

AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
NOVARA – Viale Roma, 7

DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE

Numero: 246 Data 30 OTT. 2017.

PROPOSTA ISTRUTTORIA N³¹..... DEL ³⁰⁻¹⁰⁻²⁰¹⁷.....

OGGETTO : ADEMPIMENTI RELATIVI ALL'ATTUAZIONE DELLA DGR 2 MARZO 2015, N. 34-1131 – PIANO ATTUATIVO CERTIFICABILITA' – FORMALIZZAZIONE PROCEDURE DI CUI ALL'OBIETTIVO A2 PROGRAMMARE, GESTIRE E SUCCESSIVAMENTE CONTROLLARE, SU BASE PERIODICA ED IN MODO SISTEMICO, LE OPERAZIONI AZIENDALI ALLO SCOPO DI RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI DI GESTIONE PREFISSATI

PROPONENTE: Servizio Economico Finanziario

IL DIRETTORE GENERALE

(Nominato con D.G.R. n. 36 – 1364 del 27 aprile 2015)

Nella data sopraindicata, su conforme proposta istruttoria (sopraindividuata) del competente Struttura aziendale - previa acquisizione del parere dei Direttori: Amministrativo e Sanitario - ha assunto, in Novara, presso la sede dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.

OGGETTO : ADEMPIMENTI RELATIVI ALL'ATTUAZIONE DELLA DGR 2 MARZO 2015, N. 34-1131 – PIANO ATTUATIVO CERTIFICABILITA' – FORMALIZZAZIONE PROCEDURE DI CUI ALL'OBIETTIVO A2 PROGRAMMARE, GESTIRE E SUCCESSIVAMENTE CONTROLLARE, SU BASE PERIODICA ED IN MODO SISTEMICO, LE OPERAZIONI AZIENDALI ALLO SCOPO DI RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI DI GESTIONE PREFISSATI

PREMESSO

che ai sensi di quanto disposto dal Decreto Interministeriale del 17-09-2012, gli enti del Servizio Sanitario Nazionale devono garantire, sotto la Responsabilità ed il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci

che con D.G.R. 25-06-2013, n. 26-6009, la Regione Piemonte ha approvato l'attuazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC), secondo le modalità e le tempistiche previste nel citato decreto 17-09-2013

che con D.G.R. 02-03-2015 n. 34-1131, la Regione Piemonte ha aggiornato il PAC

che con deliberazione del Direttore Generale n. 1226 del 24-12-2013 l'ASL "NO" ha adottato il Piano Attuativo della Certificabilità, in attuazione della sopra richiamata D.G.R. 26-6009

che tale Piano Attuativo della Certificabilità prevede, l'attuazione di specifiche azioni, relativamente all'obiettivo:

- *Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati (A2)*

DATO ATTO

che occorre adottare le procedure volte all'attuazione delle azioni:

- A2.1) Predisposizione di una procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale, che disciplini tra l'altro responsabilità e tempistiche finalizzate a:
 1. definire e assegnare gli obiettivi strategici ed operativi regionali (incluso riparto del FSR e extrafondo);
 2. definire gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, bilanci di previsione annuale e pluriennale, coerenti con il punto 1;
 3. concordare e adottare budget aziendali coerenti con le previsioni del consolidato regionale;
 4. recepire i budget concordati mediante assegnazione degli stessi ai rispettivi centri di responsabilità aziendali.



- A2.2) Implementazione di un sistema informativo finalizzato a supportare in maniera efficiente la procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale coerente con gli obiettivi declinati nel PO 2013-2015.
- A2.3) Applicazione di una procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale, che disciplini tra l'altro responsabilità e tempistiche finalizzate a
 1. definire e assegnare gli obiettivi strategici ed operativi regionali (incluso riparto del FSR e extrafondo);
 2. definire gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, bilanci di previsione annuale e pluriennale, coerenti con il punto 1;
 3. concordare e adottare budget aziendali coerenti con le previsioni del consolidato regionale;
 4. recepire i budget concordati mediante assegnazione degli stessi ai rispettivi centri di responsabilità aziendali.
- A2.4) Definire un modello di *reporting* e relativo piano di controllo finalizzato a monitorare le informazioni chiave per il raggiungimento degli obiettivi programmati.
- A2.5) Istituire momenti di controllo finalizzati all'analisi preventiva e successiva delle azioni, degli interventi e delle relative valorizzazioni economico, patrimoniali e finanziarie (almeno con cadenza trimestrale).
- A2.6) Identificare gli eventuali fattori ostativi, le responsabilità ed i possibili rimedi per la mancata o parziale attuazione degli obiettivi strategici (incluso l'eventuale riprogrammazione dei budget).
- A2.7) Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti precedenti (es. A2.3).

PRECISATO che le operazioni relative ai punti di cui sopra sono svolte nell'ASL NO con puntualità e trasparenza, pur non essendo formalizzate in procedure specifiche

RITENUTO di dover ottemperare a quanto previsto dalla citata D.G.R. 34-1131 del 2 marzo 2015, formalizzando in idonee procedure e regolamenti le prassi aziendali consolidate di programmazione, gestione e controllo, su base periodica ed in modo sistemico, delle operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati

VISTA la procedura elaborata dalla SSD Governo Clinico e Sviluppo Strategico e dalla SC Gestione Personale e Valorizzazione Risorse Umane di questa ASL in data 25 ottobre 2017 e trasmessa alla S.C. Servizio Economico Finanziario in



data 30 ottobre 2017 corredata dei visti di verifica ed approvazione dei Dirigenti/Direttori all'uopo preposti

CONSIDERATO	che la procedura appare conforme a quanto previsto dai Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci all'obiettivo A2
DATO ATTO	che con Deliberazione del Direttore Generale nr 994 del 10 ottobre 2013 la dr.ssa Barbara Buono è stata nominata referente contabile del PAC
RICHIAMATA	la deliberazione del Direttore Generale n. 566 del 25-06-2014, relativa alla formalizzazione delle procedure amministrativo-contabili

DELIBERA

1. di adottare la procedura allegata volta al completamento delle azioni indispensabili a perseguire gli obiettivi di cui al punto A2 del PAC
2. di dare attuazione alle azioni del Piano Attuativo della Certificabilità di seguito riportate, approvando la procedura allegata alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale:
 - A2.1) Predisposizione di una procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale, che disciplini tra l'altro responsabilità e tempistiche finalizzate a:
 1. definire e assegnare gli obiettivi strategici ed operativi regionali (incluso riparto del FSR e extrafondo);
 2. definire gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, bilanci di previsione annuale e pluriennale, coerenti con il punto 1;
 3. concordare e adottare budget aziendali coerenti con le previsioni del consolidato regionale;
 4. recepire i budget concordati mediante assegnazione degli stessi ai rispettivi centri di responsabilità aziendali.
 - A2.2) Implementazione di un sistema informativo finalizzato a supportare in maniera efficiente la procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale coerente con gli obiettivi declinati nel PO 2013-2015.
 - A2.3) Applicazione di una procedura standardizzata di programmazione e controllo contabile e gestionale, che disciplini tra l'altro responsabilità e tempistiche finalizzate a:
 1. definire e assegnare gli obiettivi strategici ed operativi regionali (incluso riparto del FSR e extrafondo);
 2. definire gli obiettivi strategici ed operativi aziendali, bilanci di previsione annuale e pluriennale, coerenti con il punto 1;



3. concordare e adottare budget aziendali coerenti con le previsioni del consolidato regionale;
 4. recepire i budget concordati mediante assegnazione degli stessi ai rispettivi centri di responsabilità aziendali.
- A2.4) Definire un modello di *reporting* e relativo piano di controllo finalizzato a monitorare le informazioni chiave per il raggiungimento degli obiettivi programmati.
 - A2.5) Istituire momenti di controllo finalizzati all'analisi preventiva e successiva delle azioni, degli interventi e delle relative valorizzazioni economico, patrimoniali e finanziarie (almeno con cadenza trimestrale).
 - A2.6) Identificare gli eventuali fattori ostativi, le responsabilità ed i possibili rimedi per la mancata o parziale attuazione degli obiettivi strategici (incluso l'eventuale riprogrammazione dei budget).
 - A2.7) Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti precedenti (es. A2.3).

RESPONSABILE SERVIZIO
ECONOMICO FINANZIARIO
(D.ssa Barbara Buono)

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraesesa proposta istruttoria;
CON il concorso dei pareri dei Direttori Amministrativo e Sanitario riportati in calce al presente provvedimento;

DECIDE DI APPROVARLA INTEGRALMENTE
ADOTTANDOLA QUALE PROPRIA DELIBERAZIONE

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr Adriano Giacometto)



PARERI DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO

- VISTO** *l'art. 3, del d. Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502, e successive modificazioni ed integrazioni;*
- VISTA** la proposta di atto deliberativo formulata dalla Struttura **S.C. Servizio Economico Finanziario** iscritta al n° 31 in data **30/10/2017** dell'apposito registro, di cui il presente parere costituisce allegato;
- CONSIDERATO** che la formulazione di una proposta di atto deliberativo, impegna la responsabilità del Soggetto proponente circa la regolarità amministrativa e contabile del contenuto della deliberazione; nonché sulla legittimità della medesima;

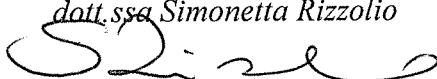
I DIRETTORI: AMMINISTRATIVO E SANITARIO

sul presupposto della legittimità e regolarità amministrativa, tecnica, nonché contabile della proposta istruttoria, attestata dal Soggetto proponente con la formulazione della proposta

ognuno per la rispettiva competenza

ESPRIMONO PARERE FAVOREVOLE

Il Direttore Amministrativo:

dott.ssa Simonetta Rizzolio


Il Direttore Sanitario:

dott.ssa Arabella Fontana




ALLEGATO
AL PROVVEDIMENTO R.G. N° 246 IN DATA 30 OTT. 2017

COMPOSTO DA N. QUARANTADUE FACCIATE



246

30 OTT. 2017



**GOVERNO CLINICO E
SVILUPPO STRATEGICO**

CODICE: 03/GoCSS/17

DATA 30/10/2017:

REV. 0

PAG. 16

DATA PROSSIMA

REV.: 2018

**SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE
PERFORMANCE**

DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA

In attuazione del D.lgs 150/2009 e della D.G.R n. 25-6944 del 23/12/2013

REVISIONE

Rev.	MOTIVO	MODIFICHE APPORTATE	Data

ALLEGATI

Rif.	DOCUMENTO	REV.
Allegato 1	Modello scheda piano attività annuale Dipartimento	0
Allegato 2	Modello scheda di budget	0

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Dirigente Responsabile Ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico e Presidente OIV <i>Dott.ssa Daniela Sarasino</i> Direttore sc Gestione Personale e Valorizzazione Risorse Umane <i>Dott. Gianluca Corona</i>	Direttore s.c. Economico Finanziario <i>Dott.ssa Barbara Buono</i> s.c. Sistema Informativo e Controllo di Gestione <i>dott.ssa Giulia Delfini</i>	Direttore Generale <i>Dott. Adriano Giacometto</i> Direttore Amministrativo <i>Dott.ssa Simonetta Rizzolio</i> Direttore Sanitario <i>Dott.ssa Arabella Fontana</i>
Data: 25/10/2017	Data: 27/10/2017	Data: 30/10/2017






INDICE

1.Premessa	Pag. 3
2.Scopo/Obiettivo	Pag. 3
3.Campo di applicazione	Pag. 4
4.Terminologia e abbreviazioni	Pag. 4
5.Definizioni	Pag. 4
6.Descrizione delle attività e Responsabilità (Modalità Operative)	Pag. 4
6.1 Gli elementi costitutivi del sistema	Pag. 4
6.1.1 Gli indicatori e gli obiettivi	Pag. 5
6.1.2 Il target (standard)	Pag. 5
6.1.3 Infrastruttura di supporto (Struttura tecnica permanente)	Pag. 5
6.2 Il Ciclo di gestione della performance	Pag. 7
6.2.1 Impostazione di obiettivi strategici e definizione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario (budget)	Pag. 9
6.2.2 Monitoraggio dei risultati in corso di esercizio	Pag. 12
6.2.3 Controllo dei risultati	Pag. 13
6.3 Le procedure di conciliazione	Pag. 14
6.4 Raccordo e integrazione con i sistemi di controllo e i documenti di programmazione finanziaria e bilancio	Pag. 14
7. Aggiornamento dei contenuti	Pag. 15
8. Pubblicità	Pag. 15
9. Lista di distribuzione/Archiviazione	Pag. 16
10. Allegati /Documenti di Riferimento	Pag. 16



	<p align="center">SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL NO</p>	<p>03/GoCSS/17 - REV. 0</p> <p>DATA 30/10/2017</p>
---	---	--

1. PREMESSA

La valutazione della *performance* è stata introdotta nelle pubbliche amministrazioni con la Legge 15/2009, quale strumento per migliorare la qualità dei servizi offerti e favorire la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative aziendali.

In applicazione alle linee guida regionali, ai sensi dei Contratti Nazionali di Lavoro vigenti e nel rispetto del dettato del D.Lgs. 150/2009, è stato definito il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (di seguito Si.Mi.Va.P.) dell'ASL NO attuato mediante l'applicazione della presente procedura.

L'oggetto del Sistema è la *performance*, inteso come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL NO e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

Il Si.Mi.Va.P. dell'Azienda Sanitaria Locale NO, in quanto parte integrante del Sistema Sanitario Regionale del Piemonte, infatti, è fortemente integrato con la *mission* aziendale, che è innanzitutto quella di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di competenza, mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie, gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

L'ASL NO, al fine di delineare un effettivo percorso di miglioramento della performance, ha costruito il proprio sistema in una logica di attribuzione a cascata degli obiettivi. Tenendo conto degli indicatori di performance nazionali, delle indicazioni regionali e della analisi aziendale della strategia da seguire, ogni anno sono identificate le principali aree di azione e, conseguentemente, gli obiettivi da perseguire.

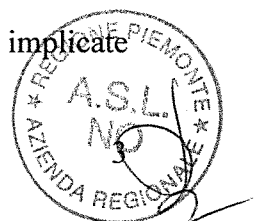
2. SCOPO/OBIETTIVO

Nell'ASL NO la performance viene misurata a livello complessivo aziendale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale),- che sono derivati innanzitutto dagli obiettivi strategici regionali (la programmazione del Piano Socio Sanitario Regionale, gli obiettivi di mandato nella nomina dei Direttori Generali, gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei Direttori Generali delle ASR assegnati annualmente, gli obiettivi che discendono dai diversi Programmi e Piani operativi regionali) ,-a livello di singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, individuata come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa) e a livello di singolo dipendente (performance individuale).

Poiché il contributo alla performance può essere apportato da ogni soggetto del sistema o in modo individuale o come parte di una unità organizzativa, la performance viene distinta in due livelli strettamente correlati tra loro:

- la performance organizzativa dell'Azienda nel suo complesso e riferita a ciascuna delle unità operative in cui è articolata l'Azienda (performance organizzativa);
- la performance individuale, riferita a ciascun operatore (performance individuale).

Lo scopo della presente procedura è definire le fasi le modalità i tempi e le responsabilità *implicate* nel processo di pianificazione, attuazione e misurazione della performance organizzativa.





**SISTEMA DI MISURAZIONE E
VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE DELL'ASL NO**

03/GoCSS/17 - REV. 0

DATA 30/10/2017

La performance individuale viene misurata attraverso il sistema di valutazione del personale, disciplinato da specifici regolamenti aziendali in corso di revisione/aggiornamento, cui si rimanda.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le strutture aziendali. La valutazione della performance organizzativa, infatti, opera a tutti i livelli organizzativi in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Atto Aziendale:

- Dipartimenti Strutturali;
- Strutture Complesse (S.C.);
- Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.),
- Strutture Semplici non afferenti ad alcuna struttura complessa

L'oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti dall'Azienda alle strutture nell'ambito del processo di budget, che si realizza attraverso apposite schede in cui vengono assegnati gli obiettivi (risultati di gestione), nel rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti dalla Regione.

4. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

O.I.V.: Organismo Indipendente di Valutazione

OO.SS: Organizzazioni Sindacali

RAP: Relazione Annuale sulla Performance

Si.Mi.Va.P.: Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

SC: Struttura complessa

SSD: Struttura Semplice Dipartimentale

5. DEFINIZIONI

Performance: il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL NO e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

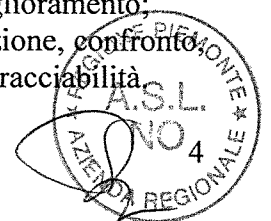
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ (MODALITÀ OPERATIVE)


A premessa del dettaglio analitico delle attività, si procede ad una descrizione generale del sistema e degli elementi costitutivi.

6.1 GLI ELEMENTI COSTITUTIVI DEL SISTEMA

Il Sistema si compone di tre elementi fondamentali:

1. indicatori, collegati ad obiettivi: puntano a generare risultati adeguati agli stessi;
2. target (standard), ovvero i risultati che si intende ottenere, cioè il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo; attraverso gli standard, si monitorano, valutano e modificano i comportamenti, dando un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento;
3. infrastruttura di supporto e soggetti responsabili dei processi di acquisizione, confronto, selezione, analisi, interpretazione e diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.



	SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL NO	03/GoCSS/17 - REV. 0 DATA 30/10/2017
---	---	---

6.1.1 Gli indicatori e gli obiettivi

Gli indicatori di *performance* rappresentano lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Tutti gli obiettivi assegnati alle strutture sono misurati sulla base di indicatori, che possono essere quantitativi o qualitativi. Per ogni indicatore è definito uno specifico standard (target) che consente di valutare il grado di raggiungimento.

Gli obiettivi sono organizzati secondo tre categorie di riferimento:

- economicità e attività: sono ricompresi tutti gli obiettivi orientati alla gestione ed al controllo delle spese a carico della struttura (es. spesa farmaceutica, ecc) o specifiche attività di particolare rilevanza (in termini strategici o di impatto sull'organizzazione);
- appropriatezza e qualità: sono inclusi gli obiettivi che per l'anno sono stati individuati per promuovere l'appropriatezza e la qualità dei servizi;
- innovazione e sviluppo: sono individuati i progetti innovativi cui la struttura partecipa o della quale si fa promotrice. Di norma almeno uno degli obiettivi di questa area è proposto dalla struttura e/o dal Dipartimento a cui la stessa afferisce.

Gli obiettivi sono inseriti nel Piano della Performance, approvato secondo le scadenze definite dalla normativa vigente. Nel corso dell'anno gli obiettivi e/o gli indicatori e/o i target possono essere variati, previa valutazione della Direzione aziendale.

6.1.2 Il target (standard)

Con il termine target si intende il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere rispetto ad un'attività o ad un processo misurato attraverso un indicatore, entro uno specifico intervallo temporale. Ogni indicatore è corredato da uno specifico standard.

6.1.3 Infrastruttura di supporto (Struttura tecnica permanente)

L'Organismo Indipendente di Valutazione si avvale, per lo svolgimento delle funzioni assegnate dal D. Lgs 150/2009, del supporto della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance, come previsto ai commi 9 e 10 dell'art. 14 di detto Decreto. Tale struttura va intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

Nell'A.S.L. NO svolgono la funzione di Struttura Tecnica Permanente la ssd Governo clinico e Sviluppo Strategico e la s.c. Servizio Informativo e controllo di Gestione (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 2016).

La Struttura Tecnica Permanente si interfaccia con le altre strutture aziendali che consentono la realizzazione del sistema e, in accordo con l'OIV, ha individuato opportune regole per l'acquisizione delle informazioni necessarie alla misurazione ed alla valutazione degli obiettivi, nelle scadenze che sono opportune per i compiti dell'O.I.V., dotandosi di un sistema di monitoraggio e reporting delle attività aziendali – denominato Cruscotto ASL NO. Tale sistema, operativo dal 2014, è in costante implementazione.

Nell'applicativo sono presenti tutti gli obiettivi di budget, gli obiettivi annuali assegnati al Direttore Generale, le attività messe in atto per garantire la trasparenza e la prevenzione della corruzione, e specifiche attività trasversali all'azienda (es. azioni per l'implementazione e il monitoraggio della rete oncologica).





**SISTEMA DI MISURAZIONE E
VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE DELL'ASL NO**

03/GoCSS/17 - REV. 0

DATA 30/10/2017

L'applicativo viene utilizzato da:

- singoli garanti di obiettivo, per aggiornare in tempo reale le attività in corso,
- Direttori/Responsabili di struttura, per valutare la situazione dei propri obiettivi di struttura in tempo reale,
- Struttura tecnica permanente e Direzione Generale per supervisionare l'intero processo,
- OIV.


Tutte le attività inserite nel Cruscotto sono composte di 2 parti:

1. parte pre-compilata: dove sono descritti obiettivi, indicatori e standard tratti dagli obiettivi di budget o dagli obiettivi assegnati all'ASL NO, se non compresi nella scheda di budget, e indicati responsabile dell'obiettivo e rendicontatore
2. parte che deve essere compilata a cura del responsabile dell'obiettivo/attività, secondo i seguenti punti:
 - a. nel caso di indicatori quantitativi, il valore dell'indicatore rilevato ad una data prestabilita (per gli indicatori derivanti dai flussi informativi correnti il campo è precompilato e il sistema restituisce in automatico il raggiungimento o meno rispetto allo standard prefissato)
 - b. nel caso di indicatori qualitativi: le azioni intraprese/ultimate fino alla data prestabilita per raggiungere l'obiettivo (in sintesi).
 - c. nel caso di scostamento i direttori potranno segnalare eventuali criticità riscontrate nella realizzazione di ogni obiettivo (o la voce "nessuna criticità" nel caso non siano state riscontrate criticità). Tale segnalazione può comprendere variabili esterne (nuove leggi, incremento della domanda, ecc.) e variabili interne (scostamenti dalle risorse di personale, tecnologie, ecc.).

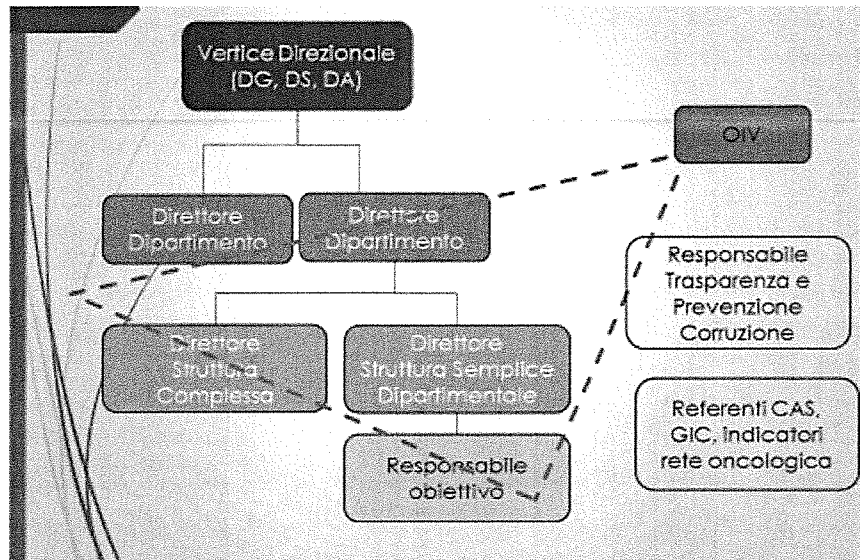
Nella figura sottostante è riportato un esempio della schermata di sintesi del Cruscotto ASL NO visibile da un direttore di struttura (sono stati schermati i dati identificativi):

Rendicontazione attività multiple									
COD	INFO	Parola chiave	TEMPERISTICA	RAGG	CONCLUSA	RENDICONT	RESP.OBI	STRUTTURA	
<input type="checkbox"/>	91	INFO	Spesa farmaceutica	TRIMESTRALE	●	'/'/'/'			
<input type="checkbox"/>	92	INFO	Dispositivi medici	TRIMESTRALE	●	'/'/'/'			
<input type="checkbox"/>	93	INFO	Accreditamento - Riconoscizione evidenze	31/10/2016	●	●			
<input type="checkbox"/>	94	INFO	Accreditamento - Programma adeguamento	ANNUALE	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	95	INFO	DGR 50-2484 del 23/11/2015	ANNUALE	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	96	INFO	GIC - incontri	TRIMESTRALE	●	'/'/'/'			
<input type="checkbox"/>	97	INFO	PDTA tiroide - partecipazione incontri	PERIODICA	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	98	INFO	PDTA tiroide - documento predisposto	PERIODICA	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	99	INFO	ICA	ANNUALE	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	100	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - modalità	31/03/2016	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	101	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - attivazione invio	01/04/2016	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	102	INFO	Segnalare nuovi casi CAS - casi inviati	ANNUALE	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	103	INFO	Indicatori PDTA rete oncologica	ANNUALE	●	'/'			
<input type="checkbox"/>	104	INFO	Incarico responsabile Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione	15/05/2016	●	●			



	SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL NO	03/GoCSS/17 - REV. 0
		DATA 30/10/2017

Tutta l'attività di rendicontazione, e la relativa documentazione a supporto, sono visibili alle diverse figure interessate, secondo la logica schematicamente descritta nella figura sottostante.



Oltre al Vertice Direzionale e all'OIV, alcune figure trasversali hanno la visibilità di specifiche attività: ad esempio il responsabile della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione vede tutte le azioni relative a tale argomento che implementano le strutture nel corso dell'anno.

In un'ottica di *Clinical Governance* l'esito del monitoraggio degli indicatori, effettuato ad opera del Dipartimento, viene condiviso con la Direzione ed il Collegio di Direzione al fine di trovare soluzioni integrate per ridurre eventuali scostamenti.

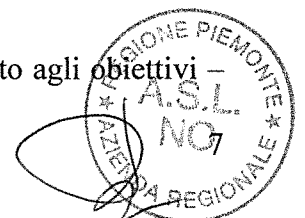
6.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE


Il Sistema di misurazione e valutazione della performance costituisce la struttura di riferimento per il Ciclo di gestione della performance dell'ASL NO, definendone i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti.

Il Ciclo della Performance si svolge, con riferimento all'anno solare che coincide con l'esercizio contabile e di budget. Si conclude con la valutazione della performance organizzativa delle articolazioni aziendali, effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), su istruttoria della Struttura Tecnica di supporto all'O.I.V., nonché con la valutazione della performance individuale (si rimanda agli specifici regolamenti aziendali vigenti in fase di aggiornamento/definizione con le OO.SS.).

Il processo di pianificazione e programmazione in ASL è suddiviso in 3 fasi fondamentali:

- 6.2.1. l'impostazione di obiettivi strategici e la definizione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario (budget) – Fase di programmazione
- 6.2.2. il monitoraggio dei risultati in corso di esercizio – Fase di monitoraggio
- 6.2.3. la valutazione dei risultati (reporting e analisi degli scostamenti) rispetto agli obiettivi – Fase di valutazione

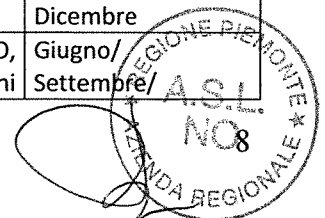



	SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL NO	03/GoCSS/17 - REV. 0 DATA 30/10/2017
---	---	---

Lo schema di seguito riportato illustra il processo, con la specificazione di fasi, tempi, modalità e responsabilità. Nei successivi paragrafi vengono descritte nel dettaglio le diverse fasi del ciclo.

Matrice di attività e responsabilità per garantire la funzione di controllo di gestione dell'ASL NO

FASE	ATTORI	MODALITÀ	TEMPISTICA
Fase di programmazione			
Definizioni degli indirizzi e delle priorità strategiche	Direzione Aziendale	Recepimento degli indirizzi provenienti dalla Regione e definizione delle linee strategiche aziendali	Gennaio
Definizione del piano di attività dipartimentale, con esplicitazione degli obiettivi	Direttori Dipartimento, con Direttori di SC/SSD	Redazione del piano delle attività dipartimentali (All.1)	Entro il 31 gennaio
Definizione proposta scheda di budget	Direzione Aziendale/ Struttura di supporto	Predisposizione della scheda secondo il modello tipo e invio ai Direttori/Responsabili di struttura	Febbraio-Marzo
Valutazione proposta scheda di budget	Direttori Dipartimento /SC/SSD	Eventuale comunicazione di modifica/integrazione della scheda	Marzo
Negoziare con la direzione strategica	Direzione Generale/ Direttori Dipartimento/SC./SSD	Riunioni con Direzione Generale, Direttore Dipartimento, Direttore/Responsabile di struttura, struttura di supporto all'OIV	Marzo
Definizione schede di budget definitive	Struttura di supporto OIV	Modello scheda di budget All 2	Marzo
Deliberazione obiettivi di budget che costituiscono il Piano Annuale della Performance	Direzione Generale/Struttura di supporto OIV	Deliberazione Direzione Generale	Di norma entro il 31 marzo
Comunicazione e diffusione del Piano Annuale della Performance	Struttura di supporto OIV	Diffuso attraverso la pubblicazione sul sito aziendale nell'area Amministrazione Trasparente sezione "Performance"	Di norma entro il 31 marzo
Fase di monitoraggio			
Predisposizione supporti informatici per il monitoraggio degli obiettivi	Struttura di supporto OIV	Inserimento obiettivi nel Cruscotto ASL NO	Di norma entro un mese dalla deliberazione
Diffusione degli obiettivi nelle strutture	Direttori Dipartimento/SC/SSD	Tramite riunioni specifiche verbalizzate	Maggio o comunque entro un mese dalla deliberazione
Integrazione degli obiettivi in caso di ulteriori specifiche regionali	Direzione Aziendale/ Struttura di supporto	Attraverso la pubblicazione delle integrazioni sul Cruscotto ASL NO e comunicazione scritta ai Direttori /Responsabili	Anno in corso
Monitoraggio periodico	Struttura di supporto OIV, Referenti obiettivi	Attraverso Cruscotto ASL NO	Giugno/ Settembre/ Dicembre
Comunicazione esito del monitoraggio	Struttura di supporto OIV	Attraverso Cruscotto ASL NO, valutazione possibile in ogni	Giugno/ Settembre/

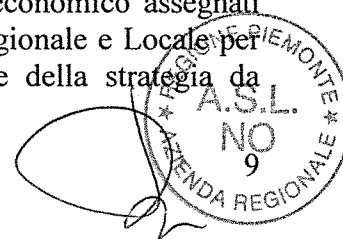


	SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL NO	03/GoCSS/17 - REV. 0
		DATA 30/10/2017

		momento	Dicembre
<i>Fase di valutazione</i>			
Verifica finale raggiungimento obiettivi	OIV	Attraverso Cruscotto ASL NO e richiesta di eventuali integrazioni/chiarimenti ai Direttori/Responsabili di struttura	Annuale, di norma entro il 30 giugno dell'anno successivo, comunque non oltre il 31 Luglio dell'anno successivo
Verifica performance individuale: valutazione del contributo del singolo operatore al raggiungimento degli obiettivi	Responsabile sovraordinato, con successiva validazione da parte dell'OIV	Scheda valutazione individuale	Annuale, di norma entro il 30 giugno dell'anno successivo
Stesura e diffusione relazione sulla performance aziendale	Struttura di supporto OIV, in collaborazione con tutte le strutture aziendali	Pubblicata sul sito aziendale, dopo la validazione dell'OIV, nell'area Amministrazione Trasparente sezione Performance	Giugno anno successivo o comunque con la stessa tempistica della verifica finale
Validazione della relazione	OIV	L'OIV procede alla validazione della relazione e ne dà comunicazione alla Direzione Generale. La validazione viene pubblicata nell'area Amministrazione Trasparente sezione Performance	Giugno anno successivo
Utilizzo dei sistemi premianti	SC. Gestione Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane	Riconoscimento al personale interessato della quota annua di retribuzione di risultato/produttività secondo criteri di riparto dello specifico fondo contrattuale concordati con le rispettive OO.SS. di categoria	Entro settembre dell'anno successivo
Monitoraggio distribuzione della premialità	SC. Gestione Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane	Attraverso la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente	Non oltre il 31 dicembre dell'anno successivo

6.2.1 Impostazione di obiettivi strategici e definizione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario (budget)

L'ASL NO, al fine di delineare un effettivo percorso di miglioramento della *performance*, ha costruito il proprio sistema di definizione e assegnazione degli obiettivi in una logica di attribuzione a cascata. Tenendo conto degli indicatori di *performance* nazionali (Piano Nazionale Esiti, ecc), delle indicazioni regionali (Programmi Operativi, Obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico assegnati annualmente ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie Regionali, Piano Regionale e Locale per la Prevenzione, specifiche direttive regionali, ecc) e della analisi aziendale della strategia da





SISTEMA DI MISURAZIONE E
VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE DELL'ASL NO

03/GoCSS/17 - REV. 0

DATA 30/10/2017

seguire, ogni anno sono identificate le principali aree di azione e, conseguentemente, gli obiettivi da perseguire.

Al fine di individuare specifici obiettivi di interesse aziendale, la Direzione Generale valuta anche i Piani annuali di Dipartimento. Annualmente, infatti, il Direttore di Dipartimento sentiti i Direttori/Responsabili di struttura afferenti al proprio Dipartimento, predispone il Piano annuale delle attività del Dipartimento, sulla scorta delle indicazioni strategiche e delle eventuali criticità rilevate nell'ambito del Dipartimento, utilizzando il format aziendale (allegato 1).

Il Piano, come previsto dal provvedimento aziendale n. 967 del 20 novembre 2009, prevede la definizione di:

- **obiettivi annuali** che si intendono perseguire nel corso dell'anno, tenuto conto degli indirizzi aziendali e di eventuali criticità rilevate;
- **documenti di indirizzo** che si intendono sviluppare nel corso dell'anno (PDPA trasversali, procedure, check list, ecc)
- **innovazioni organizzative**: in cui sono descritti i cambiamenti fondamentali nella logica organizzativa che risultano o che generano un cambiamento nel comportamento – ad es. adozione del week-surgery, organizzazione dipartimentale degli ambulatori, ecc – incluse le innovazioni tecnologiche ossia l'acquisizione di una tecnologia/dispositivo/farmaco prima non in uso presso la struttura considerata, che si intende introdurre;
- **progetti di ricerca**: in corso o in programma
- **audit clinici e organizzativi**: che si intendono effettuare nel corso dell'anno, per struttura organizzativa, privilegiando processi trasversali almeno al dipartimento;
- **gruppi di lavoro** attivi;
- **indicatori da monitorare** per ciascuna struttura organizzativa. Per ogni obiettivo definito deve essere specificato almeno un indicatore.

Gli obiettivi aziendali che recepiscono linee di indirizzo regionali unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali costituiscono gli obiettivi di budget delle strutture aziendali. La Direzione Generale, pertanto, valutati gli obiettivi strategici aziendali, individua i target e gli indicatori da assegnare a ciascuna articolazione organizzativa, individuata come Centro di Responsabilità, tenendo conto delle funzioni e mansioni specifiche e delle risorse assegnate.

Obiettivi, indicatori e target sono inseriti nelle schede di budget/obiettivi, che sono trasmesse ai Direttori/Responsabili delle Strutture e discusse nel corso degli incontri di negoziazione. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale.

Una volta definiti e condivisi, gli obiettivi sono sottoscritti dai Direttori/Responsabili, che appongono le loro firme sulle schede congiuntamente al Direttore di Dipartimento ed alla Direttore Generale.

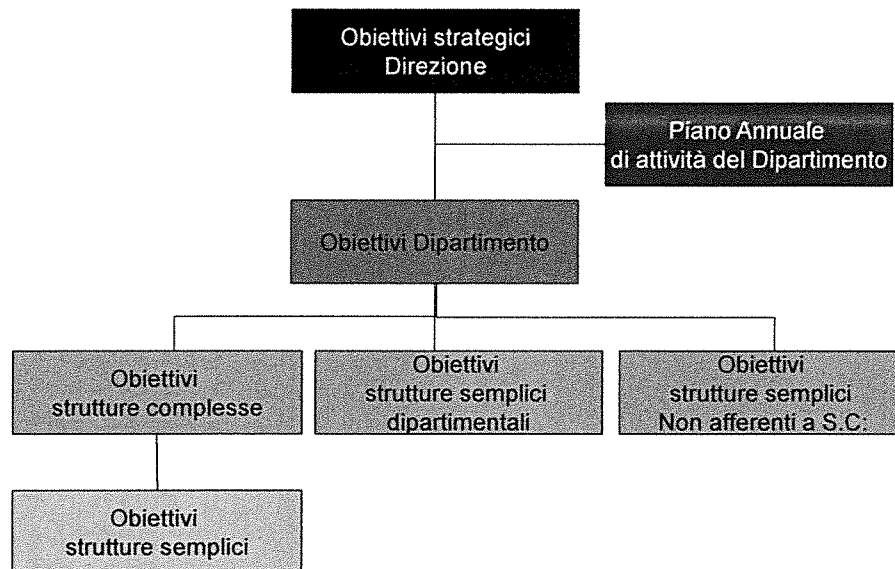
La Struttura Tecnica di Supporto all'OIV, su invito della Direzione Generale, provvede ad illustrare criteri di definizione, assegnazione e valutazione degli obiettivi, esplicitati nel Piano della Performance, in apposite riunioni al Collegio di Direzione e alla Dirigenza aziendale.

La Direzione Generale dà quindi specifico mandato ai Direttori/Responsabili di struttura di provvedere alla diffusione degli obiettivi a tutto il personale dipendente.





Gli obiettivi ed i relativi indicatori sono attribuiti secondo la logica sinteticamente rappresentata nella figura seguente.



Ai Dipartimenti e ad ogni struttura aziendale vengono quindi assegnati gli obiettivi di competenza, anche tenuto conto di quelli indicati nei Piani di attività dei Dipartimenti.

L'assegnazione degli obiettivi alle diverse strutture viene gestita secondo il seguente schema:

Tipologia di struttura	Modalità di assegnazione degli obiettivi
Dipartimento	Assegnati dalla Direzione Generale, anche tenuto conto del Piano Annuale del Dipartimento
Strutture Complesse	Assegnati dalla Direzione Generale, anche tenuto conto del Piano Annuale del Dipartimento
Strutture semplici Dipartimentali o	Assegnati dalla Direzione Generale, anche tenuto conto del Piano Annuale del Dipartimento
Strutture Semplici non afferenti ad alcuna struttura complessa	Assegnati dalla Direzione Generale
Strutture Semplici	Assegnati dal Direttore di struttura a cui afferisce, anche tenuto conto degli obiettivi della struttura complessa stessa

La scheda tipo, per ogni obiettivo, prevede:

- la descrizione dell'obiettivo,





- l'indicatore utile per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo,
- lo standard, che rappresenta il target, ovvero il valore atteso dell'indicatore
- le eventuali strutture coinvolte nella realizzazione dell'obiettivo
- la documentazione attesa, ovvero l'evidenza documentale che suffraga l'avvenuta realizzazione/raggiungimento dell'obiettivo.



Per ogni obiettivo, in fase di negoziazione, viene attribuito un "peso" (da 1 a 100), che consentirà di determinare il grado di raggiungimento della performance organizzativa della struttura. Viene altresì individuato l'obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli altri obiettivi.

Spetta al Direttore/Responsabile della singola struttura ripartire l'obiettivo sulle risorse a lui assegnate in modo da far partecipare tutti al perseguimento del medesimo.


6.2.2. Monitoraggio dei risultati in corso di esercizio

Entro 30 giorni dalla formalizzazione degli obiettivi al Direttore/Responsabile, nell'ambito della singola struttura, il Direttore/Responsabile identifica per ogni obiettivo uno o più responsabili/referenti, con il ruolo di:

- garantire il monitoraggio della realizzazione
- raccogliere/predisporre le evidenze documentali a supporto del raggiungimento dell'obiettivo.

Per ogni obiettivo è altresì definito, solitamente dalla struttura di supporto all'OIV, in accordo con il Direttore/Responsabile di struttura, il rendicontatore dell'obiettivo, ovvero chi si occupa di rendicontare lo stato di realizzazione dell'obiettivo.



	SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL NO	03/GoCSS/17 - REV. 0
		DATA 30/10/2017

Il monitoraggio degli obiettivi aziendali e delle strutture viene effettuato a cura della struttura tecnica di supporto all'OIV, unitamente ai responsabili/referenti degli obiettivi, attraverso il Cruscotto ASL NO, dettagliatamente descritto nel paragrafo 6.1.3, cui si rimanda.

È possibile la revisione di obiettivi, in caso di provata impossibilità del raggiungimento degli stessi dovuta ad errate previsioni o a sopravvenute situazioni non prevedibili.

6.2.3 Controllo dei risultati

L'attività di controllo dei risultati è sintetizzabile in quattro punti cardine:

1. Misurare la situazione attuale e compararla con il piano generale;
2. Valutare le cause di scostamento tra quanto programmato e quanto realizzato;
3. Identificare i possibili interventi correttivi sulle azioni o sugli obiettivi; tali interventi possono essere orientati a mettere in atto azioni correttive o a modificare gli obiettivi assegnati (fase di feedback);
4. Stimare il punto di arrivo; proiettando sul futuro i risultati ottenuti, è possibile prevedere i risultati attesi di fine esercizio.

Alla chiusura dell'anno si procede alla misurazione delle performance organizzativa a livello complessivo aziendale e di struttura, nonché della performance individuale:

- La valutazione delle performance aziendale compete all'Assessorato regionale: allo scopo viene redatta apposita Relazione annuale.
- La valutazione della performance organizzativa di struttura compete all'Organismo Indipendente di Valutazione. La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'O.I.V..
- La valutazione delle performance individuali è effettuata dal diretto superiore del valutato e validata dall'OIV, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione e disciplinato dai regolamenti aziendali, a cui si rimanda. Anche in questo caso la valutazione finale dei risultati di performance individuale è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'O.I.V..

La valutazione dei risultati, definita come l'attività di rilevazione e rendicontazione sistematica dei risultati della gestione del Ciclo di gestione della Performance, costituisce la Relazione Annuale sulla Performance (RAP). Tale documento evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti. L'O.I.V., ai sensi dell'art.14, comma 6 del D.Lgs. 150/2009, è chiamato a validare la RAP che l'Azienda deve adottare entro il termine individuato dalla vigente normativa. La RAP, validata dall'OIV, viene pubblicata sul sito aziendale nell'area Amministrazione Trasparente, sezione Performance.

La valutazione della performance costituisce "conditio sine qua non" per il conseguimento della retribuzione di risultato, tenuto conto delle seguenti fasce di performance:





**SISTEMA DI MISURAZIONE E
VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE DELL'ASL NO**

03/GoCSS/17 - REV. 0

DATA 30/10/2017

Grado di raggiungimento obiettivi	% retribuzione di risultato spettante
< 50%	0%
Tra 50 e 93%	In proporzione al punteggio raggiunto
≥94 a 100%	100%

6.3 LE PROCEDURE DI CONCILIAZIONE

In materia di valutazione della performance individuale, l'O.I.V. fa proprie le procedure di conciliazione previste dalle vigenti disposizioni contrattuali.

Se il Valutato non concorda con la valutazione ricevuta in uno o più ambiti di valutazione si provvede ad avviare il tentativo di conciliazione che, in accordo con le disposizioni regionali, è riservato alla competenza dell'OIV.

Per avviare il processo di conciliazione è necessario che il Valutato non firmi la scheda, ma compili l'apposito spazio riservato alla contestazione. La sc Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane, ricevuta la scheda contestata, provvede, entro 10 giorni, alla segnalazione della contestazione all'OIV mediante posta elettronica.

L'OIV convoca le seguenti parti:

- il Valutato, che può farsi assistere dal proprio legale e/o OO.SS.
- il Valutatore
- il Direttore/Responsabile di struttura. Qualora coincida con il valutatore sarà convocato anche il Direttore di Dipartimento.

Dopo aver esaminato gli atti e sentiti gli interessati in contraddittorio, l'OIV propone una conciliazione. Avverso la decisione dell'OIV, potranno essere esperiti i gravami di legge.

6.4 RACCORDO E INTEGRAZIONE CON I SISTEMI DI CONTROLLO E I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E BILANCIO


Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/09, la definizione degli obiettivi nell'ambito del ciclo della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

Considerato che il Piano della Performance ed il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance definiscono gli elementi fondamentali dell'intero ciclo di performance, è importante garantire coerenza e coordinamento tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, piani d'azione e risorse economiche.

La pianificazione della performance e il processo di programmazione dell'ASL NO vengono realizzati in coerenza con il Bilancio di previsione annuale e dei documenti ad esso correlati (es. Piano degli investimenti) e il percorso adottato è il seguente:

- definizione condivisa di obiettivi e significati della pianificazione e della valutazione;
- percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;



	SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL NO	03/GoCSS/17 - REV. 0
		DATA 30/10/2017

- coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il budget economico viene attribuito alle strutture aziendali ordinatrici di spesa in coerenza con il Bilancio di previsione aziendale in sede di definizione degli obiettivi. A livello delle singole strutture, l'efficienza economica viene valutata attraverso la definizione di obiettivi di mantenimento/riduzione del rapporto tra produzione e consumi rispetto all'anno precedente.

7. AGGIORNAMENTO DEI CONTENUTI

L'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASL NO è di competenza della Direzione Generale che ne definisce i contenuti in stretta collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione e con il supporto della Struttura Tecnica Permanente. L'O.I.V., attraverso la sua attività, provvederà ad orientare l'aggiornamento e/o il miglioramento del Sistema.

Le modifiche agli allegati al presente documento non comportano revisione del documento stesso.

8. PUBBLICITA'

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito internet istituzionale, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente" dei seguenti documenti:

- a) Piano della Performance (completa degli allegati);
- b) Schede descrittive degli obiettivi assegnati alle strutture;
- c) Relazione sulla Performance e relativo documento di validazione;
- d) Nominativi, curricula, compensi e tutta la documentazione inerente i componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione; il regolamento di funzionamento dell'organismo;
- e) Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (Si.Mi.Va.P.);
- f) Tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alle performance stanziati per il Personale del comparto, per l'Area dirigenziale medica e veterinaria e per l'Area dirigenziale sanitaria professionale tecnica amministrativa;
- g) L'analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.

Con la finalità di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione nelle varie fasi del Ciclo di gestione della performance di tutto il personale dipendente, analogha documentazione è inoltre pubblicata sul sito intranet aziendale.

9. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Tutte le strutture aziendali.

La presente procedura viene pubblicata sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.





SISTEMA DI MISURAZIONE E
VALUTAZIONE DELLA
PERFORMANCE DELL'ASL NO

03/GoCSS/17 - REV. 0

DATA 30/10/2017

10. ALLEGATI / DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- ALL. 1 scheda piano attività annuale
- ALL. 2 Modello scheda di budget



Dipartimento XXXXXX

SCHEMA PIANO ATTIVITA' ANNUALE

Da presentare alla Direzione Generale entro il 28 febbraio di ogni anno

OBIETTIVI ANNO xxxx

(esplicitare obiettivi annuali. Gli indicatori per il monitoraggio saranno elencati nel paragrafo "Valutazione", insieme agli altri indicatori)

DOCUMENTI DI INDIRIZZO

(elencare i documenti di indirizzo da sviluppare/completare: almeno uno all'anno per ciascuna struttura organizzativa, privilegiando processi trasversali).

Tabella – documenti di indirizzo

<i>strutture del Dipartimento XXXXXXXXXX</i>	<i>Documenti di indirizzo da sviluppare/completare – ANNO XXXX</i>
SC	<ul style="list-style-type: none"> • Da definire • Da definire
SC	<ul style="list-style-type: none"> • Da definire • Da definire

INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE

(descrivere i cambiamenti fondamentali nella logica organizzativa che risultano o che generano un cambiamento nei comportamenti - es. adozione modello Week surgery, organizzazione dipartimentale degli ambulatori, ecc. -, incluse le innovazioni tecnologiche ossia l'acquisizione di una tecnologia/dispositivo/farmaco prima non in uso presso la struttura considerata, che si intende introdurre)

PROGETTI DI RICERCA

(elencare progetti di ricerca in corso, distinguendoli per tipologia di finanziamento e allegarli. Indicare le strutture partecipanti anche extra-aziendali)

Ricerca sanitaria finalizzata:

Finanziati con fondi diversi:

Non finanziati:



AUDIT CLINICI E ORGANIZZATIVI

(elencare audit: per ciascuna struttura organizzativa almeno uno all'anno per tipologia (clinico e organizzativo), privilegiando processi trasversali almeno al dipartimento)..

Tabella – audit clinici e organizzativi

<i>strutture del Dipartimento XXXXXXXXXX</i>	<i>Audit clinici da realizzare ANNO</i>	<i>Audit organizzativi da realizzare ANNO</i>
SC	<ul style="list-style-type: none"> • Da definire • Da definire • Da definire 	<ul style="list-style-type: none"> • Da definire • Da definire • Da definire
SC	<ul style="list-style-type: none"> • Da definire • Da definire • Da definire 	<ul style="list-style-type: none"> • Da definire • Da definire • Da definire

RISORSE

GRUPPI DI LAVORO ATTIVI NELL'ANNO XXXX (specificare se formalizzati):

Permanenti:

Temporanei:

VALUTAZIONE

elencare indicatori da monitorare per ciascuna struttura organizzativa, indicando le modalità di raccolta (ottenibili da flussi correnti, raccolti ad hoc). NB per ogni obiettivo definito nello specifico capitolo deve essere previsto almeno un indicatore:

Tabella – indicatori da monitorare

<i>strutture del Dipartimento XXXXXXXXXX</i>	<i>Indicatori da monitorare – ANNO XXXX</i>
SC	<ul style="list-style-type: none"> • Da definire
SC	<ul style="list-style-type: none"> • Da definire



ALLEGATO 2

STRUTTURA: DIPARTIMENTO XXX		DIRETTORE:	
STRUTTURA: xxx		DIRETTORE/RESPONSABILE : xxx	

Obiettivi Economici e di Attività			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso

Obiettivi di Appropriatazza e Qualità			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso

Obiettivi di Innovazione e Sviluppo			
Descrizione	Indicatore	Proposta STD	Peso

(*) obiettivo prestazionale di cui alla DGR 9-11.625 del 22.6.09, escluso dal peso assegnato agli obiettivi sopra indicati.

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Struttura

Il Direttore Sanitario

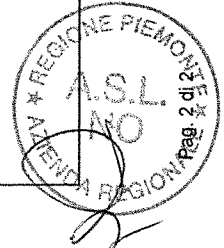
Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale



Parametro	Criterio	Indicatore	Standard	Documento atteso
Capacità di conseguire efficienza attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: 1) assegnazione degli obiettivi al dirigente responsabile di struttura semplice, al dirigente con incarico di alta specializzazione; 2) Adesione alle indicazioni Aziendali relative all'applicazione della Legge 161 del 30.10.14	1A) Lettera di assegnazione, a ciascun Dirigente della propria struttura con incarico di responsabile di Struttura Semplice o incarico di alta specializzazione, degli obiettivi specifici rispetto all'incarico. 1B) Lettera di rendicontazione al Dirigente del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici attribuiti per l'anno 2016. 2) Predisposizione di turnazioni di lavoro e riposi nel rispetto della normativa in materia di orari di lavoro	1A) Lettera predisposta secondo fac-simile, inviata al Dirigente e sottoscritta dal medesimo per presa visione entro il 15/05/2017 e caricata sul Cruscotto ASL NO; 1B) Rendicontazione obiettivi 2016 inviata al Dirigente e caricata sul Cruscotto ASL NO entro il 31/08/2017; 2) Assenza di segnalazioni di violazioni della normativa vigente sulla programmazione dei turni, verificata a campione come da indicazioni dell'Ufficio personale	1A) Lettera di assegnazione obiettivi; 1B) rendicontazione raggiungimento obiettivi 2016; 2) report verifica programmazione oraria mensile
Capacità di conseguire con efficacia gli obiettivi assegnati al Servizio	EFFICACIA: raggiungimento obiettivi annuali assegnati in termini di tempi e qualità TRASPARENZA: attuazione e monitoraggio Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione; Partecipazione a commissioni/gare e rispetto scadenze secondo calendario regionale/aziendale	1) Risultato della verifica annuale; 2) Partecipazione a incontri semestrali con RPC; 3) relazione in merito agli adempimenti previsti, per parte di competenza, dal Piano Aziendale; 4) N. convocazioni a cui è seguita partecipazione/totale convocazioni ricevute *100; 5) scadenze rispettate/totale scadenze da rispettare*100	1) Entro un range da 94 a 100% 2) partecipazione >= 1 incontro; 3) entro 31/12/2017; 4) 100%, nel caso di assenza produrre specifica documentazione giustificativa; 5) 100% (controllo a campione)/segnalazioni RUP	1) Valutazione annuale 2) Verbali incontri - report presenze 3) Relazione (può essere redatta un'unica relazione accorpata per tutte le strutture aderenti al Dipartimento; 4) relazione e verbali; 5) relazione
Capacità di garantire la comunicazione interna	OBIETTIVI DI BUDGET 2016: evidenza della diffusione degli obiettivi 2016 al personale della propria struttura (dirigenza e comparto) FORMAZIONE: governo della diffusione dell'informazione sui corsi di formazione e della partecipazione ai medesimi	1) entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione, nota attestante l'assegnazione degli obiettivi alla dirigenza e con compilazione della scheda tipo e verbale attestante la divulgazione/coinvolgimento del comparto; 2) identificazione per ogni obiettivo di un responsabile che si farà garante di governarne la realizzazione e di compilare il Cruscotto ASL NO relativamente a tale obiettivo. L'identificazione del responsabile deve essere comunicata al responsabile stesso con controfirma ppv 3) n. incontri per monitorare obiettivi, valutare scostamenti, definire azioni correttive eventuali 1) n. operatori che hanno acquisito il numero minimo di crediti ECM garantiti dall'ASL NO per l'anno in corso (almeno 20)/totale operatori della struttura * 100 (Solo personale sanitario); 2) favorire la partecipazione ai corsi dell'emergenza (BLS-D; PBL; "ALS"); n. operatori formati/totale convocati * 100 (solo personale sanitario); 3) favorire la partecipazione ai corsi della sicurezza (D.Lgs 81/08) n. operatori formati/totale da formare * 100; 4) Per ogni evento formativo esterno alla struttura, predisporre relazione sintetica redatta a cura del partecipante, contenente l'argomento trattato e le nozioni apprese utili e spendibili nell'ambito della propria struttura	1) Nota, scheda e verbale trasmessi all'OIV tramite posta elettronica, entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget; 2) entro il mese successivo alla data di sottoscrizione degli obiettivi di budget segnalazione tramite posta elettronica del referente con lettera controfirmata dal responsabile dell'obiettivo p.p.v. alla s.s.d. GoCCS per inserire il nominativo nel Cruscotto ASL NO, 3) almeno 2 incontri nell'anno 1) almeno il 70%; 2) 90%; 3) 100%; 4) entro un mese dalla partecipazione all'evento, invio relazione al Direttore della Struttura e alla ssd Governo Clinica e Sviluppo Strategico	1) Nota, scheda tipo per assegnazione obiettivi di budget alla dirigenza e verbali; 2) mail/note al GoCCS con indicazione nominativi; 3) verbali 1) relazione formazione; 2) relazione formazione; 3) relazione SPP e formazione; 4) relazione secondo format
	SISTEMA INFORMATIVO: evidenza di corretto utilizzo dei sistemi informativi e degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda per la comunicazione (internet; posta elettronica)	Verifica annuale delle attribuzioni e revocche credenziali Aggiornamento del data base aziendale per la gestione degli obiettivi (Cruscotto ASL NO)	Rispetto del Documento Programmatico per la Sicurezza Almeno trimestrale in relazione alle azioni della struttura	Report esito verifica credenziali Report riepilogativo azioni PO

IL DIRETTORE



**AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE,
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

**FOGLIO ADEMPIMENTI
- EFFETTI -**

- Il presente provvedimento è esecutivo:

Giorno inizio esecutività 20 NOV. 2017

dal giorno della sua iscrizione nel Registro Generale

dalla data in esso provvedimento indicata

- PUBBLICAZIONE -

Al presente provvedimento è stata data pubblicità legale, ai sensi dell'art. 32, 1° comma, L. 69/2009, tramite pubblicazione sul sito informatico dell'Ente ad iniziare dal giorno 10 NOV. 2017



**AFFARI ISTITUZIONALI, LEGALI, COMUNICAZIONE,
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

IL DIRETTORE

(dott. *Claudia Teruggi*)

- COMUNICAZIONI -

Provvedimento trasmesso in copia alle sottospecificate Strutture aziendali

V.D.

COLLEGIO SINDACALE

AILCAT
 SICG
 GOCSS
 SPP
 ASSTERR
 SML
 AIP
 DUN
 SIAV

SEF
 DMPO
 SPS
 MC
 PALLIATIVE
 DSM
 CCPS
 DP
 SPRESAL

GPVRU
 DIPSA
 FO
 SEPI
 SANPEN
 DMI
 DAN
 SISP

STP
 DEA
 FT
 ACEP
 COTESS
 DPD
 DAS
 SIAN

ALTRI _____

