COSTI	Conseguenze economiche associate alla gestione delle attività sanitarie	Risparmio attraverso un buon uso dei farmaci con riduzione delle spese per i beni sanitari
PROGETTI SPECIFICI	Conseguimento degli obiettivi relativi a progetti specifici se concordati con la Direzione	Attivazione telemedicina Attivazione WEEK SURGERY Attivazione di un BENCHMARKING sulla gestione del rischio clinico

TABELLA 3

DESCRIZIONE OBIETTIVI OUTPUT DEL RISPETTO DEI VINCOLI CON ESEMPI

Sono obiettivi di output che sono vincolati ad alcune condizioni da rispettare nell'erogazione dei servizi sia cogenti (cioè legati ai decreti legislativi) sia dettati dalle buone prassi di gestione dei servizi sanitari.

TIPO DI OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORI
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVE	Rispetto dei vincoli relativi all'erogazione delle prestazioni	Appropriatezza dei Ricoveri Tasso di parti cesarei
STANDARD OPERATIVI DI PROCESSO	Rispetto dei vincoli nella gestione dei processi assistenziali ed amministrativi previsti dai sistemi di qualità adottati dall'Azienda	Presenza di sistemi di qualità nell'UOC Consegne SDO
Impiego strumenti CLINICAL GOVERNANCE	Adozione di aggiornamenti continui atti al miglioramento dell'attività assistenziale	Elaborazione report annuali Eventi formativi Incontri e seminari periodici

TABELLA 4

DESCRIZIONE OBIETTIVI DI OUTPUT SULLE COMPETENZE CON ESEMPI

Sono obiettivi legati alle caratteristiche individuali che determinano comportamenti direttamente correlati da un profilo professionale e necessarie per conseguire obiettivi di OUTPUT e di rispetto dei VINCOLI.

TIPO DI OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORI
TECNICO PROFESSIONALE	Insieme di conoscenze e tecniche che consentono di operare nel modo più efficace rispetto al ruolo	Valutazione/ individuazione basata sulle competenze: Tecnico-scientifiche Tecnico-assistenziali Etc...
MANAGERIALI	Capacità che implicano le abilità di persuasione, influenzamento, guida degli altri	VALUTAZIONE individuale basata sulle competenze: - decisionali - di guida e sviluppo degli altri - di gestione conflitti etc...
RELAZIONALI	Competenze che hanno come comune denominatore: 1. la relazione con colleghi collaboratori, assistiti etc. 2. La collaborazione ed il lavoro di gruppo	VALUTAZIONE INDIVIDUALE BASATA SULLE COMPETENZE: - Comunicazione - Integrazione interfunzionale - etc..
REALIZZATIVI	Capacità direttamente correlata allo svolgimento del lavoro sotto l'aspetto dell'iniziativa dell'organizzazione della tensione ai risultati e del controllo	VALUTAZIONE INDIVIDUALE BASATA SULLE COMPETENZE: - Iniziativa - Sensibilità economica/efficienze - Orientamento al risultato etc..
COGNITIVIE	Capacità di analisi ed apprendimento che consentono di affrontare autonomamente tutte le attività correlate al ruolo	VALUTAZIONE INDIVIDUALE BASATA SULLE COMPETENZE: Analisi Soluzione problemi Consapevolezza organizzativa etc...
EFFICACIA PERSONALE	Capacità che hanno come denominatore l'autocontrollo, la sicurezza di sé e la capacità di adeguamento al contesto operativo	VALUTAZIONE INDIVIDUALE BASATA SULLE COMPETENZE: Tolleranza dello stress Sicurezza di sé Flessibilità ect

Occorre infine precisare che la misurazione e valutazione delle performance individuali è collegata fortemente a quella della misurazione della performance organizzativa e coinvolge tutto il personale della struttura. Infatti il sistema di misurazione e valutazione comprende obbligatoriamente le schede della struttura organizzativa e le schede individuali del personale afferente alla stessa.

Ricordiamo, altresì:

- a. che la valutazione della competenza dimostrata è applicata a tutte le risorse, direttori, dirigenti e personale di comparto differenziata per tipologia di figura professionale;
- b. che il contributo del singolo al conseguimento degli obiettivi della struttura viene derivato dalle valutazioni delle competenze dimostrate dalla singola risorsa come esplicitato nella tabella.

FASI -ATTORI E PROCEDURE DEL PIANO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Il Piano della Performance 2012-2014 dell'Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli segue rigorosamente le procedure indicate dalle Linee guida Regionali, attraverso varie fasi di tutto l'iter del ciclo della Performance, dall'assegnazione degli obiettivi fino alla valutazione di tutte le strutture ed individui afferenti all'Azienda. Infatti il sistema di assegnazione degli obiettivi segue il sistema a "cascata", cioè dalla Regione al Direttore Generale dell'Azienda, alla struttura ed al personale dirigente a partire dai Direttori di Dipartimento, di Strutture Complesse (SSD – SS) fino al Personale del comparto. Nel caso in cui gli obiettivi regionali siano assegnati in ritardo, al fine di assicurare il rispetto della tempistica fissata dal ciclo della Performance, è ugualmente necessario avviare la fase Gestionale indipendentemente da quella della certificazione formale della programmazione aziendale e dell'ammesso bilancio economico. Gli obiettivi aziendali, in questo caso, saranno rimodulati in coerenza con quelli regionali non oltre il limite del 30 settembre (V. fase del Monitoraggio) .

Tutto il sistema prevede varie fasi (come si evince dalla tabella A riportata) e precisamente:

A. FASI GESTIONALI

B. FASI DELLE CERTIFICAZIONI FORMALI

C. FASI DEL MONITORAGGIO

A. FASI GESTIONALI

Il controllo di Gestione provvede alle attività di rendicontazione riferite all'anno precedente stabilendo le possibilità operative dell'Azienda rispetto al budget Generale;

Questo avviene nelle prime due fasi gestionali:

FASE 1_ Pre-consuntivazione

FASE 2_ Consuntivazione

che si completano tra Novembre e Dicembre dell'anno precedente. Gli obiettivi aziendali sono dunque definiti entro Febbraio, nel rispetto del bilancio economico con eventuale rimodulazione, correlata agli obiettivi regionali anche aggiuntivi o intervenuti successivamente.

FASE 3_Consultazione della Regione con i Direttori Generali dove si stabiliscono gli obiettivi da assegnare alle Aziende. In questo caso il Direttore Generale può illustrare i risultati della Pre-consuntivazione e della Consuntivazione dell'Azienda.

FASE 4_ Relazione Annuale da parte dei Direttori di Struttura, entro il 31 Gennaio di ogni anno circa i risultati ottenuti e prima valutazione del D.G.

FASE 5_Fase gestionale importante nella quale il Controllo di Gestione individua una prima proposta di Budget. Contemporaneamente, entro Febbraio, previa acquisizione delle relazioni annuali delle UOC e dei Report delle attività delle Strutture e dei Consuntivi da parte del Controllo di Gestione, si procede ad una prima valutazione dei risultati circa il raggiungimento degli obiettivi di struttura da parte del Direttore Generale circa la relazione annuale dei direttori di struttura e ad una seconda valutazione della relazione annuale sui report di attività delle strutture e sui consuntivi da parte del Nucleo di Valutazione (NV) e/o dell'OIV.

FASE 6_ Seconda Valutazione da parte del NV/OIV dei risultati di struttura sulla base delle relazioni annuali, consuntive e report d'attività e successive informazioni al D.G. Quindi contemporaneamente o subito dopo (MARZO) il D.G. assegna con Delibera gli obiettivi della struttura e quelli individuali per l'anno in corso.

FASE 7_ Assegnazione Formale (con Delibera) degli obiettivi della struttura;

FASE 8_ Assegnazione Formale degli obiettivi ai Dirigenti ed al personale del Comparto;

queste due ultime fasi gestionali prevedono schede di valutazione e misurazione apposite che vengono opportunamente allegate.

Si fa presente altresì che i Dipartimenti strutturali che costituiscono il livello intermedio tra la Direzione Generale e le strutture rappresentano lo snodo nell'assegnazione degli obiettivi tra Direzione Generale e Strutture.

B. FASI DELLE CERTIFICAZIONI FORMALI

Finita la parte gestionale si passa alle fasi delle certificazioni formali che seguono i tempi della formalizzazione ultima dei bilanci, dei definitivi risultati della valutazione ed assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale da parte della Regione. Di solito queste ultime due fasi intervengono da Maggio fino a Giugno:

FASE 9_ Valutazione Definitiva e Formale dei risultati del raggiungimento degli obiettivi e dei consuntivi di budget della Struttura eseguita e certificata dal NV/OIV;

FASE 10_ Pubblicazione sul Sito;

FASE 11_ Assegnazione degli obiettivi da parte della Regione;

FASE 12_ Valutazione individuale su schede differenziate per dirigenza e comparto;

FASE 13_ Valutazione individuale - su schede – per i Direttori Responsabili di Struttura;

FASE 14_ Valutazione annuale definitiva del D.G.

C. FASI DEL MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio deve essere costante, scandita in fasi trimestrale e semestrale, in quanto finalizzata ad una tempestiva individuazione di scostamento/criticità ed all'implementazione di azioni correttive con eventuale rimodulazione degli stessi obiettivi di struttura e individuali ed eventuale integrazione e correzione di alcuni obiettivi da parte della Regione; a Novembre si segna la Pre-consuntivazione per l'anno in corso con la raccolta dei dati di budget da parte del Controllo di Gestione. Queste fasi del monitoraggio ed il corretto funzionamento del sistema è svolto principalmente dagli organismi di controllo e valutazione interni NucleoValutazione Strategica/Organismo Interno di Valutazione.

Le fasi del monitoraggio sono le FASI 15, 16, 17 e 18 della tabella A.

E' di recente istituzione l'Organismo Regionale di Coordinamento del Sistema di Valutazione della Performance presso il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie con il compito di garantire la GOVERNANCE DEL SISTEMA e la verifica della piena attuazione nell'Azienda delle linee guida regionali, con particolare attenzione a procedura e crono programma.

TABELLA A

Fasi, attori e procedure del piano per l'assegnazione degli obiettivi e delle valutazioni									
	FASI/ATTORI ¹	R	DG	DS	I	CG	RU ²	NV - OIV	TEMPI (entro)
FASI GESTIONALI	1 - Pre - consuntivazione			☐		●			Nov.
	2 - 1° consuntivazione		●	☐		☐			Dic.
	3 - Condivisione obiettivi regionali di piano con DG	●	☐						Gen.
	4 - 1° proposta di budget			☐		●			Gen.
	5 - 1° valutazione obiettivi di struttura con eventuale rapporto		●	☐		☐			Feb.
	6 - 2° valutazione obiettivi, misurazione e verifica con rapporto		☐	☐				●	Feb.
	7 - Assegnazione obiettivi alle strutture		●	☐					Mar.
	8 - Assegnazione obiettivi individuali (non resp. struttura)			●	☐				Mar.
CERTIFICAZIONE FORMALE	9 - 3° valutazione risultati di struttura - certificazione formale finale: budget e risultati		☐					●	Mag.
	10 - Pubblicazione sul sito		●						Mag.
	11 - Obiettivi regionali	●	☐						Giu.
	12 - Valutazione individuale su scheda per dirigenza e comparto			●	☐				Giu.
	13 - Valutazione individuale su scheda per Direttori / Responsabili di struttura		●		☐				Giu.
	14 - Valutazione certificata D.G.	●	☐						Giu.
MONITORAGGIO	15 - Monitoraggio			☐		●			Giu.
	16 - Revisione			●		☐			Sett.
	17 - Integrazione regione finale	●	☐			☐			Sett.
	18 - Pre consuntivazione			☐		●			Nov.
¹ Legenda: R = Regione; DG = Direttore Generale; DS = Direttore di Dipartimento, di Struttura complessa e di Struttura semplice; I = individuo; C.G. = Controllo di Gestione o Programmazione e Controllo; R.U. = Risorse Umane; NV/OIV = Nucleo di Valutazione / Organismo indipendente di Valutazione; Tempi.									
² Risorse Umane (R.U.): includono tutti i servizi di staff per la gestione del personale (Amministrazione del personale, Relazioni sindacali e con il personale, Organizzazione del lavoro e del personale, ecc.).									
● ATTORE PRINCIPALE: ruolo di responsabile che, nella fase indicata, interviene in prima istanza.									
□ ATTORE RICEVENTE: ruolo al quale è diretta l'azione dell'agente principale o ruolo di supporto all'azione.									

Il Piano della Performance con i suoi sistemi di misurazione rappresenta uno strumento essenziale per il miglioramento quantitativo e qualitativo dell'Azienda. Infatti se i sistemi vengono con costanza sviluppati ed implementati possono svolgere, attualizzando le performance dell'Azienda, un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi strategici (outcome) e nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti e attitudini organizzative.

La capacità di influenzare l'efficacia dei Sistemi di misurazione della Performance dipende non solo dai sistemi in quanto tali ma anche e soprattutto dalla cultura organizzativa che devono seguire i protagonisti del Ciclo della Performance ed è proprio per questo che l'Azienda ha attivato un piano o percorso formativo con crediti ECM per preparare dirigenti e coordinatori alla corretta implementazione dei piani di valutazione della performance organizzativa ed individuale in ambito sanitario.

Il percorso formativo per i dirigenti è strutturato con varie sezioni:

- A) IL CICLO DELLA PERFORMANCE IN SANITÀ;
- B) La Gestione ed il Coordinamento dei Collaboratori e la gestione delle risorse economiche;
- C) La Gestione per obiettivi;
- D) Il Sistema degli Indicatori e dei Pesi con esplicitazione dei valori Target e di Benchmark.

ANALISI SWOT DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

E' stato fondamentale, per lo sviluppo del Piano della Performance, nell'ambito delle attività di monitoraggio lo sviluppo dell'analisi swot che ha evidenziato i punti di forza e di debolezza dell'Azienda nonché le opportunità e le minacce future, quale strumento per programmare le azioni di miglioramento finalizzate all'evoluzione e modernizzazione dell'azienda.

La SWOT: STRENGTH (forza), WEAKNESS (debolezza), OPPORTUNITY (opportunità), THREAT (minaccia), con l'individuazione dei punti di forza su cui agire consente di arginare le minacce mentre con le opportunità da sfruttare riesce a rimuovere le debolezze del sistema, come si rileva dalla sottostante tabella:

	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
A N A L I S I P R E S E N T E	① Sistema di valutazione della dirigenza basato oltre che sui report anche sui risultati del Controllo di Gestione. ② Avvio di un sistema di misurazione economico-analitica della gestione (applicazione del Full Costing ai centri di costo). ③ Attuazione dei monitoraggi costanti triennali e semestrali del Sistema. ④ Avvio di CORSI DI FORMAZIONE per indurre nel personale la cultura della misurazione e valutazione della performance. ⑤ avvio del processo di informatizzazione integrale e implementazione della piattaforma digitale sincronica, sviluppata in alcuni steps (protocollo informatico, agenda, flussi del SSN, contabilità analitica). ⑥ Grande professionalità ed abnegazione di tutto il personale dirigente e del comparto, sanitario ed amministrativo, che attutisca la criticità legata soprattutto alla carenza di personale persistente visto i blocchi di assunzioni dettate dal Piano di Rientro. ⑦ Attivazione dei sistemi per la trasparenza ed il customer satisfaction rivolto agli Stakeholder esterni ed interni.	① Cultura assente del monitoraggio e dei sistemi di valutazione (Ciclo della Performance). ② Cultura amministrativa basata sulla misurazione e valutazione esclusivamente su dati finanziari, ③ Scarsa consapevolezza della importanza del sistema di valutazione sull'assegnazione di risorse economiche (budget) e finanziarie per l'unità organizzativa, e sulla progressione di carriera ed economica individuale. ④ Forte carenza di risorse umane e difficoltà di aggiornamento tecnologico e digitale. ⑤ Allungamento liste d'attesa per prestazioni diagnostiche strumentali e presenza nelle UOC di degenza del "barellaggio". ⑥ Implementazione delle capacità interne per una corretta attuazione del Piano in particolare e del Ciclo della Performance in generale con l'istituzione dell'OIV e della Struttura Tecnica Permanente.

	OPPORTUNITA'	MINACCE
A N A L I S I F U T U R E	① L'opportunità maggiore è quella di poter usufruire di una maggiore disponibilità finanziaria raggiungibile sia con progetti manageriali di accorpamenti e migliore utilizzazione di risorse umane e tecnologiche, sia con l'attuazione del Piano di Rientro e di riorganizzazione del sistema sanitario che creerebbe sicuramente le condizioni economiche per l'acquisizione di risorse umane e tecnologiche. ② Migliore funzionamento dell'ASP anche attraverso accordi interaziendali che possano creare un filtro per l'Azienda Ospedaliera al fine, sia di garantire l'abbattimento delle liste d'attesa soprattutto per gli esami diagnostico-strumentali, sia di eliminare il fenomeno del "barellaggio" che rappresenta veramente una forte criticità per l'Azienda Ospedaliera. ③ Formalizzazione ed attivazione dei ribaltamenti dei costi (v. Full Costing.)	① La Stagnazione delle procedure per l'attuazione del Piano di Rientro e di riorganizzazione del Sistema Sanitario della Regione. ② Difficoltà a diffondere e far comprendere la cultura della misurazione e della valutazione nelle varie aree strategiche dell'Azienda. ③ Persistenza della cultura dell'adempimento (far qualcosa perché si è obbligati) a scapito della cultura del risultato. ④ La non realizzazione di accordi e protocolli con l'ASP per evitare le lunghe liste d'attesa ed il barellaggio nelle varie UOC dell'Azienda.

Dall'analisi SWOT emergono, quindi, alcuni spunti sulla possibilità che le opportunità agiscano come fattori per rispondere ad alcune debolezze e che alcuni punti di forza attuali possano risultare utili per affrontare le minacce.

Concludendo si può dire che il PIANO redatto con questo documento deve essere considerato anche come "Regolamento interno del sistema Performance", dal momento che in funzione delle proprie specificità (missione, risorse e assetto organizzativo) esplicita e regola gli aspetti organizzativi, la metodologia applicativa dei sistemi di misurazione e valutazione, l'articolazione, le fasi e la tempistica e tutto il funzionamento del sistema stesso.

NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 “Attuazione della legge delega 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” Pubblicato nella Gazz. Uff. 31 ottobre 2009, n. 254, S.O.

- Legge Regionale della Calabria 3 febbraio 2012 n. 3 contenente “Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubblica amministrazione regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”, pubblicata nel B.U. Calabria 1° febbraio 2012, n. 2, S.S. 10 febbraio 2012, n. 2.

- DELIBERA CIVIT N° 88/2010: Linee guida per la definizione degli standard di qualità;

- DELIBERA CIVIT N° 89/2010: Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;

- DELIBERA CIVIT N° 112/2010: STRUTTURA E MODALITÀ DI REDAZIONE del Piano della Performance;

- DELIBERA CIVIT N° 1/2012: Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di valutazione della performance e dei Piani della Performance;

- DELIBERA CIVIT N° 113/2010: APPLICABILITÀ agli enti del SSN del D.Lgs. 150/2009;

- DECRETO COMMISSARIO AD ACTA REGIONE CALABRIA N°54 DEL 5/07/2011: sulle linee guida per la Definizione degli Atti Aziendali, per l’attuazione del Piano di Rientro;

- DECRETO DEL DIPARTIMENTO SALUTE REGIONE CALABRIA – DIRETTORE GENERALE N° 3957 DEL 27 MARZO 2012: Linee guida Regionali in materia di valutazione della Performance nel Servizio Sanitario Regionale.

ALLEGATI

Sono necessarie alcune considerazioni ulteriormente esplicative degli obiettivi assegnati e della scelta dei documenti/schede allegati.

Le schede riportate contengono obiettivi di outcome, output operativi, output individuali, e output individuali prestazionali, qualitativi e comportamentali. È evidente che gli obiettivi assegnati in linea generale sono riferibili, in base alla loro connotazione e valenza, a quelli outcome e a quelli output come esplicitato nelle tabelle riportate nel Piano.

È anche però chiaro che la caratterizzazione degli obiettivi in outcome ed output dipendono, come abbiamo riferito, dalla strategia aziendale ossia dalle risorse umane ed economiche disponibili; in considerazione di tale specificità, si rileva che alcuni obiettivi che per altre Aziende sono di outcome, per la nostra Azienda sono considerate di output (o viceversa).

Per rappresentare le schede di valutazione delle UOC, si allegano al Piano (la scheda tipo sanitaria/Medicina e la scheda tipo amministrativa/Affari Generali.

Si precisa che a ciascuna U.O.C. sono assegnati i obiettivi comuni ed obiettivi precipui relativi alla propria specialità che caratterizzano nella nomenclatura ciascuna scheda.

Gli obiettivi individuali dei C.D. – Direttori di UOC-SSD – Dirigenti e Comparto sia sanitario che amministrativo sono uguali nei rispettivi ruoli.

Infine, per quanto riguarda l'obiettivo di output dell'equilibrio costo/ricavi che riguarda, ovviamente, tutte le UU.OO.CC, si evidenzia che esso è ritenuto “strategico”.

In funzione della sua effettività, l'obiettivo è strutturato con il ribaltamento dei costi indiretti (Full – Costing): i consuntivi di ogni U.O.C. comprendono oltre ai costi diretti anche quelli “indiretti”, derivati dalle prestazioni che ogni U.O.C. subisce da parte di altri centri di costo, per ottenere il costo pieno e, nello stesso tempo, oltre ai ricavi delle attività ambulatoriali esterne, anche i ricavi derivanti dalle prestazioni erogate ai pazienti interni, Tutte le schede degli obiettivi assegnati a ciascuna U.O. sono sottoposti alle forme di pubblicità prescritta dal Dlgs. 150/2009 e accessibili sul Sito internet Aziendale.

ELENCO ALLEGATI

- 1) *Scheda tipo U.O.C. Sanitari*
- 2) *Scheda Tipo U.O.C. Amministrativa*
- 3) *Scheda di valutazione Dipartimento Sanitario*
- 4) *Scheda di valutazione Dipartimento Amministrativo*
- 5) *Scheda di valutazione Direttore U.O.C. Sanitario*
- 6) *Scheda di valutazione Direttore U.O.C. Amministrativo*
- 7) *Scheda di valutazione Dirigenti Sanitari*
- 8) *Scheda di valutazione Dirigenti Amministrativi*
- 9) *Scheda di valutazione Coordinatore Tecnico Dipartimentale*
- 10) *Scheda di valutazione Coordinatore Infermieristico Dipartimentale*
- 11) *Scheda di valutazione Capo Sala*
- 12) *Scheda di valutazione Infermieri*
- 13) *Scheda di valutazione Tecnici di Radiologia*
- 14) *Scheda di valutazione Tecnico di laboratorio*



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Macrostruttura Dipartimento Unità Supporto Amministrativo

Centro di Responsabilità: A1C1 – Affari Generali e Legali

Responsabile: _____

Scheda tipo U.O.C.

Piano degli Obiettivi
Obiettivi Specifici – indicatori

Obiettivo Specifico	Peso	Indicatore		100%	0%
			Valore Storico	Valore Atteso	Valore Minimo
Elaborazione report annuale inerente le attività formative seguite dal personale della UU.OO., con specificità sull'incremento dei livelli di informatizzazione.	5%	n. giorni di ritardo per la consegna report annuale inerente le attività formative (scadenza 31 Dicembre)			
Implementazione delle procedure relative alle attività legali ed assicurative	20%	Fatto si/no			
Cura delle procedure e formalità relative all'adozione degli atti deliberativi ed implementazione delle fasi di digitalizzazione	20%	Fatto si/no			
Celere istruzione delle pratiche sui ricorsi amministrativi	20%	Fatto si/no			
Attivazione delle procedure di convenzione con vari enti ed associazioni pubbliche e private	15%	Fatto si/no			
Attivazione delle procedure relative agli accessi agli atti (L.241/90)	20%	Fatto si/no			



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Macrostruttura Dipartimento Chirurgico

Centro di Responsabilità: _____

Responsabile: _____

Piano degli Obiettivi
Obiettivi Specifici – indicatori

Obiettivo Specifico	Peso	Indicatore		100%	0%
			Valore Storico	Valore Atteso	Valore Minimo
Elaborazione reportistica trimestrale sulle complicanze post operatorie	15%	Giornate di degenza media.			
Definizione ed adozione delle Linee Guida, Protocolli Operativi, Percorsi Diagnostico – terapeutici.	5%	Peso Medio DRG			
Elaborazione report annuale inerente le attività formative seguite dal personale delle UU.OO.	15%	n. casi trattati in ricovero ordinario			
Riduzione dei tempi di trasmissione SDO all'ufficio competente (ricovero ordinario)	20%	Fatto si/no (1/0)			
		N. giorni di ritardo per la consegna del Manuale (scadenza 31 Dicembre)			
Distribuzione del questionario di Customer Satisfetion	5%	Negatività tra spese e ricavi			
Appropriatezza, mantenimento ed appropriatezza Day Hospital/Day Surgery	15%	N. di giorni dalla data di dimissione del paziente			
Riduzione Liste d'attesa attività Ambulatoriale	15%	N. prestazioni ambulatoriali per esterni			
Rispetto dell'Equilibrio del Consuntivo (monitoraggio trimestrale)	10%	Fatto si/no (1/0)			
		N. giorni di ritardo per la consegna dei report annuale delle attività formative (scadenza 31 Dicembre)			



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Macrostruttura Dipartimento Medico

Centro di Responsabilità: _____

Responsabile: _____

Piano degli Obiettivi
Obiettivi Specifici – indicatori

Obiettivo Specifico	Peso	Indicatore		100%	0%
			Valore Storico	Valore Atteso	Valore Minimo
Mantenimento e/o Incremento appropriatezza nell'uso dei posti letto.	15%	Giornate di degenza media.			
Mantenimento della complessità dei casi trattati in ricovero	10%	Peso Medio DRG			
Mantenimento dei livelli di attività di ricovero ordinario	10%	n. casi trattati in ricovero ordinario			
Redazione ed Adozione Manuale delle Procedure	5%	Fatto si/no (1/0)			
		N. giorni di ritardo per la consegna del Manuale (scadenza 31 Dicembre)			
Equilibrio consuntivo monitorato trimestrale	5%	Negatività tra spese e ricavi			
Riduzione dei tempi di trasmissione SDO all'Ufficio competente (Ricovero ordinario)	20%	N. di giorni dalla data di dimissione del paziente			
Mantenimento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	10%	N. prestazioni ambulatoriali per esterni			
Elaborazione report annuale inerente le attività formative seguite dal personale delle UU.OO.	5%	Fatto si/no (1/0)			
		N. giorni di ritardo per la consegna dei report annuale delle attività formative (scadenza 31 Dicembre)			
Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza attraverso appositi questionari (Customer Satisfaction)	5%	(n. questionari somministrati n. utenti) x 100			
Riduzione liste d'attesa prestazioni ambulatoriali	10%	Si/No			
Attivazione Day Service	5%	Si/No n° accessi in Day Service			



Regione Calabria

Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli" – 89100 Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Direttori Dipartimento Sanitario

Dipartimento	
Direttore Dipartimento	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Verifica con cadenza annuale dei risultati conseguiti dalle UU.OO.CC., con relativa reportistica.	0-25%	
2	Obbligo di redigere, previo accordo con la Direzione Strategica, il Regolamento del Dipartimento con linee guida programmatiche finalizzate al governo delle attività cliniche e delle risorse dipartimentali.	0-25%	
3	Collaborazione con gli altri Dipartimenti dell'Azienda attraverso l'elaborazione sia di percorsi diagnostici terapeutici sia di protocolli di gestione di tecnologie e risorse umane attraverso accordi integrativi, al fine ultimo di garantire la qualità e l'efficacia dell'azione assistenziale.	0-25%	
4	Valorizzazione professionale delle risorse umane afferenti al Dipartimento attraverso la promozione di programmi coordinati di formazione e ricerca.	0-25%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

Il Dirigente

Il Direttore



Regione Calabria

Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli" – 89100 Reggio Calabria

**Scheda di Valutazione Direttori Dipartimento
Amministrativi**

Dipartimento	
Direttore Dipartimento	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Verifica con cadenza annuale dei risultati conseguiti dalle UU.OO.CC., con relativa reportistica, con specificità sui livelli di informatizzazione e digitalizzazione secondo il progetto operativo.	0-25%	
2	Obbligo di redigere, previo accordo con la Direzione Strategica, il Regolamento del Dipartimento con linee guida programmatiche finalizzate al governo delle attività amministrative secondo qualità ed etica	0-25%	
3	Organizzazione ed ottimale distribuzione delle risorse umane al fine di garantire livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa di tutte le UU.OO.CC. afferenti il Dipartimento.	0-25%	
4	Attuazione dell'integrazione e coordinamento tra le diverse funzioni amministrative e fra queste e le Strutture Sanitarie, mediante la promozione sistematica di collaborazioni finalizzate alla celerità ed appropriatezza dell'iter procedurale ed altresì mediante l'implementazione dei livelli di informatizzazione aziendali nelle attività, nelle procedure, nell'organizzazione e nei servizi	0-25%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

Il Dirigente

Il Direttore



Regione Calabria Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli" – 89100 Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Primari e/o Direttori di U. O.C.

Dipartimento	
Direttore Dipartimento	
Unità Operativa Complessa	
Direttore UOC	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Attuazione e realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica con monitoraggio annuale rilevato e certificato dal Nucleo di Valutazione (NAVS/OIV)	0-20%	
2	Valutazione annuale dell'attività dei Dirigenti, con conseguenziale compilazione ed invio delle schede di valutazione al Nucleo di Valutazione (NAVS/OIV) e all'Ufficio Risorse Umane entro il termine obbligatorio del 31 Gennaio di ogni anno.	0-15%	
3	Grado di partecipazione e coinvolgimento alle attività e decisioni del Dipartimento ed implementazione dell'attività formativa.	0-10%	
4	Collaborazione con i Primari e/o Direttori di UOC, ai fini della razionalizzazione delle risorse umane e tecnologiche in dotazione, finalizzata all'efficienza e qualità delle prestazioni assistenziali.	0-10%	
5	Consegna nei limiti temporali indicati negli obiettivi, assegnati alla U.O.C., delle SDO (strutture di degenza) dei referti diagnostici (strutture diagnostiche), dei Farmaci (U.O.C. Farmacia).	0-25%	
6	contributo nella realizzazione del sistema informatico nella propria u.o.c. e disponibilità ad agevolare la promozione e la realizzazione delle fasi ed attività di sistematica informatizzazione organizzativa e dei servizi .	0-20%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

Il Dirigente

Il Direttore



Regione Calabria Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli" – 89100 Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Direttore UOC Amministrativa

Dipartimento	
Direttore Dipartimento	
Unità Operativa Complessa	
Direttore UOC	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Attuazione e realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica con monitoraggio annuale rilevato e certificato dal Nucleo di Valutazione (NAVS/OIV)	0-20%	
2	Partecipazione assidua e coinvolgimento nelle attività e decisioni del Dipartimento, promozione e realizzazione delle fasi ed attività di sistematica informatizzazione organizzativa e nei servizi .	0-20%	
3	Collaborazione con gli altri Direttori di UOC per l'attuazione di progetti e percorsi finalizzati alla celerità della istruzione e definizione degli atti deliberativi, con evidenza sul processo di digitalizzazione.	0-20%	
4	Disponibilità alla razionalizzazione delle risorse umane attraverso l'interscambiabilità del personale dipendente e/o invio, anche provvisorio, di unità nei Settori di attività carenti.	0-20%	
5	Valutazione annuale dell'attività dei Dirigenti, con consequenziale compilazione ed invio delle schede di valutazione al Nucleo di Valutazione (NAVS/OIV) e all'Ufficio Risorse Umane entro il termine obbligatorio del 31 Gennaio di ogni anno.	0-20%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

Il Dirigente

Il Direttore



Regione Calabria Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli" – 89100 Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Dirigenti Sanitari

Unità Operativa	
Dipartimento	
Direttore	
Cognome e Nome del Dirigente	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi prestazionali	Peso attribuibile	Autovalutazione	Valutazione
1	Livello di interesse alla formazione permanente nell'ambito della disciplina	0-5%		
2	Indice di soddisfazione per la qualità ed efficienza delle prestazioni desunto dai questionari di Customer satisfaction distribuiti	0-5%		
3	Consegna nei limiti temporali indicati dagli obiettivi delle SDO (strutture con degenza), dei referti (strutture diagnostiche), dei farmaci (UOC Farmacia)	0-20%		
4	Rispetto delle disposizioni e delle procedure organizzative interne	0-5%		
5	Rispetto delle disposizioni e delle procedure aziendali	0-5%		
6	Coinvolgimento nel raggiungimento degli obiettivi dell'UOC sia in termini professionali che temporali	0-10%		
	Obiettivi qualitativi e comportamentali	Peso attribuibile	Autovalutazione	Valutazione
1	Grado di appropriatezza degli interventi e delle prestazioni finalizzato al miglioramento della qualità	0-10%		
2	disponibilità ad agevolare i processi relativi alla realizzazione del sistema informatico nella u.o.c. di appartenenza, nelle relazioni lavorative e nell'erogazione dei servizi	0-15%		
3	Capacità organizzativa riferita alla propria attività e alle funzioni assegnate	0-5%		
4	Rispetto orario di lavoro	0-5%		
5	Relazione con l'utenza interna ed esterna	0-5%		
6	Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre strutture	0-5%		
7	Disponibilità alla interscambiabilità operativa (disponibilità al cambio o supplenza nei turni di servizio)	0-5%		

Data

Il Dirigente

Il Direttore



Regione Calabria Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli" – 89100 Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Dirigenti Amministrativi

Dipartimento	
Direttore UOC	
Unità Operativa Complessa	
Dirigente Amministrativo	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Livello di interesse alla formazione permanente	0–20%	
2	Coinvolgimento del raggiungimento degli obiettivi dell'UOC di appartenenza e disponibilità ad agevolare i processi relativi alla realizzazione del sistema informatico nella u.o.c. di appartenenza, nelle relazioni lavorative e nell'erogazione dei servizi	0–20%	
3	Implementazione della messa in qualità delle attività e procedure organizzative interne,	0–20%	
4	Capacità organizzativa riferita alla propria attività ed alle funzioni assegnate e disponibilità all'interscambio o supplenza in altri Settori.	0–20%	
5	Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre Strutture	0–20%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

Il Direttore UOC

Il Dirigente



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Coordinatore Tecnico Dipartimentale (P.O.)

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

		Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
		Min/Max	
a)	Coinvolgimento, attraverso riunioni periodiche, di tutti i tecnici afferenti al dipartimento, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi dipartimentali e di informatizzazione aziendale ed al consolidamento dello spirito di collaborazione e di gruppo che contribuisca a migliorare l'efficienza dei servizi erogati.	0 - 30	
b)	Collaborazione assidua con i coordinatori infermieristici degli altri Dipartimenti per aumentare nella routine e nell'emergenza l'efficacia della risposta diagnostica, concordando, previo parere favorevole dei C.D., percorsi diagnostici agili, finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa per la routine e alla riduzione dei tempi nell'esecuzione degli esami diagnostici per l'emergenza e secondo le procedure di informatizzazione aziendale.	0 - 30	
c)	Promozione di programmi coordinati di formazione e ricerca .	0 - 25	
d)	Registro per la verifica dei controlli di qualità delle prestazioni erogate dalle varie diagnostiche	0 - 15	

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Coordinatore Infermieristico Dipartimentale (P.O.)

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI		Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
		Min/Max	
a)	Coinvolgimento, attraverso riunioni periodiche, di tutti i tecnici afferenti al dipartimento, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi dipartimentali e di informatizzazione aziendale, ed al consolidamento dello spirito di collaborazione e di gruppo che contribuisca a migliorare l'efficienza dei servizi erogati.	0 - 30	
b)	Collaborazione costante sia con i coordinatori infermieristici degli altri Dipartimenti sia con il coordinatore tecnico del Dipartimento dei Servizi rispettivamente per migliorare nei tempi e nella qualità gli interventi su patologie polivalenti.	0 - 30	
c)	Promozione di programmi coordinati di formazione e ricerca.	0 - 25	
d)	Verifica dell'attuazione nelle varie UU.OO.CC. di protocolli nella routine e nell'emergenza per garantire una pronta ed efficace prestazione diagnostica attribuendo priorità d'interventi e percorsi diagnostici agili al fine di rispettare i tempi di degenza media e secondo le procedure di informatizzazione.	0 - 15	

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Capo Sala

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI		Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
		Min/Max	
a)	Emanazione di disposizioni e procedure organizzative interne inerenti i turni di lavoro.	0 - 10	
b)	Controllo dei consumi dei farmaci e materiale sanitario (attraverso la corretta tenuta dei registri di carico e scarico)	0 - 15	
c)	Approccio nei confronti delle tecnologie secondo il programma di informatizzazione aziendale	0 - 10	
d)	Corretta gestione delle risorse umane finalizzata alla qualità del ciclo operativo in collaborazione con il Responsabile dell'U.O.C.	0 - 10	
e)	Redazione nella routine ed emergenza di protocolli atti a garantire una pronta ed efficace prestazione diagnostica e terapeutica finalizzata al rispetto dei tempi di degenza media	0 - 10	
OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI			
a)	Rispetto orario di lavoro	0 - 10	
b)	Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre UU.OO.CC.	0 - 5	
c)	Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria	0 - 10	
d)	Verifica del Customernei pazienti con particolare attenzione al rapporto umano e professionale degli infermieri.	0 - 20	

Il Coordinatore Dipartimentale

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Infermieri

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI		Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
		Min/Max	
a)	Congruo impiego del materiale consumabile	0 - 10	
b)	Rispetto delle disposizioni e procedure organizzative interne in relazione a turni di lavoro.	0 - 10	
c)	Approccio nei confronti delle innovazioni tecnologiche e procedurali	0 - 10	
d)	Rispetto delle procedure organizzative interne di informatizzazione aziendale.	0 - 10	
e)	Osservanza ed attuazione dei protocolli diagnostici e terapeutici da applicare, sia nella routine come nella emergenza.	0 - 10	
OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI			
a)	Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre UU.OO.CC.	0 - 5	
b)	Disponibilità alle interscambiabilità operative(disponibilità al cambio o supplenza nei turni di servizio) e disponibilità allo spostamento in altre UU.OO.CC. Per motivi legati alla carenza di personale previo parere dei rispettivi Direttori di U.O.C.	0 - 20	
c)	Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria	0 - 5	
d)	Approccio umano e professionale nei confronti dei pazienti .	0 - 20	

Il Coordinatore

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Tecnici di Radiologia

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI		Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
		Min/Max	
a)	Nell'emergenza: capacità organizzative e rapidità di esecuzione	0 - 10	
b)	Rispetto delle disposizioni e procedure organizzative interne.	0 - 10	
c)	lavoro rispetto delle procedure organizzative interne di informatizzazione aziendale.	0 - 10	
d)	Attuazione in collaborazione con la Fisica Sanitaria dei controlli di qualità sulle apparecchiature in dotazione.	0 - 10	
e)	Capacità di utilizzazione di tutte le apparecchiature presenti dimostrando professionalità anche nell'approccio alle innovazioni tecnologiche.	0 - 10	
OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI			
a)	Approccio umano e professionale nei confronti dei pazienti	0 - 15	
b)	Disponibilità all'interscambiabilità operativa nell'ambito di tutte le UU.OO.CC. afferenti alle Diagnostiche per immagini soprattutto nelle supplenze dei turni di servizio anche in caso di improvvisa indisponibilità del titolare di turno.	0 - 20	
c)	Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria	0 - 5	
d)	Attenzione alla manutenzione giornaliera e periodiche della manutenzione delle strumentazioni in dotazione.	0 - 10	
e)			

Il Coordinatore

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Tecnici di Laboratorio

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI		Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
		Min/Max	
a)	Corretta utilizzazione dei reattivi rispetto ai numeri dei test richiesti, finalizzata all'azzeramento degli sprechi.	0 - 15	
b)	Rispetto delle procedure organizzative interne e di informatizzazione aziendale	0 - 10	
c)	Capacità di utilizzazione di tutte le apparecchiature presenti nei vari settori di laboratorio dimostrando professionalità anche nell'approccio alle innovazioni tecnologiche e procedurali	0 - 15	
d)	Attenzione alla manutenzione. rispetto delle procedure inerenti i controlli di qualità.	0 - 10	
e)			
OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI			
a)	Mantenimento di relazioni funzionali con colleghi e collaboratori	0 - 15	
b)	Disponibilità all'interscambiabilità operativa nell'ambito di tutte le UU.OO.CC. Afferenti ai Laboratori soprattutto nelle supplenze dei turni di servizio anche in caso di improvvisa indisponibilità del titolare di turno	0 - 15	
c)	Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria	0 - 5	
d)	Massima attenzione ai controlli delle tecnologie finalizzate alla qualità delle prestazioni.	0 - 5	
e)	Attenzione alla manutenzione delle strumentazioni.	0 - 10	

Il Coordinatore

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione