

# **Piano della performance**

# **AOU Federico II di Napoli**

# **anni: 2015-2017**

**in applicazione al Decreto Legislativo 150/2009**

## INDICE

### **1. Presentazione del Piano**

- 1.1. Finalità del Piano
- 1.2. Contenuti del Piano

### **2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli *stakeholder* esterni**

- 2.1 L'AOU Federico II
- 2.2 L'attività svolta
- 2.3 Modalità di svolgimento dell'attività

### **3. Identità**

- 3.1 L'amministrazione "in cifre"
- 3.2 Mandato istituzionale e Missione
- 3.3 Visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale
- 3.4 Albero della *performance*

### **4. Analisi del contesto**

- 4.1 Analisi del contesto esterno
- 4.2 Analisi del contesto interno

### **5. Obiettivi strategici**

### **6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

- 6.1 La valutazione del personale
- 6.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale
- 6.3 L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

### **7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle *performance***

- 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano
- 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
- 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle *performance*

## **PIANO DELLA PERFORMANCE 2015-2017**

### **1. PRESENTAZIONE DEL PIANO**

#### **1.1 Finalità del Piano**

Il presente documento costituisce il Piano della Performance dell’Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” di Napoli ed è adottato ai sensi degli artt.10 comma 1, lettera a) e 15, comma 2, lettera b) del Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009. n. 150 al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance dell’Azienda.

Il Piano è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell’AOU Federico II per la misurazione e la valutazione della performance.

Il Piano viene elaborato con riferimento alle indicazioni e agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CiVIT) (ora Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC) con le Delibere n. 112/2010 e 6/2013. Esso rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e che si articola nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- 2) collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- 5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 6) 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.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- a) nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento delle Pubbliche Amministrazioni, definite attraverso l'atto aziendale di cui all'art. 3 comma 1 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i..

## **1.2 Contenuti del Piano**

Il presente Piano si articola – in coerenza alle disposizioni del D.Lgs 150/2009 e alle indicazioni CIVIT - nelle seguenti parti:

- a) definizione dell'**identità dell'organizzazione**, all'interno della quale sono descritti gli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale e la mission aziendale.
- b) analisi del contesto esterno, riferendosi in particolare alla definizione dello scenario regionale
- c) analisi del contesto interno, nell'ambito del quale vengono illustrate le peculiari caratteristiche dell'AOU Federico II, essendo essa classificata nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale;
- d) definizione degli obiettivi strategici;
- e) definizione degli obiettivi operativi;
- f) descrizione del ciclo della performance.

Le fasi del processo descritte non vanno interpretate come adempimenti circoscritti nel tempo e meramente strumentali alla redazione del Piano, ma costituiscono “punti” di attenzione per garantire un costante allineamento delle strategie dell'amministrazione rispetto alle dinamiche del contesto di riferimento.

Il Piano qui presentato si pone quindi l'obiettivo di costituire:

- una visione comune tra il vertice aziendale ed il personale sulle finalità e sulla collocazione nel futuro a breve e a medio termine dell'Azienda ed è, quindi, uno strumento per orientare le azioni ed i comportamenti;
- specifica linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

## **2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI**

### **2.1 L'AOU Federico II**

L'Azienda è denominata Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II". Essa ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" nasce e svolge la propria attività in base a quanto definito:

- dall'art. 6 del D. L.vo 502/92;
- dall'art. 16 della L. Regionale n° 32 del 03/11/94;
- dal D. L.vo n° 517 del 21/12/99 con il quale sono disciplinati i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università;
- dal DPCM 24/05/01 che contiene le linee guida per la stipula dei protocolli di intesa tra Regione ed Università per lo svolgimento di attività assistenziali dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale;
- dal Protocollo d'Intesa stilato il 18/07/03 fra Università Federico II e Regione Campania al fine di realizzare la fattiva collaborazione per l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca fra il Servizio Sanitario Regionale e la Scuola di Medicina e Chirurgia, nel rispetto delle reciproche autonomie organizzative e di programmazione.
- dal Decreto del Rettore dell'Università degli Studi Federico II n° 2942 del 31/07/03.
- dal Protocollo d'Intesa stilato fra Regione Campania e Università Federico II di Napoli del 20/04/2012;
- dal Decreto del Rettore dell'Università degli Studi Federico II n. 2960 del 20/09/2012 .
- dal Decreto Commissariale n.18 del 18/02/2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 25/02/2013
- dalla L. 120/07 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
- dalla Legge 08/11/2012, n. 189;
- dal DPR 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica";

- dalla L. 4 novembre 2005, n. 230 recante nuove disposizioni per i professori ed i ricercatori universitari;
- dalla Legge n 240 del 30/12/2010;
- dai Decreti del Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II del 12/11/2012 di istituzione dei Dipartimenti Universitari;
- dal Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27/09/2010 con il quale si è provveduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Regione Campania;
- dal Decreto del commissario ad Acta n. 55/2010 Linee guida per il "completamento del riassetto della rete laboratoristica;
- dal Decreto Rettorale n.2121 del 12/06/2013 "Orario di servizio relativo all'attività assistenziale del personale docente e ricercatore a tempo definito", con il quale è stato modificato il Decreto Rettorale n.3004 del 25/09/2012.

L'Azienda è Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale e si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle d'alta specializzazione di rilievo nazionale.

Svolge - ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07.03 2011 - "*attività di assistenza ospedaliera e quella didattica scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario, attività che si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria penetrazione*" - in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

- elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute;
- elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

## **2.2 L'attività dell'AOU Federico II**

L'AOU "Federico II" costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale.

Inoltre, essa è sede della Scuola di Medicina e Chirurgia, di varie Scuole di Specializzazione medico-chirurgiche, di Master di I e di II livello, di Corsi di laurea breve per personale non medico e di Corsi di Perfezionamento.

Per quanto concerne le attività relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie, le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso i ricoveri ordinari a ciclo continuo, i ricoveri in regime di day-hospital e le attività ambulatoriali, in numerose branche dell'attività medico-chirurgica e odontostomatologica, ed in linea con la funzione di tipo ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

L'AOU "Federico II" è dotata, inoltre, di un Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o urgenze esclusivamente in ambito ostetrico-ginecologico.

Inoltre, garantisce l'accesso dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso dell'A.O.R.N. Cardarelli, con un tasso di utilizzo dei posti letto messi a disposizione non inferiore all'80% (Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 1 del 15/01/2015 "Organizzazione accesso pazienti in emergenza nell'area collinare di Napoli: misure urgenti per garantire l'assistenza in condizioni di iperafflusso" e s.m.i.).

Volendo riassumere le prestazioni assistenziali ed i servizi erogati dall'AOU "Federico II" in categorie, è possibile individuare:

- assistenza medica, infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa, necessaria per risolvere i problemi di salute del paziente degente, compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica e scientifica delle singole strutture;
- interventi di soccorso per i pazienti d'interesse ostetrico-ginecologico in situazioni di urgenza ed emergenza medica, afferenti al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico;
- prestazioni di Day-Hospital;
- prestazioni di Day-Surgery;
- prestazioni ambulatoriali;
- analisi di laboratorio.

## 2.3 Modalità di svolgimento delle attività

L'Azienda riconosce come propria missione il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con l'Università e la Scuola di Medicina e Chirurgia.

La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla Scuola di Medicina e Chirurgia. Attraverso l'attività di assistenza e, in condizioni di autonomia, essa ha, quindi, come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università. Inoltre, l'Azienda:

- partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale tramite l'elaborazione degli atti di programmazione di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete;
- concorre quotidianamente alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Campania, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tal fine destinate dalla collettività. In tale contesto l'insieme delle risorse aziendali agisce come parte integrante del Servizio Sanitario Regionale.

## 3. IDENTITÀ

### 3.1 L'amministrazione "in cifre"

L'art. 3 del Protocollo d'Intesa 2011-2013 tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli del 20/04/2012 prevede che l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda siano disciplinati con atto aziendale di diritto privato, in cui vengono individuate le strutture operative che partecipano alla costituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Infatti, l'AOU adotta il DAI quale modello organizzativo e quale strumento ordinario di gestione operativa dell'Azienda, volto ad assicurare l'esercizio integrato delle attività e delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

In aggiunta, l'allegato A del Protocollo 2011-2013 prevede una dotazione di **n° 936 posti letto**, di cui 722 in regime ordinario e 214 in regime di day hospital.



Con delibera del Direttore Generale n. 198 del 20/05/2013, integrata dalla delibera del Direttore Generale n. 453 del 30/10/2013, è stato adottato l'Atto Aziendale ed il Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POFA) che ha previsto l'istituzione di 13 DAI che sono associati (così come previsto dal comma b) punto 10 articolo 3 del Protocollo di Intesa vigente) ai 6 Dipartimenti Universitari dell'Università "Federico II".

Più in particolare:

<b>DIPARTIMENTI UNIVERSITARI</b> <b>Università degli Studi di Napoli “Federico II”</b>	<b>DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI AD ATTIVITA’ INTEGRATA (DAI)</b> <b>Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II”</b>
Medicina Clinica e Chirurgia	1. Gastroenterologia, Endocrinologia, Chirurgia 2. Medicina Clinica
Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche	1. Medicina di laboratorio 2. Medicina trasfusionale
Neuroscienze e Scienze riproduttive ed Odontostomatologiche	1. Testa-Collo 2. Neuroscienze Cliniche, Anestesiologiche e Farmacoutilizzazione 3. Ostetricia, Ginecologia, Urologia
Sanità Pubblica	1. Igiene e Medicina del Lavoro e preventiva 2. Chirurgie specialistiche, nefrologia
Scienze Biomediche Avanzate	1. Cardiologia, Cardiochirurgia ed emergenze cardiovascolari 2. Diagnostica Morfologica e funzionale, radioterapia, Medicina legale
Scienze Biomediche Traslazionali	1. Pediatria 2. Medicina Interna, Patologia Clinica

Nel rispetto della programmazione annuale realizzata sulla base del Protocollo d’Intesa con la Regione, l’A.O.U. Federico II ha effettuato nel 2014 in maniera integrata con l’attività didattica e scientifica i seguenti volumi di attività assistenziale istituzionale:

#### Volumi attività assistenziale del 2014

- Ricoveri ordinari (dimessi) n° 26.390
- Ricoveri day-hospital (accettati) n° 35.197
- Prest. ambulatoriali SSN n° 383.867

Per quel che concerne le unità di personale, occorre evidenziare che non tutte le unità prestano la loro attività a tempo pieno.

Per tale motivo si ricorre alla metodologia del *full time equivalent* (equivalenza rispetto all'orario di lavoro a 36-38 ore ) in quanto nel contingente aziendale è incluso il personale docente e ricercatore dell'Università il cui debito orario assistenziale è stato fissato, con Decreto Rettorale n.3004 del 25/09/2012 e successivamente modificato con Decreto Rettorale n.2121 del 12/06/2013. Più in particolare, i due Decreti succitati prevedono che l'orario di servizio relativo all'attività assistenziale è fissato:

- in n. 26 ore per il personale docente e ricercatore in regime di impegno a tempo pieno;
- in n. 22 ore per il personale docente e ricercatore a tempo definito.

Inoltre, si rileva che circa il 30% del personale di cui dispone l'AOU Federico II è a totale carico dell'Azienda.

### 3.2 Mandato istituzionale e Missione

L'Azienda riconosce come propria missione il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con **l'Università e la Scuola di Medicina e Chirurgia**. La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Scuola di Medicina. Attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia, garantita innanzitutto e in primo luogo dalla capacità di mantenere un solido e duraturo equilibrio economico, essa ha, quindi, come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università.

Così come emerge dalla missione istituzionale, l'identità dell'AOU "Federico II" è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università e la Regione Campania. Il mix di attività di ricerca didattica ed assistenza consente all'Azienda di collocarsi come polo di offerta nazionale ad altissima specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità.

A tale scopo sono stati identificati i Centri di Riferimento Regionale, che rappresentano delle strutture di offerta ad altissima specialità che fungono da "riferimento" all'interno della rete di offerta regionale.

Ciò ovviamente comporta, da un lato, la necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti in medicina, degli assistenti in formazione (AIF), degli studenti di corsi di laurea delle professioni sanitarie e, dall'altro, la necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni primari della popolazione della provincia di Napoli e dell'intera Regione.

Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che possano informare rispetto alle prestazioni erogabili dall'Azienda. Tra di essi si segnala che – per favorire la comunicazione interna ed esterna attraverso l'uso di nuove tecnologie sostenibili ed user-friendly – è attivo il web magazine dell'AOU "Federico II" *Area Comunicazione* (<http://areacomunicazione.policlinico.unina.it>), realizzato nel rispetto dei principi dell'*Health Literacy*, con l'obiettivo sia di migliorare la comunicazione interna e l'adesione dei professionisti dell'Azienda alla valorizzazione dell'immagine dell'AOU, sia di sostenere la partecipazione del cittadino alle scelte di Salute, supportando i cittadini a rimuovere gli ostacoli all'adozione di più sani stili di vita, con linguaggi e "confezionamenti" di notizie di facile fruibilità e di immediatezza.

Per l'identificazione degli obiettivi di natura strategica dell'AOU occorre, in aggiunta, individuare i sistemi d'interesse rispetto ai quali operano i diversi interlocutori (*stakeholder*/portatori di interesse).

La complessità organizzativa e gestionale tipica delle Aziende Ospedaliere Universitarie rispetto a quella delle tradizionali Aziende Ospedaliere è rappresentata dal numero elevato e dalla varietà dei portatori di interesse.

I sistemi di interesse rappresentano, infatti, il variegato mix di attese che i diversi interlocutori portano e che l'AOU, con attività diversificate (didattica, ricerca ed assistenza) e differenziate (le diverse linee di ricerca scientifica, il portafoglio servizi assistenziali, ecc.) è chiamata a contemperare e soddisfare.

I sistemi sono tra di loro interconnessi e richiedono la definizione di assetti organizzativi e di sistemi di gestione assai differenti; da qui la necessità di contemperamento dei vincoli al pieno soddisfacimento delle attese.

Le attese sullo sviluppo socio-economico rappresentano il sistema di riferimento per i bisogni collegati alle scelte pubbliche sulla copertura assistenziale, sui livelli di assistenza minimi e sulla sopravvivenza economica del sistema regionale; il principale portatore di tale interesse è, in tal senso, rappresentato dalla Regione Campania.

Le attese sullo sviluppo delle conoscenze scientifiche costituiscono il sistema proprio della ricerca, dell'innovazione e della didattica che qualificano il tessuto professionale all'interno della quale opera l'AOU; il principale *stakeholder* è rappresentato dall'Università "Federico II" e nello specifico dalla Scuola di Medicina e Chirurgia.

Le attese sulla erogazione dei servizi sanitari rappresentano le condizioni di qualità delle performance clinico assistenziali, della fruibilità ed accessibilità alle strutture, dell'integrazione tra ambiti assistenziali, ecc. Tale sistema di attese trova nei cittadini gli *stakeholder* principali.

Le attese sulle condizioni sociali e di lavoro di tutti coloro che operano nell'AOU Federico II inclusa la percezione che l'opinione pubblica ha nei confronti della azienda stessa, hanno come principale *stakeholder* i dipendenti.

Le attese sulla semplificazione dei processi amministrativi volti a regolare i rapporti con i fornitori, fermo restando i vincoli di legalità e trasparenza a cui una qualsiasi azienda sanitaria pubblica deve attenersi, hanno come principale *stakeholder* i fornitori.

Il contemperamento delle diverse attese da parte dei portatori di interesse genera un sistema complesso di vincoli e opportunità all'interno del quale l'AOU Federico II deve individuare le tendenze più rilevanti che si riflettono con maggior forza sul funzionamento e sullo sviluppo

dell'azienda stessa e deve, quindi, operare delle scelte al fine di raggiungere i propri fini istituzionali.

L'Azienda partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale e dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di rientro dal debito sanitario, tramite l'elaborazione degli atti di programmazione di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del **Servizio Sanitario della Regione Campania**, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività, con lo scopo di perseguire la buona qualità dell'integrazione fra le attività di assistenza, didattica e ricerca per la tutela ed il progressivo miglioramento della salute dei singoli cittadini e della collettività.

### **3.3 Visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale**

Così come emerge dalla missione istituzionale, l'identità dell'AOU "Federico II" è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università e la Regione Campania.

In coerenza con il contesto di riferimento, l'Azienda individua la sua visione; essa si ispira ai seguenti principi fondanti che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:

- **Centralità della persona:** l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, dei professionisti che operano al suo interno e degli studenti. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma accoglierlo considerando l'interesse dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.). Allo scopo l'AOU Federico II si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. Ferme restando le forme di tutela giurisdizionale contro atti e comportamenti, omissivi e/o limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, il cittadino interessato o che ne sia legittimato in sua vece, può presentare esposti, denunce, reclami, opposizioni, assicurazioni, nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi e del Regolamento Aziendale di Tutela. L'A.O.U. garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella l. 241/90 e s.m.i., nel decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e

diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e dalla normativa in materia di riservatezza dei dati sensibili. La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda; allo scopo, essa si prefigge di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. A tal fine, essa riconosce il ruolo che le donne effettivamente esercitano nella società e mette in atto politiche e sistemi di gestione funzionali a costruire condizioni di pari opportunità sostanziali, con particolare attenzione agli ambiti dello sviluppo professionale, delle carriere, degli orari di lavoro, anche ricorrendo ad azioni esplicite in favore delle donne. L'A.O.U. si impegna quindi a garantire pari opportunità tra donne e uomini per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e streaming, anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. dei Comparti Università e Sanità. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale ed umano degli studenti.

- **Governo Clinico** attraverso la costruzione di condizioni sia cliniche sia organizzative che sviluppino la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali. Ciò è possibile sviluppando politiche e strumenti che promuovano ***l'integrazione virtuosa tra ricerca didattica ed assistenza***. Infatti, integrare la ricerca scientifica, la didattica e l'assistenza rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca didattica ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.
- **Sviluppo economicamente sostenibile:** l'obiettivo dell'equilibrio dinamico di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi; tali condizioni sono perseguibili operando a) sulla "macchina organizzativa", evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità multidisciplinari di organizzazione del lavoro, b) sulla continua propensione

dei professionisti all'adozione di pratiche appropriate dal punto di vista clinico. L'operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie ed attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

### **3.4 Albero della performance**

L'albero della performance è una mappa logica che permette attraverso una rappresentazione grafica di evidenziare i legami tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi fornendo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

La struttura dell'albero mostra come gli obiettivi, ai vari livelli, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale ed alla missione.

Il sistema che risulta è di tipo piramidale ed integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

La base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance è rappresentata dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013, dal Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 82 del 05.07.2013 "Adeguamento programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali" e ss.mm.ii., dal Protocollo di Intesa tra Regione ed Università 2011-2013, unitamente ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria.

Unitamente alle disposizioni normative vanno considerate le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

L'albero della performance risulta, quindi, articolato su tre livelli:

- 1° Livello: Aree Strategiche
- 2° Livello: Obiettivi Strategici
- 3° Livello: Obiettivi Operativi/Specifici

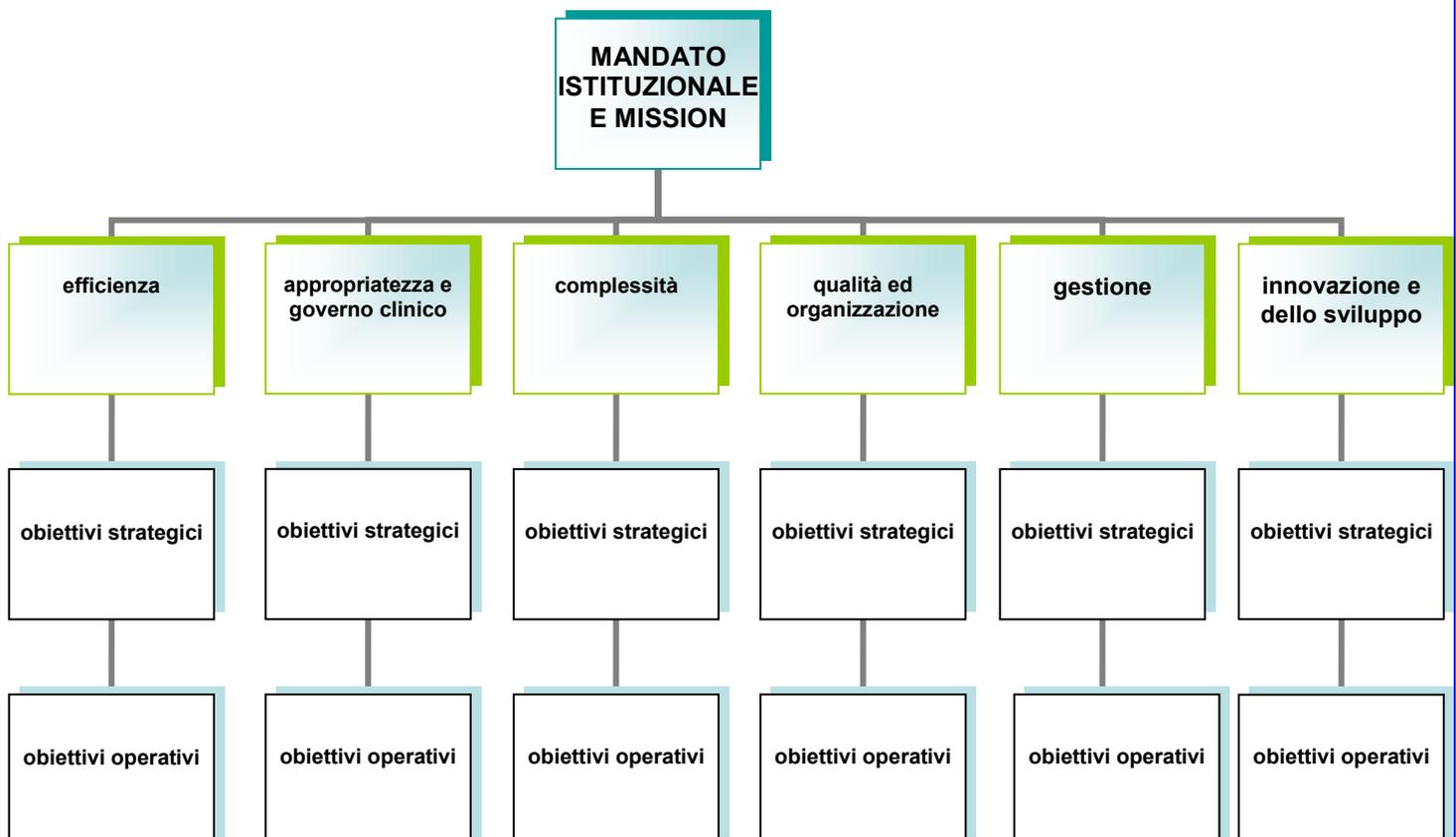
che saranno meglio illustrati nel paragrafo 5.

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell’Azienda: ad esse sono associati gli outcome attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli stakeholder la finalizzazione delle attività dell’amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative.

L’articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

Le aree strategiche individuate nell’albero della performance sono:

1. Area dell’efficienza;
2. Area dell’appropriatezza e governo clinico;
3. Area della complessità;
4. Area della qualità ed organizzazione.
5. Area della gestione;
6. Area dell’innovazione e dello sviluppo.



Le sei aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica.

## **4. ANALISI DEL CONTESTO**

### **4.1 Analisi del contesto esterno**

La Campania è una delle regioni italiane più densamente popolate con oltre 400 abitanti per km<sup>2</sup>. Nell'ambito della Regione Campania, è la provincia di Napoli la più popolosa; in essa risiede infatti oltre la metà della popolazione. La struttura per età della popolazione campana è caratterizzata dalla presenza di alta frequenza nelle classi di età più giovani e bassa presenza nelle classi di età più anziane; tale distribuzione risulta molto diversa dalla media nazionale.

Un importante indicatore socio-demografico risulta essere il tasso di mortalità infantile che rappresenta uno dei primi indicatori di sviluppo di un paese (i paesi sviluppati hanno infatti una bassa mortalità alla nascita e la distribuzione dei decessi orientata verso le popolazioni anziane e molto anziane).

La regione Campania risulta avere dei valori del tasso di mortalità infantile sempre inferiori alla media del mezzogiorno ma superiori al valore medio nazionale.

Oltre al contesto demografico è stato esaminato anche il contesto socio-economico che rende la Campania una regione assai peculiare nel panorama italiano. Infatti essa risulta tra le regioni con il più basso tasso di occupazione e con alti livelli del tasso di disoccupazione (globale e giovanile).

Tali indicatori sono costruiti nel modo seguente:

1. Il tasso di occupazione nell'età 20-64 anni si ottiene dal rapporto tra gli occupati tra 20 e 64 anni e la popolazione della stessa classe di età per cento.
2. Il tasso di disoccupazione si ottiene come rapporto percentuale tra la popolazione di età a partire dai 15 anni a salire in cerca di occupazione e le forze di lavoro. Queste ultime sono date dalla somma degli occupati e delle persone in cerca di occupazione. La definizione di persona in cerca di occupazione fa riferimento al concetto di ricerca attiva di lavoro, ovvero all'aver compiuto almeno un'azione di ricerca di un determinato tipo nelle quattro settimane che

precedono quella a cui fanno riferimento le informazioni raccolte durante l'intervista e all'essere disponibili a lavorare nelle due settimane successive

3. Il tasso di disoccupazione giovanile si ottiene come rapporto percentuale tra le persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni e le forze di lavoro (occupati e persone in cerca di occupazione) della corrispondente classe di età.

4. Le convenzioni internazionali definiscono come disoccupato di lunga durata una persona in cerca di occupazione da almeno un anno (12 mesi). L'informazione sul numero di disoccupati di lunga durata, rilevata dalle indagini armonizzate a livello europeo sulle forze di lavoro, può essere rapportata all'insieme della forza lavoro, definendo il tasso di disoccupazione di lunga durata, oppure all'insieme dei disoccupati, definendo il rapporto di composizione (incidenza dei disoccupati di lunga durata sul totale dei disoccupati): qui è utilizzato il secondo indicatore.

Infine, è stato esaminato un indicatore sintetico di deprivazione che descrive il contesto economico sociale ed è rappresentato dalla quota di famiglie che dichiarano almeno tre delle nove deprivazioni riportate di seguito: non riuscire a sostenere spese impreviste; avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo); non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, un pasto adeguato (proteico) almeno ogni due giorni, il riscaldamento adeguato dell'abitazione, l'acquisto di una lavatrice, o di una televisione a colori, o di un telefono, o di un'automobile. La Campania risulta essere insieme alla Sicilia una delle regioni con il più alto valore di questo indice (Sicilia 31,8 ogni 100 famiglie, Campania 29,5, Mezzogiorno 25,8 e Italia 15,7).

L'AOU "Federico II" costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale.

Come detto in precedenza, i rapporti con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II e la Regione Campania sono disciplinati da uno specifico Protocollo di Intesa atto a "disciplinare il rapporto tra Servizio Sanitario Regionale e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali" (l'ultimo stipulato nel mese di aprile 2012, per le annualità 2011-2013, e scaduto il 31 Dicembre 2013).

Tale protocollo ha dovuto adeguarsi alla DGRC n.460/2007 (Piano di rientro) che ha fissato:

- i vincoli di natura finanziaria al SSR della Campania, definendo i finanziamenti per ciascuna annualità del Piano e la loro distribuzione per azienda e macrovoce di spesa,

programmando i disavanzi delle aziende del SSR fino al completamento del periodo di affiancamento;

- le azioni organizzativo-strutturali che, incidendo tra l'altro profondamente sull'organizzazione delle rete ospedaliera, consentono di raggiungere obiettivi di risparmio di spesa.

## **4.2 Analisi del contesto interno**

L'AOU "Federico II" nasce da una serie di provvedimenti, nazionali e regionali, tesi a realizzare al meglio la collaborazione tra Regione ed Università, ed oltre ad essere integrata con il SSR, si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle di alta specializzazione di rilievo nazionale.

L'AOU "Federico II" si trova, pertanto, ad espletare in modo unitario ed inscindibile le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, rappresentando contemporaneamente sia un elemento strutturale importante del SSN, in particolare del SSR della Campania, perseguendo quindi l'obiettivo di tutela globale della salute, sia un elemento strutturale dell'Università, perseguendo obiettivi di didattica e ricerca.

Per la definizione della propria strategia, l'AOU Federico II fa dipendere le sue decisioni da due fattori di analisi da cui non può prescindere:

- il primo deriva dall'interazione dei vari stakeholders;
- il secondo deriva dal confronto con aziende istituzionalmente omogenee rispetto alla triplice finalità dell'assistenza, della ricerca e della didattica, alle dimensioni (ad es. dotazione posti letto, unità di personale su posto letto) e alla tipologia dell'attività assistenziale (ad es. quantificazione attività chirurgiche rispetto a quelle mediche, peso medio per DRG ecc.).

L'AOU, in ragione del sistema di interessi che tempera, si trova, quindi, a dover intercettare e perseguire un equilibrio economico finanziario rispetto ad un'area di attività, quella assistenziale, che è strettamente collegata alle attese di governo regionali, ed è intrinsecamente funzionale alle attività di ricerca e didattica. Tale equilibrio può essere conseguito gestendo l'attività di assistenza all'interno di un sistema di coerenze tra il trend dei costi aziendali e le logiche di finanziamento dell'AOU Federico II, come previsto dall'atto Aziendale. La valutazione della struttura dei costi e dei ricavi aziendali deve essere ponderata rispetto ad alcune informazioni che individuano il "potenziale assistenziale" (ovvero le risorse a disposizione dell'AOU per l'erogazione di assistenza)

e la “capacità erogativa assistenziale” (ovvero quanto l’AOU eroga in termini di attività di assistenza). Tali informazioni sono la dotazione strutturale ed il suo relativo trend dei costi, l’attività erogata e la sua valorizzazione.

Il processo di ristrutturazione organizzativa attuato dall’AOU “Federico II”, in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. 517/99, prospettante uno snellimento dell’organizzazione mediante l’aggregazione dei vecchi DAS (Dipartimenti Assistenziali) in n. 13 DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata), è volto ad assicurare l’esercizio integrato delle attività di assistenza, didattica e ricerca, oltre a garantire all’utente:

- 1) la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali;
- 2) un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- 3) il livello più elevato di appropriatezza e tempestività delle cure, anche mediante l’integrazione con i processi di didattica e ricerca.

Il protocollo di Intesa tra Regione e Università prevede che l’organizzazione ed il funzionamento dell’Azienda sia disciplinato con atto aziendale, all’interno del quale sono individuate le strutture operative che partecipano alla costituzione dei DAI (dotati di autonomia gestionale), quale strumento di gestione operativa dell’Azienda volto ad assicurare l’esercizio integrato delle attività e delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

Un aspetto molto importante regolato dal Protocollo di Intesa riguarda il finanziamento dell’Azienda.

Per ciascuno degli anni di durata del protocollo di intesa, il finanziamento è stabilito in 191 Mln€, incrementato dell’1% all’anno nel 2012 e nel 2013, fatto salvo il mantenimento del volume complessivo delle prestazioni e delle funzioni assicurate nell’anno 2010 a prescindere dal regime di erogazione (ordinario, diurno ed ambulatoriale).

In aggiunta al finanziamento ordinario, all’AOU è riconosciuta la possibilità di accedere ad un finanziamento annuo aggiuntivo nella misura di 20 Mln€, 22 Mln€ ed 24 Mln€, rispettivamente, per gli anni 2011, 2012 e 2013 legato al raggiungimento dei seguenti risultati di performance:

- a) riduzione del 7% entro il 2011, del 14% entro il 2012 e del 20% entro il 2013 del numero delle unità operative complesse;
- b) aumento del 3% nel 2011, del 6% nel 2012 e del 9% nel 2013 del peso medio dei DRG erogati in regime ordinario, rispetto al peso medio di quelli registrati nella media del biennio 2009-2010;

c) riduzione del 7% nel 2011, del 14% nel 2012 e del 20% nel 2013 dell'inappropriatezza dei ricoveri erogati in regime ordinario e diurno, rispetto a quelli registrati nella media del biennio 2009-2010.

L'Università concorre al sostegno economico-finanziario dell'AOU con l'apporto di personale docente e personale tecnico-amministrativo: con la concessione a titolo gratuito dell'AOU dei beni immobili e dei beni mobili/attrezzature utilizzate, per le attività assistenziali, oltre che per le attività di ricerca.

## **5. OBIETTIVI STRATEGICI**

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti:

- dalle indicazioni e dalla programmazione regionale sanitaria: la Regione Campania nei Programmi Operativi 2013 – 2015 in prosieguo del Piano di Rientro (ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88) ha definito una serie di obiettivi, programmi e azioni, sia di carattere economico che più strettamente orientati al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni;
- dal Protocollo di intesa Regione – Università 2011-2013, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini campani.

L'A.O.U. Federico II definisce, dal punto di vista temporale, due tipologie di obiettivi strategici:

1. obiettivi a medio termine, che coprono l'arco di riferimento dei tre anni, in coerenza con la durata del protocollo d'intesa che l'Università periodicamente stipula con la Regione Campania;
2. obiettivi di breve termine, che coprono l'arco di riferimento di un anno e che costituiscono l'articolazione a breve termine di quelli a medio termine.

## OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI AOU FEDERICO II

1	Rispetto della tempistica di trasmissione dei flussi di schede di dimissione ospedaliera in Regione Campania (Trasmissione flussi SDO entro 30 giorni dalla dimissione)
2	Miglioramento dell'efficienza nei consumi di farmaci e dispositivi in relazione alla complessità e al volume delle attività
3	Implementazione ed utilizzo di sistemi informativi (SOWEB, Order Entry, Informatizzazione sala operatoria, ECG on line, cartella clinica informatizzata e fascicolo sanitario elettronico, ecc.)
4	Implementazione di modalità assistenziali alternative più appropriate, nonché governo della presa in carico del paziente attraverso, ad esempio l'adozione di un PDTA.
5	Aumento del peso medio dei ricoveri ordinari
6	Riduzione, rispetto agli anni precedenti, del numero di ricoveri inappropriati e riorganizzazione dell'attività ambulatoriale
7	Consolidamento piano prevenzione infezioni ospedaliere
8	Raggiungimento degli Obiettivi di salute Programma Nazionale Esiti 2012 Age.Nas.:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ridurre il n° di Pcta eseguiti oltre 48 ore dal ricovero per infarto miocardio acuto</li> <li>· Ridurre la degenza post operatoria di colecistectomie laparoscopiche</li> <li>· Ridurre il tempo di attesa per intervento frattura femore</li> <li>· Ridurre il n° di parti con taglio cesareo primario</li> </ul>
9	Aumento dell'appropriatezza delle richieste di analisi di laboratorio e di diagnostica per immagini

10	Riduzione liste d'attesa per le visite specialistiche attraverso la rimodulazione dell'offerta sanitaria
11	Reingegnerizzazione di processi al fine dell'ottimizzazione delle risorse umane e strumentali
12	Implementazione di reti cliniche (implementazione PDTA, collegamenti con il territorio, day service, ecc.)
13	Razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi, con particolare riferimento al sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva
14	Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso l'incremento del numero di procedure di gara d'appalto.
15	Implementazione dei requisiti ulteriori e procedure di accreditamento previste dal regolamento 1 del 2007 (ad es. predisporre guida ai servizi, procedure, ecc.) e dal regolamento n. 3 del 2006
16	Miglioramento della comunicazione verbale e scritta (anche attraverso l'utilizzo del sito web aziendale) verso l'esterno (pazienti e cittadinanza) e verso l'interno (interaziendale e interdipartimentale)
17	Adozione di strumenti e/o soluzioni organizzative che permettano la realizzazione di azioni volte a promuovere il benessere organizzativo, anche al fine di favorire il coinvolgimento del personale e di aumentarne la motivazione
18	Rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti
19	Formazione del personale (ad es. su procedure, strumenti, apparecchiature, ecc.)
20	Mantenimento del patrimonio tecnico aziendale (ad es. accuratezza nell'utilizzo, manutenzione, ecc.)

21	Programmazione attività di ricerca e sviluppo allo scopo di favorire i processi di internazionalizzazione e fund raising
23	Implementazione di attività di valutazione delle innovazioni di prodotto e di processo con il supporto della metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA)
24	Informatizzazione ed implementazione dell'attività di business intelligence, attraverso il potenziamento del Datawarehouse aziendale, al fine di orientare e supportare il processo decisionale
25	Implementazione dei corretti procedimenti contabili a livello aziendale e potenziamento della Contabilità Analitica per Centri di Costo
26	Definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi presso strutture preesistenti o da realizzare con fondi ex art.20
27	Ottimizzazione dei tempi di refertazione dei servizi diagnostici
28	Utilizzo del modulo Order Entry che permette di richiedere, autorizzare, prenotare, trasmettere ordini da unità richiedenti ad unità eroganti all'interno della struttura ospedaliera e di ricevere la risposta a servizio eseguito.

## **6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI – IL CICLO DELLA PERFORMANCE**

Ai sensi dell'art. 4, comma 2 del D.Lgs. 150/2009, il ciclo di gestione della performance 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;
- f)* rendicontazione dei risultati all'Organo di indirizzo politico-amministrativo dell'Azienda, alla Direzione Strategica, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Attraverso il processo di budget attuato dall'AOU Federico II, vengono attuate le fasi del ciclo di gestione della performance di cui sopra previste dalla normativa vigente.

La Direzione Strategica Aziendale predispose il Programma Annuale o Documento Programmatico e, così come previsto dal Protocollo di Intesa vigente, provvede ad inviarlo all'Organo di Indirizzo per l'analisi di coerenza tra attività assistenziali e le necessità didattiche e di ricerca.

L'organo di indirizzo esprime un apposito parere sulla coerenza tra attività assistenziali e le necessità didattiche e di ricerca e lo invia alla Direzione Strategica la quale, anche sulla base delle osservazioni raccolte, predispose il Programma Annuale delle attività.

Inoltre, annualmente la Direzione Strategica invia al Comitato di Budget gli obiettivi e gli indirizzi di programmazione annuali al fine di assegnare gli obiettivi ai singoli Centri di Responsabilità.

Il Programma Annuale viene illustrato dalla Direzione Strategica ai membri del Collegio di Direzione, che esprime una valutazione tecnica.

La Direzione Strategica, recepite le valutazioni del Collegio di Direzione approva e delibera entro il 30 giugno di ogni anno il Programma Annuale e provvede ad inviarlo alla Regione, al Comitato di Budget ed ai Responsabili dei Centri di Responsabilità/Direttori di Dipartimento.

Il modello di formulazione degli obiettivi adottato dall'azienda ha seguito una logica di tipo top down partecipato, nella quale gli obiettivi sono declinati dalla Direzione Strategica ad un livello di ampiezza tale da consentire ai singoli Centri di Responsabilità una specificazione rispetto alle effettive modalità di raggiungimento, oppure in alternativa, una integrazione con altri obiettivi a miglioramento/completamento di quelli assegnati.

Attraverso il processo annuale di budget, ciascuna U.O. viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico - direzionali traducendo gli stessi in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura.

In particolare gli obiettivi operativi, oggetto della negoziazione di budget, sono misurati attraverso indicatori e agli stessi viene attribuito un peso. Gli obiettivi sono stati tradotti in termini economico quantitativi e riassunti nelle schede di budget.

Essi fanno riferimento alle seguenti macro aree: appropriatezza, complessità, efficienza, qualità ed organizzazione, informatizzazione, trasparenza.

Gli obiettivi sono monitorati in corso d'anno per fornire un'indicazione sull'andamento gestionale e a fine d'anno per determinare le percentuali di raggiungimento degli stessi, alle quali è correlata la corresponsione al personale della retribuzione di risultato.

Le strategie aziendali, indicate nel presente piano, sono definite in obiettivi generali, strategici e operativi; tali obiettivi e i relativi indicatori e standard vengono assegnati, attraverso il processo di negoziazione di budget e per tramite della dimensione organizzativa dipartimentale, ai dirigenti titolari delle Unità Operative ed al personale nelle stesse operanti. Da questo scaturisce la logica integrazione tra il presente piano delle performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

Il Processo di Budget comprende l'insieme delle regole aziendali che definiscono, in modo esplicito e trasparente, quali passaggi devono essere compiuti per giungere alla formalizzazione degli obiettivi.

Secondo quanto previsto dall'Allegato b) al DCA n.14/2009 "Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali sia a livello aziendale che regionale" e dal DCA n. 60/2011 "Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali sia a livello aziendale che regionale – Ciclo planning, budget e reporting", il Processo di Budget si articola in più fasi:

*Fase 1 – Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità (entro il 30 giugno anno n<sup>1</sup>)*

L'obiettivo di questa fase è quello di formalizzare il quadro di riferimento per la predisposizione del Budget Aziendale attraverso la stesura e la successiva approvazione e deliberazione del Programma Annuale entro il 30 giugno di ogni anno.

Il Programma Annuale è un documento sintetico che riporta gli indirizzi di programmazione che esprimono, in una visione unitaria ed integrata, i punti di raccordo tra i programmi Aziendali e i vari atti di pianificazione e/o di orientamento.

Il Programma Annuale, sviluppato dal Comitato di Budget sulla base delle indicazioni e degli indirizzi della Direzione Aziendale, è deliberato e condiviso con i vari responsabili al fine di assegnare ai vari Centri di Responsabilità gli obiettivi.

Una volta formalizzati gli indirizzi di programmazione all'interno del Programma Annuale, lo stesso deve essere trasmesso ed illustrato da parte della Direzione Aziendale ai membri del Collegio di Direzione, che sono chiamati ad esprimere una valutazione tecnica rispetto al contenuto del documento. Il Programma approvato e deliberato deve essere trasmesso alla Regione, ai componenti del Comitato di Budget ed ai responsabili dei Centri di Responsabilità.

Inoltre, ai Centri di Responsabilità viene trasmesso un Report sintetico ed una Scheda proposte Obiettivi.

Il Report Sintetico riassume i dati (numero e valore) sulle attività (RO, DH e prestazioni ambulatoriali), sui consumi di materiale sanitario (farmaci e dispositivi), prestazioni intermedie e straordinario per ogni DAI, oltre che indicatori (peso, occupazione, degenza media) . All'interno del prospetto è fornito il dettaglio per UOC. Il report rappresenta un utile strumento conoscitivo sull'andamento gestionale del DAI e uno strumento informativo di supporto nella definizione degli obiettivi da raggiungere. La Scheda proposte Obiettivi è strutturata in modo da poter rendere noti al DAI i macro obiettivi aziendali previsti nel documento programmatico e poter rilevare le proposte degli obiettivi specifici da parte del DAI, le azioni da realizzare per poter raggiungere l'obiettivo proposto, le UOC coinvolte ed il responsabile del raggiungimento dell'obiettivo.

---

<sup>1</sup> Anno n: Anno precedente a quello di riferimento  
Anno n+1: Anno a cui si riferiscono gli obiettivi  
Anno n+2: Anno successivo a quello di riferimento

*Fase 2 - Elaborazione delle Schede di Budget (Budget della Produzione, delle Risorse e dei Consumi) e Budget Operativo Aziendale e predisposizione della determina di adozione - (entro il 10 settembre anno n)*

Il processo di definizione del budget aziendale si sviluppa secondo una logica iterativa, segue cioè un flusso di comunicazioni che parte dagli organi di direzione in ordine all'assegnazione degli obiettivi da raggiungere e delle attività da realizzare da ciascun Dipartimento Attività Integrata (DAI), quali centri di responsabilità, ed è da questi tradotta in fabbisogni dei fattori produttivi (personale, prodotti farmaceutici, utenze, materiali, etc.) attraverso la redazione di Schede di Budget per ogni DAI.

Il Comitato di Budget analizza gli obiettivi e gli indirizzi di programmazione annuali trasmessi dalla Direzione Aziendale e sulla base di queste indicazioni definisce i prospetti contabili (schede di budget) e le schede obiettivi per ogni DAI e li trasmette ai Direttori di Dipartimento.

I Direttori di Dipartimento procedono ad eventuali contro proposte (scheda di budget revisionata) e le trasmettono al Comitato di Budget ed al Responsabile della PO Controllo di Gestione. Questi verificano la coerenza dei prospetti contabili revisionati, proposti dai Direttori di Dipartimento, e il Programma Annuale. In caso di esito negativo richiedono ai Direttori di Dipartimento di apportare modifiche ai prospetti proposti. In caso di esito positivo il Comitato di Budget procede alla predisposizione della determina di adozione del Budget della Produzione, delle Risorse e dei Consumi e all'invio della stessa alla Direzione Generale per la firma.

Successivamente, il Comitato di Budget predispone il Budget Operativo Aziendale, composto dal Budget della Produzione, delle Risorse e dei Consumi, al Collegio di Direzione che esegue un'analisi e comunica i propri pareri e osservazioni. Il Comitato di Budget trasmette il Budget Operativo Aziendale, con allegate le osservazioni e i pareri del Collegio di Direzione alla Direzione Strategica, che dopo aver verificato eventuali anomalie, rilascia la propria approvazione e lo trasmette al Direttore Generale per l'adozione.

Il Budget Aziendale definitivo viene inviato dalla Direzione Aziendale al Collegio di Direzione che formula pareri ed osservazioni e le invia alla Direzione Aziendale, la quale le inoltra al Comitato di Budget per le opportune verifiche. Successivamente il Direttore Generale predispone e firma la delibera di adozione.

*Fase 3 - Assegnazione obiettivi e correlati indicatori e target per Centri di Responsabilità (entro il 10 settembre anno n)*

La Scheda di Budget di tipo quantitativo, viene accompagnata da una Scheda Obiettivi, la quale associa alle categorie di obiettivi gli obiettivi aziendali e, per ciascuno di questi, gli obiettivi dei singoli Centri di Responsabilità. Ad ogni obiettivo è, poi, associato un target, un indicatore ed un peso/punteggio e per ogni obiettivo, viene individuato un responsabile della verifica.

Il Comitato di Budget individua gli obiettivi di budget, i relativi indicatori di monitoraggio ed i pesi/punteggi. In particolare, in relazione a quanto disposto dal Protocollo di intesa tra Università e Regione, vengono definite le macro categorie di obiettivi (appropriatezza, complessità ed efficienza) e per ciascuna di esse vengono predisposti uno o più obiettivi specifici, a ciascuno dei quali è correlato un indicatore, un target ed un peso.

Il peso/punteggio dei singoli obiettivi sono differenziati secondo la rilevanza di ciascun obiettivo rispetto agli orientamenti espressi nel Documento Programmatico. In particolare, gli obiettivi vengono ponderati in ragione dei seguenti fattori di valutazione:

- importanza nell'ambito dei programmi dell'Amministrazione;
- grado di complessità tecnica organizzativa;
- rilevanza sotto l'aspetto economico e finanziario;
- innovatività e miglioramento di efficacia, efficienza e qualità.

Gli obiettivi concordati in sede di budget saranno comunicati all'Organismo Indipendente di Valutazione.

*Fase 4 - Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione (entro il 30 settembre anno n)*

All'elaborazione delle schede di budget segue una fase di analisi delle stesse, che è preliminare agli incontri negoziali. Tale fase si caratterizza per la interdisciplinarietà in quanto vede la partecipazione attiva di tutti i componenti del Comitato di Budget. Si tratta di un momento di confronto e di analisi dei dati di costo e di ricavo, di consumo e di produzione, che consente di evidenziare le cause degli stessi e di eventuali scostamenti dall'andamento prevedibile.

Il Comitato di Budget definisce il calendario di negoziazione degli obiettivi definiti, che viene adottato dalla Direzione Aziendale e trasmesso ai Centri di Responsabilità.

#### *Fase 5 - Negoziazione degli obiettivi (entro il 30 novembre anno n)*

Gli obiettivi sono negoziati annualmente tra la Direzione Aziendale, o persona o organismo dalla stessa individuata, e responsabili di struttura e, quindi, “a cascata” tra ciascun responsabile di struttura, i dirigenti alla stessa appartenenti ed il personale di comparto.

Per la negoziazione degli obiettivi è possibile prevedere un preliminare incontro in un’unica seduta plenaria, tra Comitato di Budget/Direzione Aziendale e tutti i Direttori dei Dipartimenti oppure un incontro tra Comitato di Budget/Direzione Aziendale e singoli Dipartimenti. In tale sede, verranno presentati gli obiettivi che la Direzione Aziendale, in linea con quelli definiti a livello nazionale e regionale, ha individuato per l’Azienda e gli strumenti alla base del processo di budget, ossia la Scheda di Budget e la Scheda Obiettivi.

I DAI esprimono un parere rispetto gli esiti dell’incontro e sottoscrivono le schede di budget. Se gli esiti della negoziazione non sono adeguati alle attese il Responsabile del DAI deve motivare il proprio dissenso al Comitato di Budget e, eventualmente chiedere un incontro di approfondimento individuale.

#### *Fase 6 - Ritaratura finale e approvazione del Budget Aziendale (entro 15 dicembre anno n)*

Tale fase segue la negoziazione, che ha quale scopo quello di promuovere quel cambiamento culturale che si ritiene essere indispensabile per l’avvio di una gestione aziendale basata sulla programmazione.

Viene predisposta una scheda di sintesi che ripropone l’articolazione del prospetto contenente gli obiettivi, integrandolo con informazioni sulle osservazioni emerse durante l’incontro, sulle azioni proposte, sugli obiettivi e gli indicatori proposti e concordati.

In tale fase ed a seguito delle risultanze degli incontri di negoziazione, è possibile procedere ad un’eventuale revisione dei target degli obiettivi annuali aventi natura non prescrittiva (obiettivi non definiti a livello di protocollo d’intesa), sulla base delle informazioni derivanti dalla PO Controllo di Gestione e dalla Direzione Sanitaria sui risultati di performance raggiunti in modo specifico nel precedente anno e che possono porre in evidenza una scarsa realizzabilità dei target precedentemente previsti.

Il Budget Aziendale definitivo viene inviato dalla Direzione Aziendale alla Regione per il Concordamento Regionale.

La Direzione Aziendale illustra gli esiti del Concordamento al Collegio di Direzione ed al Comitato di Budget.

Il Budget Aziendale definitivo viene inviato dalla Direzione Aziendale al Collegio di Direzione che lo trasmette al UOC Gestione Risorse Economico - Finanziarie per la predisposizione del bilancio di previsione. Quest'ultimo predispose il bilancio pluriennale di previsione, il piano pluriennale degli investimenti e il budget finanziario, dopodiché inserisce i valori del bilancio di previsione e convalida gli impegni di spesa per le singole voci del piano dei conti nel sistema informativo, emettendo in automatico un codice di autorizzazione per singolo impegno di spesa.

*Fase 7 - Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi e analisi degli scostamenti (entro il 30 luglio dell'anno n+1; entro il 30 gennaio dell'anno n+2)*

Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget, trimestralmente, la PO Controllo di Gestione estrae da sistema informatico i dati gestionali, caricati dai Centri di Responsabilità, e i dati provenienti dalla contabilità analitica. Le risultanze delle analisi confluiscono in un report gestionale (Scheda monitoraggio Obiettivi) redatto dalla PO Controllo di Gestione e trasmesso al Direttore Generale ed ai Centri di Responsabilità. In caso di eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati dalla PO Controllo di Gestione trasmette una richiesta di chiarimenti ai Centri di Responsabilità, e per conoscenza alla Direzione Strategica, i quali definiscono i provvedimenti e le azioni correttive da intraprendere.

La Direzione Strategica sostiene il processo e procede all'eventuale revisione degli obiettivi, se opportuna, qualora quanto negoziato, alla luce dei risultati infra-annuali, non sia più effettivamente realizzabile. A tal fine verrà fissato un incontro tra il Comitato di Budget e ciascun Direttore di DAI per discutere della reportistica relativa al primo semestre.

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

La modificazione degli obiettivi di budget potrà avvenire in alternativa nei seguenti modi:

1. su iniziativa della Direzione Strategica qualora, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infrannuali, dovessero rilevarsi differenze significative tra obiettivi e risultati effettivi;
2. su proposta motivata del Direttore del DAI interessato, con comunicazione alla PO Controllo di gestione da inviare entro 30 maggio dell'anno n+1, al fine di attivare il processo di revisione con la Direzione Strategica.
- 3.

*E' importante sottolineare che, a seguito dell'adozione del nuovo assetto organizzativo che vede il passaggio dai DAs ai DAI e dell'adozione del nuovo Atto Aziendale in data 30/10/2013 con delibera del Direttore Generale n. 453, si sono verificate importanti ripercussioni sui sistemi informativi aziendali e, conseguentemente, sul sistema di contabilità analitica che è in fase di aggiornamento.*

## **6.2 La valutazione del personale**

A conclusione del processo di budget viene siglata da ciascun Responsabile la Scheda Obiettivi. A tale scheda viene collegata una Scheda Valutazione Individuale, predisposta dall'UOC Gestione Risorse Umane e dalla PO Controllo di gestione, che deve essere compilata dal responsabile di struttura sovraordinato (valutatore), a seguito di un colloquio con il valutato durante il quale il valutatore deve procedere, per ogni item della scheda, alla comunicazione dei criteri e degli indicatori che saranno oggetto di valutazione.

Tale comunicazione rappresenta un momento di confronto riguardante le aspettative reciproche: per il valutato in merito al proprio lavoro, alla crescita professionale, alle eventuali attività future e per il valutatore rispetto ai risultati attesi dal valutato ed alle competenze/capacità, in relazione al lavoro svolto e a possibili sviluppi organizzativi. La scheda derivante dal colloquio iniziale va sottoscritta sia dal valutatore che dal valutato.

I referenti vengono così individuati:

- Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, congiuntamente riferiscono sui Direttori dei DAI;
- Il Direttore Sanitario riferisce sui Direttori delle UOC dell'area sanitaria;
- Il Direttore Amministrativo riferisce sullo Staff di Direzione Generale e sui Direttori delle UOC dell'area amministrativa;
- Il Direttore di DAI riferisce sui Direttori di UOC afferenti ai DAI e il Resp.le di UOSD afferenti ai DAI;
- Il Direttore di DAI riferisce sul Personale di Comparto del DAI e Dirigenti senza incarico del DAI;

- Il Direttore dell'UOC dell'area amministrativa riferisce sui Responsabili di UOS, Responsabili PO, Personale di Comparto dell'area amm.va e Dirigenti senza incarico dell'area amm.va;
- Il Direttore dell'UOC dell'area sanitaria riferisce sui Responsabili di UOS, Responsabili PO, Personale di Comparto dell'area sanitaria e Dirigenti senza incarico dell'area sanitaria;
- Per i Dirigenti dei Centri Interdipartimentali che afferiscono in termini di elezione ad un DAI il referente è individuato nel Direttore del DAI presso cui hanno esercitato il proprio diritto di voto.

<b>CHI VALUTA?</b>	<b>CHI E' VALUTATO?</b>	<b>STRUMENTO DI VERIFICA</b>
Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo	Direttori dei DAI	Scheda obiettivi e Scheda monitoraggio obiettivi
Direttore Sanitario	Direttori delle UOC dell'area sanitaria	Scheda Obiettivi e Scheda di valutazione individuale
Direttore Amministrativo	Staff di Direzione Generale e Direttori delle UOC dell'area amministrativa	Scheda Obiettivi e Scheda di valutazione individuale
Direttori dei DAI	Direttori di UOC afferenti ai DAI e il Resp.le di UOSD afferenti ai DAI	Scheda di valutazione individuale
Direttori dei DAI	Personale di Comparto del DAI e Dirigenti senza incarico del DAI	Scheda di valutazione individuale
Direttori delle UOC dell'area amministrativa	Responsabili di UOS, Responsabili PO, Personale di Comparto dell'area amm.va e Dirigenti senza incarico dell'area amm.va	Scheda di valutazione individuale
Direttori delle UOC dell'area sanitaria	Responsabili di UOS, Responsabili PO, Personale di Comparto dell'area sanitaria e Dirigenti senza incarico dell'area sanitaria	Scheda di valutazione individuale

Il referente valutatore effettua la valutazione attraverso la compilazione della scheda di valutazione individuale e la stesura da parte dello stesso di una relazione complessiva sull'attività svolta nell'anno di riferimento (Articolo 4 del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale, allegato all'Atto Aziendale, approvato con Deliberazione n. 198 del 20.05.2013).

Per la valutazione l' Organismo Indipendente di Valutazione, ai sensi dell'art. 14, comma 4 lettera e), del D.L.vo 150/09, *“propone la valutazione”* alla Direzione Strategica.

La valutazione è determinata sia dal risultato certificato dall'Organismo Indipendente per la Valutazione (OIV) relativamente al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura (capacità organizzativa), attribuiti nella loro totalità alla dirigenza ad essa assegnata, sia dalla valutazione espressa dal referente valutatore relativamente all'apporto collaborativo individuale (capacità individuale).

La valutazione annuale della performance è correlata, oltre che alla corresponsione della retribuzione di risultato, alle altre specifiche finalità previste dal più volte richiamato D.Lgs. 150/2009.

Fermo restante il rispetto delle disposizioni del D.lgs. n. 150/2009 e sulla base della metodologia di valutazione della performance individuale codificata nel sistema di misurazione e valutazione della performance ad ogni dirigente o responsabile di unità organizzativa possono essere assegnati annualmente uno o più obiettivi strategici e/o operativi. Inoltre, è possibile assegnare obiettivi in “quota parte” se si tratta di obiettivi su cui vi è corresponsabilità.

Ai fini della retribuzione di risultato e dell'applicazione del sistema incentivante, l'azienda può sospendere l'applicabilità delle fasce di risultato previste dall'art. 19 del D. Lgs. n. 150/2009 e non prevedere, quindi, alcun tipo di esclusione dagli emolumenti premiali così come previsto dall'accordo del 4 febbraio 2011, tra governo, Cisl e Uil, il quale rilancia in modo rilevante il ruolo della contrattazione a salvaguardia delle retribuzioni dei lavoratori, prevedendo che non vi sia applicazione delle fasce 25%-50%-25% ai salari dei dipendenti pubblici previste dall'art. 19 del D. Lgs. n. 150/2009.

Constatata l'accettazione della distribuzione degli incentivi, l'UOC Gestione Risorse Umane predisponde una deliberazione di attribuzione degli incentivi. Successivamente trasmette la proposta di deliberazione al Direttore Generale per la firma. Infine l'UOC Gestione Risorse Umane provvede all'inserimento incentivi e premi per singolo dipendente a sistema (PERSWEB) per l'effettuazione dei pagamenti da parte dell'UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie.

### ***Personale Dirigente***

L'UOC Gestione Risorse Umane e la PO Controllo di gestione predispongono il modello di scheda da utilizzare per la valutazione del personale trasmettendone una copia, per conoscenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'UOC Gestione Risorse Umane e la PO Controllo di gestione, provvedono ad inviare ai Direttori dei DAI e delle U.O.C. Tecniche e amministrative e allo Staff, scheda di valutazione individuale entro il 21.12 dell'anno cui si riferisce la valutazione ai referenti della fase istruttoria, fissando per tutti un unico termine per la consegna all' OIV delle schede stesse, compilate e corredate dalle auto-relazioni eventualmente depositate dagli interessati.

I referenti valutatori prima di procedere alla compilazione della scheda, informano i valutati sui criteri in base ai quali procederanno alla misurazione delle performance ed assegnano un termine per l'eventuale deposito di auto-relazioni; compilano, quindi, le schede e ne consegnano una copia a ciascun interessato, che firma per presa visione.

Il valutato nel firmare, per presa visione, la scheda informativa compilata, può:

a) condividerne integralmente il contenuto (barrando l'apposita casella contenuta nella scheda) in questo caso il referente conclude la sua attività trasmettendo la scheda e l'eventuale auto-relazione all'OIV per l'ulteriore corso

b) contestarne in tutto o in parte il contenuto (barrando l'apposita casella contenuta nella scheda); in questo caso, entro quindici giorni dalla data di presa visione della scheda il valutando può richiedere al referente il riesame della propria posizione, depositando apposito reclamo ed allegando eventuali note e documenti.

Il referente valutatore nei quindici giorni successivi alla scadenza del predetto termine, esamina le deduzioni del valutando, compila nella loro versione definitiva le schede e le trasmette, unitamente ai relativi allegati all'OIV, consegnandone contestualmente una copia agli interessati. Ciascun valutando, nei dieci giorni successivi, può chiedere all'OIV di essere sentito personalmente e può depositare note e documenti a sostegno delle proprie istanze..

L'OIV nel corso della verifica della regolarità delle operazioni svolte, può chiedere chiarimenti ai valutati ed ai referenti, può accogliere eventuali loro istanze di convocazione personale, può acquisire documenti ed informazioni e, può assumere ogni ulteriore iniziativa utile ai fini del buon esito della attività di sua competenza.

Gli uffici competenti evadono con sollecitudine e con spirito di lealtà le richieste dell'OIV e, se ritengono di non potere fornire la collaborazione e/o le informazioni richieste, comunicano all'OIV i motivi del rifiuto, dandone contestuale notizia al Direttore Generale.

All'esito della attività svolta, l'OIV formula senza ritardo e per ciascun valutando la sua proposta di valutazione, inoltrandola, unitamente alla documentazione acquisita al Direttore Generale, per l'ulteriore corso .

Nel caso di manifestata riserva, il valutato, nel termine di giorni cinque dalla presa visione della scheda, può chiedere che gli sia consegnata copia della eventuale documentazione posta a base della valutazione che lo riguarda nonché copia della scheda di valutazione intestata ad altri dipendenti che rivestano la sua stessa qualifica e che prestino servizio nella medesima categoria professionale.

Lo stesso valutato entro il termine di giorni quindici dalla data di presa visione della scheda, ovvero dalla data in cui gli viene consegnata la documentazione da lui eventualmente richiesta, o gli viene comunicato il rigetto della relativa istanza, può chiedere al valutatore il riesame della propria posizione, depositando nel suo ufficio un motivato reclamo scritto (nota di disaccordo).

Il Valutatore può procedere alla revisione del giudizio precedentemente formulato o confermare la valutazione precedentemente espressa.

Il Valutatore, se non ha depositato il reclamo scritto di cui al comma precedente o se, avendolo presentato, vi abbia successivamente rinunciato, o qualora, presa visione della revisione della valutazione ne dissenta, può decidere di non procedere alla sottoscrizione, chiedendo, ai sensi della Delibera CIVIT n. 124/2010, avente ad oggetto: “Sistema di misurazione e valutazione della performance: procedure di conciliazione (articolo 7, comma 3, D.L.vo n. 150/2009), l’attivazione della “Commissione di conciliazione per l’applicazione del sistema di valutazione della performance” che, quale organo sussidiario, interviene obbligatoriamente soltanto su esplicita richiesta del Valutato, qualora sorgano divergenze sul giudizio di valutazione. Tale richiesta deve essere supportata da idonea documentazione.

Il Valutato procederà ad informare il Valutatore della richiesta di cui al comma precedente con apposita comunicazione scritta, da depositare entro il termine indicato nel comma precedente.

La Commissione di Conciliazione entro il termine di giorni trenta dal deposito della predetta comunicazione, può:

- elaborare una proposta di modifica e/o integrazione alla valutazione, ricorrendone i presupposti allegando la documentazione ritenuta opportuna;
- predisporre una eventuale nota informativa con la quale formula un parere in ordine alle criticità organizzative che hanno generato il disaccordo;
- confermare la valutazione del valutato da parte del valutatore.

Il valutatore, esaminato il reclamo depositato dal valutato o, se tempestivamente intervenuta, la proposta formulata dalla Commissione di Conciliazione, conferma o modifica la scheda di valutazione dandone contestuale comunicazione all’interessato e trasmette, quindi, la scheda e gli atti eventualmente acquisiti nel corso della fase del riesame all’Organo Indipendente di Valutazione per la validazione.

Nel corso della verifica di sua competenza l’Organo Indipendente di Valutazione può disporre, di ufficio o su richiesta degli interessati, l’acquisizione di documenti rilevanti ai fini della misurazione della performance e può altresì disporre la diretta audizione del valutato che ne abbia fatto richiesta con istanza depositata nel termine di giorni cinque dalla data in cui ha ricevuto la comunicazione di cui comma 10, relativa all’intervenuto esito della fase di riesame.

L'Organo Indipendente di Valutazione, all'esito della sua attività di verifica, valida le schede che ritiene regolarmente compilate e rinvia al valutatore, quelle in relazione alle quali ritiene di promuovere un approfondimento valutativo.

Il valutatore, dopo l'esame dei rilievi prospettati e della documentazione eventualmente trasmessagli, comunica dall'Organo Indipendente di Valutazione le proprie determinazioni e gli restituisce le schede per la definitiva validazione.

Infine, il Valutato dovrà consegnare al Valutatore una relazione valutativa complessiva che perverrà all'OIV unitamente alla scheda di valutazione.

L'esito del giudizio del valutatore conclude il processo di valutazione.

La capacità organizzativa e la capacità individuale avranno i seguenti pesi nella scheda di valutazione individuale:

	PERSONALE DIRIGENTE	
	<i>capacità organizzativa</i>	<i>capacità individuale</i>
DIRETTORE DAI/RESP. UOC TECN-AMMIN.	90%	10%
DIRETTORE UOC	70%	30%
RESP. UOSD/RESP. UOS TECN-AMMIN	60%	40%
RESP. UOS E PROGRAMMI	55%	45%
DIRIGENTI SENZA INCARICO	40%	60%

### ***Personale di Comparto***

L'UOC Gestione Risorse Umane e la P.O. Controllo di gestione predispongono il modello di scheda da utilizzare per la valutazione del personale e lo inviano ai Direttori dei DAI e delle U.O.C. Tecniche e amministrative e allo Staff della Direzione Generale, trasmettendone una copia, per conoscenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il valutatore dispone che un congruo numero del modello di scheda ricevuto sia affisso nei luoghi di lavoro unitamente ad un pubblico avviso in cui indica il termine entro il quale i dipendenti sottoposti a valutazione possono fargli pervenire osservazioni, istanze, documenti o note che possono avere rilevanza ai fini del buon esito del processo di valutazione.

Alla scadenza del termine sopra indicato, il valutatore compila le schede e dispone che ad ogni valutato sia consegnata una copia della scheda a lui intestata.

Il valutato, nel sottoscrivere per presa visione la scheda compilata dal valutatore, dichiara, barrando una apposita casella inserita nel testo della scheda stessa, se ne accetta il contenuto o se si riserva di promuoverne il riesame.

Nel caso di intervenuta accettazione, la scheda viene consegnata in copia al valutato ed inviata, quindi, all'Organo Indipendente di Valutazione per la verifica della regolarità del processo di valutazione.

Nel caso di manifestata riserva, il valutato, nel termine di giorni cinque dalla presa visione della scheda, può chiedere che gli sia consegnata copia della eventuale documentazione posta a base della valutazione che lo riguarda nonché copia della scheda di valutazione intestata ad altri dipendenti che rivestano la sua stessa qualifica e che prestino servizio nel medesimo comparto.

Lo stesso valutato entro il termine di giorni quindici dalla data di presa visione della scheda, ovvero dalla data in cui gli viene consegnata la documentazione da lui eventualmente richiesta, o gli viene comunicato il rigetto della relativa istanza, può chiedere al valutatore il riesame della propria posizione, depositando nel suo ufficio un motivato reclamo scritto (nota di disaccordo).

Il Valutatore può procedere alla revisione del giudizio precedentemente formulato o confermare la valutazione precedentemente espressa.

Il Valutatore, se non ha depositato il reclamo scritto di cui al comma precedente o se, avendolo presentato, vi abbia successivamente rinunciato, o qualora, presa visione della revisione della valutazione ne dissenta, può decidere di non procedere alla sottoscrizione, chiedendo, ai sensi della Delibera CIVIT n. 124/2010, avente ad oggetto: “Sistema di misurazione e valutazione della performance: procedure di conciliazione (articolo 7, comma 3, D.L.vo n. 150/2009), l’attivazione della “Commissione di conciliazione per l’applicazione del sistema di valutazione della performance” che, quale organo sussidiario, interviene obbligatoriamente soltanto su esplicita richiesta del Valutato, qualora sorgano divergenze sul giudizio di valutazione. Tale richiesta deve essere supportata da idonea documentazione.

Il Valutato procederà ad informare il Valutatore della richiesta di cui al comma precedente con apposita comunicazione scritta, da depositare entro il termine indicato nel comma precedente.

La Commissione di Conciliazione entro il termine di giorni trenta dal deposito della predetta comunicazione, può:

- elaborare una proposta di modifica e/o integrazione alla valutazione, ricorrendone i presupposti allegando la documentazione ritenuta opportuna;
- predisporre una eventuale nota informativa con la quale formula un parere in ordine alle criticità organizzative che hanno generato il disaccordo;
- confermare la valutazione del valutato da parte del valutatore.

Il valutatore, esaminato il reclamo depositato dal valutato o, se tempestivamente intervenuta, la proposta formulata dalla Commissione di Conciliazione, conferma o modifica la scheda di valutazione dandone contestuale comunicazione all'interessato e trasmette, quindi, la scheda e gli atti eventualmente acquisiti nel corso della fase del riesame all'Organo Indipendente di Valutazione per la validazione.

Nel corso della verifica di sua competenza l'Organo Indipendente di Valutazione può disporre, di ufficio o su richiesta degli interessati, l'acquisizione di documenti rilevanti ai fini della misurazione della performance e può altresì disporre la diretta audizione del valutato che ne abbia fatto richiesta con istanza depositata nel termine di giorni cinque dalla data in cui ha ricevuto la comunicazione di cui comma 10, relativa all'intervenuto esito della fase di riesame.

L'Organo Indipendente di Valutazione, all'esito della sua attività di verifica, valida le schede che ritiene regolarmente compilate e rinvia al valutatore, quelle in relazione alle quali ritiene di promuovere un approfondimento valutativo.

Il valutatore, dopo l'esame dei rilievi prospettati e della documentazione eventualmente trasmessagli, comunica dall'Organo Indipendente di Valutazione le proprie determinazioni e gli restituisce le schede per la definitiva validazione.

L'esito del giudizio del valutatore conclude il processo di valutazione.

La capacità organizzativa e la capacità individuale avranno i seguenti pesi nella scheda di valutazione individuale:

	PERSONALE DI COMPARTO	
	<i>capacità organizzativa</i>	<i>capacità individuale</i>
CATEGORIA D E DS CON POSIZIONE ORGANIZ.	50%	50%
CATEGORIA D E DS	40%	60%
CATEGORIA C	20%	80%
CATEGORIA B E BS	10%	90%

### 6.3 L'Organismo Indipendente di valutazione della performance

Ai sensi del comma 4, art. 14 del D. Lgs.150/2009, l'Organismo indipendente di valutazione della performance:

a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;

b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione di cui all'articolo 13 del D. Lgs.150/2009;

c) valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10 e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;

d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III del D. Lgs.150/2009, secondo quanto previsto dal presente decreto, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;

e) propone, sulla base del sistema di cui all'articolo 7 del D. Lgs.150/2009, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III del D. Lgs.150/2009;

f) e' responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione di cui all'articolo 13 di cui al D. Lgs.150/2009;

g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;

g) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

L'Organismo Indipendente di Valutazione garantisce, ai sensi dell'art. 14, comma 4 - lettera d) del D.L.vo 150/09, la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso (art. 14, comma 4 - lettera a) del D.L.vo 150/09), e tutto quanto previsto dal citato articolo 14.

Successivamente, sulla base dei livelli di performance attribuiti ai valutati, compila una graduatoria delle valutazioni individuali del personale dirigente e/o incaricato e di comparto.

In aggiunta, le attività ed i compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione sono specificate altresì nella Delibera aziendale n. 335 del 14/09/2012 che modifica la Delibera aziendale n. 272 del 2/7/2012, presenti nell'archivio dell'Albo pretorio del sito web istituzionale [www.policlinico.it](http://www.policlinico.it).

Il sistema di misurazione e valutazione della performance, fino a qui descritto, è coerente con i principi di cui al D.Lgs. 150/2009 in quanto:

- a. prevede una metodologia di definizione e gestione degli obiettivi all'interno di un sistema di budget;
- b. la retribuzione di risultato e la quota individuale di produttività vengono distribuite fra le strutture in maniera differenziata ed in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- c. tutto il personale soggetto ad una valutazione individuale annuale in conseguenza della quale vengono corrisposti i premi di risultato e di produttività individuale.

## **7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE**

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

### **7.1 Processo di redazione del Piano**

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dalle leggi nazionali e regionali e dal Protocollo di intesa Università – Regione.

Gli obiettivi strategici sono declinati in obiettivi operativi nell'ambito della definizione del processo di negoziazione del budget; sarà compito dei Direttori/Responsabili dei DAI organizzare i livelli di apporto individuale che i singoli collaboratori dell'equipe dovranno prestare per il conseguimento degli obiettivi annuali. Fra l'altro, la rilevazione dell'effettivo apporto individuale prestato dai singoli collaboratori - sia Dirigenti che dell'area del Comparto - costituirà elemento principale ai fini del calcolo della retribuzione di risultato commisurata alla performance individuale, secondo quanto previsto in dettaglio dall'apposito regolamento.

Altro documento strategico che fornisce input al processo di predisposizione del Piano della Performance è il “Programma triennale per la trasparenza e l'integrità”, da redarre ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire un adeguato livello di trasparenza oltre che la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità. Tale programma rappresenta il *framework* di riferimento attraverso il quale alimentare l'aspetto della trasparenza del Piano.

Il Piano triennale della Performance, deliberato dalla Direzione Generale, viene di norma pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio e, comunque, a seguito di definizione del quadro complessivo delle strategie aziendali per l'anno di riferimento, che non può prescindere dall'assegnazione degli obiettivi secondo quanto previsto nel Protocollo di Intesa Regione – Università.

Il presente Piano viene articolato secondo quanto previsto dalla Delibera n. 112/2010 – “Struttura e modalità di redazione del Piano della *performance*” (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150).

I principali soggetti intervenuti nell'ambito della definizione del presente Piano sono:

- La Direzione strategica aziendale: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario;
- Il Collegio di Direzione aziendale;
- La PO Controllo di Gestione che ha materialmente redatto il presente Documento.

Il monitoraggio del ciclo di gestione della performance aziendale avverrà in relazione a quanto previsto dall'art. 6 del D. Lgs. n. 150/09.

Il sistema di valutazione della performance prevede la misurazione sia della performance organizzativa che di quella individuale, per quest'ultima in relazione alle indicazioni riportate nel punto 6 relativo al sistema premiante.

In particolare relativamente alle performance organizzative verranno valutate in relazione a quanto previsto dal art.8 del D. Lgs. n. 150/09. Le performance individuali verranno valutate in relazione a quanto previsto dal art.9 del D. Lgs. n. 150/09.

### **7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

Allo stato attuale non esiste un collegamento diretto tra la dimensione di *performance* e la dimensione finanziaria, atteso che il sistema di bilancio su cui si basa l'azienda è di tipo economico-patrimoniale con l'integrazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo, sistema che non prevede l'assegnazione diretta di risorse dedicate ad ogni singolo obiettivo dell'albero della *performance*.

La *performance* è in ogni caso al centro del processo di costruzione del budget, che viene definito in manier integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

### **7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance**

Il Piano della Performance verrà aggiornato annualmente e revisionato in funzione degli obiettivi regionali e nell'ottica di un miglioramento continuo delle prestazioni verranno individuati ulteriori strumenti correttivi necessari.

L'AOU Federico II, nella redazione del piano, si attiene a quanto disposto dal D.lgs. 150/09; in mancanza di precise indicazioni regionali si seguirà la disciplina prevista dal decreto.

## **8. ALLEGATI TECNICI**

- Scheda di monitoraggio obiettivi
- Schede di valutazione individuali.