



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2017

Performance:
il contributo che un soggetto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.



SINTESI DEGLI AGGIORNAMENTI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE

L'Azienda Usl Toscana Nord Ovest è nata a partire dal 01/01/2016 dalla fusione delle 5 Asl della costa nord ovest della Toscana, ovvero quelle di Livorno, Pisa, Viareggio, Lucca e Massa, come previsto dalla Legge Regionale n 84 del 28 dicembre 2015 *“Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla lr. 40 /2005”*

Il percorso di omogeneizzazione dei 5 Sistemi di misurazione e valutazione della Performance ha impegnato tutto il 2016, ed ancora vede degli aspetti da completare.

Le Relazioni sulla Performance 2015 ed anche quella del 2016 sono da intendersi come il consolidamento di un sistema costruito nel corso del 2015, che abbiamo adottato a partire dalle verifiche dell'anno 2016.

E' questa, quindi, la seconda relazione sulla Performance dell'azienda Usl Toscana Nord Ovest, scritta nello stesso schema della prima versione del 2016, non più come consolidamento delle 5 ex Asl, bensì come entità unica.

Anche per il 2017, le linee caratterizzanti tale attività possono essere così riassunte:

1. il raggruppamento **in 4 sezioni**:
 - a. la performance aziendale;
 - b. le verifiche organizzative;
 - c. e le verifiche individuali;
 - d. il sistema a confronto e le azioni di miglioramento.
2. l'impostazione della Relazione in uno schema da adottare anche per il 2018 considerando l'Azienda Usl Toscana Nord Ovest come entità ormai strutturata.

Introduzione

La Relazione sulla performance è un documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, ai sensi dell'art.10 del D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.i.i.

Trattasi di uno strumento di “trasparenza” dell’ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità previsti nel percorso. La performance costituisce il profilo “dinamico” della trasparenza.

Richiamando le finalità del Piano della performance, la relazione che ne consegue ha anche essa lo scopo di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità della rappresentazione della performance. Nello specifico essa deve esplicitare il processo di formulazione e verifica degli obiettivi aziendali ed il legame che sussiste tra missione istituzionale, obiettivi strategici e operativi.

La Relazione annuale al Piano delle Performance – Anno 2017 si pone quindi come momento di esplicitazione a tutti i soggetti “portatori di interesse” (stakeholders) interni ed esterni del percorso del ciclo di Programmazione e Controllo aziendale, analizzando i risultati ottenuti rispetto a quelli attesi in sede di predisposizione del Piano, interpretati tenendo presenti le condizioni “ambientali” (locali, nazionali ed internazionali) mutevoli, che hanno avuto nel corso degli ultimi anni profonda influenza sul capitale umano e sulle risorse strumentali disponibili.

Nella presente relazione, dopo una presentazione generale dell’Azienda e dei suoi risultati a livello macro, si riassume la *mission* aziendale e la misura di raggiungimento delle strategie ideate per darne attuazione.

La strategia sarà quindi declinata nelle diverse aree di intervento e, per ciascuna di esse, saranno esposti i risultati delle verifiche sui centri di responsabilità ai quali erano stati assegnati gli obiettivi da perseguire.

Ad ogni obiettivo strategico corrispondono, sul piano tattico, uno o più obiettivi gestionali, volti a tradurre in azioni pratiche gli orientamenti più astratti della strategia.

La Relazione analizza quindi in modo specifico gli obiettivi operativi più rilevanti per risorse impiegate, impatto organizzativo o carattere innovativo, specificando per ciascuno di questi le azioni messe in atto per darne applicazione e procedere, di conseguenza, con la valorizzazione del merito.

I/I (Direttore Generale)

Dr.ssa Maria Letizia Casani

Sommario

1	LA PERFORMANCE AZIENDALE	5
1.1.1	<i>Analisi dei report MeS</i>	5
1.1.2	<i>Bersaglio 2017 Ausl Toscana Nord Ovest.....</i>	5
1.1.3	<i>La variabilità a livello regionale</i>	10
1.1.4	<i>I Bersagli delle Zone distretto.....</i>	13
1.1.5	<i>I Bersagli degli Stabilimenti Ospedalieri.....</i>	20
2	GLI OBIETTIVI DI C.D.R.: LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	27
2.1	LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	29
2.1.1	<i>Risultati sintetici 2016</i>	38
2.1.2	<i>Risultati sintetici 2017</i>	39
2.1.3	<i>Risultati analitici 2017.....</i>	41
2.1.4	<i>Le Schede di verifica.....</i>	43
3	LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	44
3.1	REGOLAMENTO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE PERMANENTE DEL PERSONALE DEL COMPARTO ED IMPLEMENTAZIONE SISTEMA SVOD.....	44
3.2	LA PERFORMANCE INDIVIDUALE 2016 E 2017	50
4	IL SISTEMA A CONFRONTO, IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	55
4.1	FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO	55
4.2	PROCEDURA DI BUDGET	55
4.3	AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	62
4.3.1	<i>Il programma di gestione del budget sul WEB.....</i>	65
4.3.2	<i>La tempestività delle verifiche.....</i>	67

1 LA PERFORMANCE AZIENDALE

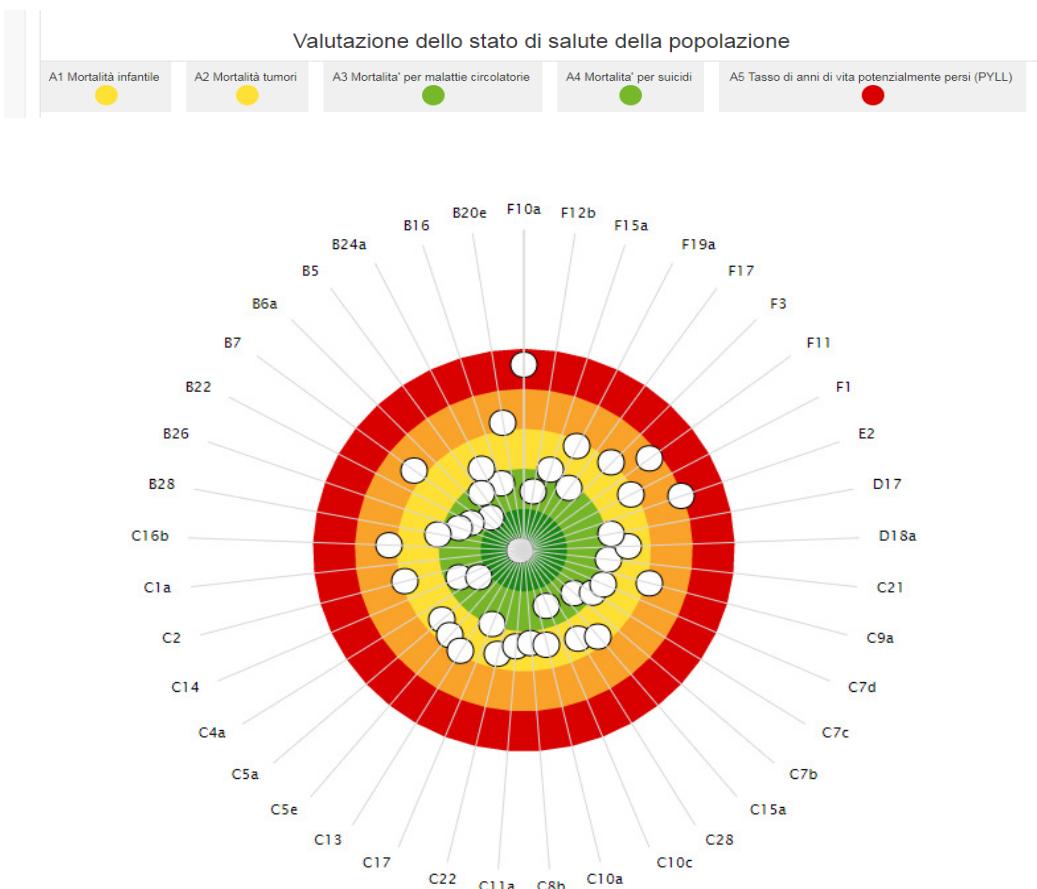
1.1.1 Analisi dei report MeS

Allo stato attuale, l'analisi del contesto può essere sintetizzata anche dal più recente Bersaglio definitivo (anni 2016 e 2017) della ASL nel sistema di valutazione delle performance del Laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola S. Anna di Pisa:

1.1.2 Bersaglio 2017 Ausl Toscana Nord Ovest

Il monitoraggio dei risultati conseguiti permette di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario.

La figura rappresenta il Bersaglio 2017 della Azienda USL Toscana nord ovest in cui sono posizionati gli indicatori di sintesi, che mettono in evidenza i principali punti di forza e debolezza del sistema, oltre all'area dello stato di salute della popolazione



Il Bersaglio 2017 della Azienda Usl Toscana nord ovest presenta nel complesso una performance positiva, con numerosi punti di forza (indicatori posizionati nelle fasce centrali del bersaglio) e alcuni punti di debolezza (indicatori posizionati nelle fasce più esterne del bersaglio).

L'utilizzo appropriato dei setting assistenziali è confermato dai buoni risultati degli indicatori C14 (Appropriatezza medica) e C4a (Appropriatezza chirurgica). Positivi nel complesso i risultati sul percorso materno infantile, sia per erogati in ospedale (C7b) che nei consultori (C7c).

Complessivamente positiva anche la performance rispetto alla assistenza territoriale relativa ai servizi offerti dai medici di medicina generale per i pazienti cronici con il programma di Sanità di Iniziativa (B26), nonché relativamente ai corsi promossi per gli anziani di attività fisica adattata - AFA (B22). Le aree di miglioramento riguardano in primis il governo della spesa farmaceutica (F10a), seguita dalla percentuale di assenza dei dipendenti (E2).

Di seguito si riportano gli ultimi risultati disponibili, in termini di punteggi degli indicatori di sintesi presenti sul Bersaglio, classificati in aree che contengono indicatori di carattere generale o strategico, indicatori sanitari e socio-sanitari e indicatori dei percorsi assistenziali, con un focus separato su emergenza-urgenza, prevenzione collettiva ed assistenza farmaceutica.

Le aree rappresentate nella tabella seguente sono:

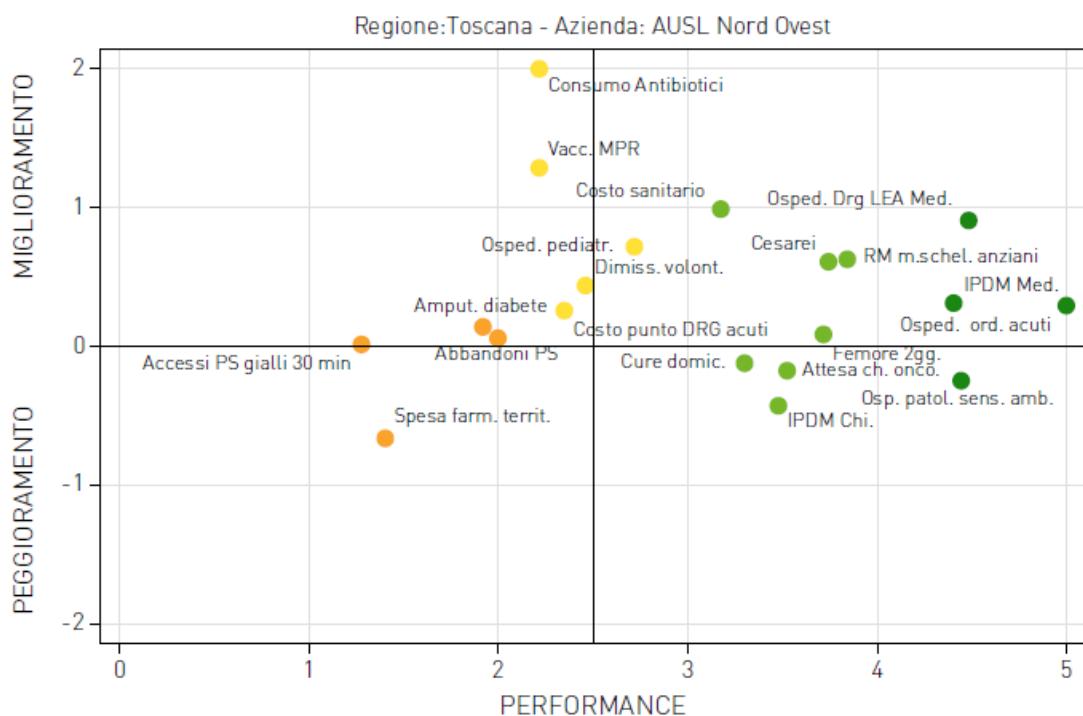
1. **Governo e qualità dell'offerta** che include indicatori volti a controllare il governo della domanda, l'appropriatezza e gli aspetti della qualità di esito e di processo dei servizi offerti dal sistema sanitario;
2. **Efficienza e sostenibilità** che include indicatori relativi all'utilizzo delle risorse economiche, alla struttura finanziaria delle aziende e alla gestione delle risorse umane;
3. **Strategie sanitarie regionali**, che include indicatori volti a monitorare la capacità dell'azienda di conseguire ed applicare i programmi sanitari ritenuti strategici dal livello regionale (come ad esempio la sanità di iniziativa e la copertura vaccinale);
4. **Emergenza-Urgenza** che include indicatori che misurano l'appropriatezza e tempestività nel rispondere alle richieste di soccorso da parte degli utenti in pronto soccorso e sul territorio (118);
5. **Prevenzione collettiva e sanità pubblica** che include indicatori riferiti ai servizi di sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, nutrizione e medicina dello sport;
6. **Assistenza farmaceutica** che comprende indicatori relativi al utilizzo appropriato ed efficiente dei farmaci sia in ambito territoriale che ospedaliero;

7. **Valutazione dell'utenza** che riprende gli indicatori della dimensione della valutazione esterna.
8. **Comunicazione e processi** che include indicatori volti a monitorare i processi organizzativi non sanitari che costituiscono la chiave di congiunzione fra i cittadini e l'azienda (come ad esempio la comunicazione, la Carta sanitaria elettronica ed i tempi di attesa) oppure fra i professionisti, l'azienda ed il sistema nel suo complesso (come ad esempio i sistemi informativi);

Bersaglio 2017 Azienda USL Toscana nord ovest		
Codice indicatore	Indicatore	Valutazione 2017
Governo e qualità dell'offerta		
C1a	Capacità di governo della domanda	4,91
C4a	Appropriatezza chirurgica	3,76
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	3,50
C7b	Materno-Infantile assistenza al parto	3,38
C14	Appropriatezza medica	3,34
C7c	Materno-Infantile assistenza territoriale	3,04
C17	Riabilitazione	3,01
B28	Assistenza Domiciliare e Residenziale	2,94
C7d	Pediatria	2,90
C8b	Integrazione ospedale territorio	2,67
C11a	Efficacia assistenziale territoriale	2,59
C10a	Performance Trattamenti Oncologici	2,57
C28	Cure Palliative	2,41
C5a	Qualità di processo	2,39
C22	Terapie Intensive	2,34
C5e	Ricoveri ripetuti	2,25
C15a	Salute mentale	2,20
C2	Efficienza attività di ricovero	2,07
C13	Appropriatezza Diagnostica	2,07
Efficienza e sostenibilità		
F17	Costo sanitario pro capite	3,10
F19a	Costo medio per punto Drg	2,10
F1	Equilibrio economico reddituale	2,09
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario	1,96
F11	Indice di compensazione	1,22
E2	Percentuale assenza	0,99
Strategie sanitarie regionali		
B6a	Donazioni organi	3,87
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	3,58
B26	Sanità di Iniziativa	3,37
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici	2,96
B7	Copertura_vaccinale	1,56
Emergenza urgenza		
C16b	Percorso Emergenza - Urgenza	1,81
Prevenzione collettiva		
F15a	Efficienza ed efficacia dei servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)	2,89
Assistenza farmaceutica		
F12b	Efficienza_prescrittiva_farmaceutica	3,52
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)	2,95
C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	1,87
F10a	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi	0,37
Valutazione dell'utenza		
D17	Valutazione utenti Materno Infantile	2,86
D18a	Dimissioni volontarie	2,49
Comunicazione e processi		
B16	Comunicazione_e_partecipazione_del_cittadino	3,25
B24a	Sanità digitale	2,73
B20e	Tempi di attesa specialistica	1,78

E' da segnalare inoltre che l'Azienda, nell'ambito del Sistema di Valutazione della Performance del Network delle Regioni, che mette a confronto i risultati di 12 tra Regioni e Province Autonome, mostra una **buona capacità di miglioramento**: su una selezione di indicatori rappresentativi, la mappa seguente mette in evidenza che i risultati sono posizionati per la maggior parte nel quadrante in alto a destra: presentano quindi una buona performance e sono migliorati rispetto all'anno precedente.

Mappa di performance e trend (2016-2017) – Selezione indicatori principali (Fonte Laboratorio MeS, Sisitema di Valutazione network regioni)



Andamento indicatori / Trend 2016-2017

Numero indicatori: 91

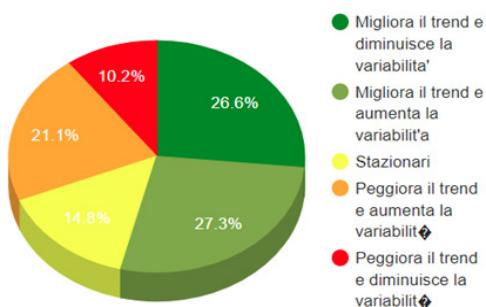


- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

1.1.3 La variabilità a livello regionale



Andamento e variabilità degli indicatori calcolati – A livello regionale



Calcolo su 156 indicatori di valutazione presenti sia nel 2016 che nel 2017

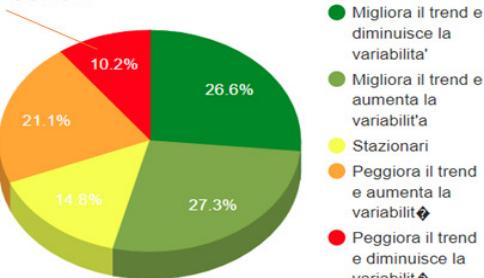
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018

Andamento e variabilità degli indicatori calcolati – A livello regionale

- % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi per azienda di residenza
- Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa
- % di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni)*
- Consumo di statine in associazione*
- Consumo di antibiotici iniettabili sul territorio*

*dato non consolidato

Fra questi i più critici (perché con performance inferiori alla media) sono...



- Migliora il trend e diminuisce la variabilità
- Migliora il trend e aumenta la variabilità
- Stazionari
- Peggiora il trend e aumenta la variabilità
- Peggiora il trend e diminuisce la variabilità

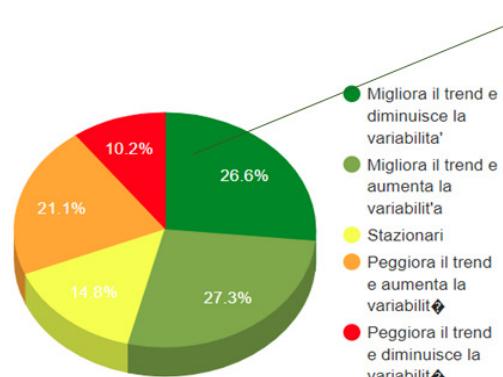


Calcolo su 156 indicatori di valutazione presenti sia nel 2016 che nel 2017

Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018

Andamento e variabilità degli indicatori calcolati – A livello regionale

Fra questi gli indicatori per i quali si è maggiormente ridotta la variabilità sono ...



- Copertura per vaccino MPR
- Copertura per vaccino antimeningo
- Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata
- Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella
- Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni



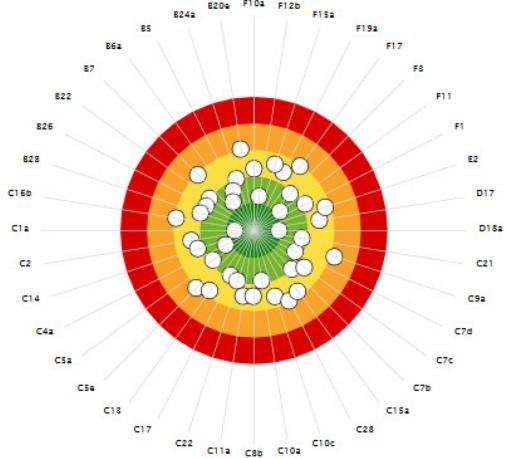
Calcolo su 156 indicatori di valutazione presenti sia nel 2016 che nel 2017

Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018

Stampa del 27/03/2019 (l'originale è conservato agli atti dell'ufficio competente)

Il Bersaglio regionale aggiornato al 7 giugno 2018 è il seguente:

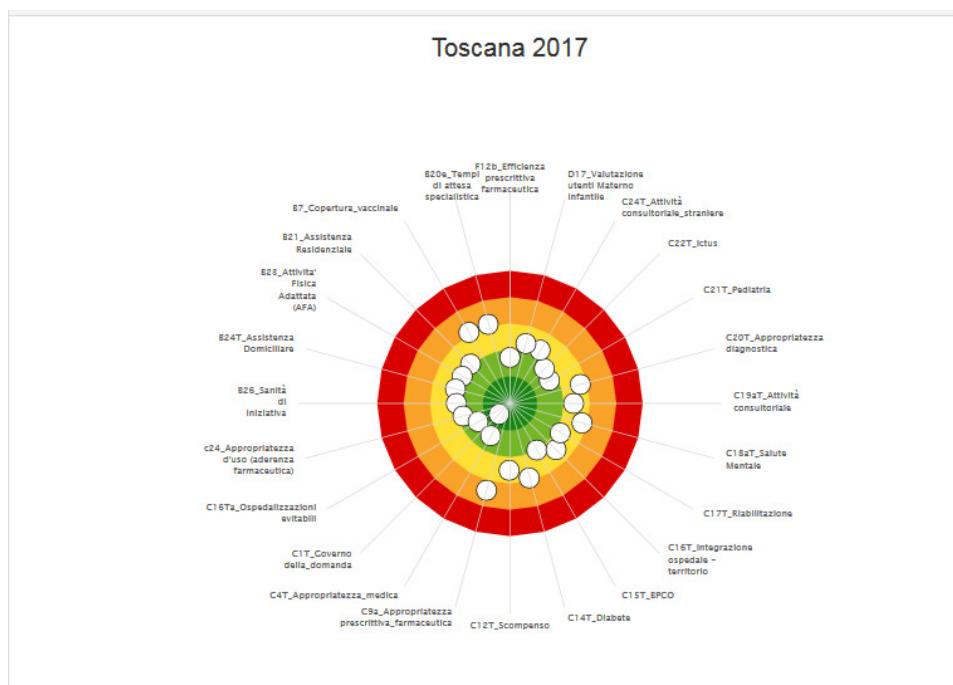
Toscana 2017



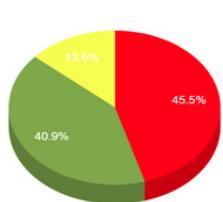
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018

1.1.4 I Bersagli delle Zone distretto

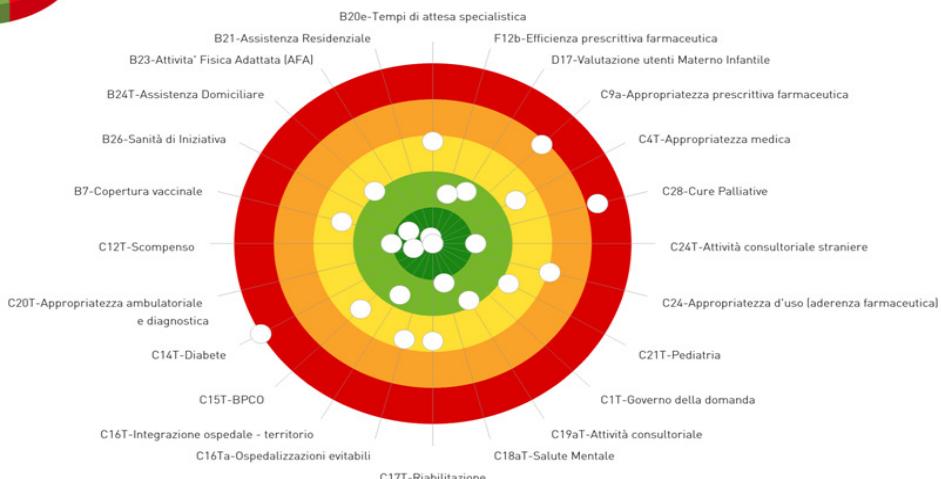
A livello complessivo toscano, il bersaglio zonale presenta 3 criticità: copertura vaccinale, tempi di attesa e appropriatezza farmaceutica. C'è poi tutta una fascia di attenzione sulla cronicità e sulla appropriatezza diagnostica:



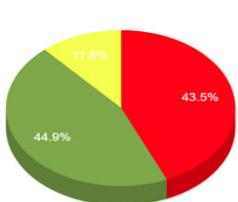
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



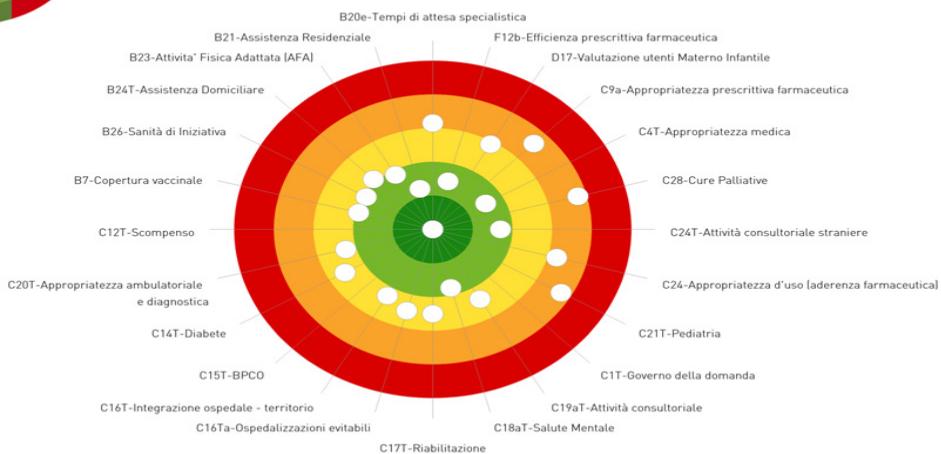
Lunigiana



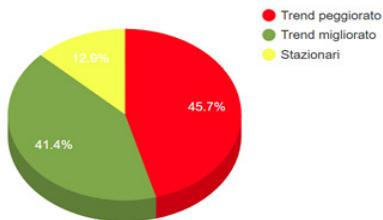
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



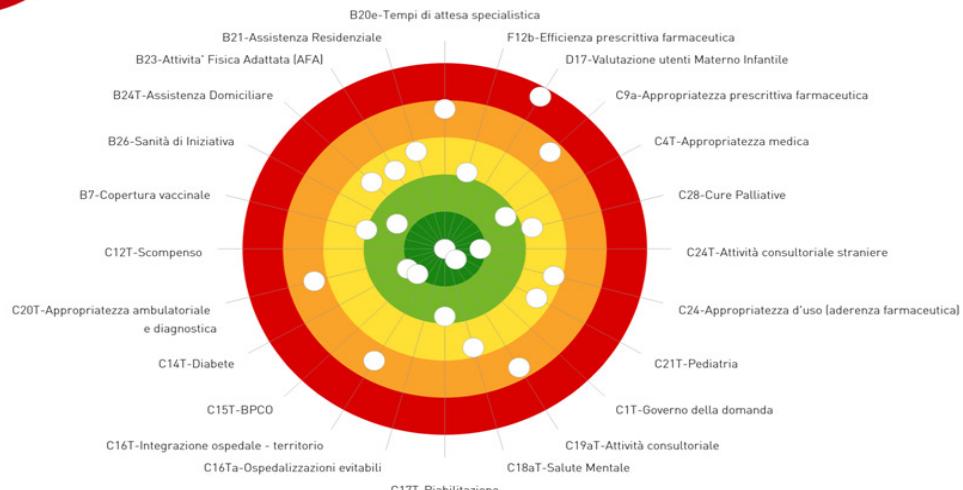
Apuane



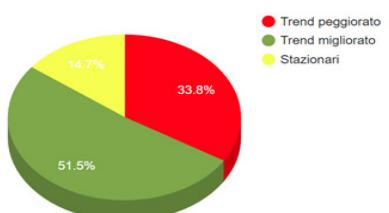
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



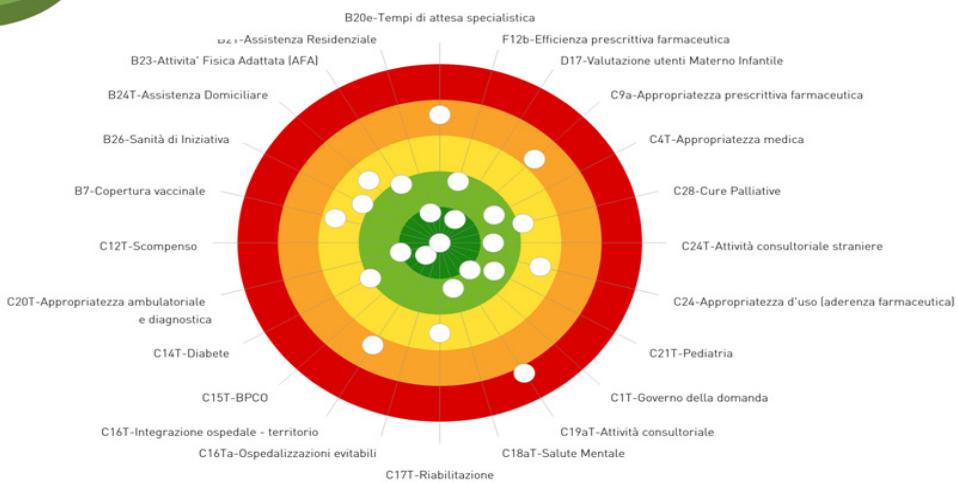
Piana di Lucca



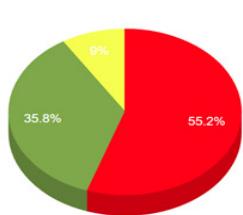
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



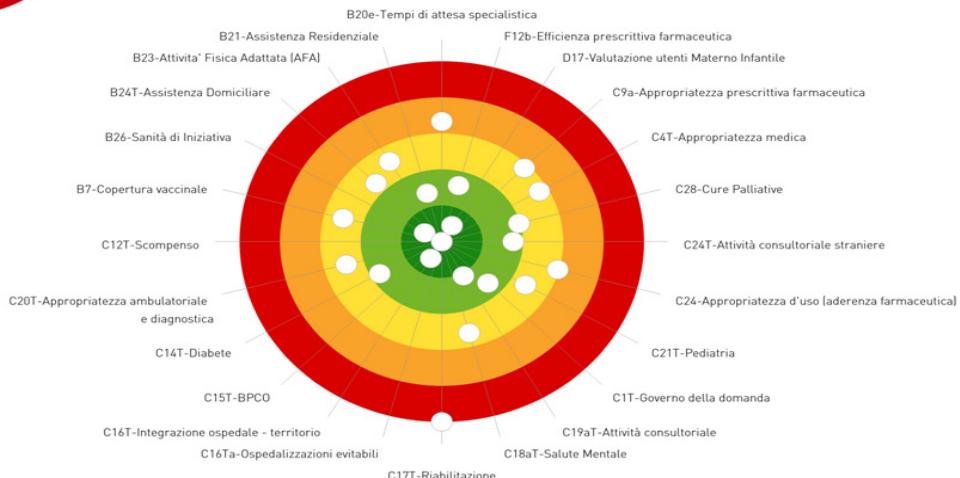
Valle del Serchio



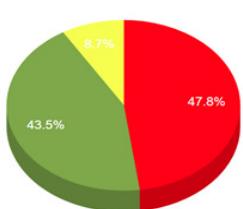
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



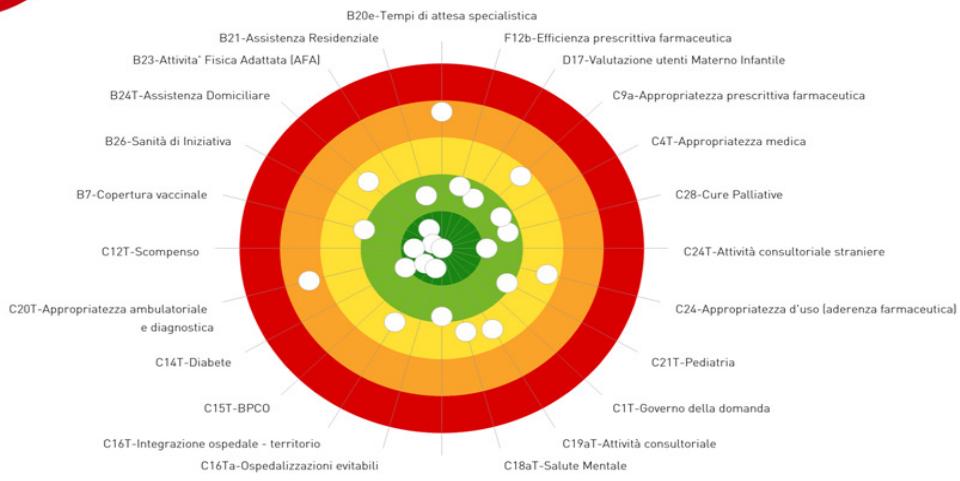
Alta Val di Cecina



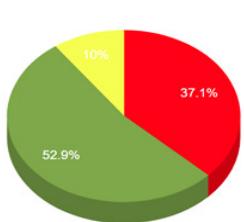
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



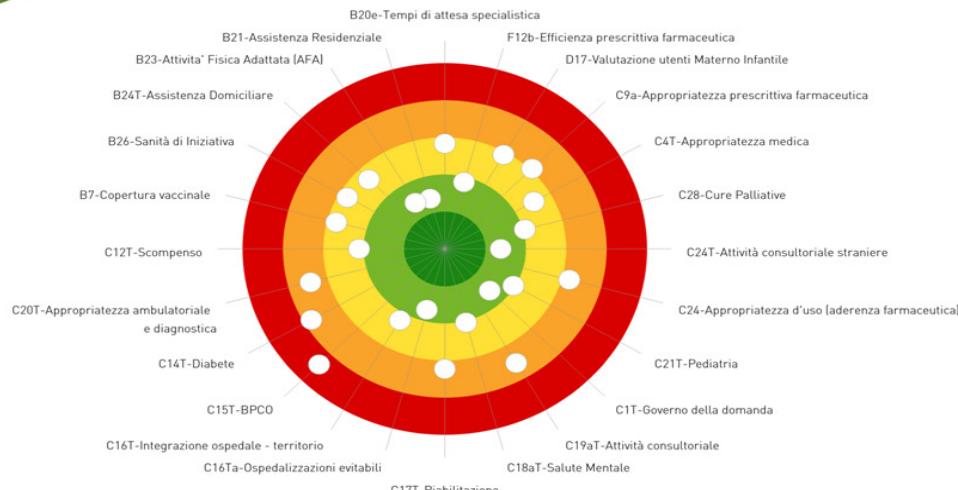
Val d'Era



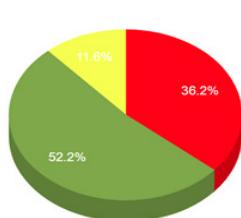
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



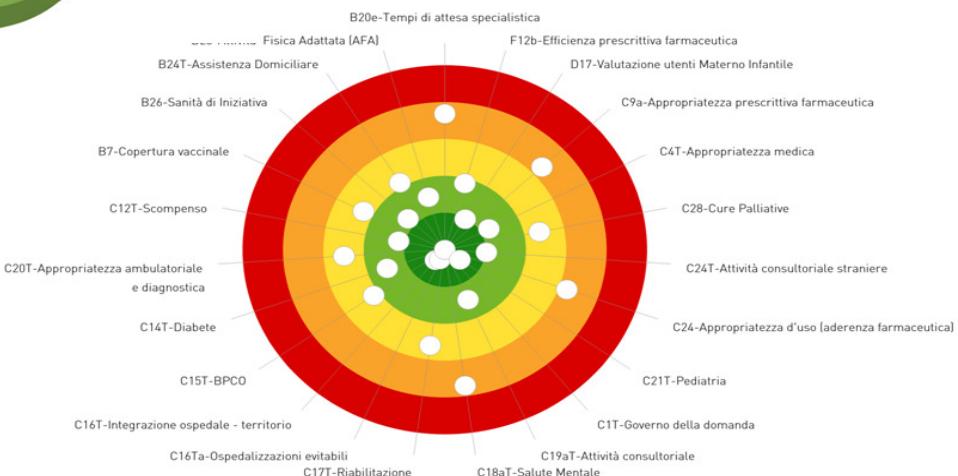
Pisana



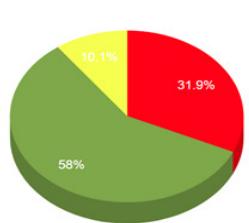
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



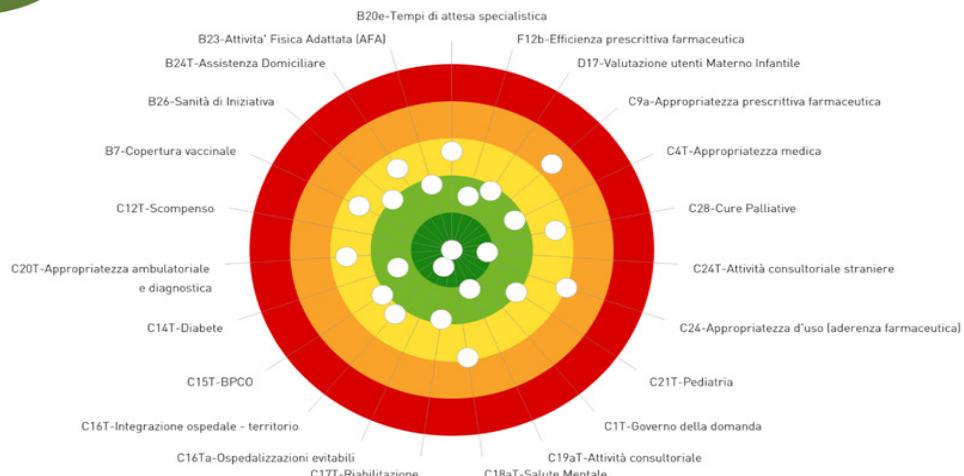
Bassa Val di Cecina



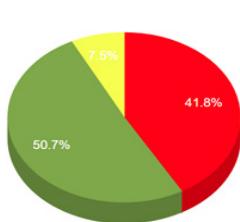
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



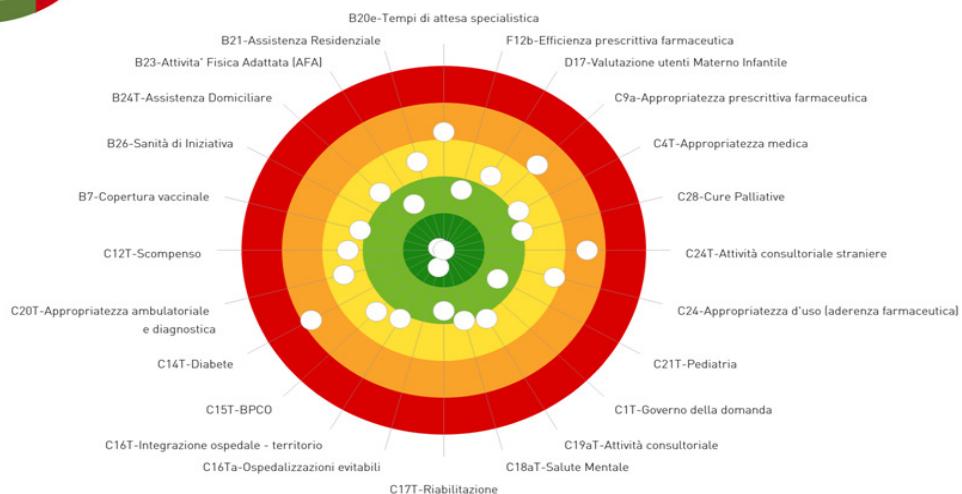
Livornese



Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



Val di Cornia

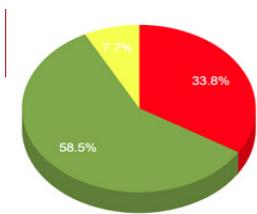


Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018

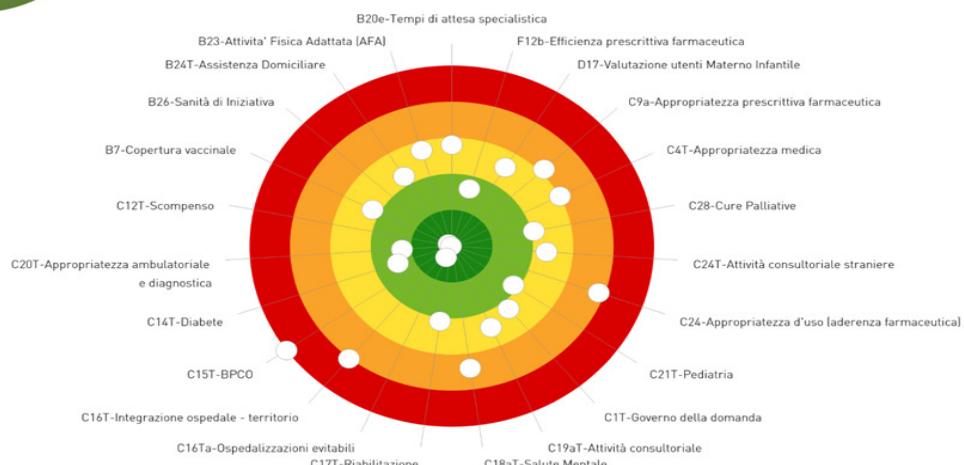
Stampa del 27/03/2019 (l'originale è conservato agli atti dell'ufficio competente)

Area programmazione e Controllo

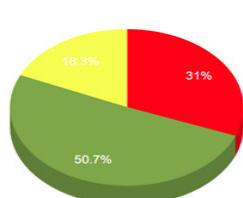
pag. 18 di 67



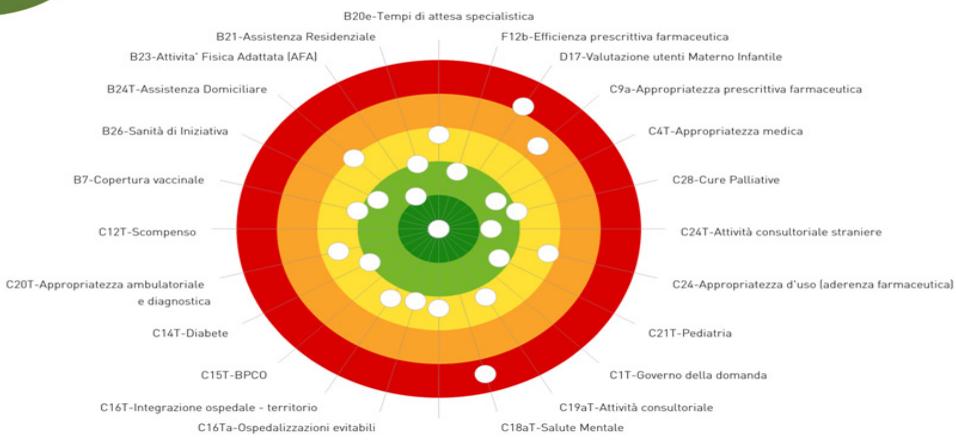
Elba



Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



Versilia



Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018

1.1.5 I Bersagli degli Stabilimenti Ospedalieri



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



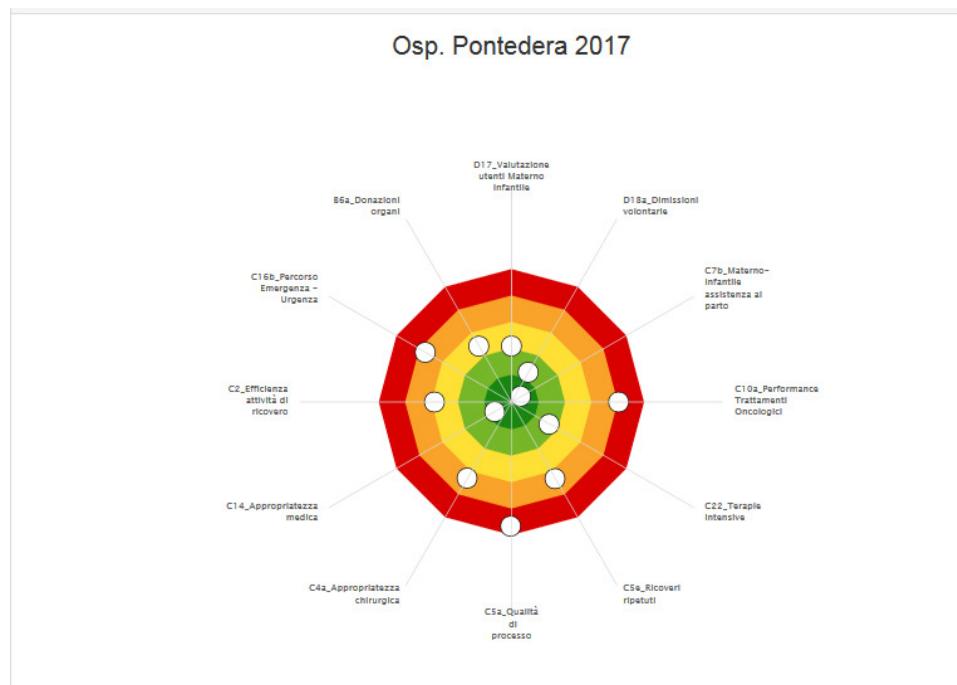
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



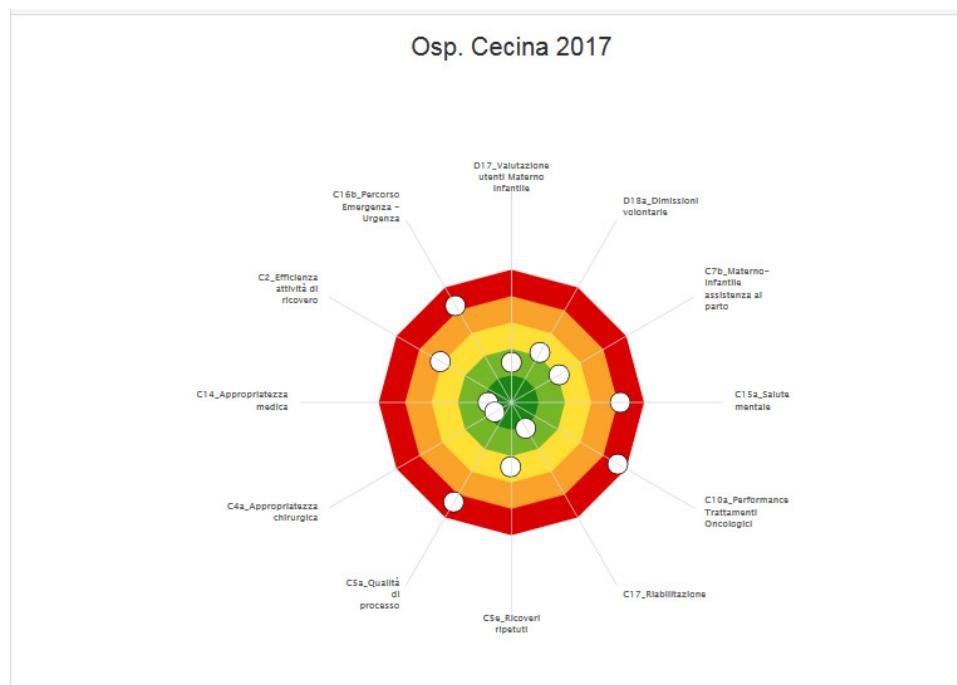
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



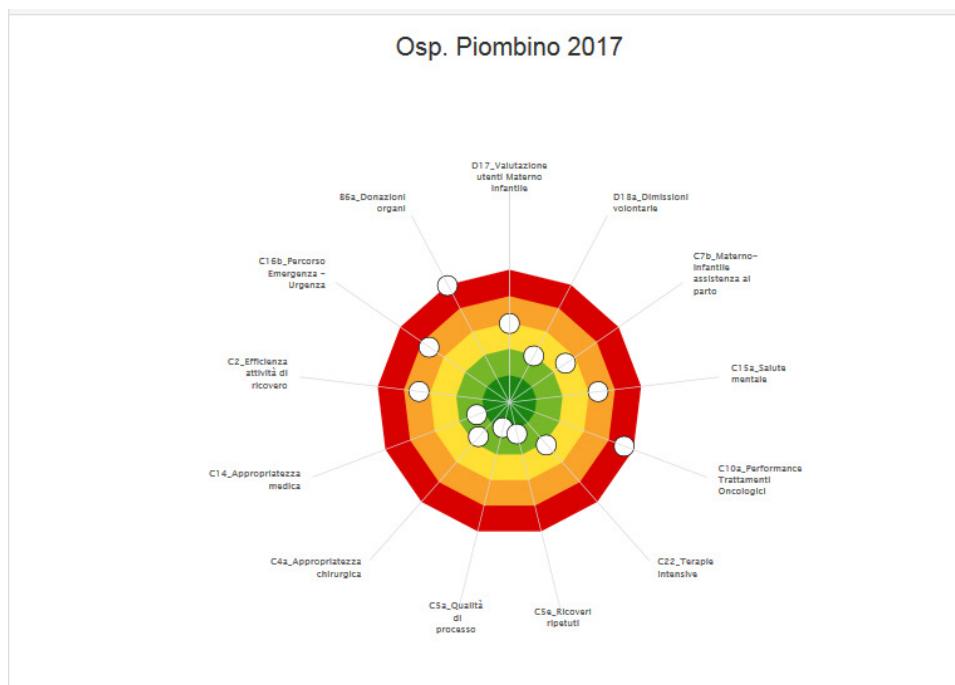
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



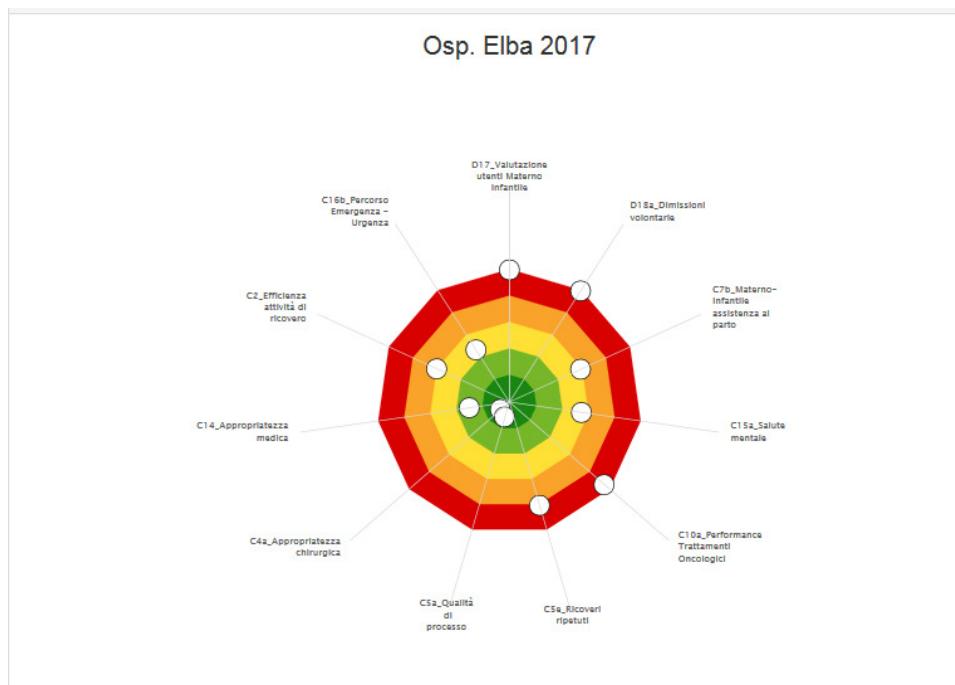
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



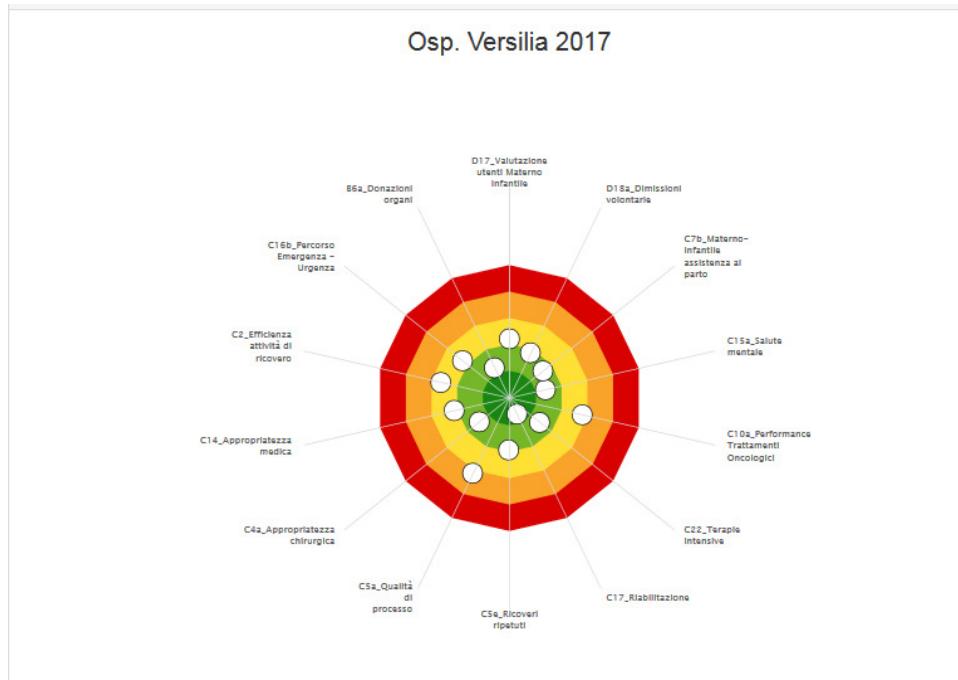
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018

2 GLI OBIETTIVI DI C.D.R.: LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Costituisce principio generale dell'organizzazione ATNO la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere.

La ricaduta degli obiettivi strategici, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi operativi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa di supporto. L'azienda, sulla base della pianificazione strategica e informando la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale, anche con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli.

Pertanto, è nel processo di budgeting che si sostanzia la negoziazione degli obiettivi operativi annuali aziendali e delle sue articolazioni, qui, rappresentati nei loro aggregati principali.

L'azienda definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e individuali dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento delle finalità definite dai documenti di programmazione. Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, la quale ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi. Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati.

Il Direttore Generale, coadiuvato dalla direzione sanitaria e amministrativa e dagli uffici di staff, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, il Direttore Generale attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento attivando specifici percorsi di negoziazione.

Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale del controllo di gestione. Il controllo di gestione supporta sia la Direzione aziendale che i Direttori di Dipartimento in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica della performance.

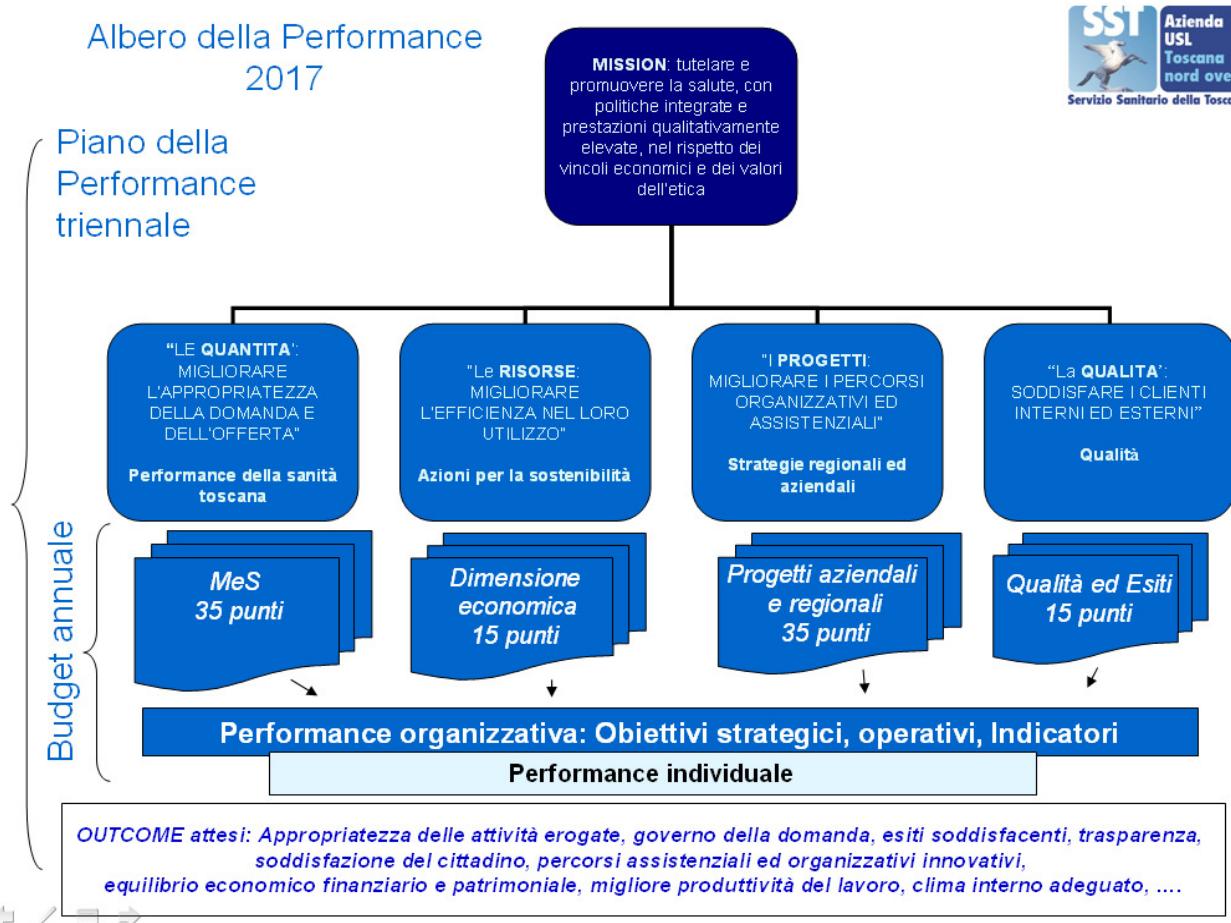
L'albero della performance costituisce la rappresentazione di un flusso che è sia discendente (dalle aspettative degli *stakeholder* e dalle priorità politiche incorporate nella missione ai piani operativi), che ascendente (dalle conoscenze operative incorporate nei piani operativi alla missione). Tale flusso ascendente e discendente crea le condizioni affinché gli obiettivi siano rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, sfidanti, ma raggiungibili in quanto correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Al fine di rendere il Piano della Performance uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale abbiamo quindi previsto un collegamento fra gli obiettivi strategici presentati e il processo di budget.

A tal fine è stata predisposta una scheda di monitoraggio per ogni obiettivo strategico con target e indicatori che nascono dal processo di budget. Questo strumento consentirà di rendicontare la performance nelle Relazioni che seguiranno alla presente, sia a consuntivo che a preventivo nei prossimi esercizi.

Abbiamo anche predisposto un sistema di un cruscotto direzionale funzionale al monitoraggio della performance aziendale e del *benchmarking* con altre realtà laddove la dimensione di misurazione sia compatibile e congruente. Il controllo della realizzazione del piano consentirà un processo di apprendimento della Direzione Aziendale che potrà coinvolgere anche la messa in discussione stessa degli obiettivi strategici e/o della loro misurazione.

2.1 La performance organizzativa



La sintesi della Performance Organizzativa è definita nello schema del Piano della Performance 2016-2018 e 2017-2019 come di seguito rappresentato per gli **obiettivi strategici**:

Verifiche anno 2016								
Piano della Performance 2016-2018 ASL Toscana Nord Ovest								
Area strategiche	Indicatori Assegnati	Indicatori Annullati	% annullati (in termini Numerici)	Indicatori Valutati	% valutati (In termini Numerici)	% valutati (In termini di PESI)	Valutazione complessiva *	Valutazione (solo su indicatori verificati **)
1 - Azioni per la sostenibilità	961	59	6,1%	902	93,9%	100,0%	75,79%	75,78%
2 - Strategie regionali ed aziendali	7.842	915	11,7%	6.927	88,3%	100,0%	92,17%	92,17%
3 - Qualità	4.963	582	11,7%	4.381	88,3%	100,0%	92,75%	92,75%
4 - Performance della sanità toscana	7.327	1.358	18,5%	5.969	81,5%	100,0%	84,22%	84,22%
Complessivo aziendale	21.093	2.914	13,8%	18.179	86,2%	100,0%	86,23%	86,23%

* Gli indicatori non valutati vengono considerati come raggiunti. Verranno adeguati al momento della verifica finale oppure al momento della disponibilità del dato

** I pesi degli indicatori non verificati vengono sterilizzati e riutilizzati al momento della disponibilità di dati di verifica

*** Media delle Area strategiche

Piano della Performance 2017-2019							ASL Toscana Nord Ovest	
Relazione sulla Performance anno 2017								
Area strategiche	Indicatori Assegnati	Indicatori Annullati	% annullati (in termini Numerici)	Indicatori Valutati	% valutati (In termini Numerici)	% valutati (In termini di PESI)	^{**} Valutazione dei soli verificati	^{* Valutazione complessiva}
1 - Azioni per la sostenibilità	1.186	496	41,8%	660	55,6%	90,6%		86,67%
2 - Strategie regionali ed aziendali	9.211	866	9,4%	7.738	84,0%	95,5%		94,70%
3 - Qualità	7.037	369	5,2%	5.469	77,7%	79,9%		97,61%
4 - Performance della sanità toscana	10.373	991	9,6%	8.770	84,5%	97,2%		86,11%
Complessivo aziendale	27.807	2.722	9,8%	22.637	81,4%	92,3%		91,27%

* La valutazione complessiva tiene conto di tutti gli indicatori, non solo di quelli già verificati. L'azienda, quindi, in assenza di evidenze di monitoraggio e/o verifica, stima il grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati con i CdR, salvo verifica finale e/o eventuale controdeduzione o rinegoziazione dell'obiettivo

** I pesi degli indicatori non verificati vengono sterilizzati e riutilizzati al momento della disponibilità di dati di verifica

*** Media delle Area strategiche

Una prima riflessione occorre farla sugli indicatori annullati. In effetti le schede definite sia nel 2016 che nel 2017 avevano in alcuni casi una ridondanza di alcuni indicatori che al momento della verifica finale ci siamo resi conto non essere completamente appropriati per il centro di responsabilità a cui erano stati assegnati (per esempio alcuni indicatori relativi alla degenza assegnati anche ad alcune strutture che fanno degenza in maniera residuale oppure che non la fanno più). Il sistema di definizione del budget ha risentito quindi della fase di start-up iniziale di una azienda nata dalla fusione di 5 ex asl con caratteristiche non completamente omogenee tra di loro ancora nel 2017.

Altre motivazioni degli annullamenti di indicatori sono da ricercare anche nella mancanza in fase di verifica di alcuni dati, come per esempio nel tasso di assenza. In questi casi occorre tenere conto che la fusione di 5 sistemi informativi non ha nel corso del 2016 e del 2017 completato il suo iter su ogni flusso, e quello del personale si è rivelato uno di quelli da rivedere.

Per quanto riguarda l'area Strategie aziendali e regionali, dove sono ricompresi gli indicatori legati ad obiettivi su linee produttive aziendali, le principali motivazioni di annullamento sono invece da ricercare nella volontà aziendale/regionale di rinviare al 2017 e/o 2018 gli obiettivi originariamente previsti per il 2016 e/o 2017

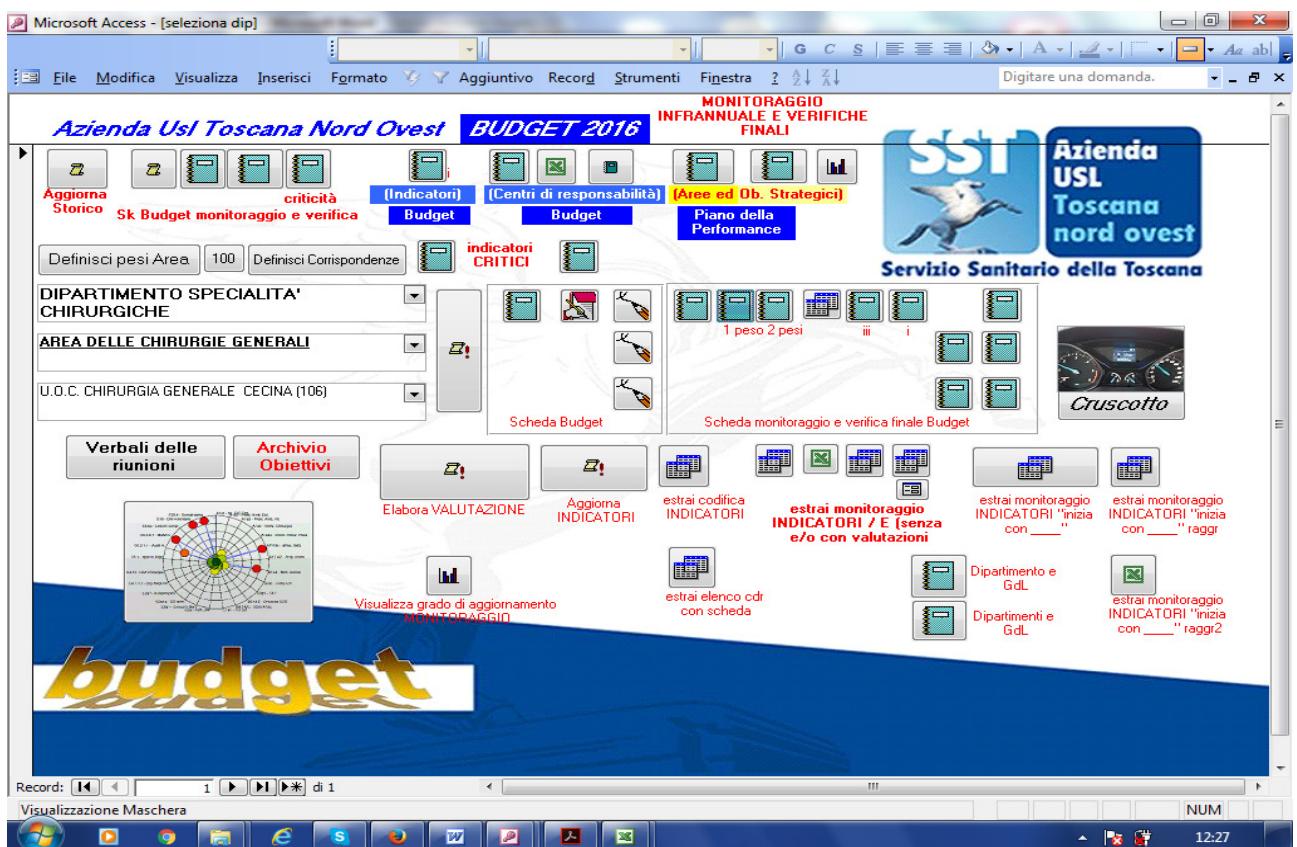
Fatta questa doverosa premessa, dal report riepilogativo della Relazione della performance anno 2016 e 2017 emerge chiaramente come l'azienda sia riuscita ad ottenere buone performance sulle aree strategiche legate alle linee progettuali aziendali e regionali (2) ed alla Qualità (3), performance più che sufficienti seppur non ottime sul bersaglio del MeS (4), mentre nell'area della sostenibilità registra la performance complessivamente non soddisfacente nel 2016 in miglioramento nel 2017.

Nel mese di ottobre/novembre sia del 2017 che del 2018 è stato inviato a tutti i responsabili di dipartimento l'elenco dettagliato delle risultanze della prima fase di valutazione, con richiesta di inviare eventuali Controdeduzioni nei casi valutati non soddisfacenti.

Ricevute le Controdeduzioni il controllo di gestione ha valutato le singole situazioni suddividendosi i compiti tra Controdeduzioni di natura trasversale e Controdeduzioni più specifiche nell'ambito ospedaliero o territoriale ed amministrativo. In alcuni casi ci sono state delle valutazioni discusse collegialmente. Hanno partecipato alla valutazione i responsabili di Piano della Performance e rapporti con OIV, Programmazione di Area vasta, Controllo di gestione ambito ospedaliero, Controllo di gestione ambito territoriale, Staff della direzione e due rappresentanti dello Staff della direzione. L'impianto complessivo è stato poi discusso ed approvato dalla direzione aziendale. Il procedimento si è concluso nei primi giorni di novembre.

Tutti i risultati sono gestiti e sintetizzati con uno strumento univoco e strutturato che ha la finalità di uniformare le procedure, automatizzare per quanto possibile il calcolo degli scostamenti e quindi le valutazioni conseguenti, lasciando libero spazio a valutazioni ragionate, ma garantendo al tempo stesso la necessaria trasparenza delle stesse.

Relazione sulla Performance 2017 della AUSL Toscana Nord Ovest



I criteri adottati nella valutazione dei singoli scostamenti sono di tre tipologie:

1. Per la valutazione della performance la scala di valutazione adottata è quella proporzionale con valore minimo alla % di scostamento del target rispetto al consuntivo. In altri termini, con il pieno rispetto del budget si ottiene 100, con un rispetto parziale si ottiene un punteggio tra 0 e 100 confrontando la STRADA FATTA (differenza tra Consuntivo anno budget e Consuntivo anno precedente) e la STRADA DA FARE (differenza tra Budget e Consuntivo anno precedente). Un peggioramento rispetto al Consuntivo dell'anno precedente comporta una valutazione pari a 0.
2. Nel calcolo si tiene conto anche del posizionamento nella scala di valutazione del bersaglio MeS, ovvero con fascia superiore o uguale a 2 (giallo, verde o verdone) si ottiene il punteggio corrispondente alla fascia (in %) anche in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo o di peggioramento.
3. Dopo le Controdeduzioni, in alcuni casi il valutatore ha avuto la possibilità di forzare il calcolo matematico assegnando un punteggio ragionato in base alle risultanze delle controdeduzioni e motivando la scelta. Tale valutazione, una volta scelta per una o più strutture, è stata estesa alle strutture che si trovavano in situazioni assimilabili.

Di tali criteri e delle loro concrete applicazioni c'è traccia evidente in tutte le schede di dettaglio che la direzione aziendale ha deciso di inviare ai dipartimenti come informazione di ritorno e coinvolgimento nella fase conclusiva del procedimento, in modo tale da assicurare la necessaria trasparenza di tutto il processo di verifica. Di seguito una immagine rappresentativa:

Relazione sulla Performance 2017 della AUSL Toscana Nord Ovest



I risultati finali sono stati condivisi con i centri di responsabilità nel mese di gennaio/febbraio 2018, mentre per l'anno 2017 i tempi e le modalità dell'invio del feedback finale alle strutture sono slittati di qualche mese rispetto al previsto (ottobre 2018), terminando nei mesi di febbraio/marzo 2019.

	VERIFICHE 2017: AZIONI – TEMPI e RESPONSABILITÀ'	Direzione aziendale	Resp. Staff	C.d.G. (H-T)	B.I.	Resp. P.d.P. OIV	Resp. P.S.r.A V	CdR 1°	CdR 2°	Valutazione del personale	OUTPUT
Attività 1	Completamento schede di budget nel sistema ACCESS completo di pesi e di tutti gli elementi necessari (<i>entro il 28 febbraio</i>)		I	R		A					Schede di budget
Attività 2a	Verifica obiettivi su indicatori di PROGETTI aziendali (<i>entro il 31 maggio</i>)		I	R	C	C	A	C			Schede di verifica budget
Attività 2b	Verifica obiettivi su altri indicatori QUALITATIVI (<i>entro il 31 maggio</i>)		I	R	C	A	C	C	C		
Attività 2c	Verifica obiettivi su indicatori ECONOMICI (<i>entro il 31 maggio</i>)		I	R	C	A					
Attività 2d	Verifica obiettivi su indicatori MES ed altri di ATTIVITA' (<i>entro il 31 maggio</i>)		I	R	R	A	C				
Attività 3	Verifica e condivisione delle bozze di verifiche con i resp. di cdr 1° livello (<i>entro il 15 giugno</i>) - <i>invio schede pdf. e calendario incontri del gruppo di lavoro</i>		A	R	I	R	C	R			
Attività 4a	Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale, stesura della Relazione sulla performance per una valutazione complessiva (<i>entro il 30 giugno</i>)	I	A	C	I	R	C			I	Sintesi verifiche, schede e Relazione sulla performance
Attività 4B	Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (<i>entro il 30 giugno</i>)	I	A	I	I	R	I	I	I	I	
Attività 4C	Pubblicazione della relazione sulla Performance sul sito aziendale trasparenza (<i>entro il 30 giugno</i>)	I	A	I	I	R	I	I	I	I	
Attività 5a	Invio dei risultati ai CdR e richiesta loro eventuali controdeduzioni (<i>entro il 30 giugno</i>)	I	A	I	I	R	I	I	I	I	Schede verifiche
Attività 5b	Invio delle eventuali controdeduzioni (<i>entro il 31 luglio</i>)		I	I	I	A	I	R	R		Controdeduzioni
Attività 6	Integrazione valutazioni con eventuali controdeduzioni ricevute (<i>entro il 31 agosto</i>)		A	C	C	R	C	I	I		Schede verifiche aggiornate
Attività 7	Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale per sua valutazione finale (<i>entro il 30 settembre</i>)	I	A	I	I	R	I			I	Sintesi e schede verifiche finali
Attività 8	Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (<i>entro il 30 settembre</i>)	I	A	I	I	R	I	I	I	C	
Attività 9	Abbinamento dei gradi di raggiungimento dei risultati raggiunti da ciascuna struttura (C.d.R.) con il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali, delibera i risultati finali e predisponde il provvedimento per la liquidazione (<i>entro il 31 ottobre</i>)					A				R	Adozione dell'atto di approvazione
Attività 10	Aggiornamento della relazione sulla Performance definitiva e sua nuova pubblicazione sul sito aziendale trasparenza (<i>entro il 31 ottobre</i>)	I	A	C	I	R	C	I	I	I	Relazione sulla performance finale
R	Responsible – è il ruolo di colui che è chiamato ad eseguire operativamente l'attività (per ogni attività è possibile avere più Responsible)										
A	Accountable – è chi deve svolgere un ruolo di supervisione/coordinamento del lavoro del/dei Responsible (deve essere univocamente individuato)										
C	Consult – è il ruolo di chi dovrà supportare il/la Responsible nello svolgimento dell'attività fornendogli informazioni e dati utili al completamento del lavoro o a mig										
I	Inform – è il ruolo di chi dovrà essere informato in merito al lavoro del/dei Responsible e che dovrà prendere decisioni sulla base delle informazioni avute										

Relazione sulla Performance 2017 della AUSL Toscana Nord Ovest

VERIFICHE 2017: AZIONI – TEMPI e RESPONSABILITÀ'	2018											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Completamento schede di budget nel sistema ACCESS completo di pesi e di tutti gli elementi necessari (<i>entro il 28 febbraio</i>)												
Verifica obiettivi su indicatori di PROGETTI aziendali (<i>entro il 31 maggio</i>)												
Verifica obiettivi su altri indicatori QUALITATIVI (<i>entro il 31 maggio</i>)												
Verifica obiettivi su indicatori ECONOMICI (<i>entro il 31 maggio</i>)												
Verifica obiettivi su indicatori MES ed altri di ATTIVITA' (<i>entro il 31 maggio</i>)												
Verifica e condivisione delle bozze di verifiche con i resp. di cdr 1° livello (<i>entro il 15 giugno</i>) - <i>invio schede pdf. e calendario incontri del gruppo di lavoro</i>												
Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale, stesura della Relazione sulla performance per una valutazione complessiva (<i>entro il 30 giugno</i>)												
Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (<i>entro il 30 giugno</i>)												
Pubblicazione della relazione sulla Performance sul sito aziendale trasparenza (<i>entro il 30 giugno</i>)												
Invio dei risultati ai CdR e richiesta loro eventuali controdeduzioni (<i>entro il 30 giugno</i>)												
Invio delle eventuali controdeduzioni (<i>entro il 31 luglio</i>)												
Integrazione valutazioni con eventuali controdeduzioni ricevute (<i>entro il 31 agosto</i>)												
Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale per sua valutazione finale (<i>entro il 30 settembre</i>)												
Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (<i>entro il 30 settembre</i>)												
Abbinamento dei gradi di raggiungimento dei risultati raggiunti da ciascuna struttura (C.d.R.) con il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali, delibera i risultati finali e predisponde il provvedimento per la liquidazione (<i>entro il 31 ottobre</i>)												
Aggiornamento della relazione sulla Performance definitiva e sua nuova pubblicazione sul sito aziendale trasparenza (<i>entro il 31 ottobre</i>)												

Nel precedente ciclo di programmazione controllo, quello relativo al 2016, i tempi sono stati i seguenti:

VERIFICHE 2016: AZIONI e TEMPI	2017										2018			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Completamento schede di budget nel sistema ACCESS completo di pesi e di tutti gli elementi necessari (<i>gennaio/febbraio 2017</i>)														
Verifica obiettivi su indicatori di PROGETTI aziendali (<i>entro il 31 maggio</i>)														
Verifica obiettivi su altri indicatori QUALITATIVI (<i>entro il 31 maggio</i>)														
Verifica obiettivi su indicatori ECONOMICI (<i>entro il 31 maggio</i>)														
Verifica obiettivi su indicatori MES ed altri di ATTIVITA' (<i>entro il 31 maggio</i>)														
Verifica e condivisione delle bozze di verifiche con i resp. di cdr 1° livello (<i>entro il 15 giugno</i>) - <i>invio schede pdf. e calendario incontri del gruppo di lavoro</i>														
Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale, stesura della Relazione sulla performance per una valutazione complessiva (<i>entro il 30 giugno</i>)														
Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (<i>entro il 30 giugno</i>)														
Pubblicazione della relazione sulla Performance sul sito aziendale trasparenza (<i>entro il 30 giugno</i>)														
Invio dei risultati ai CdR e richiesta loro eventuali controdeduzioni (<i>entro il 30 giugno</i>)														
Invio delle eventuali controdeduzioni (<i>entro il 31 luglio</i>)														
Integrazione valutazioni con eventuali controdeduzioni ricevute (<i>entro il 31 agosto</i>)														
Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale per sua valutazione finale (<i>entro il 30 settembre</i>)														
Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (<i>entro il 30 settembre</i>)														
Abbinamento dei gradi di raggiungimento dei risultati raggiunti da ciascuna struttura (C.d.R.) con il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali, delibera i risultati finali e predisponde il provvedimento per la liquidazione (<i>entro il 31 ottobre</i>)														
Correzione degli errori ed Aggiornamento della relazione sulla Performance definitiva e sua nuova pubblicazione sul sito aziendale trasparenza (<i>entro il 31 ottobre</i>)														

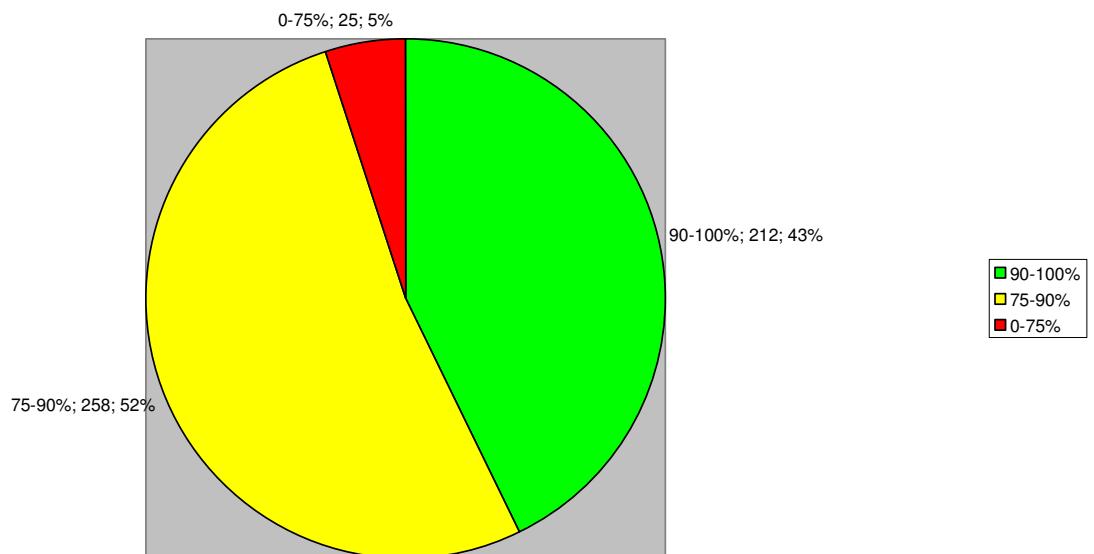
Ad inizio **luglio** 2018, completata questa prima fase di verifica, è stato inviato a tutti i responsabili di dipartimento l'elenco dettagliato delle risultanze della prima fase di valutazione, con richiesta di inviare eventuali Controdeduzioni nei casi valutati non soddisfacenti. La stessa attività, nel corso del precedente ciclo di programmazione controllo è stata fatta a **settembre**.

Ricevute le Controdeduzioni il controllo ha valutato le singole situazioni suddividendosi i compiti tra Controdeduzioni di natura trasversale e Controdeduzioni più specifiche nell'ambito ospedaliero o territoriale ed amministrativo. In alcuni casi ci sono state delle valutazioni discusse collegialmente. Hanno partecipato alla valutazione i responsabili di Piano della Performance e rapporti con OIV, Programmazione di Area vasta, Controllo di gestione ambito ospedaliero, Controllo di gestione ambito territoriale, Staff della direzione e due rappresentanti dello Staff della direzione. L'impianto complessivo è stato poi discusso ed approvato dalla direzione aziendale. Il procedimento si è concluso a marzo 2019.

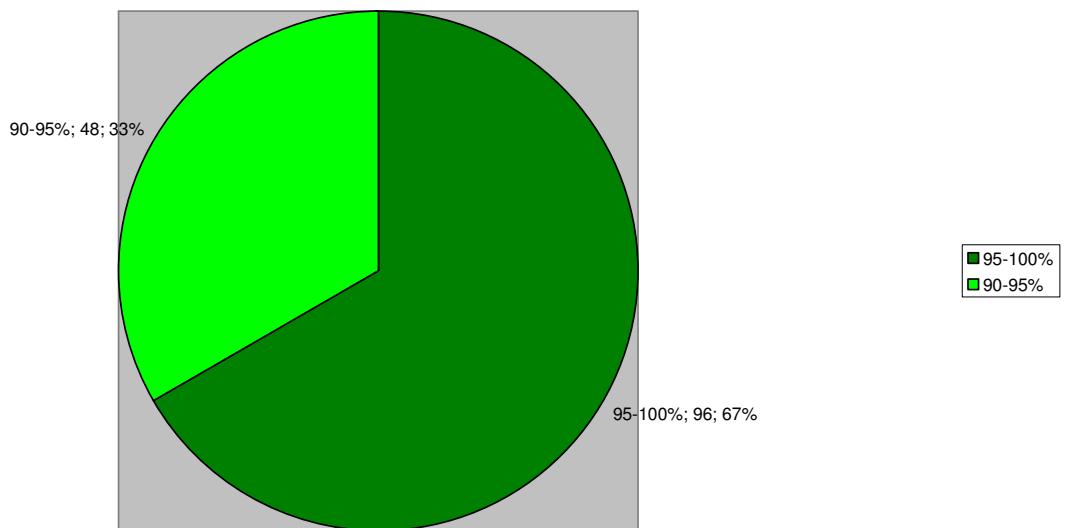
2.1.1 Risultati sintetici 2016

A livello complessivo, distintamente per dirigenza e comparto, i risultati delle valutazioni sono così sintetizzabili:

Valutazione 2016 del personale dirigente

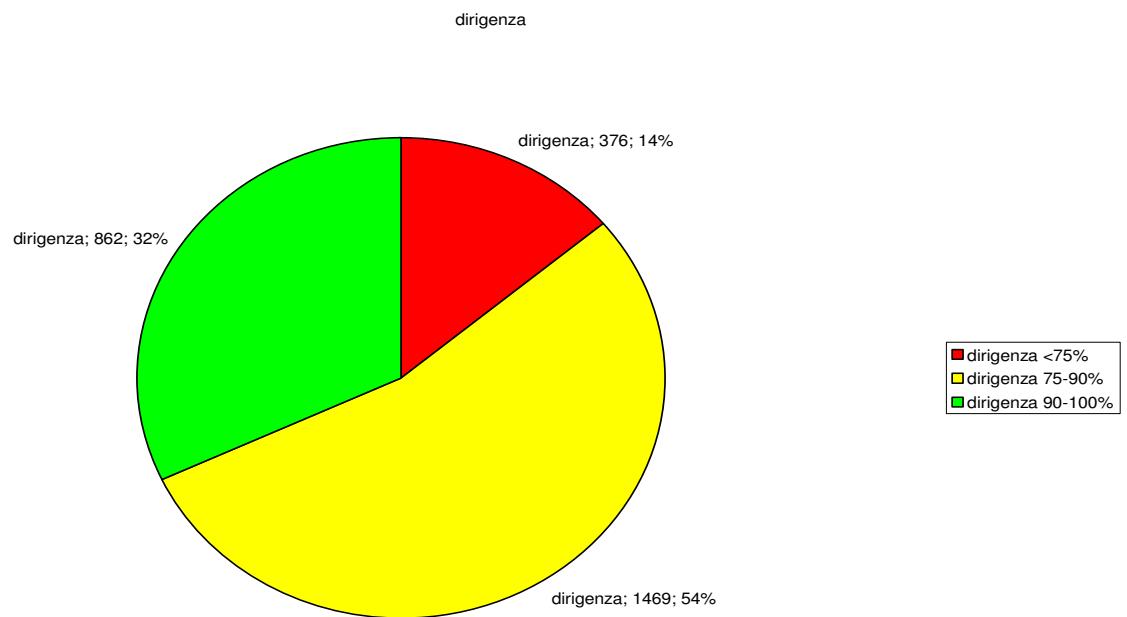


Valutazione 2016 del personale del comparto

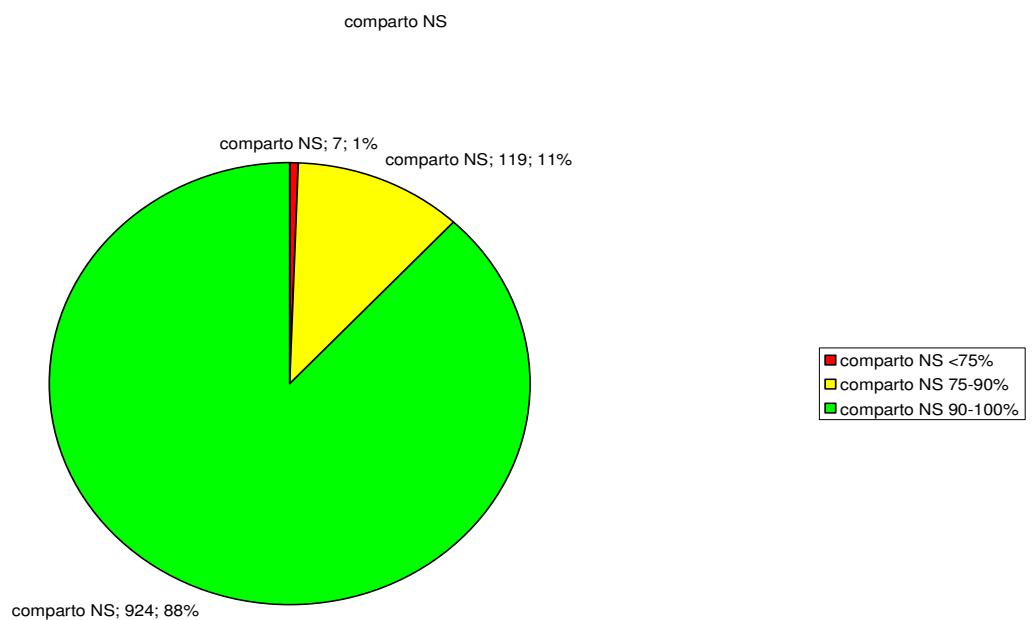


2.1.2 Risultati sintetici 2017

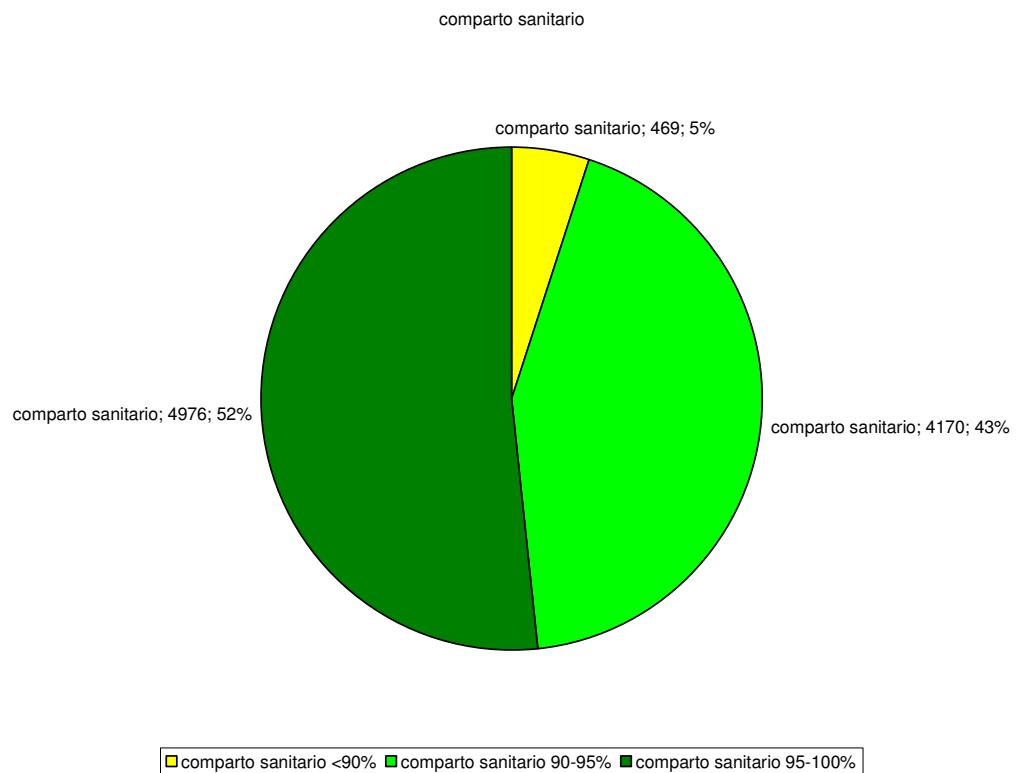
A livello complessivo, distintamente per dirigenza e comparto, i risultati delle valutazioni sono così sintetizzabili:



Versione aggiornata al 2019-03-10



Versione aggiornata al 2019-03-10



Versione aggiornata al 2019-03-10

2.1.3 Risultati analitici 2017

La situazione complessiva della performance organizzativa dei Centri di Responsabilità, prima di macrolivello, e poi anche di Unità operativa / funzionale dopo aver verificato gli obiettivi con i dati consuntivi ed aver valutato anche le eventuali controdeduzioni dei responsabili delle strutture è riportata in allegato alla **Relazione sulla performance 2017 cui si rinvia**, sinteticamente così rappresentata:



Relazione sulla Performance 2017 della AUSL Toscana Nord Ovest

Verifiche anno 2017 SCHEDA DI MACROSTRUTTURA (DIPARTIMENTO-ZONA/RETE)			Indicatori da verificare (stima al 100%)	Indicatori verificati e/o stimati	* Valutazione complessiva
< d 70 rosso	tra 70 e 90 giallo	tra 90 e 95 verde			
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI					
D01	DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE	resp cdr:	Roberto Bigazzi	11	63
D02	DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE	resp cdr:	Aurelio Costa	8	73
D04	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	resp cdr:	Giacomo Allegiani	7	45
D05	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	resp cdr:	Raffaele Domenici	7	50
D07	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO	resp cdr:	Ferdinando Cellai	10	54
D08	DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	resp cdr:	Tito Torri	12	45
D09	DIPARTIMENTO DI PATHOLOGIA CLINICA	resp cdr:	Roberto Diodati	8	42
DRO	DIREZIONE RETE OSPEDALIERA	resp cdr:	Grazia Luchini	7	68
DIPARTIMENTI TERRITORIALI					
ZD12	DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE	resp cdr:	Ida Aragona	0	55
ZD1	ZONA DISTRETTO APIANE	resp cdr:	Monica Guglielmi	0	111
ZD10	ZONA DISTRETTO DI LIVORNO	resp cdr:	Carlo Giustarini	0	111
ZD11	ZONA DISTRETTO VAL DI CORNA	resp cdr:	Donatella Pagliacci	0	112
ZD12	ZONA DISTRETTO VIAREGGIO	resp cdr:	Fabio Michelotti	0	112
ZD2	ZONA DISTRETTO LUNIGIANA	resp cdr:	Rosanna Vallelonga	0	112
ZD3	ZONA DISTRETTO LUCCA	resp cdr:	Luigi Rossi	0	111
ZD4	ZONA DISTRETTO VDS	resp cdr:	Franco Chierici	0	112
ZD5	ZONA DISTRETTO PISA	resp cdr:	Alessandro Campani	0	112
ZD6	ZONA DISTRETTO VALDERA	resp cdr:	Patrizia Salvadori	0	112
ZD7	ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA	resp cdr:	Sabina Ghili	0	112
ZD8	ZONA DISTRETTO BASSA VAL DI CECINA	resp cdr:	Donatella Pagliacci	0	111
ZD9	ZONA DISTRETTO DELL'ELBA	resp cdr:	Gianni Donigaglia	0	112
DIPARTIMENTI TRASVERSALI					
D03	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	resp cdr:	Chiara Pini	6	65
D06	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI TECNICO SANITARIE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE	resp cdr:	Fabrizio Magozzi	8	69
D13	DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE	resp cdr:		6	46
FAR	DIPARTIMENTO DEL FARMACO	resp cdr:	Giuseppe Taurino	0	33
TECNOSTRUTTURA					
AVV	DIPARTIMENTO AFFARI LEGALI	resp cdr:	Luca Cei	0	33
D10ECO	DIPARTIMENTO ECONOMICO	resp cdr:	Antonio Jacopo Fernandez	0	49
D10GRU	DIPARTIMENTO RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI	resp cdr:	Daniela Murgia	0	20
D10SG1	DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI-AREA SUPPORTO AMMINISTRATIVO AI SERVIZI SANITARI	resp cdr:		0	40
D10SG2	DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI- AREA AFFARI GENERALI E RAPPORTI ISTITUZIONALI	resp cdr:		0	33
D11	DIPARTIMENTO TECNICO E PATRIMONIO	resp cdr:	Nicola Ceragioli	0	36
DIREZIONE AZIENDALE					
STAFF	STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE	resp cdr:	Fulvio Bessi	2	36
STAFFDS	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	resp cdr:		0	29

martedì 12 marzo 2019

Area Programmazione e controllo

Pagina 2 di 2

allegato 1 (Centri di Responsabilità di 1° e di 2° livello).

(allegati in formato pdf)

2.1.4 Le Schede di verifica

Nel dettaglio della performance organizzativa dei Centri di Responsabilità, sia di macrolivello che di Unità operativa / funzionale è riportata nelle schede indicate:

allegato 2 (Centri di Responsabilità di 1° e di 2° livello nel formato **scheda di budget**).

(allegati in formato pdf)

3 LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Costituisce principio generale dell'organizzazione ATNO la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere.

La ricaduta degli obiettivi strategici, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi operativi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa di supporto. L'azienda, sulla base della pianificazione strategica e informando la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale, anche con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli.

Pertanto, è nel processo di budgeting che si sostanzia la negoziazione degli obiettivi operativi annuali aziendali e delle sue articolazioni, qui, rappresentati nei loro aggregati principali.

L'azienda definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e individuali dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance.

Relativamente alla performance individuale l'azienda sta implementando un sistema che permetta di affiancare alla performance organizzativa anche le dimensioni di valutazione individuale, nell'intento di completare il sistema di misurazione e di valutazione del personale.

3.1 Regolamento del sistema di valutazione permanente del personale del comparto ed implementazione sistema SVOD

Fra gli obiettivi che le nuove linee guida regionali (DGRT 308/2013 – all. A) in tema di valutazione si pongono c'è anche il tendenziale allineamento dei sistemi di valutazione aziendali.

Lo strumento che proponiamo di sviluppare in tutta l'Azienda USL Toscana Nord Ovest e già conosciuto nella ex ASL 5 di Pisa è ben adattabile dal punto di vista dei contenuti dettati delle nuove linee guida regionali poiché propone un sistema basato sull'assegnazione dei obiettivi individuali e sulla valutazione complessiva sia del raggiungimento di tali obiettivi sia sulla valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative.

SVOD propone una gestione informatica del sistema delle valutazioni compreso il sistema della assegnazione degli obiettivi, e anche la gestione del sistema premiante e potrà gestire anche la procedura selettiva per le progressioni economiche orizzontali. E' rivolto sia al personale della dirigenza che al personale del comparto

Da questo punto di vista , la gestione della variabile economica diventa un obiettivo fondamentale che si allinea con la richiesta regionale di legare le valutazioni alla retribuzione di risultato complessivamente spettante e quindi ai saldi finali.

1 fase : Adozione delle schede di assegnazione obiettivo.

Si propone l'adozione di un modello unico sia per l'assegnazione degli obiettivi individuali sia per la misurazione della performance e la valutazione delle competenze e del comportamenti organizzativi in armonia con il dettato delle linee guida regionali.

Il livello gerarchico superiore individuato (coordinatore, posizione organizzativa, dirigente o direttore di struttura) compilerà, previo colloquio con il valutato, la scheda di assegnazione degli obiettivi individuali dopo la riunione di budget del livello indicando date, tempi e metodi per il raggiungimento degli obiettivi.

Per tutto il personale del comparto , anche al fine di attenuare la necessaria e imprescindibile soggettività della valutazione individuale, dovranno essere individuati 3 obiettivi all'inizio dell'anno:

- A. obiettivo di orientamento tecnico (espressione professionale)
- B. obiettivo di orientamento relazionale (rapporti con l'utenza e con i colleghi)
- C. obiettivo educativo/ formativo (espressione della maturità professionale, capacità di trasmettere l'esperienza (formazione dei pari) ma anche valorizzazione dell'interesse individuale alla formazione continua).

I tre obiettivi devono essere esplicitati dal valutatore all'inizio dell'anno e potrebbero essere individuali od uguali per tutti gli appartenenti allo stesso gruppo.

E' opportuno che, attraverso incontri specifici, i valutatori appartenenti alla stessa macro area/ settore/ attività affine si incontrino al fine di concordare insieme i criteri di assegnazione obiettivi, i criteri di valutazione per elaborare un vocabolario comune e per condividere i risultati.

La scheda viene inviata al dipendente, visibile su SVOD , che potrà inserire le proprie annotazioni chiedendo modifiche , e avrà 15 giorni di tempo per poter accettare o richiedere revisione degli obiettivi. Il valutatore potrà modificare la scheda di assegnazione obiettivi su richiesta del dipendente, oppure nel caso ne ravvisi la necessità. In ogni caso di modifica la scheda diventa definitiva solo dopo i 15 giorni previsti.

L'assegnazione degli obiettivi deve concludersi di norma entro il primo quadrimestre, per il primo anno il termine è posticipato in ragione dei tempi tecnici previsti per l'estensione della piattaforma SVOD.

SVOD permette di gestire il sistema di valutazione mettendo a disposizione uno strumento di interfaccia tra valutato e valutatore.

L"assegnazione degli obiettivi tramite SVOD riguarda tutti i dipendenti, del comparto e della dirigenza, ognuno secondo il livello di responsabilità attribuito e non riguarda invece i dirigenti responsabili o direttori titolari di una scheda di budget perché gli obiettivi individuali coincidono con quelli della struttura .

All. 1 Scheda obiettivi comparto

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI annuale personale del comparto

Valutatore	Nome	Cognome	Struttura
Valutato	Struttura	Profilo professionale	Matricola
Obiettivo di orientamento tecnico professionale			
Obiettivo Orientamento relazionale			
Obiettivo educativo / formativo			
Tot.			100%

Annotazioni:

Firma valutatore

Firma valutato

All. 2 Scheda obiettivi incarichi di funzione

SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI incarichi di funzione

Data _____

Valutatore	Nome	Cognome	Struttura
Valutato	Struttura	Profilo professionale	Matricola
Obiettivo tecnico professionale			
Obiettivo relazionale			
Obiettivo educativo / formativo			
Obiettivo di qualità			
Obiettivo strategico			
Obiettivo aziendale			
Altri obiettivi			
Tot.			100%

Annotazioni:

Firma valutatore

Firma valutato

2 fase :Valutazione individuale

Nella seconda fase si prevede la valutazione individuale. Anche in questo caso la piattaforma contiene delle schede di valutazione che riguardano sia la misurazione degli obiettivi assegnati nella fase 1 sia la valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative, proprio come indicano le Linee Guida regionali.

Più è elevato il livello di responsabilità più la dimensione della misurazione degli obiettivi avrà un peso maggiore rispetto alla valutazione dei comportamenti organizzativi e delle competenze.

Il sistema di valutazione permanente del personale della USL Toscana Nord Ovest in un'ottica di semplificazione e snellimento dei processi di valutazione e di sviluppo della valorizzazione del personale prevede che la valutazione annuale dei dipendenti, che si sostanzia delle due dimensioni (misurazione degli obiettivi e valutazione individuale dei comportamenti e delle competenze organizzative – quindi il quanto ed il come) , governi i seguenti istituti:

- ✓ la quota parte del 20% destinata al premio individuale per il personale del comparto;
- ✓ la conferma degli incarichi di funzione
- ✓ la selezione annuale delle progressioni orizzontali

Il sistema di valutazione deve garantire il necessario contraddittorio tra valutato e valutatore pertanto, dopo aver compilato la scheda di valutazione il valutato ha 15 giorni di tempo per accettare o rifiutare la scheda di valutazione.

In caso di rifiuto della valutazione si attiva la valutazione di II istanza con il responsabile gerarchico superiore che sentirà in contraddittorio valutato e valutatore e potrà confermare o modificare la scheda di valutazione. Nel caso in cui il 40% dei valutati contestino la scheda di valutazione dello stesso responsabile allora il contraddittorio sarà gestito direttamente dal Direttore del Dipartimento.

In caso di valutazione negativa il valutatore dovrà redigere apposita relazione che giustifichi in maniera dettagliata la valutazione stessa.

All. 3 Scheda di valutazione del personale del comparto

ANNO	Struttura Organizzativa
------	-------------------------

Dati Anagrafici del Candidato			
--------------------------------------	--	--	--

Cognome e Nome		Età	Matricola
Titolo di Studio			
Data assunzione	Attuale Profilo Contrattuale	Fascia	Dal (gg/mm/aaaa)
Posizione/Mansione attualmente ricoperta			Dal (gg/mm/aaaa)

Principali attività svolte			

Valutazione Competenze e Comportamenti organizzativi (Y) pari al 50% della valutazione individuale

Competenze	Cosa intendiamo per	Livello di possesso (1-10)
Versatilità	Disponibilità ad ampliare e diversificare conoscenze, approcci e modalità di lavoro. Considerare i cambiamenti come opportunità di miglioramento. Lavorare efficacemente in un'ampia gamma di situazioni e/o con persone e gruppi diversi. Apprezzare e comprendere punti di vista differenti dai propri. Ricercare o adattarsi a situazioni dinamiche.	
Iniziativa	Assumere iniziative finalizzate alla soluzione dei problemi cogliendo opportunità per prevenire o influenzare gli eventi anche in presenza di <i>input</i> ridotti. "Essere predisposti ad agire". Sviluppare soluzioni originali e efficaci.	
Tensione al risultato	Portare avanti i propri compiti con determinazione e continuità anche di fronte a difficoltà impreviste. Focalizzare gli obiettivi da raggiungere, sia quelli individuali che quelli di gruppo. Indirizzare le proprie energie in funzione del risultato, nel rispetto dei tempi stabiliti e della qualità attesa.	
Decisione*	Assumersi la responsabilità del processo decisionale. Prendere decisioni rapidamente soppesando razionalmente le possibili opportunità e prendendo dei rischi calcolati. Prefigurare i risultati attesi e valutare le conseguenze.	
Appartenenza e Coinvolgimento	Auire coerentemente con i valori a cui l'Azienda si ispira e contribuire a diffonderli, ponendosi come catalizzatore delle trasformazioni culturali. Identificarsi nella realtà aziendale sentendosene parte. Mostrare affidabilità e trasparenza nello svolgimento del proprio lavoro e nell'espressione delle proprie idee. Conoscere l'azienda e la sua strutturazione organizzativa e condividere gli obiettivi.	
Risultato finale	Tot. Punteggio x	

All. 4 Scheda di valutazione degli incarichi di funzione

Anno	Struttura Organizzativa	
Dati Anagrafici del Valutato		
Cognome e Nome		
Posizione professionale		
Denominazione della POSIZIONE ORGANIZZATIVA / INCARICO		
Competenze Capacità di gestione dei progetti/processi Orientamento all'utente interno/esterno Leadership		Cosa intendiamo per
		<i>Inserire un valore da 1 a 10</i>
Totale punteggio (X) Tot. Punteggio Valutazione competenze e comportamenti organizzativi		30%
MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI (Y) pari al 70% della valutazione complessiva		
Obiettivi individuali Obiettivo tecnico professionale Obiettivo relazionale Obiettivo educativo/ formativo Obiettivo strategico di struttura Obiettivo di qualità Obiettivo aziendale Altri Obiettivi		Cosa intendiamo per
		<i>Inserire un valore da 1 a 10</i>
Totale punteggio (Y) Tot. Punteggio obiettivi individuali		70%
TOTALE SCHEDA DI VALUTAZIONE (X+Y)		<ul style="list-style-type: none"> • Valore massimo scheda di valutazione 100 • Valutazione complessiva (X+Y) inferiore a 50 si intende negativa <p>La quota di retribuzione di risultato è DIRETTAMENTE COLLEGATA AL RISULTATO TOTALE DELLA VALUTAZIONE</p>
Osservazioni del valutato		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

La retribuzione di risultato:

Le modalità di distribuzione della retribuzione di risultato saranno affrontate con specifica contrattazione integrativa, in armonia con quanto è già stato disposto o dal CCNL o da disposizioni di legge o ancora dal Coordinamento Regionale.

Per quanto concerne la variabile economica, è indubbio che le linee guida regionali debbono avere uniforme applicazione, pertanto si prevede che per il

COMPARTO

- ✓ L' 80% DEL FONDO DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E' DESTINATO ALLA PERFORMANCE DELLA STRUTTURA
- ✓ IL 20% DEL FONDO DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E' DESTINATO ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il peso delle due dimensioni previste nella valutazione individuale rispetto al 20% complessivo è materia di contrattazione e per questo si rinvia alle regole che saranno stabilite dalle parti in ordine alle modalità di riconoscimento del salario di risultato.

SVOD permette la gestione della variabile economica collegandola direttamente alla quota spettante del premio individuale.

La valutazione individuale per gli altri istituti

Le schede di valutazione individuale potranno essere utilizzate anche per la conferma degli incarichi di funzione e per quale elemento della selezione per le progressioni orizzontali.

3.2 La performance individuale 2016 e 2017

L'Azienda nel corso del 2016 e del 2017 è stata impegnata nella definizione di un nuovo Accordo integrativo finalizzato ad uniformare le 5 modalità di gestione del sistema di Valutazione nelle ex asl.

Per l'anno 2016 i sistemi di valutazione aziendale di USL Toscana Nord Ovest hanno registrato le performance individuali basandosi sui sistemi ancora in uso nelle ex ASL poi riconfluite nell'unica aziendale Usl Toscana Nord Ovest.

L'anno 2016 quindi è l'ultimo anno in cui la valutazione individuale della dirigenza è registrata secondo meccanismi, range e regole diverse per il personale, perché già nel 2017 tramite assegnazione obiettivi e valutazione delle prestazioni e dei comportamenti organizzativi, la dirigenza ha una unica regolamentazione in linea sia con il dettato normativo che contrattuale.

Per quanto riguarda il 2017 ed il 2018 gli accordi sottoscritti in materia di retribuzione di risultato con le rappresentanze di categoria della dirigenza Medica e Veterinaria ASLTNO, in ipotesi in data 18 maggio 2017 ed in versione definitiva in data 31 Luglio, a seguito del rilascio del parere favorevole da parte del collegio sindacale aziendale, permettono di uniformare il sistema;

Analoghi accordi sono stati sottoscritti in materia di retribuzione di risultato con le rappresentanze di categoria della Dirigenza dei ruoli amministrativo, tecnico, professionale e sanitario non medico, in ipotesi in data 27 luglio 2017 ed in versione definitiva nel mese di gennaio 2018, a seguito del rilascio del parere favorevole da parte del collegio sindacale aziendale;

Per il 2016, alcune considerazioni devono guidare l'analisi della performance individuale così come rappresentata in questo documento.

1. i sistemi di valutazione individuale si basano, come detto, sulle specifiche regole delle ex ASL, inoltre solo a metà del 2016 la struttura organizzativa neonata , si è articolata in dipartimenti. La ricostruzione a posteriore della collocazione dipartimentale delle singole unità operative è un primo elemento distonia dell'analisi stessa.
2. i range espressi in numeri o valutazioni come utilizzati nelle ex Asl sono stati normalizzati per renderli comparabili ai fini di una prima analisi ;
3. la valutazione individuale della dirigenza ha richiesto più tempo di quanto inizialmente previsto. Tale problematica nelle procedure valutative è dovuta anche al fatto che in molti sistemi aziendali la valutazione individuale è intrinsecamente collegata alla valutazione della performance della struttura non solo per la dirigenza apicale ma anche per la dirigenza professionale. Ciò ci induce a ritenere che i dati oggi presentati sono sicuramente parziali ma anche non completamente definitivi.

E' utile però fare un primo monitoraggio anche per dare un avvio più strutturato e consapevole al nuovo sistema di valutazione adottato da USL Toscana Nord Ovest.

La rappresentazione tiene conto della afferenza alla ex ASL onde paragonare le strutture sulla base del medesimo sistema di valutazione utilizzato, e sulla base della articolazione esistente ricondotta, ove possibile, ai nuovi dipartimenti.

L'analisi svolta fotografa i risultati medi delle valutazioni dei dirigenti medici, veterinari, sanitari tecnico professionali ed amministrativi, distinti per dipartimento e per ex Asl di appartenenza. A lato abbiamo inserito la media complessiva delle valutazioni individuali ed il risultato di dipartimento. Per i

dipartimenti territoriali (sanità territoriale e salute mentale e dipendenze) abbiamo accorpato la media dei risultati di budget delle unità funzionali zonali professionalmente corrispondenti .

I risultati sicuramente stabiliscono un nesso di coerenza tra la performance individuale e collettiva, e la valutazione della performance individuale in quasi tutti i settori registra valori più alti rispetto alla performance collettiva. Ciò può voler significare che le risorse umane hanno raggiunto obiettivi e dimostrato comportamenti organizzativi coerenti con l'obiettivo della struttura. Solo nel dipartimento delle sanità territoriale e nei dipartimenti amministrativi -tecnico le performance individuali sono inferiori rispetto alla valutazione del raggiungimento collettivo del risultato.

DIPARTIMENTI	media valutazione individuale per dipartimento	performance budget
DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' MEDICHE	90,7	80,4
DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	85,8	81,9
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	93,6	80,4
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI PATOLOGIA CLINICA	93,6	88,6
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA AREA CRITICA E BLOCCHI OPERATORI	92,1	79,6
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	90,1	88,9
DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE	88,3	85,1
DIPARTIMENTI DELLE PROFESSIONI	97,8	92,05
DIPARTIMENTO DELLA SANITA' TERRITORIALE	86,9	90,1
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	91,4	87,3
DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE	96,7	90
FARMACO	91,1	84,4
STAFF	97,6	96,35
DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI E TECNICO	92,6	93,64

Per l'anno 2017 le valutazioni individuali sono in corso di completamento e sintetizzate nelle seguenti tabelle:

Valutazioni DIRIGENZA	
valutazioni attese	2915
valutazioni pervenute	1802
IN CORSO DI INSERIMENTO	1113
accettate	1644
rifiutate	9
valutazioni dirigenti con incarico strutturale	
100	103
tra 90 e 99	64
tra 70 e 89	5
tra 50 e 69	2
inferiori a 50	0
valutazioni dirigenti con incarico professionale	
100	809
tra 90 e 99	709
tra 70 e 89	87
tra 50 e 69	14
inferiori a 50	9
valutazioni dirigenti con incarico strutturale	
media	96,97%
valutazioni dirigenti con incarico professionale	
media	96,33%

valutazioni attese totali 10653			
Valutazioni Comparto		Valutazioni ex po e coordinamenti	
valutazioni attese	10009	valutazioni attese	644
valutazioni pervenute	8988	valutazioni pervenute	545
IN CORSO DI INSERIMENTO	1021	IN CORSO DI INSERIMENTO	96
accettate	8250	rifiutate	5
rifiutate	173	valutazioni ex po e coo	
valutazioni per Bs C D e DS		100	131
80	2383	100-90	363
tra 70 e 80	4318	89-70	26
tra 50 e 69	838	media	96%
tra 59 e 40	80		
inferiori a 40	5		
valutazioni A e B			
70	144		
65-70	261		
54-35	38		
inferiori 35	2		
36 valutazioni 0			
da ricontattare 458			
valutazioni per Bs C D e DS			
media	93%		
valutazioni A e B			
media	91,40%		

Infine, per quanto riguarda la gestione degli incarichi di responsabilità si richiama i contenuti della Delibera del Direttore Generale n. **1201 del 28/12/2017** avente ad oggetto “Procedura di assegnazione degli incarichi e Valutazione del personale dirigente dell’Area sanitaria, tecnica ed amministrativa”.

4 IL SISTEMA A CONFRONTO, IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

In questa sezione del Piano della performance occorre descrivere il processo seguito per la realizzazione dello stesso e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.

4.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il Piano è definito ad inizio anno ed aggiornato ogni volta si hanno delle modifiche significative in corso di anno conseguenti a riunioni budget e/o modifiche alle linee di indirizzo regionali e aziendali.

Con la stessa modalità e gli stessi tempi avviene la pubblicazione nel sito aziendale sezione trasparenza.

4.2 Procedura di budget

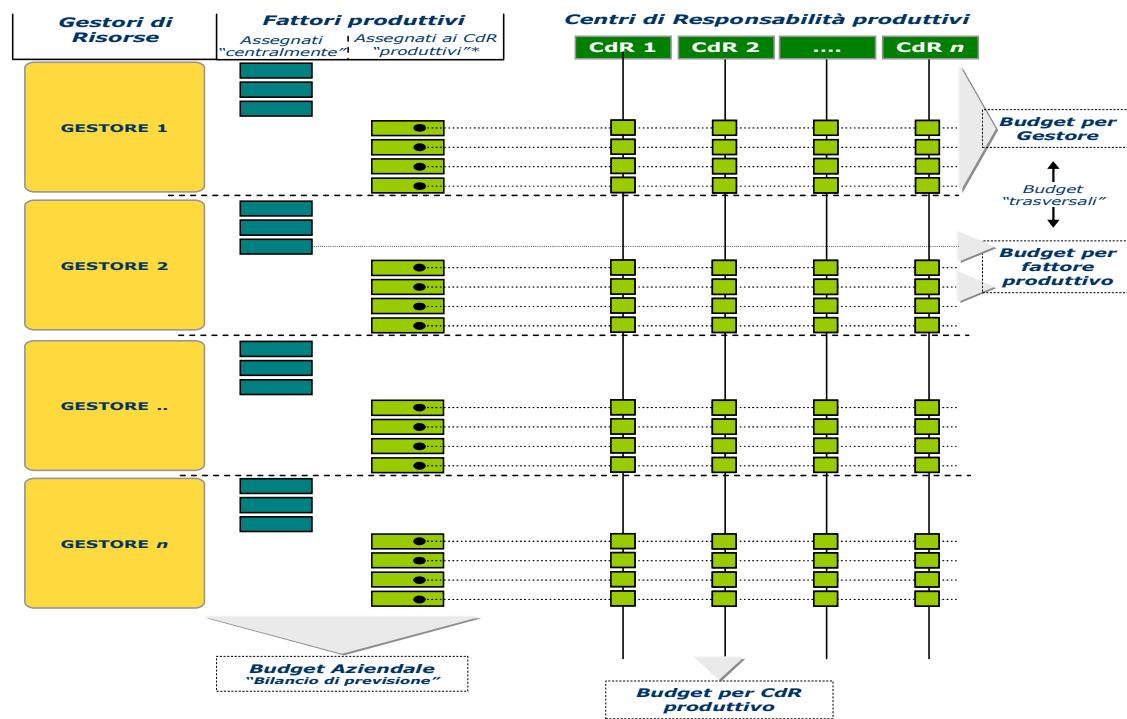
La Direzione generale, definendo le linee di indirizzo e di programmazione aziendale, comunica gli obiettivi strategici ai Direttori U.O. Controllo di Gestione area Ospedaliera e Territoriale ed al Responsabile del Piano della Performance Aziendale, i quali articolano gli stessi in obiettivi operativi di budget dettagliati in uno o più indicatori.

Gli obiettivi di budget possono essere espressi sotto forma di:

- attività e appropriatezza
- qualità
- risorse
- obiettivi strategici aziendali/regionali

All'interno di ciascuna scheda budget possono coesistere obiettivi appartenenti alle 4 tipologie sopraelencate, con livelli di responsabilità diversificati.

I livelli di responsabilità possono essere sia di tipo verticale (CDR di 1^o e 2^o livello) che trasversale (CDR di 1^o e 2^o livello quali gestori del Budget di spesa).



(*) Dipartimenti sanitari / Unità operative / Sezioni a valenza dipartimentale
Stampa del 27/03/2019 (i originali e conservato agli atti dell'ufficio competente)

Le bozze delle schede budget, definite entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, vengono presentate all'Ufficio di Direzione ed alla Direzione Aziendale.

Le bozze formalizzate sono inviate ai Centri di responsabilità di 1 livello prima dello svolgimento della riunione di negoziazione insieme al calendario degli incontri. I Centri di responsabilità di 1° livello, prima della negoziazione, discutono gli obiettivi con i Centri di responsabilità di 2° livello.

Alla negoziazione partecipano i direttori di Dipartimento ed eventualmente, a discrezione degli stessi, anche i responsabili di Area, di CDR di 2° livello, con riferimento sia al personale dirigenziale che del comparto.

Gli incontri vengono verbalizzati, sottoscritti e le eventuali modifiche vengono recepite nelle schede di Budget.

Copia delle stesse opportunamente aggiornate vengono poi trasmesse per mail ai Direttori di Dipartimento.

Prima fase del processo di Budget: negoziazione con CDR livello 1

AZIONI – TEMPI e RESPONSABILITÀ	Direzione aziendale	Ufficio di Direzione	C.d.G. (H-T)	B.I.	Resp. P.d.P.	Resp. P.S.r.AV	C.d.R.	Segreteria direzione	Output
Azione 1									
Definizione delle Linee di indirizzo e programmazione Aziendali (<i>entro il 30 novembre dell'anno precedente l'anno di riferimento</i>).	R	C	C		C	C			Obiettivi Strategici
Azione 2									
Traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi di budget e presentazione della bozza della scheda di budget all'Ufficio di direzione ed alla Direzione aziendale (<i>entro il 15 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento</i>)	C	C	R		C			I	Bozza della scheda budget
Azione 3									
Definizione della bozza delle schede di budget (<i>entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento</i>)	I	C	R	C	C			I	Formalizzazione bozza da presentare
Azione 4									
Calendarizzazione degli incontri ed invio alle strutture della bozza di scheda formalizzata (<i>entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento</i>)	C	C	R		I	I		C	Calendario incontri di budget
Azione 5									
Negoziazione di budget con i CDR di 1° livello (<i>entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento</i>)	R	C	C		C	C	C		Verbale
Azione 6									

Modifica della bozza di scheda budget secondo quanto definito nel verbale (<i>entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento</i>)	I	C	R		C			Scheda di budget
Azione 7								
Predisposizione approvazione e pubblicazione sul sito del Piano della Performance triennale (<i>entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento</i>)	I	C	C		R	C	I	I
Azione 8								
Trasmissione scheda budget ai Direttori di Dipartimento (<i>entro il 20 febbraio dell'anno di riferimento</i>)	I	I	R		I	I	I	e-mail di invio
Azione 9								
Eventuale aggiornamento e nuova pubblicazione sul sito del Piano della Performance triennale (<i>entro il 31 marzo dell'anno di riferimento</i>)	I	C	C		R	I	I	Piano della performance aggiornato e pubblicato sul sito aziendale

Seconda fase del processo di Budget: negoziazione con CDR livello 2

I Controlli di Gestione provvedono all'invio del nuovo calendario della 2^a fase della negoziazione di Budget.

Le schede budget definite con i Centri di responsabilità di 1 livello e già inviate agli stessi a completamento della 1^a fase di negoziazione del budget, diventano la base per la discussione della negoziazione tra Centri di Responsabilità di 1^a livello e Centri di responsabilità di 2^o livello.

Alla negoziazione partecipano tutti i centri di responsabilità coinvolti, con riferimento sia al personale dirigenziale che del comparto.

Gli incontri vengono verbalizzati (vedi allegato B) e le eventuali modifiche vengono recepite nelle schede di Budget. Nella stessa sede vengono firmate tutte le schede budget dei CDR convocati.

Copie delle stesse vengono poi trasmesse per mail ai Direttori di Dipartimento e/o pubblicate sul sito intranet aziendale.

AZIONI – TEMPI e RESPONSABILITÀ	Direzione aziendale	Ufficio di Direzione	C.d.G. (H-T)	Resp. P.d.P.	CdR 1°	CdR 2°	Segreteria direzione	OUTPUT
Azione 1								
Calendarizzazione degli incontri con i CDR liv.2 ed invio alle strutture (<i>entro il 28 febbraio dell'anno di riferimento</i>)	I	I	R	C	C	C	I	Calendario incontri di budget
Azione 2								
Negoziazione di budget con i CDR di 2 ^o livello (<i>entro il 31 marzo dell'anno di riferimento</i>)	I	I	C	I	R	C	I	Verbale

Azione 3			R	C	C	I	I	Scheda di budget
Modifica della bozza di scheda budget secondo quanto definito nel verbale (<i>entro il 31 marzo dell'anno di riferimento</i>)								
Azione 4			R	I	I	I	I	e-mail di invio
Trasmissione scheda ai Direttori di Dipartimento (<i>entro il 15 aprile dell'anno di riferimento</i>)								

Terza fase del processo di Budget: monitoraggio con CDR livello 1 e 2

AZIONI – TEMPI e RESPONSABILITÀ	Direzione aziendale	Ufficio di Direzione	C.d.G. (H-T)	B.I.	Resp. P.d.P.	Resp. P.S.r.AV	CdR 1°	CdR 2°	Segreteria direzione	OUTPUT
Azione 1										
Aggiornamento degli obiettivi di Budget assegnati nelle schede contrattate (e/o in corso di negoziazione) ed invio alle strutture e/o pubblicazione sul sito intranet aziendale. (<i>entro il 5 maggio dell'anno di riferimento</i>)			R	C	C		I	I		Schede Budget aggiornate con i dati di monitoraggio di periodo
Azione 2										
Calendarizzazione degli incontri di monitoraggio con i CDR liv.1 ed invio alle strutture (<i>entro il 15 giugno dell'anno di riferimento e poi a cadenza trimestrale</i>)	C	C	R		C	C	I		I	Calendario incontri di monitoraggio
Azione 3										
Riunione di monitoraggio delle schede di budget con i CDR di 1^ livello (<i>entro il 30 giugno dell'anno di riferimento il primo monitoraggio trimestrale</i>)	R	C	C		C	C	C		I	Verbale
Azione 4										
Eventuale modifica della scheda budget secondo quanto definito nel verbale (<i>entro il 15 luglio dell'anno di riferimento</i>)			R		C					Scheda di budget
Azione 5										
Trasmissione scheda aggiornata ai Direttori di Dipartimento (<i>entro il 31 luglio dell'anno di riferimento</i>)	I	I	R		I	I	I		I	e-mail di invio
Azione 6										

Calendarizzazione degli incontri di monitoraggio con i CDR liv.2 ed invio alle strutture (<i>entro il 15 luglio dell'anno di riferimento e poi a cadenza trimestrale</i>)		C		C		R			Calendario incontri di monitoraggio
Azione 7									
Riunione di monitoraggio delle schede di budget con i CDR di 2 ^a livello (<i>entro il 31 luglio dell'anno di riferimento il primo monitoraggio trimestrale</i>)		C		C		R			Verbale
Azione 8					I		I	I	e-mail di invio
Trasmissione scheda aggiornata ai Direttori di CdR liv. 1 e 2 (<i>entro il 15 agosto dell'anno di riferimento</i>)		R		I		I	I		

Gli obiettivi sono monitorati trimestralmente, entro il giorno 5 del secondo mese successivo al trimestre di riferimento (in pratica il primo monitoraggio, quello di gennaio-marzo, ci sarà entro il 5 maggio; il secondo, quello di gennaio-giugno, ci sarà entro il 5 agosto; e così via).

Insieme al monitoraggio i controlli di Gestione in collaborazione con il Resp. Piano della Performance Aziendale e l'UO Valutazione del personale, fornisce altresì una valutazione in *progress* del raggiungimento dei singoli obiettivi.

A tal fine i criteri di valutazione, i *range* di scostamento e le modalità di calcolo sono definiti ad inizio anno, prima della negoziazione.

Ogni trimestre è prevista la riunione di monitoraggio: i Controlli di Gestione provvedono all'invio del calendario di monitoraggio di Budget.

Le schede budget, aggiornate con i valori relativi al trimestre di riferimento sono inviate o rese disponibili sul sito intranet aziendale prima della riunione a tutti i Direttori di Dipartimento interessati e diventano la nuova base per la discussione del monitoraggio degli obiettivi assegnati.

Alle riunioni di monitoraggio partecipano i Direttori di Dipartimento e tutti i centri di responsabilità coinvolti, con riferimento sia al personale dirigenziale che del comparto.

Gli incontri vengono verbalizzati e le eventuali modifiche vengono recepite nelle schede di Budget.

Le schede Budget così aggiornate vengono poi trasmesse per mail ai Direttori di Dipartimento e/o pubblicate sul sito intranet aziendale.

Quarta fase del processo di Budget: le verifiche

Il Resp. Piano della Performance Aziendale in collaborazione con l'UO Valutazione e valorizzazione del personale dipendente, supporta l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance nella fase di validazione dei risultati.

AZIONI – TEMPI e RESPONSABILITÀ	Direzione aziendale	Ufficio di Direzione	C.d.G. (H-T)	B.I.	Resp. P.d.P.	Resp. P.S.r.AV	CdR 1°	CdR 2°	Valutazione del personale	OUTPUT
Azione 1										
Aggiornamento e monitoraggio obiettivi quantitativi di budget <i>(entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali - entro il 31 maggio dell'anno di riferimento per le verifiche intermedie sul primo trimestre)</i>			R	C	R					Scheda di monitoraggio budget
Azione 2			R	C		C	C	R		
Aggiornamento e monitoraggio obiettivi qualitativi di budget <i>(entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali - entro il 30 giugno dell'anno di riferimento per le verifiche intermedie sul primo trimestre)</i>										Scheda di monitoraggio budget
Azione 3			R	I	C		R			Sintesi verifiche e schede verifiche
Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale e sua valutazione complessiva <i>(entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali - entro il 30 giugno dell'anno di riferimento per le verifiche intermedie sul primo trimestre)</i>										
Azione 4			I		C		R		I	Schede verifiche
Invio dei risultati ai CdR e richiesta loro eventuali controdeduzioni <i>(entro il 31 luglio dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali)</i>								I	I	
Azione 5										

Integrazione valutazioni con eventuali controdeduzioni ricevute (<i>entro il 31 agosto dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali</i>)	I		C	R		I	I	I	Schede verifiche
Azione 6									
Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale e sua valutazione finale (<i>entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali</i>)	R		C	R					Sintesi verifiche e schede verifiche
Azione 7									
Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (<i>entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali - entro il 30 giugno dell'anno di riferimento per le verifiche intermedie sul primo trimestre</i>)	I		C	R				C	Sintesi verifiche e schede verifiche
Azione 8									
Abbina i gradi di raggiungimento dei risultati raggiunti da ciascuna struttura (C.d.R.) con il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali, delibera i risultati finali e predispone il provvedimento per la liquidazione (<i>entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali - entro il 30 giugno dell'anno di riferimento per le verifiche intermedie sul primo trimestre</i>)				C				R	Adozione dell'atto di approvazione
Azione 9									
Pubblicazione sul sito internet aziendale i risultati finali in ottemperanza della normativa sulla Trasparenza (<i>entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento per le verifiche finali</i>)	I		I	I		I	I	R	Pubblicazione web

4.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Durante l'anno occorre evidenziare le principali carenze/criticità riscontrate nella attuazione del Ciclo di gestione della performance e l'individuazione di eventuali specifici piani operativi per risolvere tali carenze. Si tratta di veri e propri piani con obiettivi, azioni, tempi e fasi e responsabilità assegnate ai soggetti competenti.

A tal fine, l'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione), coadiuvato dal Controllo di Gestione, diagnostica periodicamente il livello di evoluzione del Ciclo di gestione della performance (diagnosi) e fa in modo che gli organi di indirizzo politico-amministrativo e i dirigenti siano responsabili dell'attuazione di specifiche azioni volte al suo miglioramento.

L'individuazione della situazione di partenza e delle aree di miglioramento costituisce la base su cui l'OIV definirà una proposta di miglioramento anche per l'anno successivo.

Per quanto riguarda la fase di avvio della nuova azienda ed in particolare per il 2016 l'OIV ha evidenziato¹ che “*relazionare sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, avvenuto durante il 2016, in una fase aziendale così straordinaria e delicata risulta complesso. Il punto nodale di criticità è stato determinato dal fatto che i piani aziendali, budget, trasparenza, anticorruzione, hanno effetti pluriannuali e quindi gli atti delle vecchie aziende, per quanto fuse, hanno continuato a produrre effetti in maniera distinta negli ambiti territoriali di competenza. A questo si aggiunga che l'analisi svolta da parte dei vecchi organismi nelle ex aziende ha evidenziato, accanto a molte omogeneità, anche notevoli differenze soprattutto sui profili della valutazione della performance*”.

Sulla “Performance Organizzativa Le osservazioni che l'OIV propone, anche in vista del futuro auspicabile accordo unico aziendale e della negoziazione di budget 2017 e 2018, sono le seguenti:

- ✓ *sarebbe augurabile collegare il più possibile il riconoscimento dei risultati all'effettivo raggiungimento percentuale, limitando quindi il meccanismo delle fasce;*
- ✓ *l'applicazione estesa e indifferenziata della metodologia di valutazione degli obiettivi (cosiddetta "strada fatta su strada da fare") può produrre esiti poco razionali e giustificabili, in quanto la variabilità intrinseca degli obiettivi può essere molto differenziata: per alcuni obiettivi un ipotetico raggiungimento all'80% potrebbe essere un successo per altri costituire un vero e proprio fallimento; alla valutazione dovrebbe essere concessa una certa flessibilità;*

1 Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni. Anno di riferimento 2015/2016 (art. 14, c. 4, lett. a d.lgs. n. 150/2009)

- ✓ è da valutare positivamente la volontà dell'Azienda di omogeneizzare le modalità di pagamento degli acconti della retribuzione di risultato legata alla performance organizzativa; la previsione del pagamento sulla base di una valutazione di stati di avanzamento di alcuni obiettivi traccianti del budget aziendale può garantire un buona base di equità.

L'anno 2016 ha visto un processo di budget unitario anche se, durante la fase di negoziazione nella prima parte dell'anno, le strutture aziendali erano ancora incardinate nei vecchi assetti organizzativi. L'impatto sulla valutazione della performance è risultato comunque più organico rispetto a quanto è stato possibile per il 2015, in quanto alla fine dell'anno l'organizzazione strutturale era ormai definita.

Il Sistema si è consolidato nell'anno 2017.

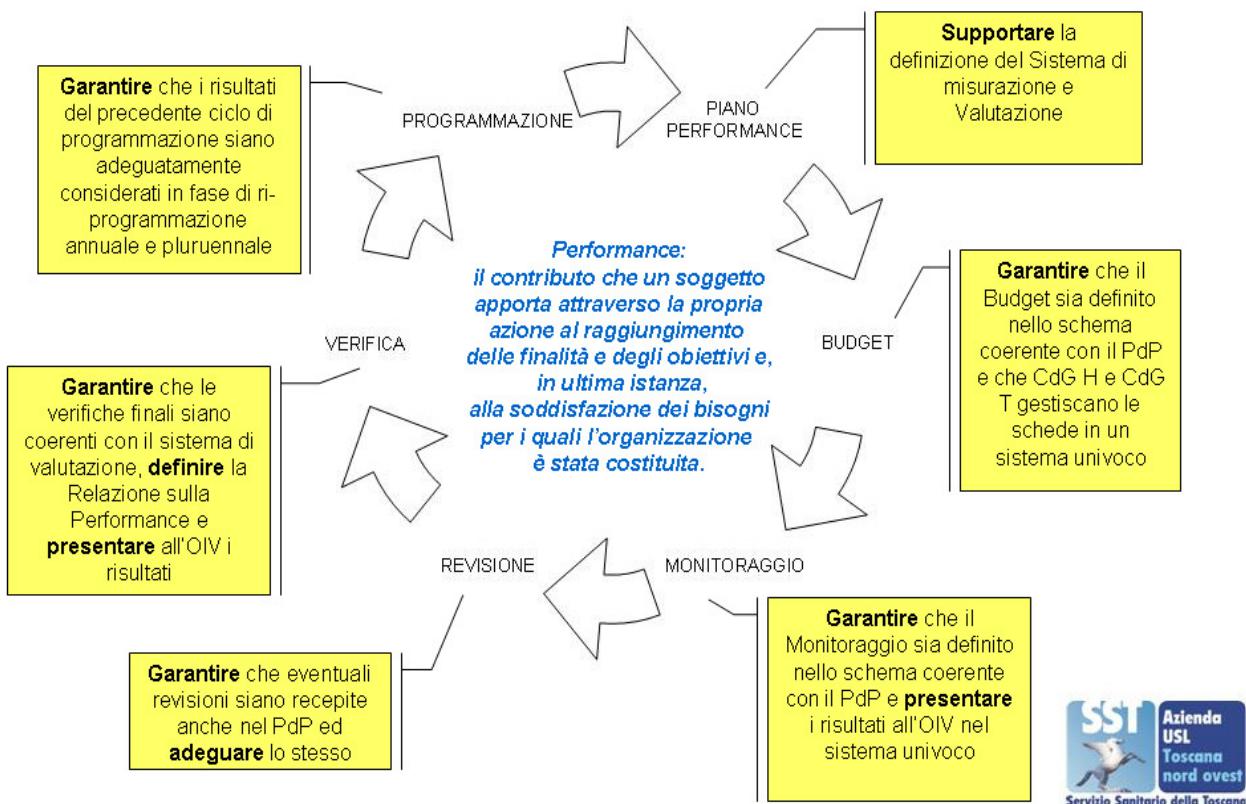
Per l'anno 2018 l'azienda conferma lo stesso schema di Programmazione e Controllo ponendo l'accento su un sistema sempre più orientato all'oggettivazione dei parametri di valutazione ed alla ricerca della pluralità dimensionale, adottando criteri di valutazione che tengono conto sia della capacità di miglioramento dell'azienda, sia dei risultati ottenuti rispetto al contesto regionale, e cioè il "posizionamento":

- ✓ **Miglioramento:** il risultato attribuito è proporzionale al grado di raggiungimento dell'obiettivo: in altri termini, se il risultato è uguale o migliore rispetto all'obiettivo fissato, il punteggio è pari al 100%; se il risultato non raggiunge l'obiettivo, viene assegnato un punteggio percentuale compreso tra 0% e 100%, proporzionale al miglioramento ottenuto.
- ✓ **Posizionamento:** fa riferimento alla valutazione degli indicatori nel Bersaglio MeS, che rappresenta la fotografia di come si colloca un indicatore rispetto al contesto regionale: con un valore positivo si ottiene comunque un punteggio proporzionale al risultato ottenuto.

Sulla Performance individuale l'OIV concorda con la volontà aziendale di assicurare criteri e modalità uniformi per la corresponsione della retribuzione di risultato legata alla performance individuale applicando in maniera omogenea in tutta l'ATNO la DGRT 308/2013; in particolare ritiene positiva la previsione di inserire nel sistema, oltre a obiettivi individuali specifici, dimensioni di valutazione legate ai comportamenti (flessibilità, capacità di lavorare in gruppo, orientamento all'utenza, livello di impegno) e alle competenze organizzative e di leadership (limitatamente ai dirigenti responsabili di struttura e ai titolari di posizioni organizzative).

Da un punto di vista di strategia di sviluppo della più efficace, efficiente e trasparente gestione del sistema di Programmazione e Controllo, assume un ruolo fondamentale l'Area programmazione e Controllo, il cui apporto al sistema può essere come di seguito schematizzato:

Il ruolo dell'Area programmazione e Controllo: contribuire alla creazione e gestione di un sistema di programmazione e controllo efficiente, efficace e trasparente



In questo ambito, l'azienda ha preso piena consapevolezza della necessità di attuare nuove forme di **controllo di gestione**, ovvero affiancare alla visione tradizionale dell'organizzazione, quella verticale, per centri di responsabilità, una visione trasversale per nuovi CdR, ovvero i **percorsi assistenziali**. Da qui si arriva agli argomenti della necessità di tracciare contabilmente l'intensità di cure, definire budget specifici per i dipartimenti professionali degli infermieri e dei tecnici, di assegnare budget anche alle AFT (Aggregazioni Funzionali di Medici del Territorio) e di farlo in maniera integrata con gli altri budget aziendali;

Al fine di realizzare al meglio tale sistema è fondamentale definire l'architettura anche informatica dell'organizzazione prima di provare ad attuarla, e sulla base di essa creare poi un cruscotto di indicatori calcolati da datawarehouse ATNO che sia la base per il budget delle AFT, con indicatori che analizzano i dati anche INTER FLUSSO, ovvero SDO/SPA/PS ecc, dove l'elemento principale di analisi è il codice anonimizzato del cittadino e solo in secondo ordine il produttore.

4.3.1 Il programma di gestione del budget sul WEB

Tutti i risultati dei centri di responsabilità sono attualmente gestiti e sintetizzati con uno strumento univoco e strutturato che ha la finalità di uniformare le procedure, automatizzare per quanto possibile il calcolo degli scostamenti e quindi le valutazioni conseguenti, lasciando libero spazio a valutazioni ragionate, ma garantendo al tempo stesso la necessaria trasparenza delle stesse.

Per i cicli della Performance degli anni 2016 e 2017 abbiamo utilizzato uno strumento definito in house attraverso un Database ACCESS di cui si evidenzia la maschera principale:



A partire dal ciclo di performance dell'anno 2018 l'azienda ha programmato di utilizzare un ulteriore strumento di gestione del sistema, orientato agli stessi criteri di base già collaudati nel 2016 e 2017 ma con una più ampia possibilità di utilizzo integrato da parte di più operatori, quindi fruibile sul WEB. Si tratta di uno strumento definito anch'esso in house da parte del personale dell'Area Programmazione e controllo. Di seguito alcune schermate del programma che contiamo di iniziare ad utilizzare nella seconda fase del budget 2019:

Piano della Performance 2019-2021 della AUSL Toscana Nord Ovest

The screenshot shows the EazyBudget Team software interface. At the top, there's a menu bar with File, Modifica, Visualizza, Preferiti, Strumenti, and a search bar. Below the menu is a toolbar with various icons. The main title is "BUDGET". Under "BUDGET", there are tabs for Budget, Organigramma, Strutture, Indicatori, Tabelle, and Gestione Mail. On the right, there's an "Info Utente" section showing "Roberto Franceschi" and "Struttura". The main content area is titled "ELENCO BUDGET" and contains a table with columns: Descrizione Budget, Anno Budget, Organigramma, and Azioni. One row is visible: "BUDGET 2018" with "2018" in the Anno Budget column and "ORGANIGRAMMA 2018" in the Organigramma column. At the bottom, there's a copyright notice "Copyright © 2018 EazyBudget Team. All rights reserved. Rel. t - 04" and a system tray with icons.

This screenshot shows the same EazyBudget Team software interface as the previous one, but with a sidebar on the left. The sidebar is titled "BUDGET 2018" and contains a tree view of organizational units: SINDACALI, DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI - AREA AFFARI GENERALI E RAPPORTI ISTITUZIONALI, DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI - AREA SUPPORTO AMMINISTRATIVO AI SERVIZI SANITARI, DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE, DIREZIONE AZIENDALE, and DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE. The "DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE" node is currently selected. The main content area shows a table titled "NESSUNA SCHEDA DISPONIBILE" with columns: Scheda, Per Categoria, Per Gruppo, Descr. Ind., T. A. I. At P. Ra Pr. Sc % % P. The table displays the message "Nessun indicatore associato alla scheda". To the right of the table is a sidebar titled "Grafici e Allegati" which includes sections for "Info Scheda" (with fields for Data Creazione, Data ultima modifica, Creato da, Modificata da) and "Cruscotto" (with links to Categoria, Indicatore, Istogramma, Allegati, and Calendario). At the bottom, there are two tables: "INDICATORI DISPONIBILI" and "INDICATORI DELLA SCHEDA", both of which are currently empty. The system tray at the bottom right shows the date as "martedì 5 giugno 2018" and the time as "17:23".

4.3.2 La tempestività delle verifiche

L'azienda, a partire dal 2019 punta ad ottimizzare anche in termini di tempestività il ciclo di verifica della performance organizzativa, così come sintetizzato di seguito.

Schematicamente, si tratta di un percorso che vede il primo punto di arrivo ad aprile ed il secondo e conclusivo a giugno dell'anno budget+1, con un miglioramento di circa 6 mesi rispetto a quanto realizzato nelle verifiche degli anni 2016 (che sono terminate a gennaio 2018) e 2017 (che abbiamo terminato a marzo 2019).

Per fare questo l'azienda intende rivedere la procedura di verifica portando le tempistiche della varie fasi del processo a quelle indicate di seguito a titolo esemplificativo:

	VERIFICHE BUDGET: AZIONI – TEMPI e RESPONSABILITÀ'										OUTPUT	1	2	3	4	5	6	7
	Direzione aziendale	Resp. Staff direzione generale	Controllo di gestione (HIT)	Sistema Informatico (SI)	Resp. Piano della Performance e rapporti con OIV	Organismo indipendente di valutazione (OIV)	Resp. Programmazione strategica Area Vasta	Centri di Responsabilità 1° livello (DIF / ZD / Marchettatura)	Centri di Responsabilità 2° livello (UO / UFF)	UO Valutazione del personale								
Attività 1	Completamento schede di budget nel sistema INFORMATICO completo di pesi e di tutti gli elementi necessari (<i>entro il 31/12 ANNO BUDGET</i>)	I	R		A						Schede di budget							
Attività 2a	Verifica obiettivi su indicatori di PROGETTI aziendali (<i>dal 1 gennaio al 31 marzo ANNO BUDGET+1</i>)	I	R	C	C		A	C			Schede di verifica budget							
Attività 2b	Verifica obiettivi su altri indicatori QUALITATIVI (<i>dal 1 gennaio al 31 marzo ANNO BUDGET+1</i>)	I	R	C	A		C	C										
Attività 2c	Verifica obiettivi su indicatori ECONOMICI (<i>dal 1 marzo al 30 aprile ANNO BUDGET+1</i>)	I	R	C	A						Schede di verifiche							
Attività 2d	Verifica obiettivi su indicatori MES ed altri ATTIVITA' (<i>dal 1 aprile al 30 aprile ANNO BUDGET+1</i>)	I	R	R	A		C											
Attività 3	Verifica e condivisione delle bozze di verifiche con i resp. di cdr 1° livello (<i>dal 1 maggio al 15 maggio ANNO BUDGET+1) - invio schede pdf e calendario incontri del gruppo di lavoro</i>	I	A	R	I	R	I	C	R		Controdeduzioni							
Attività 3a	Invio dei risultati ai Cdr. di 1° e 2° livello e richiesta loro eventuali controdeduzioni (<i>dal 15 al 30 giugno ANNO BUDGET+1</i>)	I	A	I	I	R		I	I	I								
Attività 3b	Invio delle eventuali controdeduzioni (<i>entro il 15 giugno ANNO BUDGET+1</i>)	I	I	I	A		I	R	R		Sintesi verifiche, schede e Relazione sulla performance							
Attività 4a	Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale, stesura della Relazione sulla performance per una valutazione complessiva (<i>entro il 20 giugno ANNO BUDGET+1</i>)	I	A	C	I	R		C		I								
Attività 4a1	Valutazione della Direzione Aziendale (<i>dal 20 al 30 giugno ANNO BUDGET+1</i>)	R	I	I		I	I				Adozione dell'atto di approvazione							
Attività 4B	Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (<i>dal 20 al 30 giugno ANNO BUDGET+1</i>)	I	A	I	I	R	R	I	I	I								
Attività 4B1	Validazione da parte dell'O.I.V. (<i>entro il 30 giugno ANNO BUDGET+1</i>)	I	I	I		C	R				Relazione sulla performance finale							
Attività 4C	Pubblicazione della relazione sulla Performance sul sito aziendale trasparenza (<i>entro il 30 giugno ANNO BUDGET+1</i>)	I	A	I	I	R	I	I	I	I								
Attività 5	Abbinamento dei gradi di raggiungimento dei risultati raggiunti da ciascuna struttura (C.d.R.) con il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali, delibera i risultati finali e predisponde il provvedimento per la liquidazione (<i>entro il 31 luglio ANNO BUDGET+1</i>)					A				R	Relazione sulla performance finale							
Attività 6	Aggiornamento della relazione sulla Performance definitiva e sua nuova pubblicazione sul sito aziendale trasparenza (<i>entro il 31 luglio ANNO BUDGET+1</i>)	I	A	C	I	R	I	C	I	I								

R Responsible – è il ruolo di colui che è chiamato ad eseguire operativamente l'attività (per ogni attività è possibile avere più Responsible)
A Accountable – è chi deve svolgere un ruolo di supervisione/coordinamento del lavoro del/dei Responsible (deve essere univocamente individuato)
C Consult – è il ruolo di chi dovrà supportare il/i Responsible nello svolgimento dell'attività fornendogli informazioni e dati utili al completamento del lavoro o a migliorare la qualità del lavoro stesso
I Inform – è il ruolo di chi dovrà essere informato in merito al lavoro del/dei Responsible e che dovrà prendere decisioni sulla base delle informazioni avute