

Allegato 1



**PIANO DELLA PERFORMANCE
2019-2021**

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 L.r. 40 /2005”*

Il percorso di omogeneizzazione dei 5 Piani della Performance 2015-2017 pubblicati dalle ex Asl ha impegnato tutto il 2016 e 2017, ed ancora vede degli aspetti da completare nonostante l'approvazione a inizio 2017 del Piano della Performance 2017-2019 e ad inizio 2018 dell'edizione 2018-2020.

Il Piano 2019-2021 è da intendersi come il consolidamento di un sistema costruito nel corso del 2016, 2017 e 2018, e quindi richiama tale struttura.

In particolare, le linee caratterizzanti tale attività di omogeneizzazione possono essere così riassunte:

1. il raggruppamento **in 4 aree strategiche** degli obiettivi strategici, di tutti gli obiettivi operativi e dei relativi indicatori;
2. la definizione di una pesatura degli obiettivi di budget differenziata su schede diversificate tra **dirigenza e comparto**, con evidenziazione dei collegamenti tra obiettivi comuni;
3. l'uniformazione delle **modalità operative** anche attraverso l'utilizzo di un sistema informatico univoco che garantisca uniformità di valutazione e corrispondenza tra valutazione operativa nel suo complesso e valutazione strategica.

Introduzione

Il piano della performance è un documento programmatico triennale che presenta ed illustra agli stakeholder dell’Azienda Sanitaria, ai sensi dell’art.10 del D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.i.i., gli obiettivi strategici ed operativi dell’ente, gli indicatori necessari alla loro misurazione nonché le risorse a disposizione per la loro realizzazione compatibili con la programmazione di bilancio.

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, esso ha lo scopo di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità della rappresentazione della performance. Nello specifico esso deve esplicitare il processo di formulazione e verifica degli obiettivi aziendali ed il legame che sussiste tra missione istituzionale, obiettivi strategici e operativi.

Il Piano della performance deve necessariamente raccordarsi con il Programma Triennale Anticorruzione e per la Trasparenza, essendo le misure previste da questo documento programmatico, parti integranti del Piano della performance e soprattutto degli obiettivi strategici aziendali.

Nel presente Piano, dopo una presentazione generale dell’Azienda, si riassume la *mission* aziendale e la conseguente strategia ideata per darne attuazione.

La strategia sarà quindi articolata nelle diverse aree di intervento e, per ciascuna di esse, saranno individuati gli obiettivi da perseguire.

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

Il Piano 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.

Il (Direttore Generale F.F.)

Dr. Mauro Maccari

Sommario

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER..... | 5 |
| 1.1 | CHI SIAMO..... | 5 |
| 1.2 | COSA FACCIAMO..... | 9 |
| 1.3 | COME OPERIAMO..... | 9 |
| 1.4 | IDENTITÀ..... | 10 |
| 1.4.1 | <i>L'amministrazione 'in cifre'</i> | 10 |
| 1.4.2 | <i>Mandato istituzionale e Missione</i> | 14 |
| 1.5 | ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO..... | 16 |
| 1.5.1 | <i>Analisi del contesto interno</i> | 16 |
| 1.5.2 | <i>Analisi dei report MeS</i> | 25 |
| 1.5.3 | <i>Bersaglio 2017 Ausl Toscana Nord Ovest</i> | 25 |
| 1.5.4 | <i>I Bersagli delle Zone distretto</i> | 30 |
| 1.5.5 | <i>I Bersagli degli Stabilimenti Ospedalieri</i> | 37 |
| 1.6 | LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLA ASL TOSCANA NORD OVEST..... | 44 |
| 1.6.1 | <i>Risultati sintetici 2016</i> | 49 |
| 1.6.2 | <i>Risultati sintetici 2017</i> | 50 |
| 1.6.3 | <i>Risultati analitici 2017</i> | 52 |
| 1.6.4 | <i>Analisi de contesto esterno: la Programmazione di Area Vasta</i> | 53 |
| 1.7 | LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLA ASL TOSCANA NORD OVEST – MONITORAGGIO 2018..... | 54 |
| 2 | AREE ED OBIETTIVI STRATEGICI 2019-2021..... | 56 |
| 2.1 | IL SISTEMA OBIETTIVI 2019 PER LE AZIENDE DEL SST..... | 56 |
| 2.2 | LINEE GUIDA AL BILANCIO PREVENTIVO 2019..... | 58 |
| 2.3 | LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA ED OPERATIVA..... | 67 |
| 2.4 | ALBERO DELLA PERFORMANCE..... | 68 |
| 2.5 | GLI OBIETTIVI 2019..... | 71 |
| 3 | DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI..... | 74 |
| 3.1 | IL BUDGET DELLA AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST..... | 74 |
| 4 | COLLEGAMENTI CON GLI ALTRI SOTTOSISTEMI AZIENDALI..... | 75 |
| 4.1 | IL PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA..... | 75 |
| 4.2 | COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO..... | 78 |
| 5 | LA PERFORMANCE INDIVIDUALE..... | 78 |
| 5.1 | REGOLAMENTO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE PERMANENTE DEL PERSONALE DEL COMPARTO DELLA USL TOSCANA NORD OVEST IMPLEMENTAZIONE SISTEMA SVOD IN ASL TOSCANA NORD OVEST..... | 79 |
| 5.2 | LA PERFORMANCE INDIVIDUALE 2016 E 2017..... | 85 |
| 6 | IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO..... | 90 |
| 6.1 | FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO..... | 90 |
| 6.2 | PROCEDURA DI BUDGET..... | 90 |
| 6.3 | AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE..... | 97 |
| 6.3.1 | <i>Il programma di gestione del budget sul WEB</i> | 100 |
| 6.3.2 | <i>La tempestività delle verifiche</i> | 102 |
| 1. | ALLEGATO 1 – IL CRUSCOTTO DIREZIONALE 2019..... | 103 |
| 2. | ALLEGATO 2 - LE SCHEDE BUDGET 2019..... | 103 |
| 3. | ALLEGATO 3 – IL PIANO OPERATIVO 2019..... | 103 |
| 4. | ALLEGATO 4 - SCHEMA DI RELAZIONE SULLA PERFORMANCE..... | 103 |

1 INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER

1.1 Chi siamo

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 Toscana Nord Ovest, 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”*

L’azienda assume denominazione “Azienda Unità sanitaria Locale Toscana Nord Ovest”, ha sede in Pisa, in Via Cocchi 7/9, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

L’ambito territoriale di competenza dell’Azienda ha a riferimento le seguenti Zone-Distretto: della Lunigiana (Aulla, Bagnone, Casola in Lunigiana, Comano, Filattiera, Fivizzano, Fosdinovo, Licciana Nardi, Mulazzo, Podenzana, Pontremoli, Tresana, Villafranca in Lunigiana, Zeri); delle Apuane (Carrara, Massa, Montignoso) della Valle del Serchio (Bagni di Lucca, Barga, Borgo a Mozzano, Camporgiano, Careggine, Castelnuovo di Garfagnana, Castiglione di Garfagnana, Coreglia Antelminelli, Fabbriche di Vergemoli, Fosciandora, Gallicano, Minucciano, Molazzana, Piazza al Serchio, Pieve Fosciana, San Romano in Garfagnana, Sillano-Giuncugnano, Vagli di Sotto, Villa Collemandina); della Piana di Lucca (Altopascio, Capannori, Lucca, Montecarlo, Pescaglia, Porcari, Villa Basilica); Pisana (Calci, Cascina, Fauglia, Orciano Pisano, Pisa, San Giuliano Terme, Vecchiano, Vicopisano), della Val d’Era (Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoni, Casciana Terme Lari, Chianti, Crespina Lorenzana, Lajatico, Palaia, Piccioli, Ponsacco, Pontedera, Santa Maria a Monte, Terricciola), dell’Alta Val di Cecina (Castelnuovo di Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina, Pomarance, Volterra); Livornese (Capraia Isola, Collesalvetti, Toscana Nord Ovest), della Bassa Val di Cecina (Casale Marittimo, Castellina Marittima, Guardistallo, Montescudaio, Riparbella, Santa Luce, Bibbona, Castagneto Carducci, Cecina, Rosignano Marittimo), della Val di Cornia (Monteverdi di Marittimo, Campiglia Marittima, Piombino, San Vincenzo, Sassetta, Suvereto) dell’Elba (Campo nell’Elba, Capolivieri, Marciana, Marciana Marina, Porto Azzurro, Portoferaio, Rio Marina, Rio nell’Elba), della Versilia (Camaiore, Forte dei Marmi, Massarosa, Pietrasanta, Seravezza, Stazzema, Viareggio).

L’Azienda assume l’Area Vasta quale livello ottimale di programmazione per la realizzazione della rete ospedaliera e territoriale e concorre, nella specifica propria del ruolo e dei compiti, allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale attraverso la programmazione interaziendale e di ambito. I contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal piano sanitario e sociale regionale del quale assume i riferimenti temporali.

Svolge le funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio di competenza, per una popolazione totale di 1.286.552 di abitanti.

L'Azienda concorre, nell'ambito della specificità del proprio ruolo e delle proprie competenze, allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale e a tale scopo opera a livello interaziendale nell'ambito territoriale di competenza sulla base dei piani elaborati d'intesa con la Direzione della Programmazione dell'Area Vasta Nord Ovest ed in costante relazione con l'Azienda Ospedaliera di riferimento. L'Area Vasta rappresenta la dimensione territoriale ottimale per la realizzazione della programmazione strategica regionale al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze.

L'Azienda, insieme alla Direzione della Programmazione dell'Area Vasta Nord Ovest, partecipa alla Conferenza Aziendale dei Sindaci quale sede istituzionale di espressione delle esigenze sanitarie della popolazione e di esercizio di funzioni di indirizzo per la definizione della programmazione strategica e di valutazione e verifica dell'andamento generale delle attività aziendali.

L'Azienda concorre alla dimensione di rete anche per le funzioni tecniche, amministrative e di supporto attivando le necessarie relazioni con l'Ente regionale amministrativo competente.

Nel rispetto del quadro normativo di riferimento e in coerenza con gli indirizzi regionali, l'Azienda riconosce nella Società della Salute uno strumento utile ad esercitare l'indirizzo o il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale con criteri di prossimità.

L'Azienda promuove la collaborazione e lo sviluppo delle relazioni con l'Università, al fine di: - sviluppare iniziative comuni nell'ambito della ricerca e dell'innovazione; - ricercare sinergie per costruire e potenziare punti di eccellenza per affrontare il bisogno di salute dei cittadini; - garantire maggiore coerenza fra le politiche di formazione e le necessità del sistema; - realizzare un ruolo didattico riconosciuto per i professionisti dell'Azienda; - valorizzare attività non assistenziali di ricerca operativa e di tirocinio e formazione.

L'Azienda riconosce il ruolo delle Associazioni di Volontariato e ne valorizza l'apporto originale al perseguimento delle proprie finalità istituzionali nell'ambito dei percorsi normativamente individuati.

L'Azienda si riconosce partecipante ed eventualmente regolatrice di un sistema di rete sociale di aiuto e supporto al soggetto debole del quale fanno parte integrante le Famiglie, le Associazioni, il Volontariato, le imprese sociali, il privato economico, il vicinato ed ogni energia che in tal senso si attivi in un'ottica coesa e coerente di solidarietà e tutela.

L’Azienda, nel rispetto delle rispettive prerogative e libertà e delle proprie esigenze organizzative, riconosce strategico un modello di confronto continuo con le Organizzazioni sindacali orientato al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti.

Sono Organi dell’Azienda USL Toscana Nord Ovest il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, è organo di indirizzo, gestione complessiva, programmazione e controllo dell’Azienda.

In qualità di organo di vertice dell’Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Sociali, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell’attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l’apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all’appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito l’Ufficio di Direzione.

L’Ufficio di Direzione supporta la Direzione Aziendale nell’adozione degli atti di governo dell’azienda, in particolare nella gestione del sistema budgetario e nella definizione degli obiettivi annuali, e in tutte le altre funzioni declinate nel regolamento di organizzazione. La Direzione Aziendale si avvale dell’Ufficio di Direzione per l’analisi dei piani aziendali, la valutazione delle attività e dei risultati conseguiti, la disciplina e l’organizzazione dell’attività libero-professionale intramuraria, l’organizzazione e lo sviluppo dei servizi e l’acquisizione di pareri e designazioni su materie da definirsi di volta in volta con specifico ordine del giorno.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore dei Servizi Sociali, i Direttori di Zona-Distretto, il Direttore di Rete Ospedaliera compongono la Direzione Aziendale.

La Direzione Aziendale ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l’andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

Nell’esercizio delle proprie attività la Direzione Aziendale è supportata dal Dipartimento di Staff della direzione aziendale.

La Direzione aziendale è responsabile della pianificazione strategica. Con essa la Direzione, in coerenza con quanto previsto dal piano di area vasta elaborato d'intesa con la Direzione della Programmazione di Area Vasta e dalla pianificazione regionale in ambito socio-sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse, lo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete e l'assetto organizzativo dell'azienda.

Sono, in particolare, atti di pianificazione strategica, oltre al presente Statuto, i piani attuativi e gli atti di bilancio.

La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività annuale al raggiungimento degli obiettivi strategici ed è svolta dalle strutture organizzative funzionali di livello generale in base agli indirizzi della Direzione aziendale.

L'Azienda, per una costante verifica e monitoraggio della propria attività complessiva, si dota di idonei strumenti di controllo operanti nei seguenti ambiti:

- a) il Controllo strategico;
- b) il Sistema di budget e Controllo di gestione.

Il controllo strategico è svolto dalla Direzione aziendale, che si avvale allo scopo delle strutture organizzative di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di verifica del raggiungimento degli obiettivi strategici anche in termini di servizi erogati e del corretto utilizzo delle risorse umane e materiali, anche prevedendo sistematici processi di confronto con le altre aziende sanitarie.

Il Sistema di budget e Controllo di Gestione è deputato alla verifica dell'attuazione della programmazione operativa di breve periodo ed annuale e dell'efficacia, efficienza ed economicità della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati conseguiti.

Il sistema, in particolare: - supporta la Direzione Aziendale nel controllo del conseguimento degli obiettivi strategici definiti dalla programmazione regionale e dalla programmazione aziendale; supporta la Direzione Aziendale nel controllo del conseguimento degli obiettivi annuali definiti dalla programmazione operativa; - supporta i Direttori delle strutture organizzative funzionali di livello generale nella gestione del processo di budget; - fornisce le informazioni di base necessarie ai Dirigenti responsabili per valutare la compatibilità e congruenza tra piani di attività finalizzati agli obiettivi di salute e risorse richieste, al fine di permettere interventi di correzione.

1.2 Cosa facciamo

Le funzioni fondamentali svolte da ASL Toscana Nord Ovest si articolano in 3 Livelli di Assistenza: Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliero.

I tre livelli sono gestiti dal punto di vista delle Performance attraverso la declinazione delle Aree strategiche¹, degli Obiettivi ed Indicatori, assegnati nel budget annuale, attraverso i quali l'azienda punta a realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento.

1.3 Come operiamo

Ai risultati conseguiti dalle aziende negli ultimi 5 anni in termini di efficacia, appropriatezza, efficienza ed economicità nel contesto delle riforme attuate da Regione Toscana in materia di sanità soggiacciono principi fondamentali che guidano le strategie aziendali: Programmazione, Centralità della persona, Qualità ed Appropriatezza, governo Efficiente delle risorse.

In questo contesto **la valutazione e il controllo** divengono la funzione “*core*” per soggetti come le Aziende Sanitarie Locali e quindi l'area di sviluppo più sfidante, in un quadro di autonomia e responsabilità. Questa dimensione viene affiancata dall'applicazione del principio della **trasparenza** e della **meritocrazia** nella gestione delle risorse umane con l'avvio del processo di valutazione dei rendimenti individuali.

Uno dei compiti fondamentali di un'organizzazione sanitaria pubblica è quella di vigilare sull'efficacia terapeutica contemperata da utilizzo congruo e avveduto delle risorse. Queste esigenze sono riconducibili al concetto di appropriatezza, che non si esaurisce in una dimensione di controllo né si dispiega efficacemente ove non diventi promozione di un modello sanitario efficace ed efficiente.

¹ Si veda in seguito “L’Albero della performance”.

Stampa del 31/01/2019 (l’originale è conservato agli atti dell’ufficio competente)

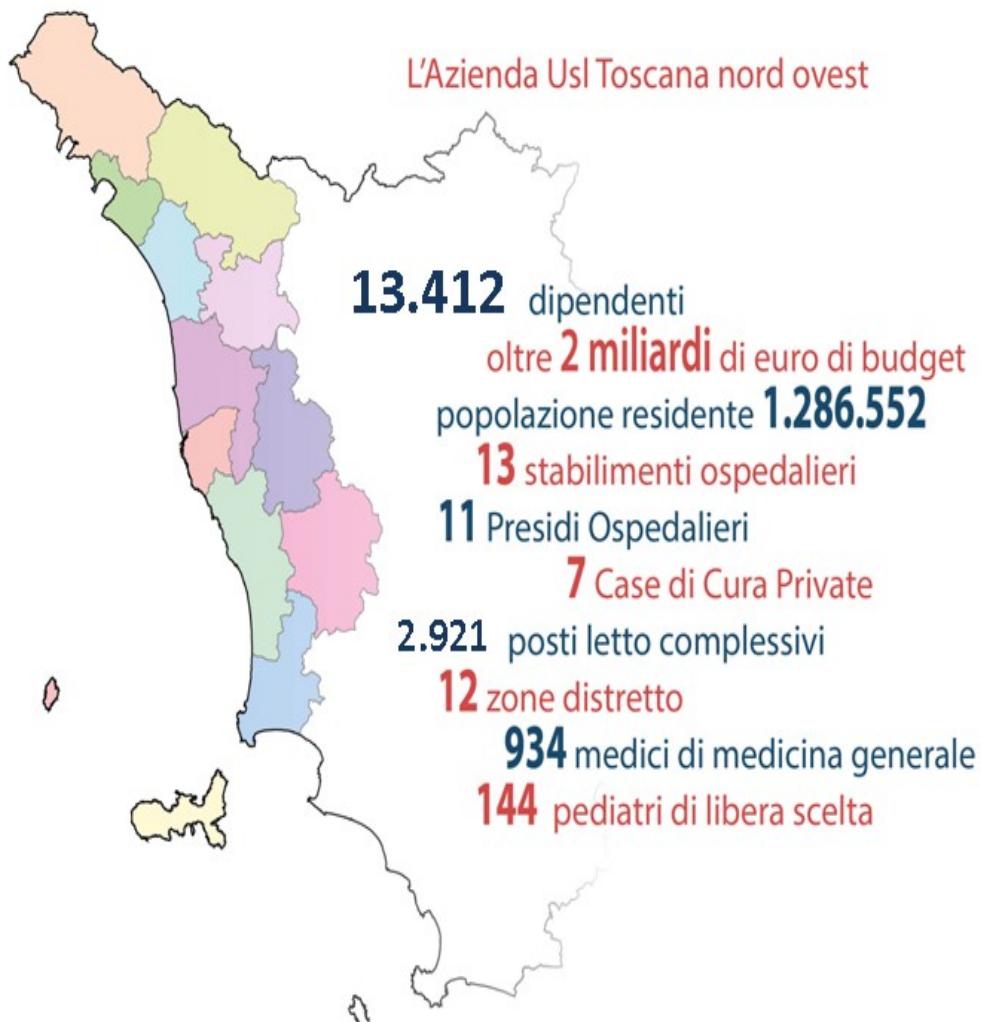
Area programmazione e Controllo

pag. 9 di 115

1.4 Identità

1.4.1 L'amministrazione "in cifre"

La Asl Toscana nord ovest opera su un territorio coincidente con le provincie di Massa Carrara, Lucca, Pisa e Livorno, con una popolazione assistita di 1.286.552 abitanti, distribuiti in 107 comuni, suddivisi attualmente in 12 zone distretto.



Dati relativi all'anno 2016

La popolazione assistita presenta i seguenti indici di vecchiaia e di densità abitativa:

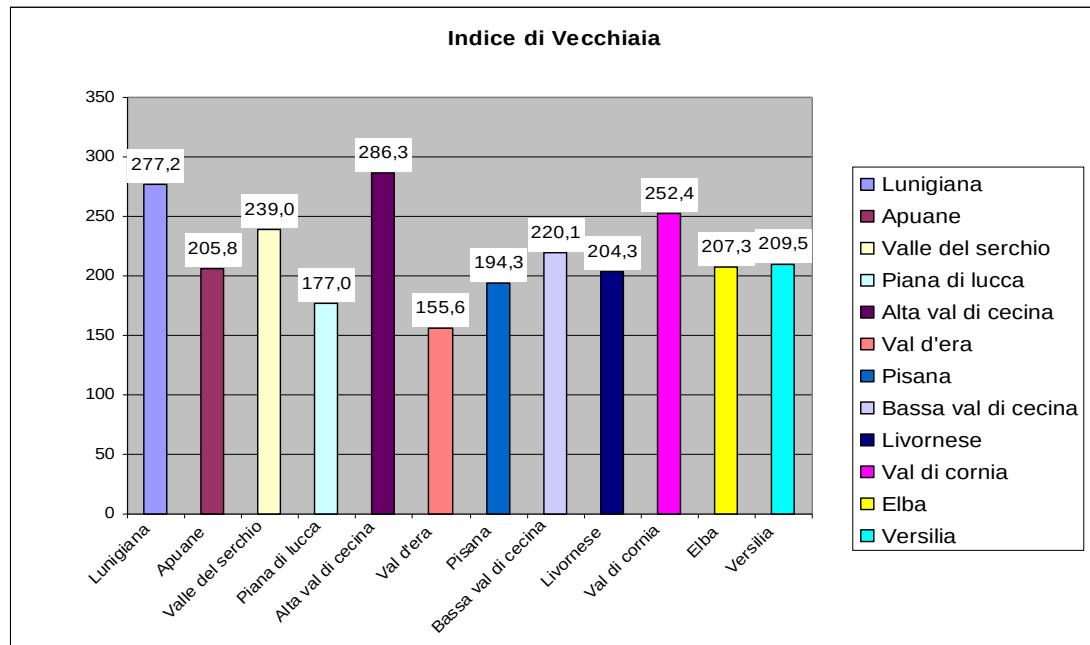


Tabella aggiornata ad inizio 2016

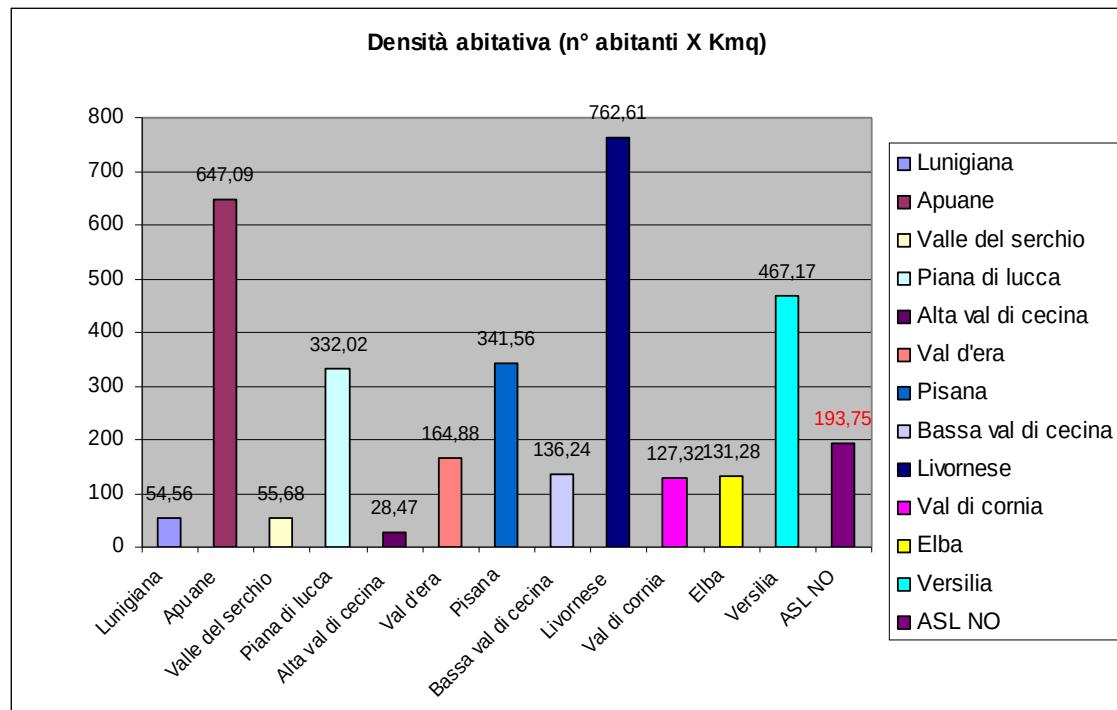


Tabella aggiornata ad inizio 2016

Il numero di dipendenti totali è di oltre 13.000 distinto nei seguenti macro aggregati rappresentati percentualmente:

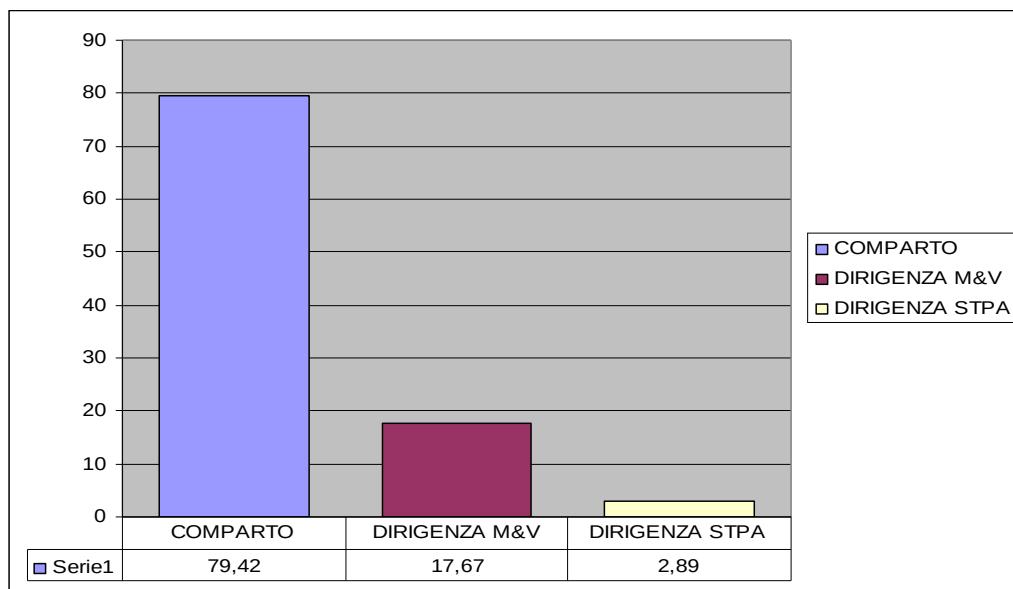


Tabella aggiornata ad inizio 2016

Dal 2013 i Medici di Medicina Generale (MMG) sono organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) in attuazione della DGRT 1231/2012.

La Asl Toscana nord ovest ha adottato il seguente modello organizzativo: nell'ambito dei dipartimenti assistenziali sono stati costituiti otto dipartimenti ospedalieri (emergenza ed urgenza, area critica e blocco operatorio; specialità chirurgiche; specialità mediche; materno infantile; riabilitazione; oncologico; patologia clinica; diagnostica per immagini), tre dipartimenti territoriali (servizio sociale, non autosufficienza e disabilità; salute mentale e dipendenze; sanità territoriale), a cui si aggiungono il dipartimento della prevenzione, il dipartimento del farmaco, il dipartimento di medicina generale, i dipartimenti delle professioni (infermieristiche ostetriche; tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione).

I suddetti dipartimenti hanno carattere tecnico – professionale in materia clinico organizzativa e gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti con il compito di sviluppare il governo clinico nei percorsi assistenziali in sinergia fra quelli ospedalieri e territoriali. Tutte le altre strutture, sia quelle di consulenza e di supporto alla direzione, sia quelle per lo svolgimento delle funzioni amministrative e tecniche, sono state riorganizzate nelle seguenti strutture funzionali unificate di livello apicale: Staff della Direzione Generale; Staff della Direzione Sanitaria; Dipartimento Affari Legali; Dipartimento Economico; Dipartimento Risorse Umane e Relazioni Sindacali; Dipartimento Servizi Generali; Dipartimento Tecnico e del Patrimonio.

1.4.2 Mandato istituzionale e Missione

ASL Toscana Nord Ovest inquadra il proprio mandato istituzionale all'interno del contesto legislativo fondamentale del Sistema Sociosanitario Regionale della Toscana e del quadro normativo nazionale.

I decreti di riordino del Sistema Sanitario Nazionale n. 502/92, n. 517/93 e n. 229/99 hanno orientato il cambiamento attraverso la cd. “aziendalizzazione” della sanità.

In Toscana la Legge Regionale 40/2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale” ha dettato le regole e programmato l’organizzazione dei servizi nel proprio territorio.

Il Piano Sociosanitario Regionale è lo strumento di programmazione integrato attraverso cui Regione Toscana intende proseguire il riorientamento del modo di intendere l’assistenza sanitaria, strutturando un sistema che abbia al centro la persona e il suo benessere, evolvendo dal concetto di cura verso quello di “prendersi cura”, intendendo il ruolo della ASL come soggetto sempre più determinante come “regolatore” del Sistema Sanitario e Socio Sanitario nel bacino territoriale di competenza.

In questo contesto ASL Toscana Nord Ovest persegue valori etici imprescindibili nell’attuare i propri compiti istituzionali quali l’essere a servizio del cittadino, la sussidiarietà, la centralità della persona, la trasparenza, la dedizione al proprio dovere istituzionale. Tali valori devono essere il riferimento per ciascun operatore di ASL di Toscana Nord Ovest.

Per ASL Toscana Nord Ovest, quindi, la “missione” è volta alla *“promozione e tutela della salute a vantaggio di tutti i soggetti residenti nel territorio di riferimento, di quelli comunque presenti in esso inclusa la popolazione migrante nel rispetto delle previsioni e prestazioni di legge e di quelli presenti nelle residenze territoriali di restrizione. L’Azienda rispetta la persona senza distinzione alcuna di razza, appartenenza religiosa o opinione e promuove la cultura e l’eguaglianza di genere assicurando percorsi specifici per la tutela da ogni contraria forma di violenza. Assicura un accesso equo trasparente ai propri servizi per tutti coloro che ne necessitano, nel rispetto delle esigenze sociali, culturali e personali”*.

La missione strategica si esplica nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell’accesso ai servizi;

- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale;

al fine di:

- indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie;
- porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- raccordare le iniziative e le attività socio-sanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

1.5 Analisi del Contesto Interno ed Esterno

L'analisi del contesto è un processo conoscitivo che l'azienda compie nel momento in cui si accinge a definire le proprie strategie ed ha lo scopo di:

1. fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;
2. stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
3. verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento;
4. verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.

1.5.1 Analisi del contesto interno

Sviluppare l'analisi del contesto interno significa individuare i punti di forza e i punti di debolezza dell'organizzazione. L'analisi del contesto interno riguarda le seguenti quattro dimensioni:

- 1) organizzazione;
- 2) risorse strumentali ed economiche;
- 3) risorse umane;
- 4) "salute finanziaria".

La dimensione "organizzazione" comprende l'organigramma, l'individuazione delle responsabilità (centri di responsabilità) e, ove presenti delle "corresponsabilità", l'articolazione territoriale dell'amministrazione, il personale in servizio, ecc..

L'ambito di analisi interna riconducibile alle "risorse strumentali ed economiche" è attinente alla ricognizione delle infrastrutture, tecnologiche e non, strumentali al raggiungimento degli obiettivi. Nella tecnologia devono essere ricompresi non solo il fattore materiale di supporto ai processi e ai sistemi informatici, ma anche i "fattori immateriali".

L'ambito di analisi "risorse umane" evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini, i comportamenti, il turn-over e i valori dominanti dei soggetti che operano nell'organizzazione.

L'analisi delle risorse umane dovrà essere condotta con un approccio di genere. L'utilizzo degli indicatori tipici del capitale intellettuale facilitano la comprensione, anche verso l'esterno, della qualità oltre che della quantità di capitale umano disponibile.

La cognizione dello stato di "salute finanziaria" deve essere inteso in termini di equilibri finanziari, economici e patrimoniali, tenendo conto dei vincoli di bilancio e dei sistemi contabili propri di ogni amministrazione. A tal fine è utile anche un'analisi per indici che faccia facilmente emergere situazioni di miglioramento o di peggioramento rispetto agli anni precedenti e ad amministrazioni confrontabili (benchmarking).

Sono, ad esempio, strumenti di analisi del contesto interno: le indagini del benessere organizzativo, l'analisi delle competenze, l'analisi del capitale intellettuale, le analisi di salute organizzativa, l'analisi di salute finanziaria, economica e patrimoniale, ecc..

Lo stato di "salute finanziaria", l'analisi organizzativa e la cognizione quantitativa e qualitativa delle risorse strumentali, economiche e umane disponibili condizionano il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi.

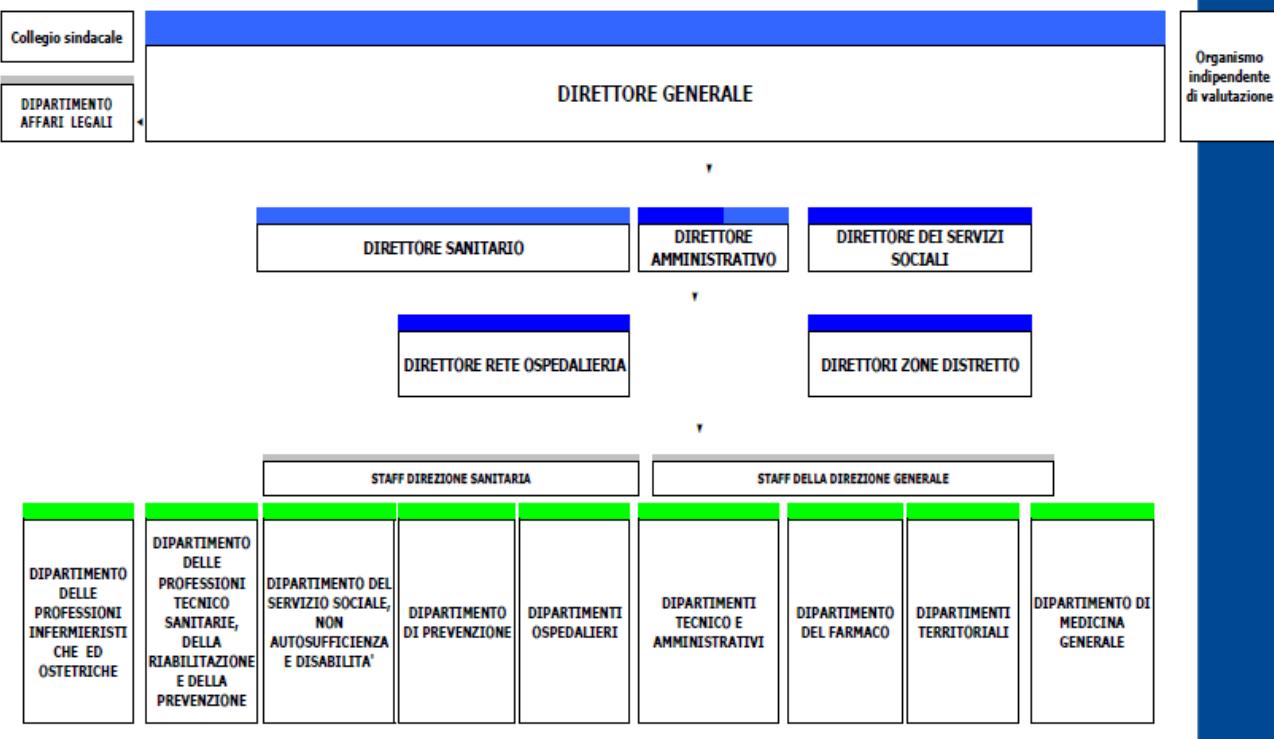
La struttura organizzativa aziendale è stata ridefinita nel corso del 2016. L'insieme di provvedimenti normativi a livello nazionale e, di conseguenza, regionale nel corso degli ultimi anni in materia di *spending review* e di azioni di razionalizzazione nel corretto impiego delle risorse umane e strumentali ha imposto, anche nel sistema sanitario, una revisione dei propri modelli organizzativi e produttivi.

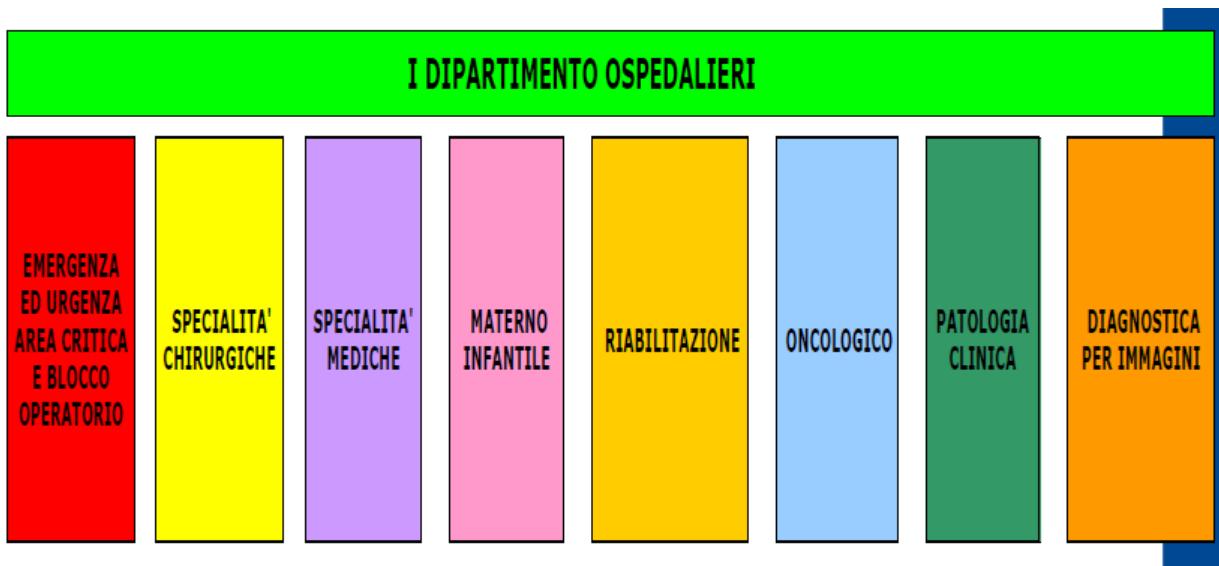
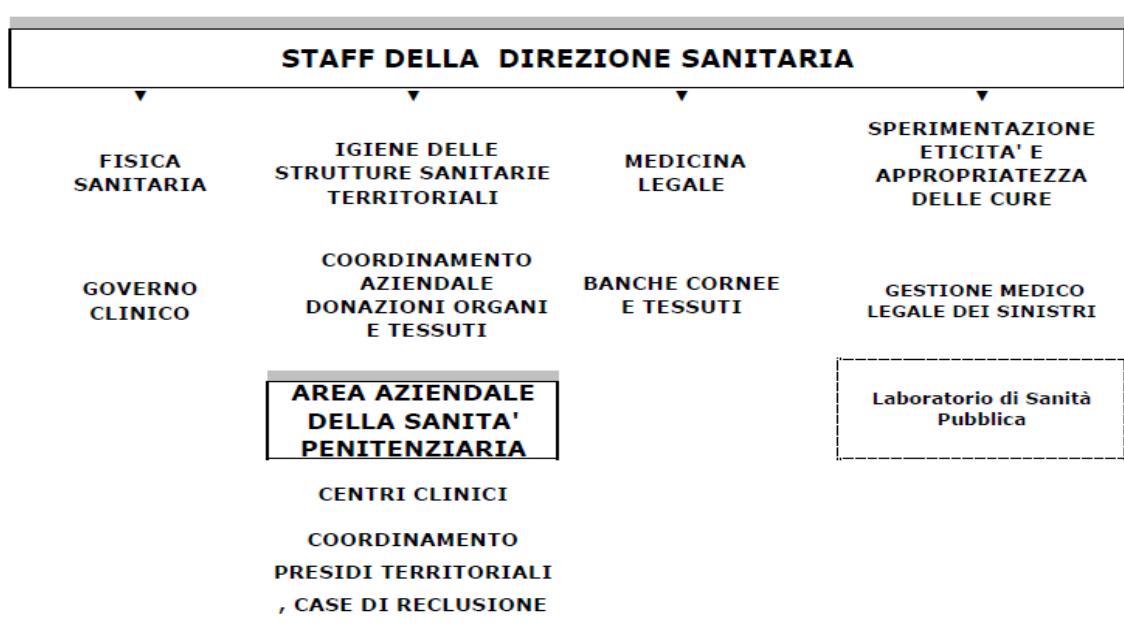
Le direttive impartite e le azioni previste hanno come obiettivo comunque il rafforzamento del *welfare* territoriale, la revisione della rete ospedaliera nonché l'ulteriore potenziamento del percorso di integrazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

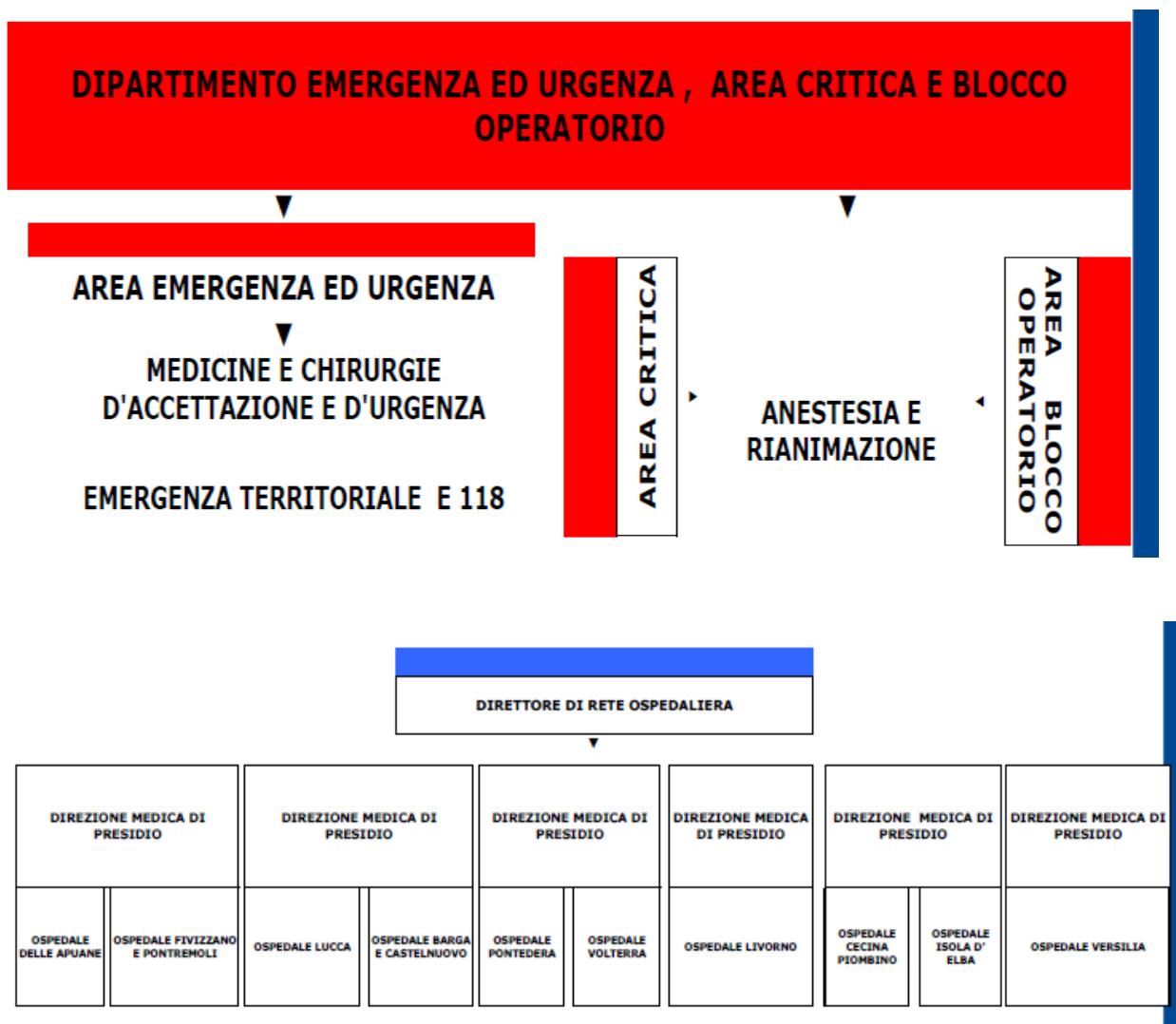
In questo contesto anche i processi tecnico-amministrativi devono adattarsi alle nuove esigenze, rafforzando la loro natura di facilitatori nell'erogazione di servizi sanitari, proponendo il più possibile percorsi amministrativi di accesso più agili sia all'operatore sanitario sia al cittadino, in una logica di semplificazione dell'azione pubblica senza venir meno al principio della certezza del procedimento amministrativo.

La sfida, quindi, che si intende affrontare è quella di rivisitare l'attuale modello organizzativo sia per una ridefinizione dei processi sia per una valorizzazione delle proprie professionalità, in una logica multidisciplinare, in modo da alimentare un circolo "virtuoso" di arricchimento in *progress* del capitale umano, capace di rispondere in maniera mirata alle necessità dell'utente.

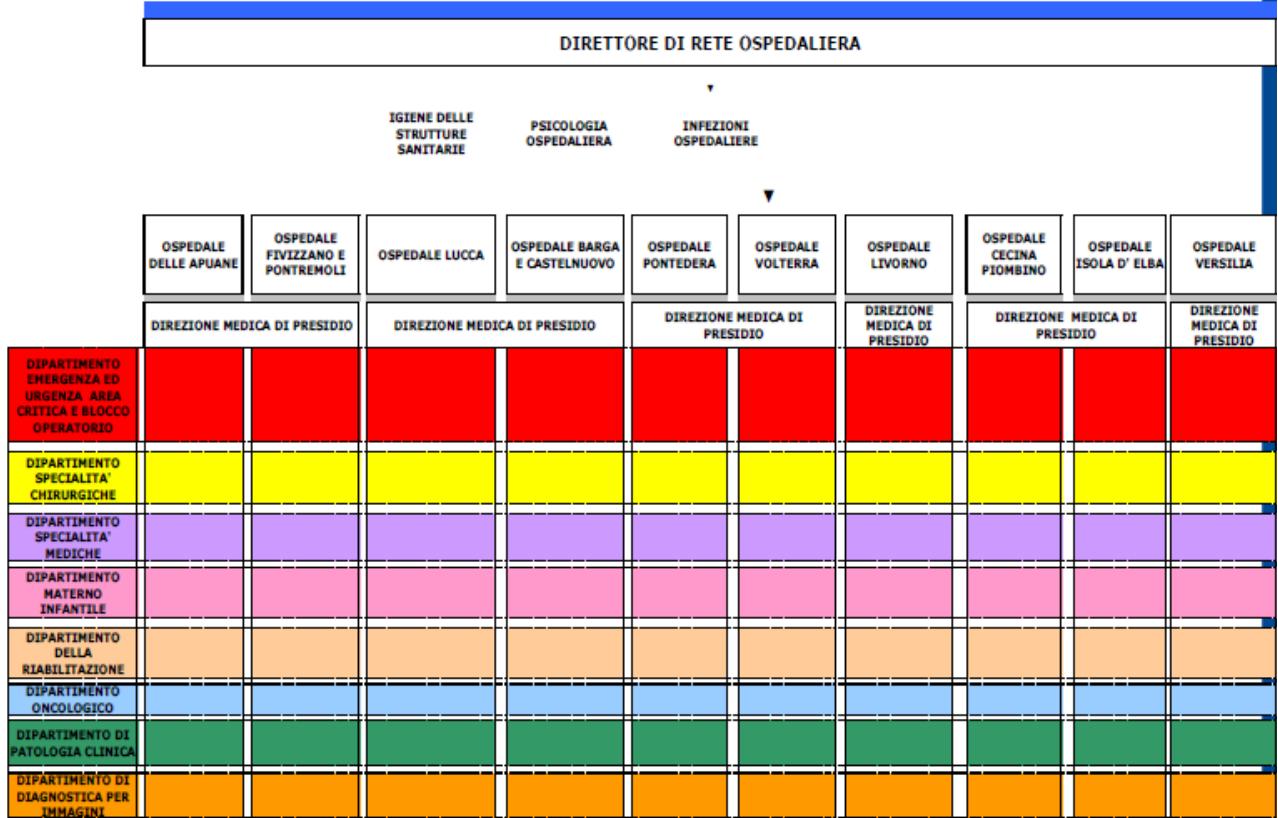
L'azienda presenta alla fine del 2016 il seguente organigramma:







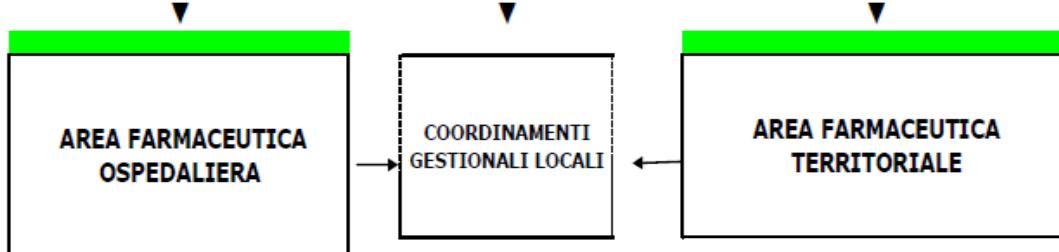
LA RETE OSPEDALIERA

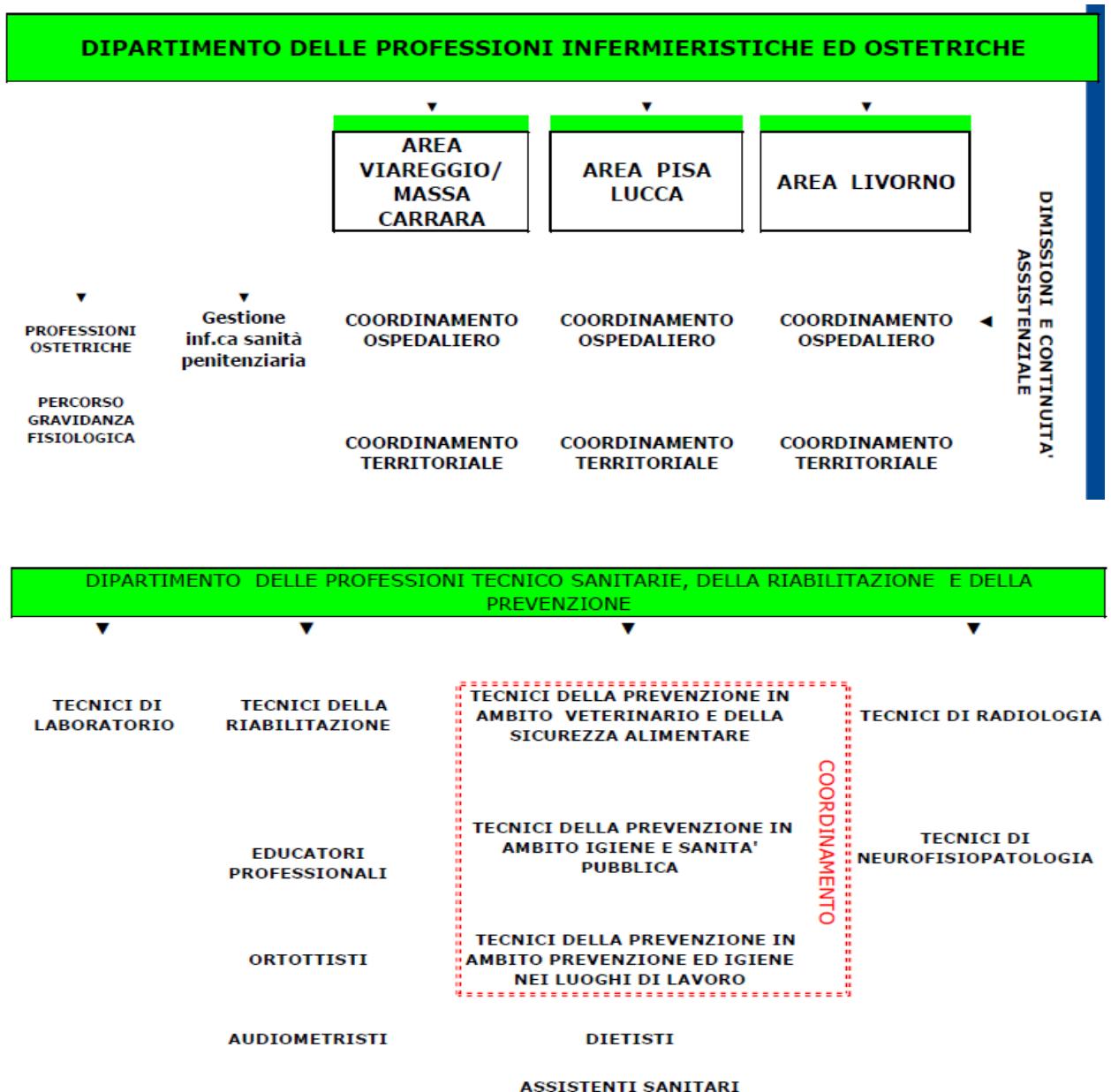


DIPARTIMENTO DEL FARMACO

POLITICHE DEL FARMACO

FARMACO ECONOMIA E ONCOLOGIA FARMACOVIGILANZA E DISPOSITIVO VIGILANZA





DIPARTIMENTO DEL SERVIZIO SOCIALE, NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ

Commissioni di vigilanza

ASSISTENZA SOCIALE

DISABILITÀ

NON
AUTOSUFFICIENZA

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE

EPIDEMIOLOGIA

PROMOZIONE DELLA SALUTE

AREA IGIENE
SALUTE E
SICUREZZA NEI
LUOGHI DI
LAVORO

UU.FF. ZONALI

AREA SANITA'
PUBBLICA
VETERINARIA E
SICUREZZA
ALIMENTARE

UU.FF. ZONALI

AREA IGIENE E SANITA'
PUBBLICA

UU.FF. ZONALI

IGIENE E SALUTE
LUOGHI DI LAVORO

SANITA' ANIMALE

IGIENE PUBBLICA E DEL
TERRITORIO

INGEGNERIA
MINERARIA

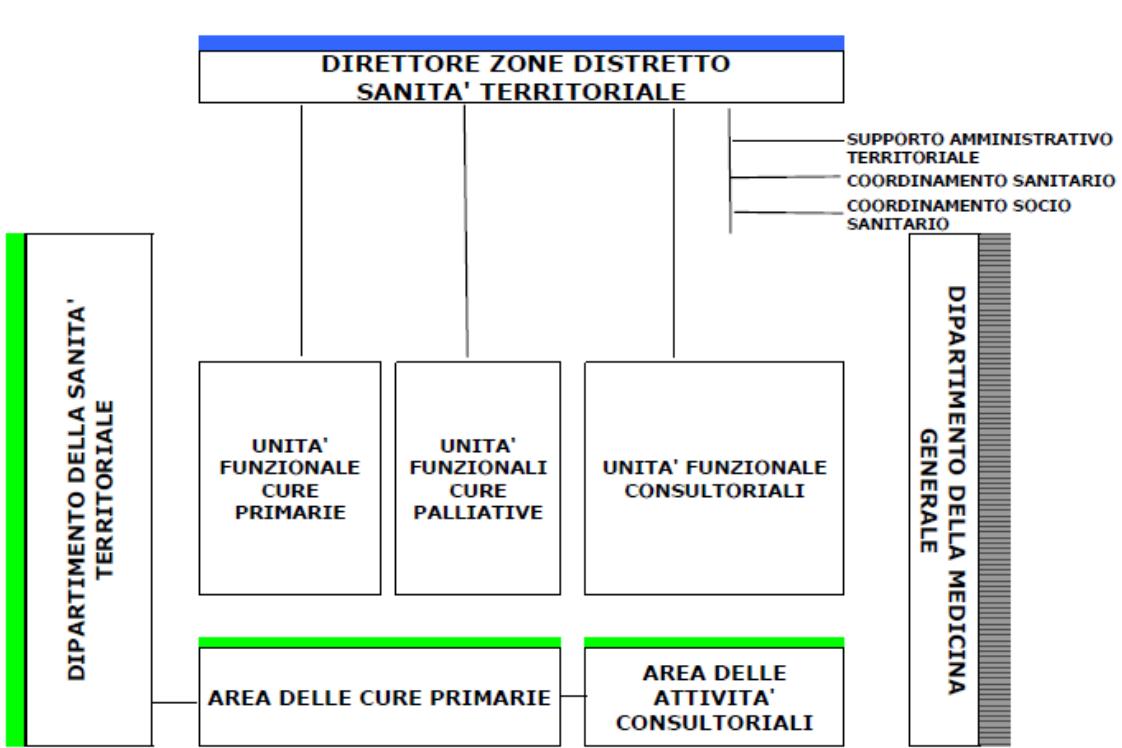
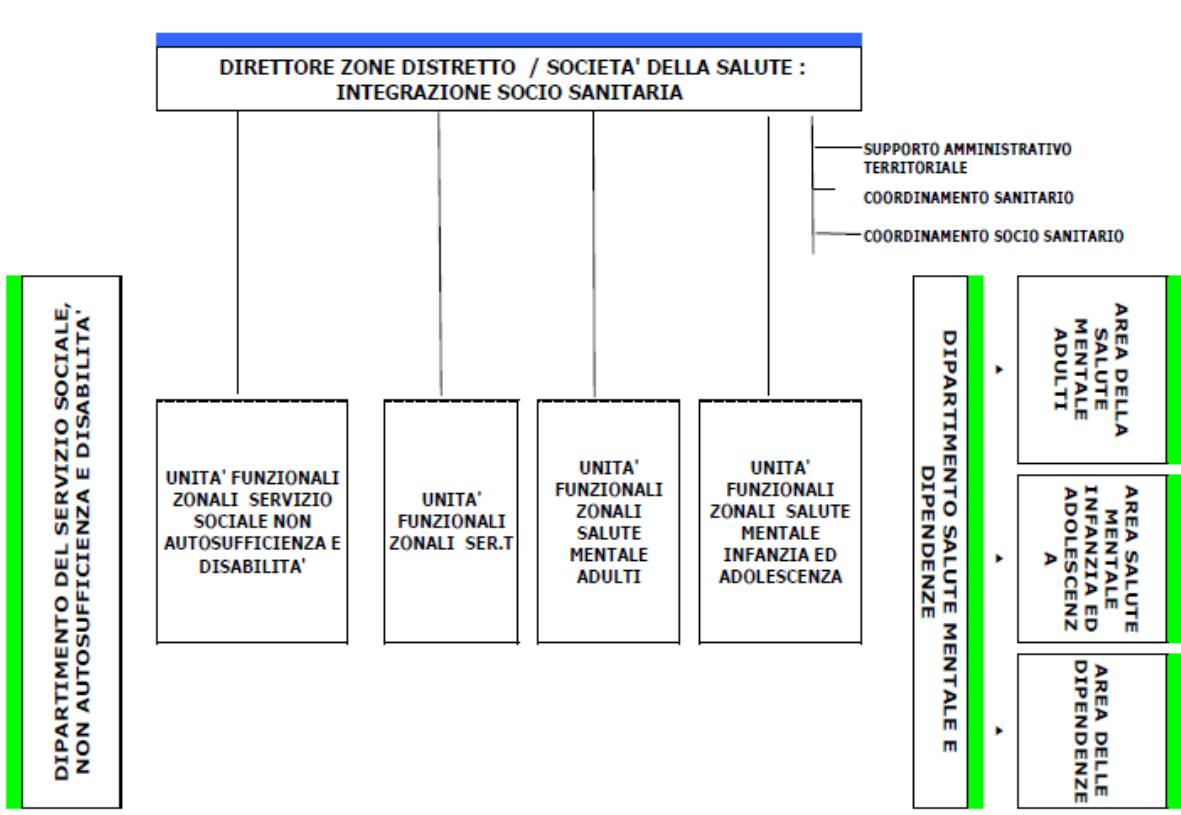
IGIENE DEGLI ALIMENTI
DI ORIGINE ANIMALE

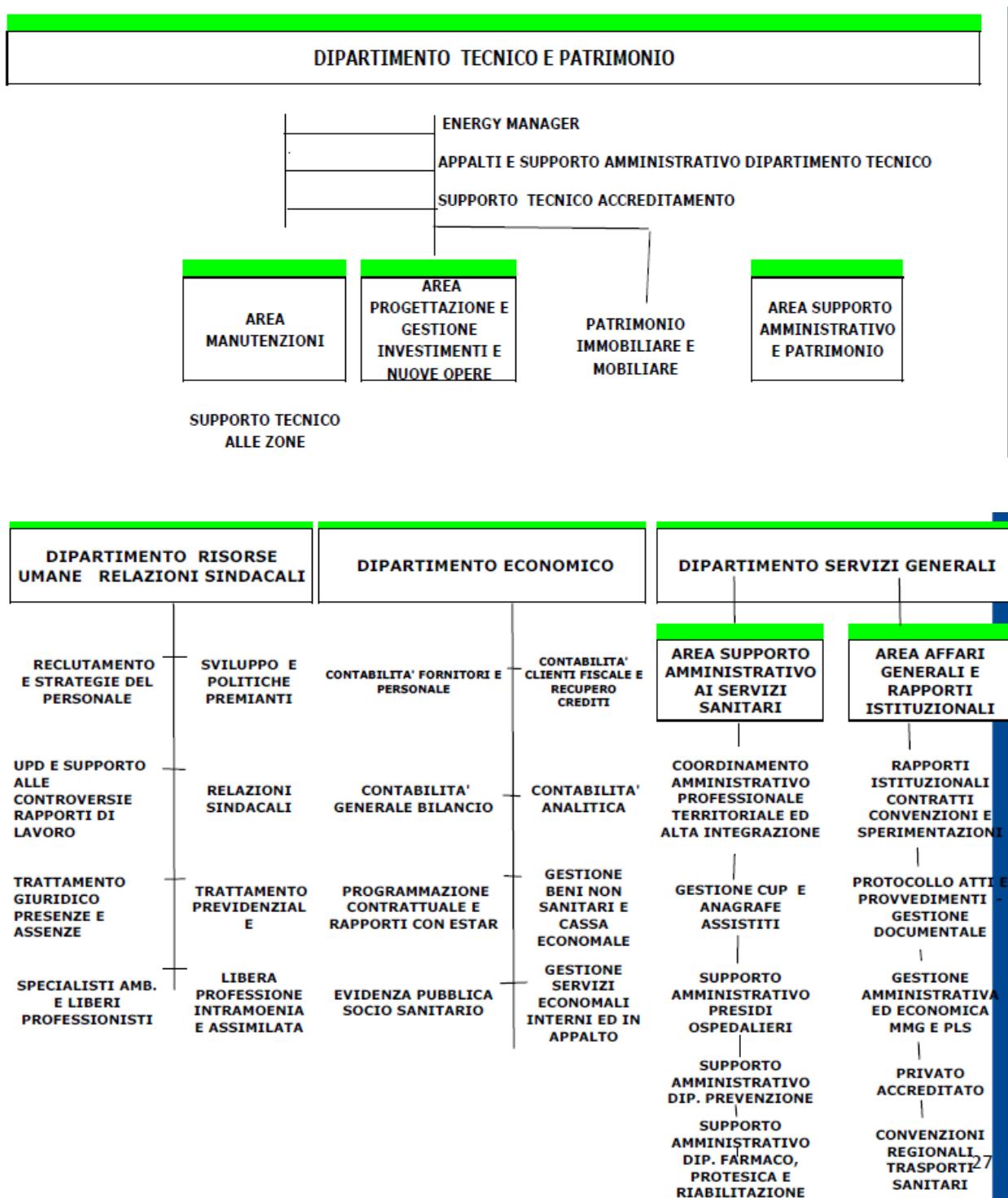
IGIENE ALIMENTI E
NUTRIZIONE

SICUREZZA NEI
LUOGHI DI LAVORO

IGIENE DEGLI
ALLEVAMENTI E DELLE
PRODUZIONI
ZOOTECNICHE

TUTELA IDRICA





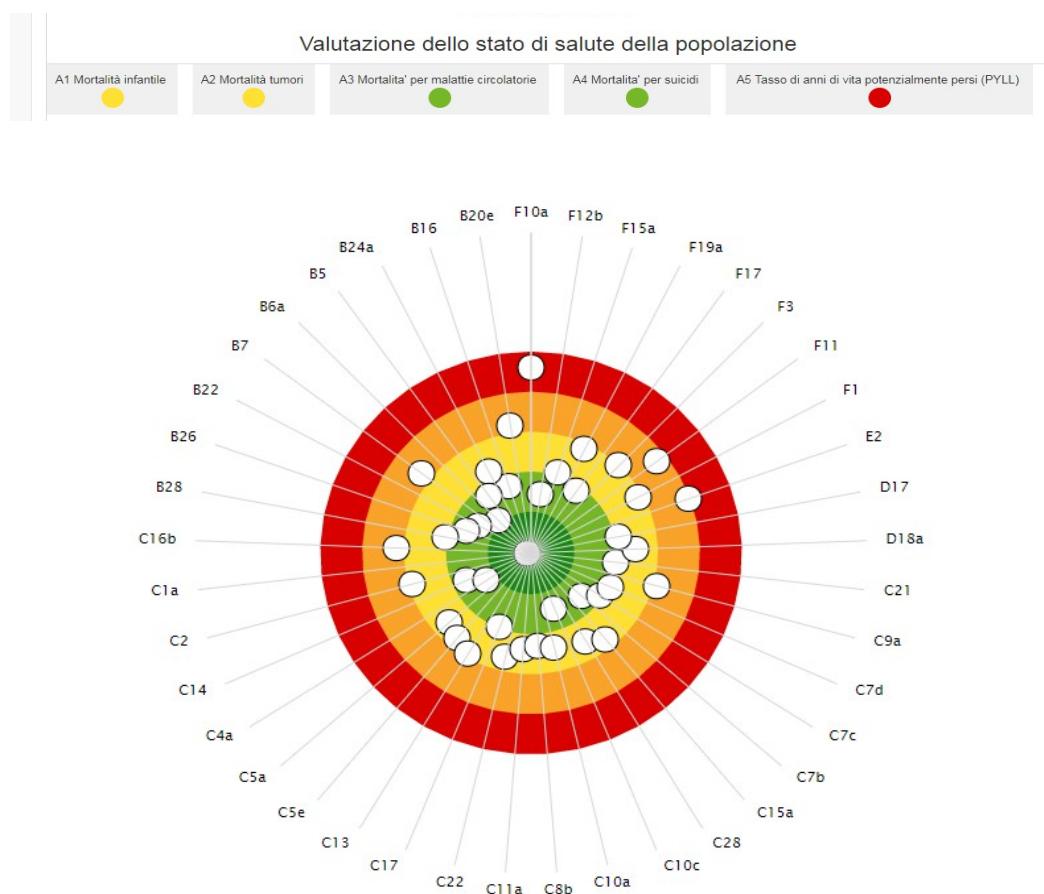
1.5.2 Analisi dei report MeS

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:

1.5.3 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:

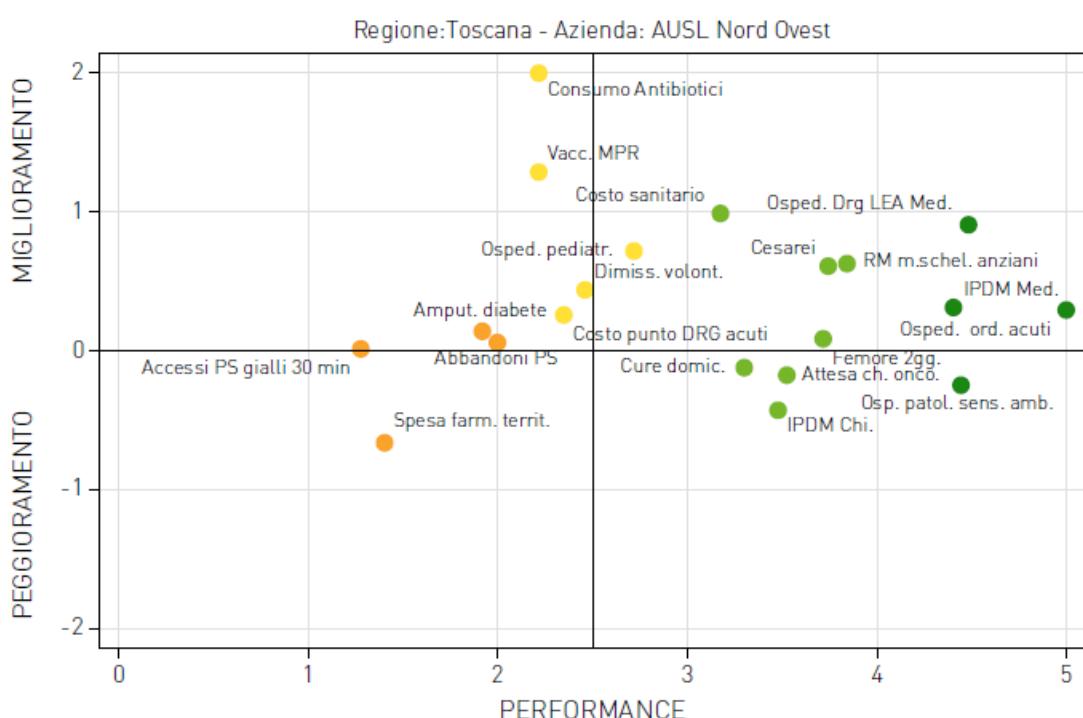
1. **Governo e qualità dell'offerta** che include indicatori volti a controllare il governo della domanda, l'appropriatezza e gli aspetti della qualità di esito e di processo dei servizi offerti dal sistema sanitario;
2. **Efficienza e sostenibilità** che include indicatori relativi all'utilizzo delle 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

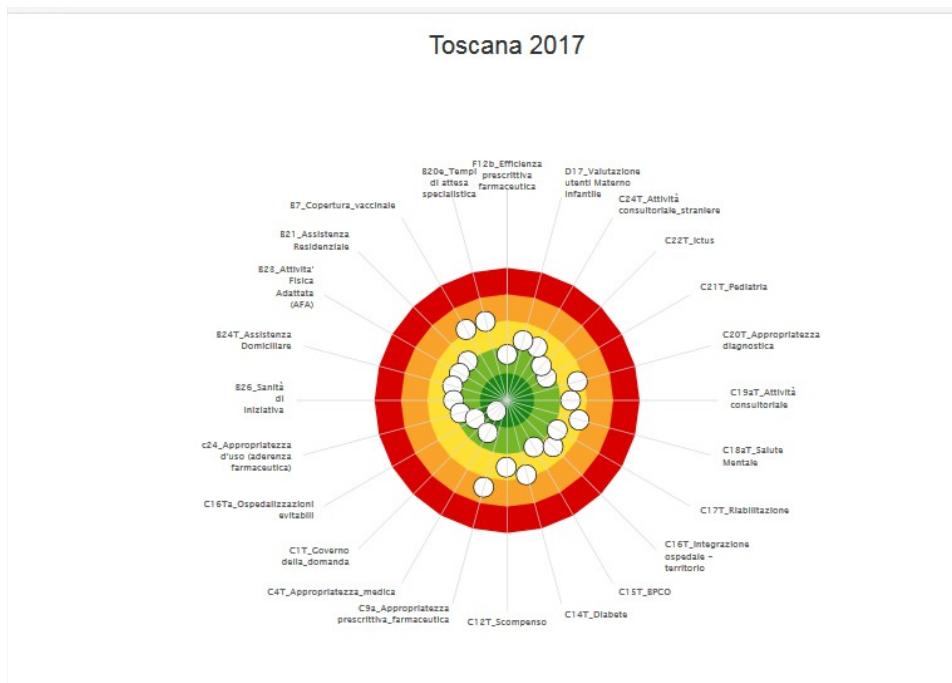
Numero indicatori: 91



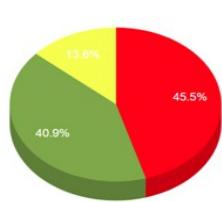
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

1.5.4 I Bersagli delle Zone distretto

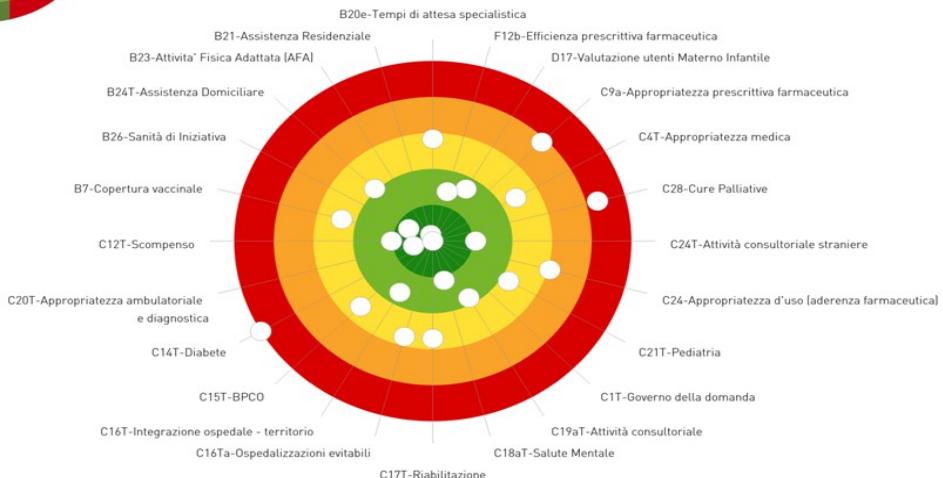
A livello complessivo toscano, il bersaglio zonale presenta 3 criticità: copertura vaccinale, tempi di attesa e appropriatezza farmaceutica. C'è poi tutta una fascia di attenzione sulla cronicità e sulla appropriatezza diagnostica:



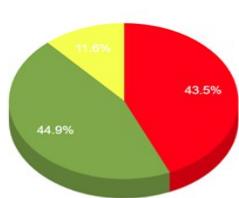
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



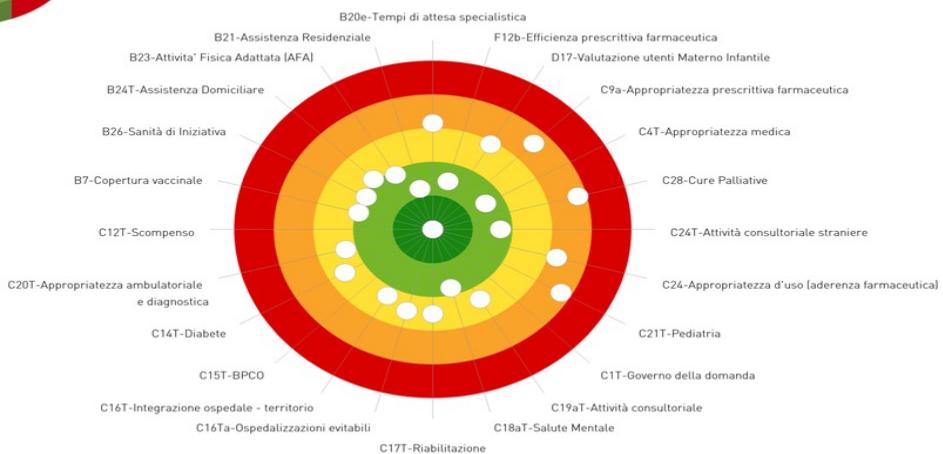
Lunigiana



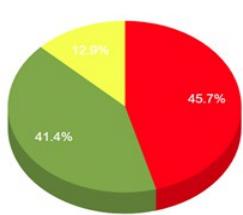
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



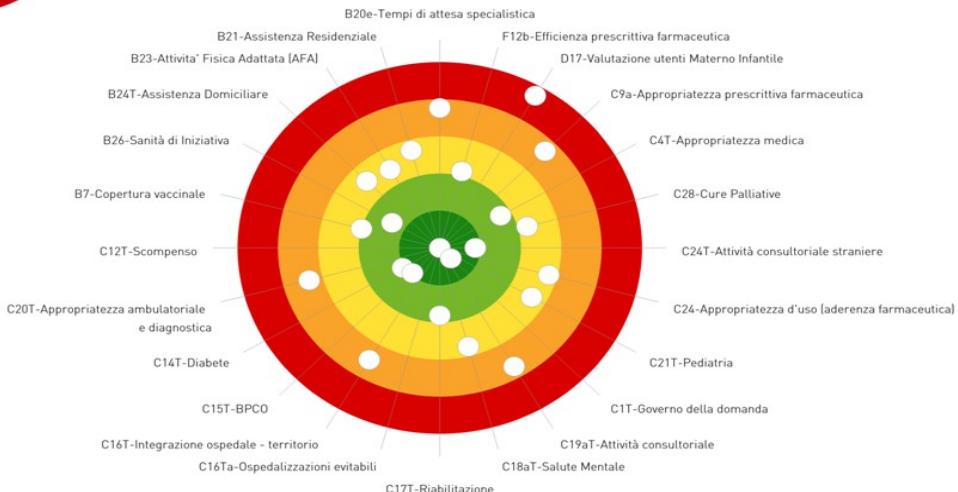
Apuane



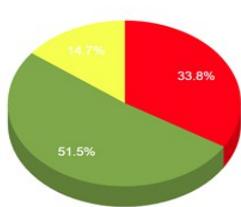
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



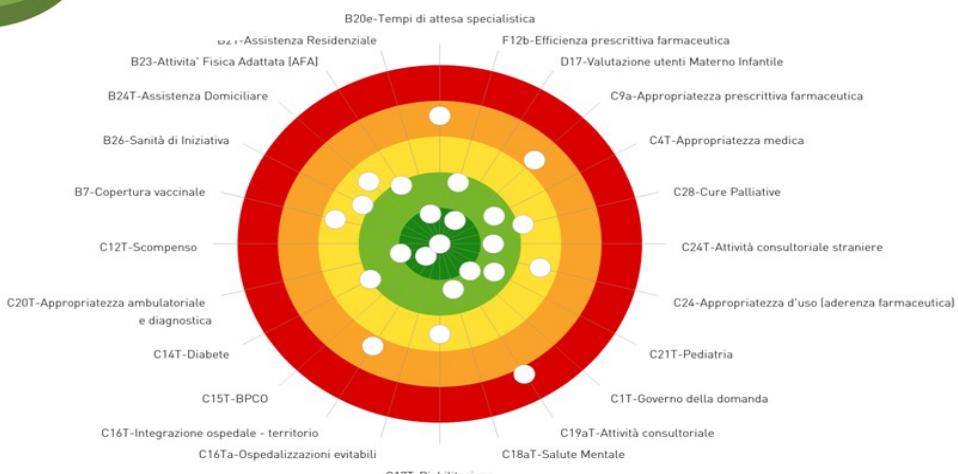
Piana di Lucca



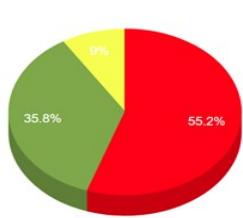
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



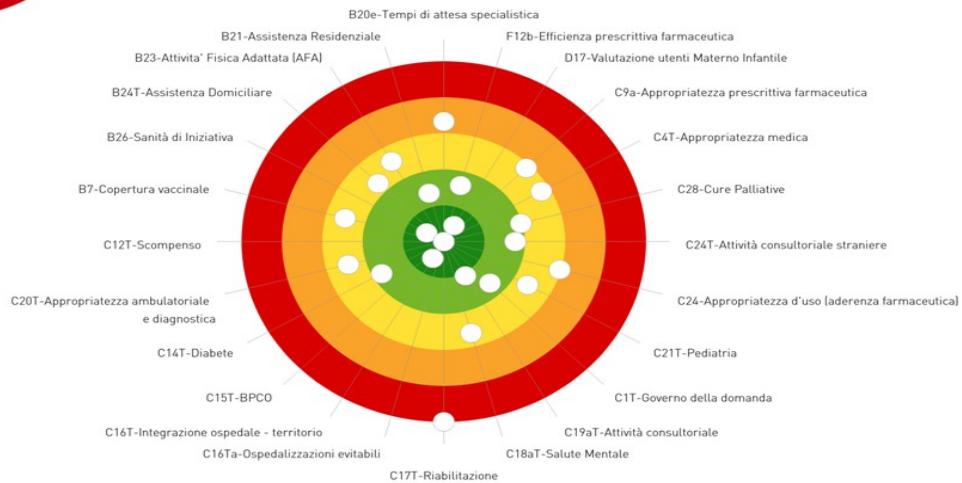
Valle del Serchio



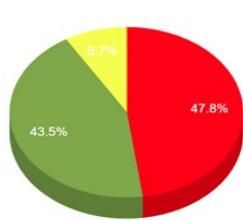
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



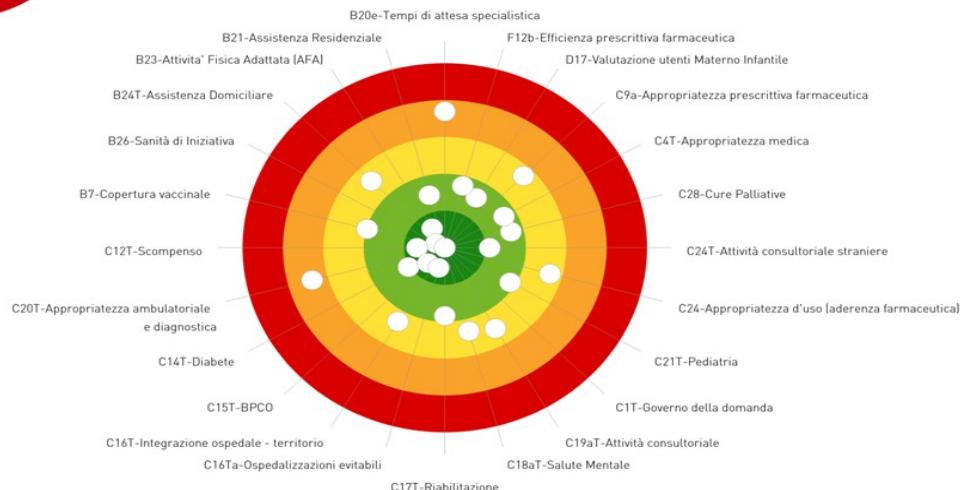
Alta Val di Cecina



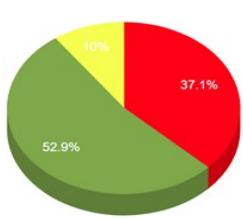
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



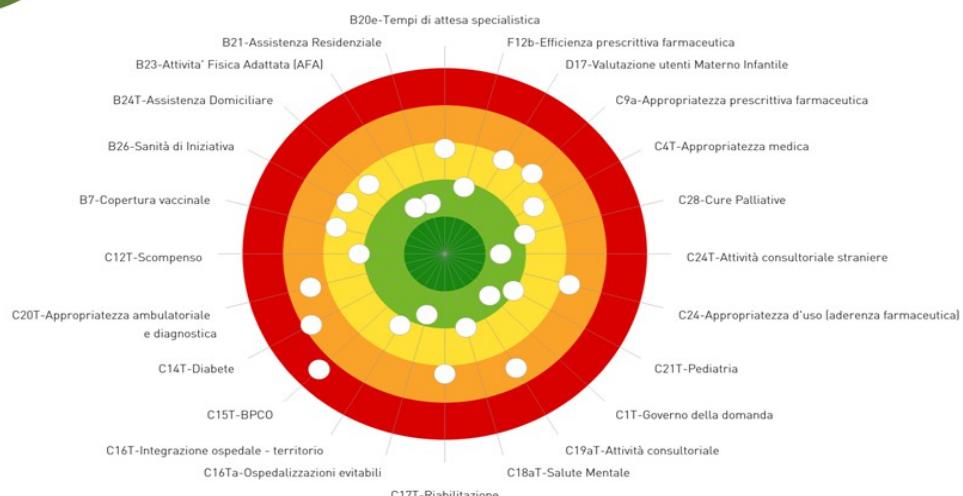
Val d'Era



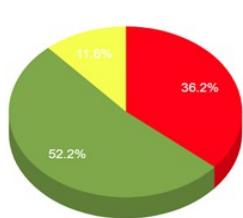
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



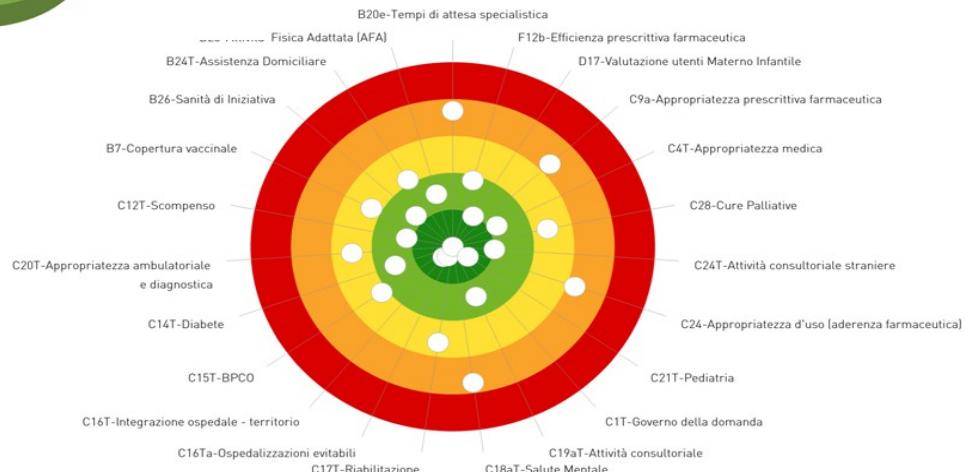
Pisana



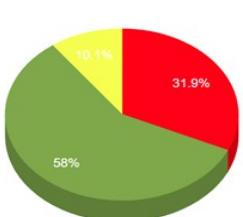
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



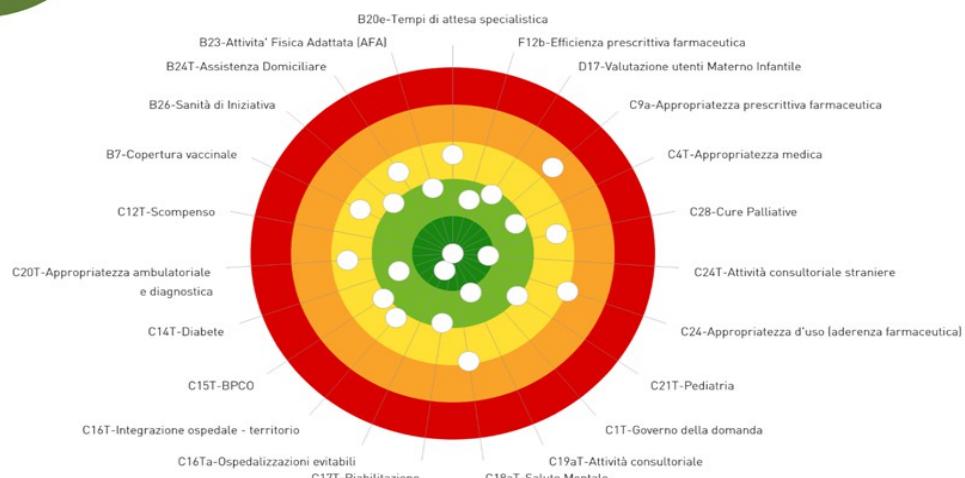
Bassa Val di Cecina



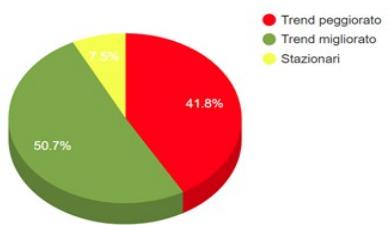
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



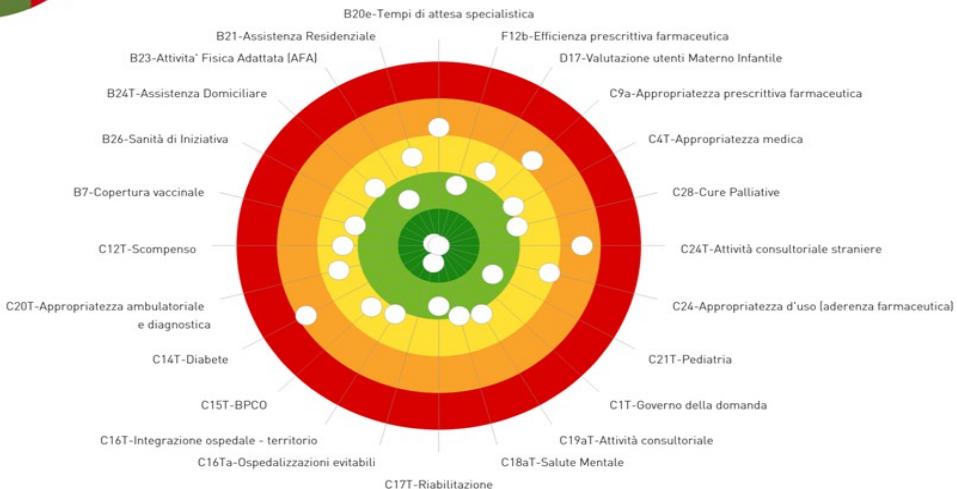
Livornese



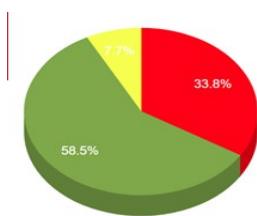
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



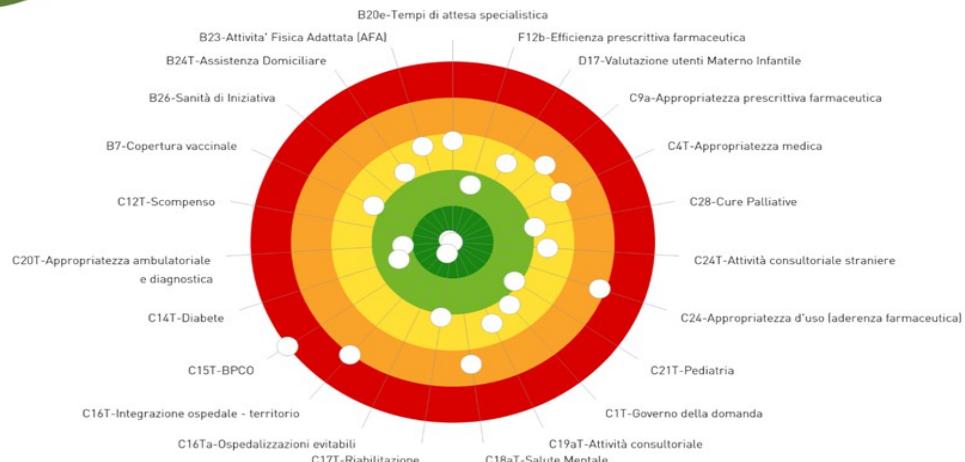
Val di Cornia



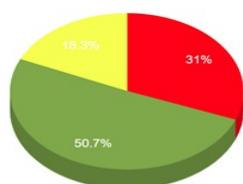
Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



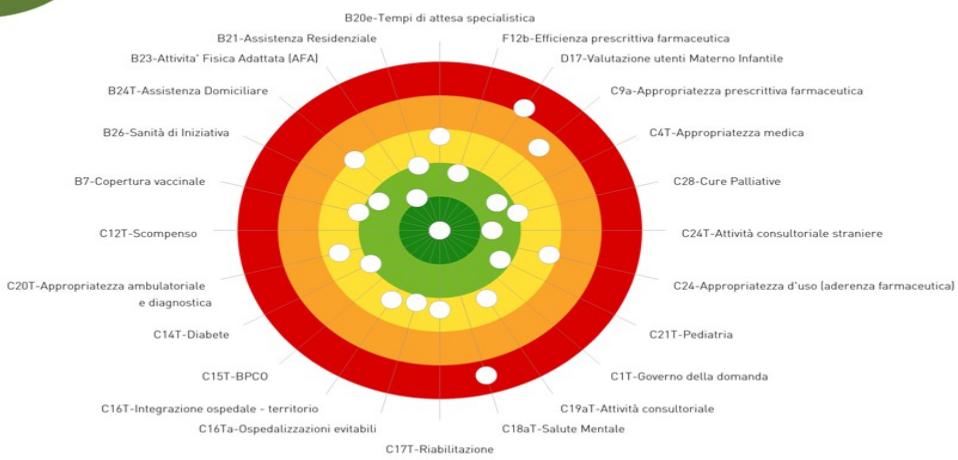
Elba



Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018



Versilia

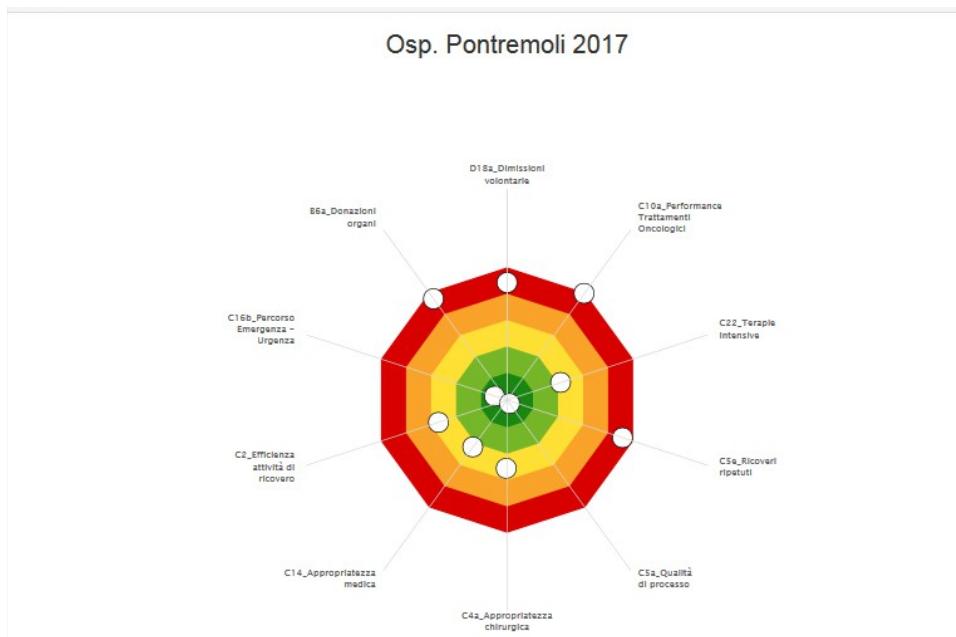


Fonte Mes: dati aggiornati a maggio 2018

1.5.5 I Bersagli degli Stabilimenti Ospedalieri



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018

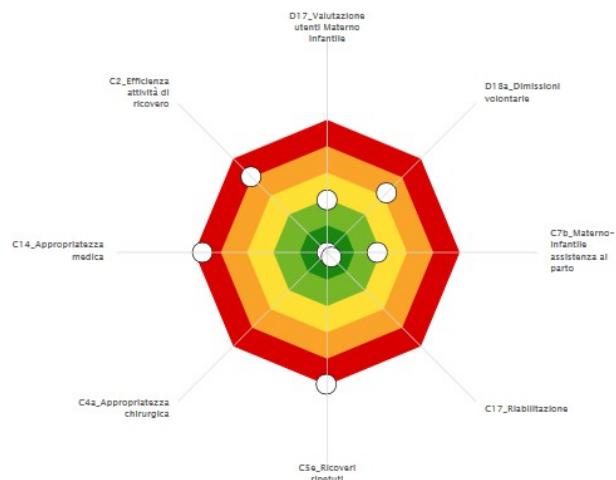


Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



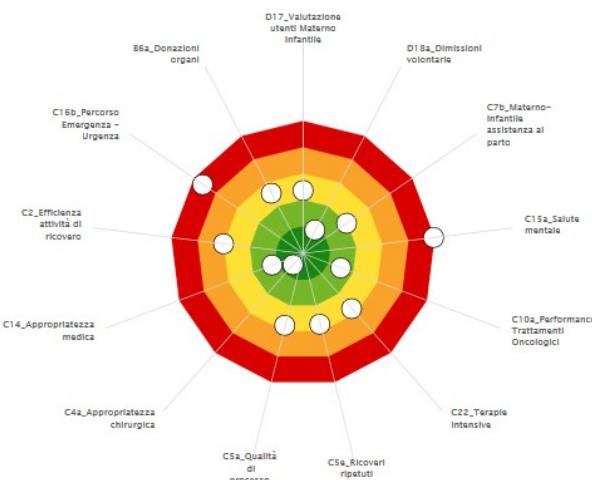
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018

Osp. Barga 2017

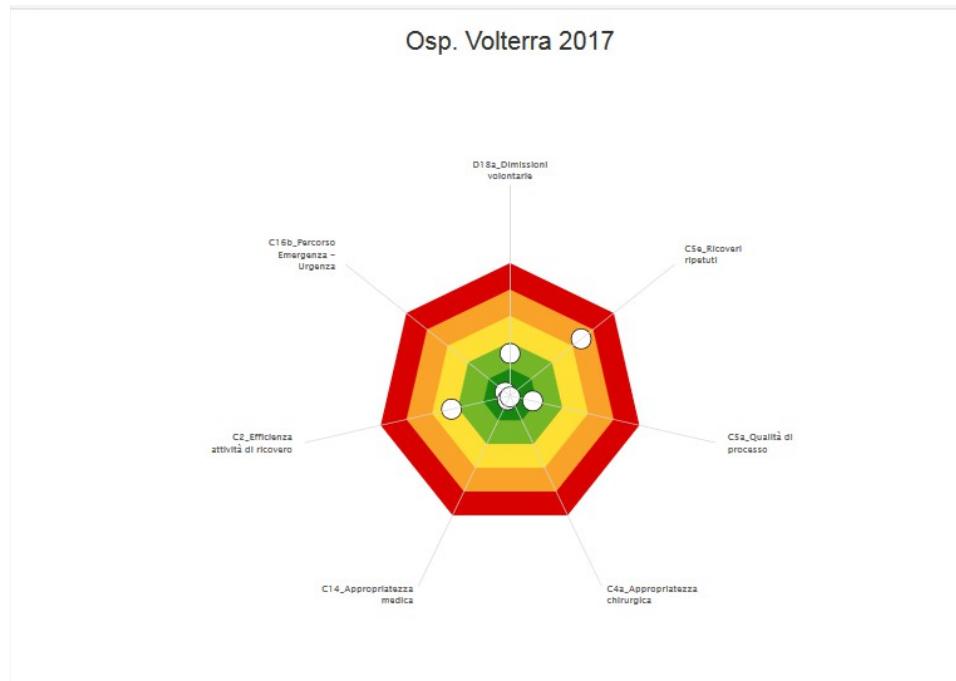


Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018

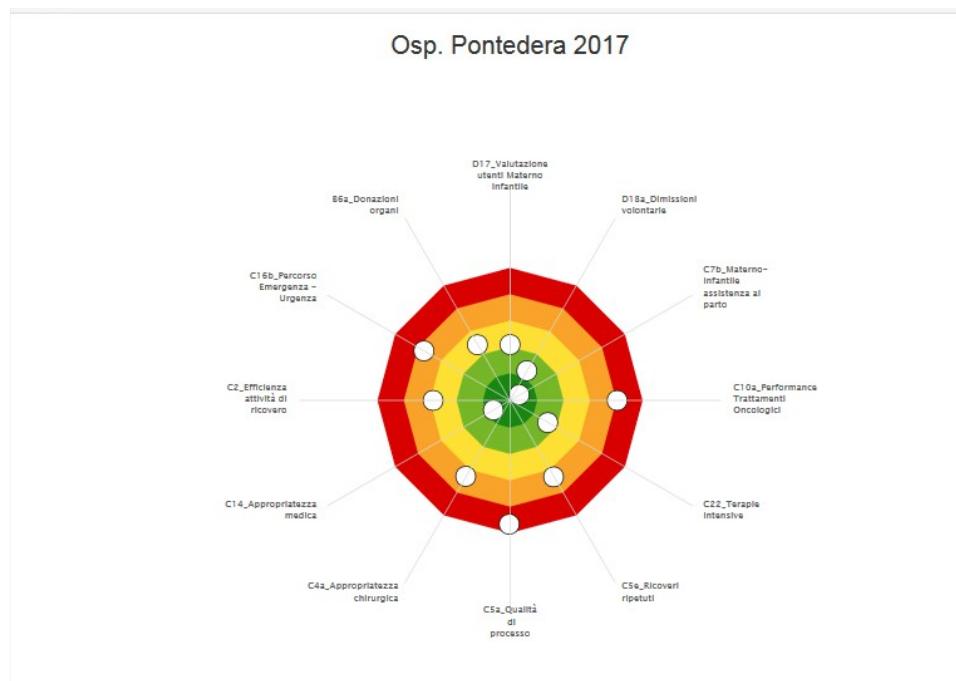
Osp. Lucca 2017



Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018

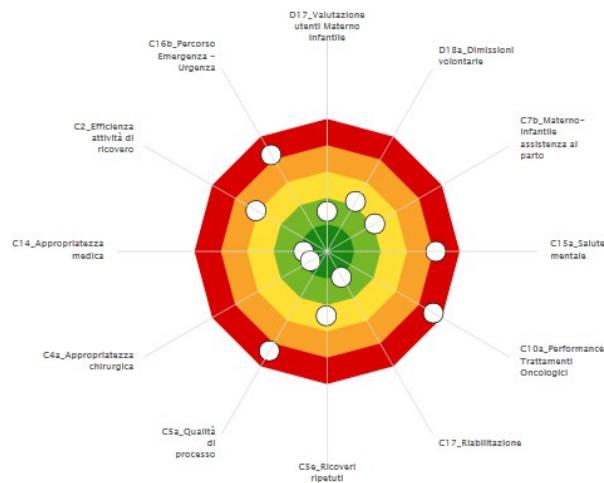


Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018



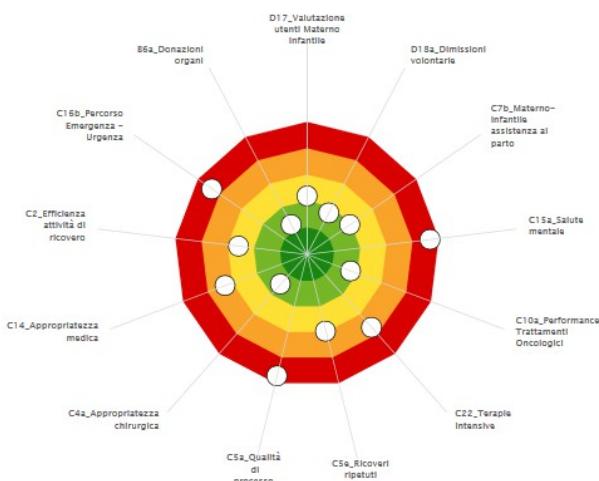
Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018

Osp. Cecina 2017

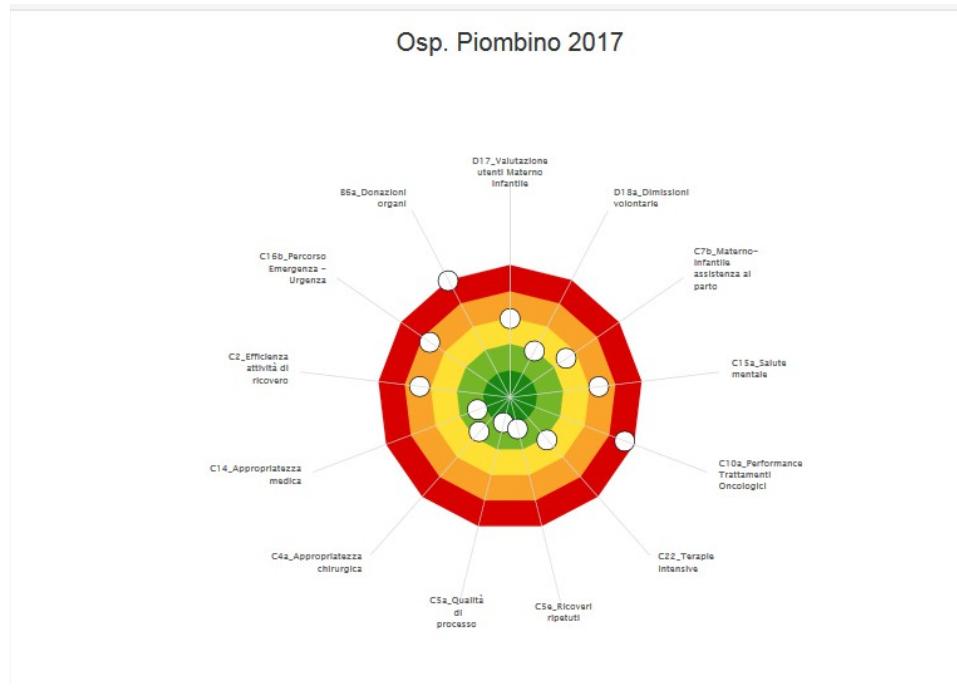


Fonte sito Mes: dati aggiornati al 7 giugno 2018

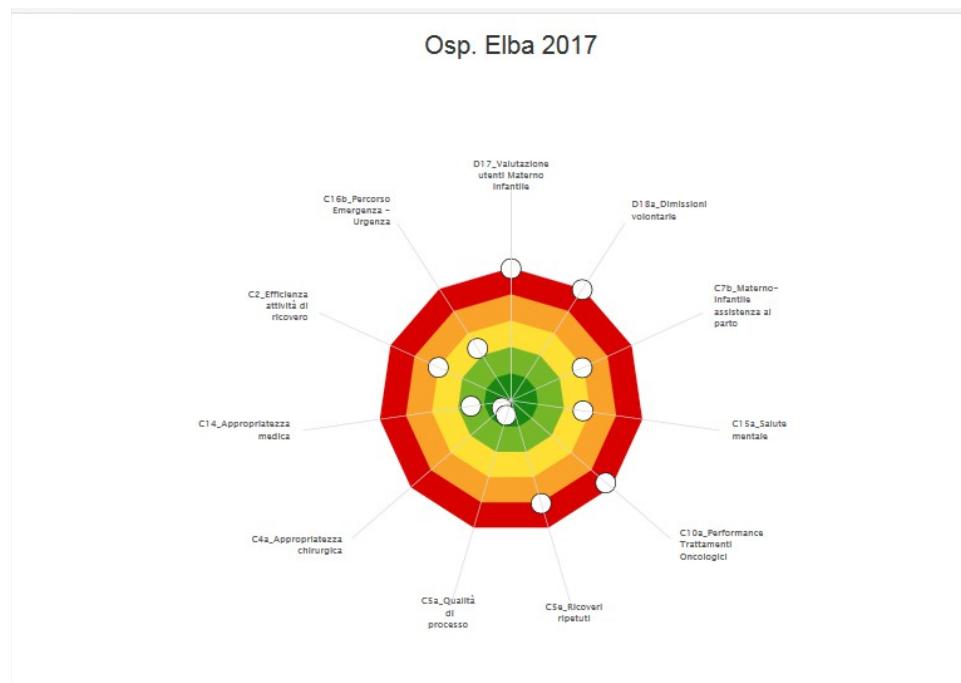
Osp. Livorno 2017



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

1.6 La performance organizzativa della Asl Toscana Nord Ovest

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 Aree 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% | 90,5% | | 84,81% |
| 2 - Strategie regionali ed aziendali | 9.211 | 872 | 9,5% | 7.732 | 83,9% | 95,5% | | 93,80% |
| 3 - Qualità | 7.037 | 369 | 5,2% | 5.469 | 77,7% | 80,0% | | 94,63% |
| 4 - Performance della sanità toscana | 10.373 | 907 | 8,7% | 8.854 | 85,4% | 97,2% | | 84,80% |
| Complessivo aziendale | 27.807 | 2.644 | 9,5% | 22.715 | 81,7% | 92,3% | | 89,51% |

* 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 Aree 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 dei più critici.

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.

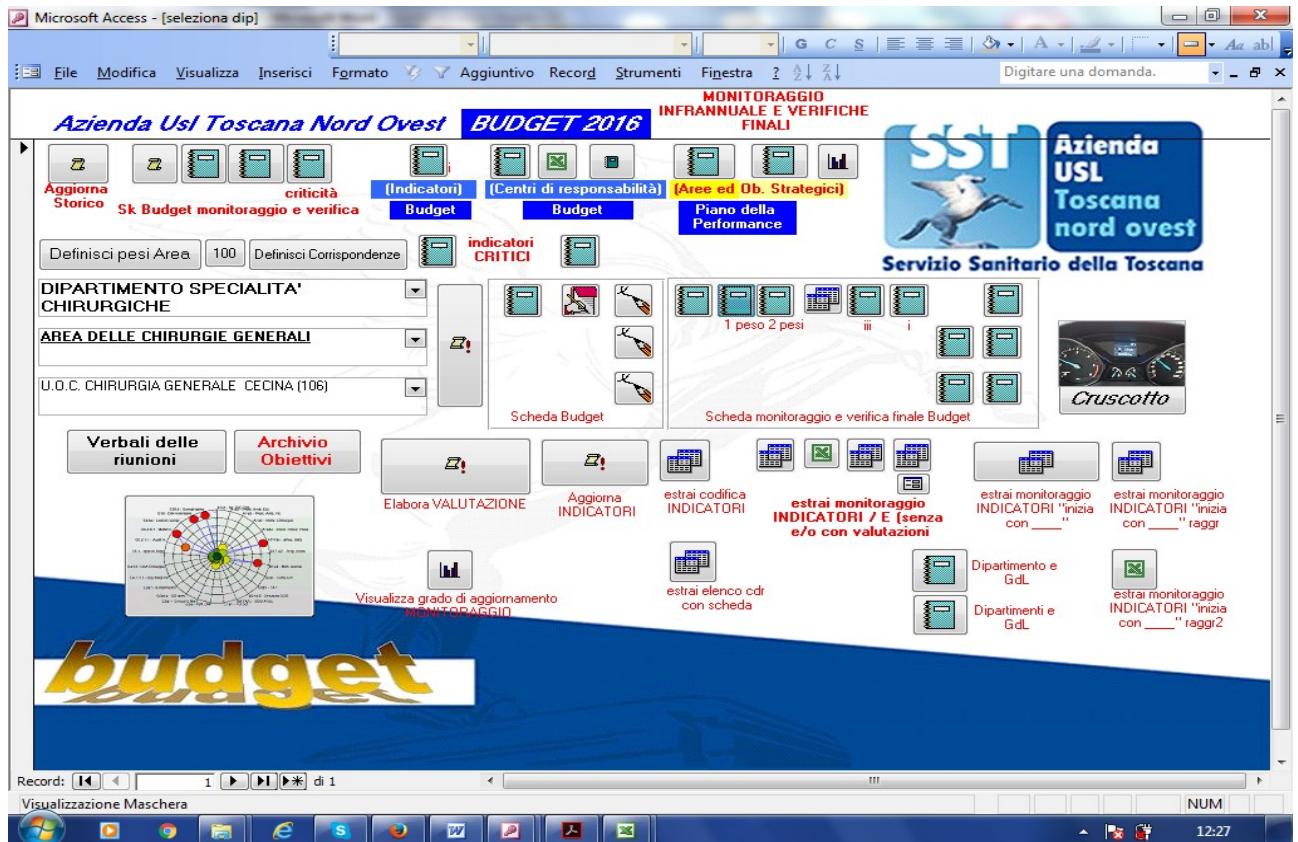
Nel mese di ottobre/novembre sia del 2017 che del 2018 è stato inviato a tutti i responsabili di dipartimento l'elenco dettagliato delle risultanze della prima fase di valutazione, con richiesta di inviare eventuali Controdeduzioni nei casi valutati non soddisfacenti.

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

Stampa del 31/01/2019 (l'originale è conservato agli atti dell'ufficio competente)

quindi le valutazioni conseguenti, lasciando libero spazio a valutazioni ragionate, ma garantendo al tempo stesso la necessaria trasparenza delle stesse.



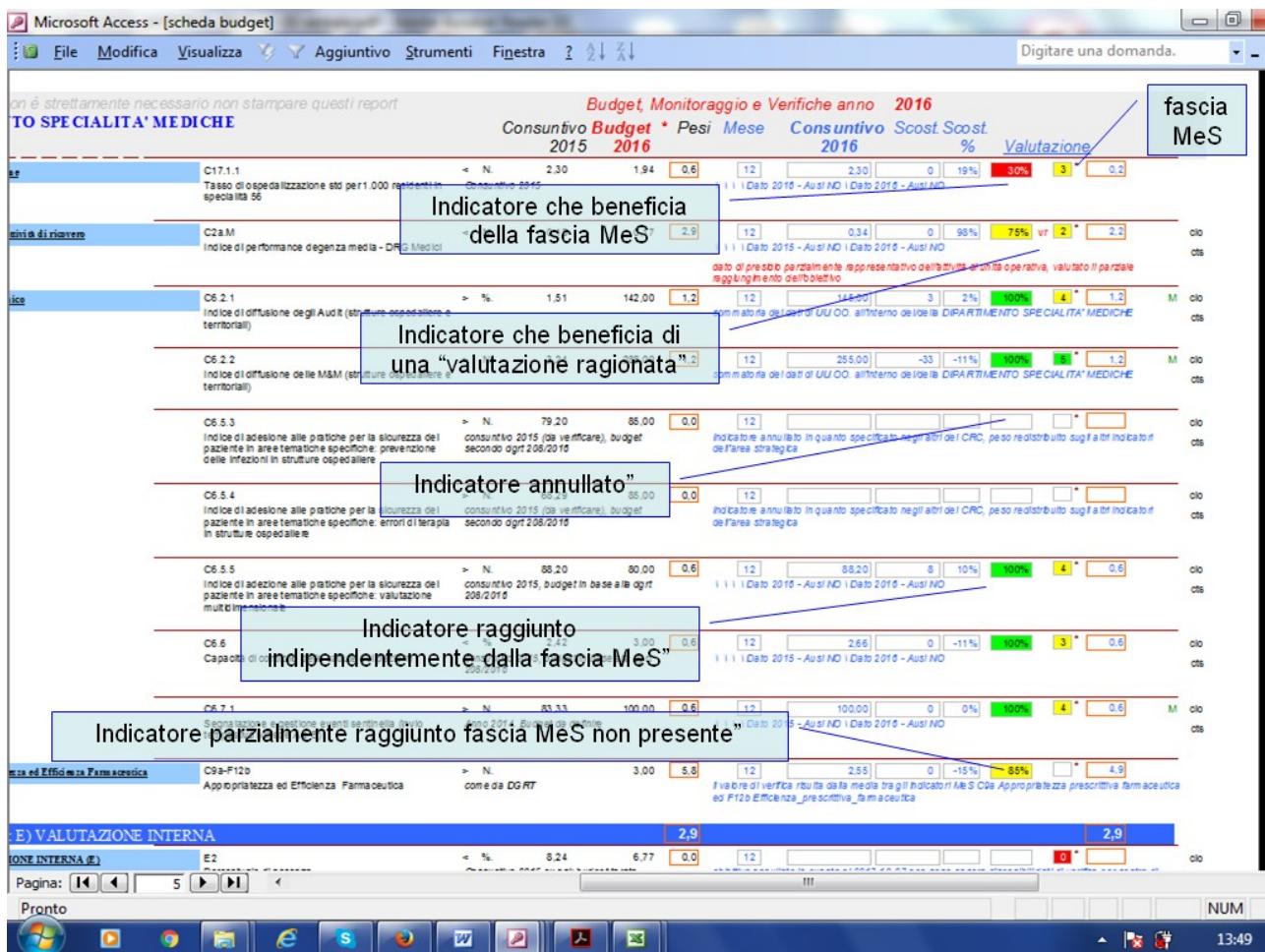


I criteri adottati nella valutazione dei singoli scostamenti sono di tre tipologie:

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.

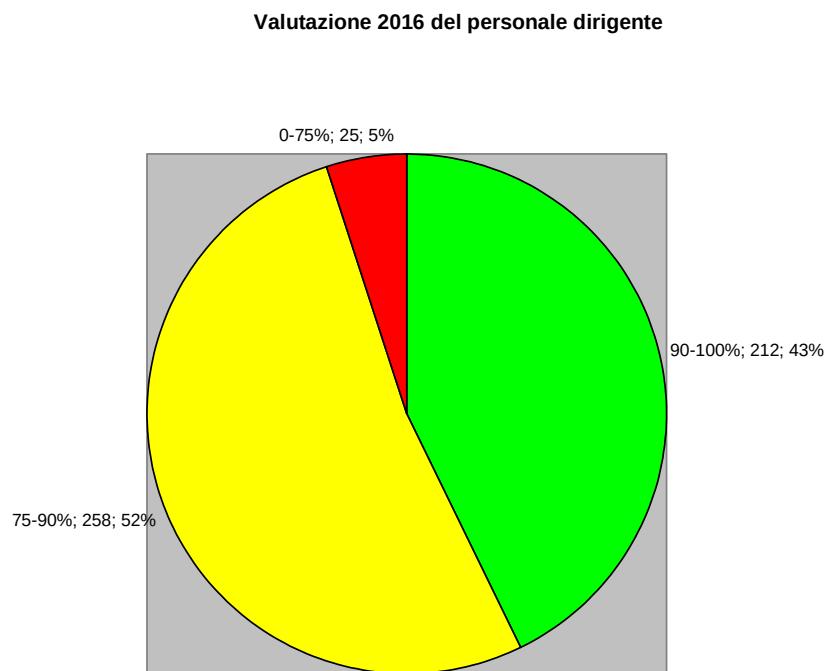
Di tali criteri e delle loro concrete applicazioni c'è traccia evidente in tutte le schede di dettaglio che la direzione aziendale ha deciso di inviare ai dipartimenti come informazione di ritorno e coinvolgimento nella fase conclusiva del procedimento, in modo tale da assicurare la necessaria trasparenza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



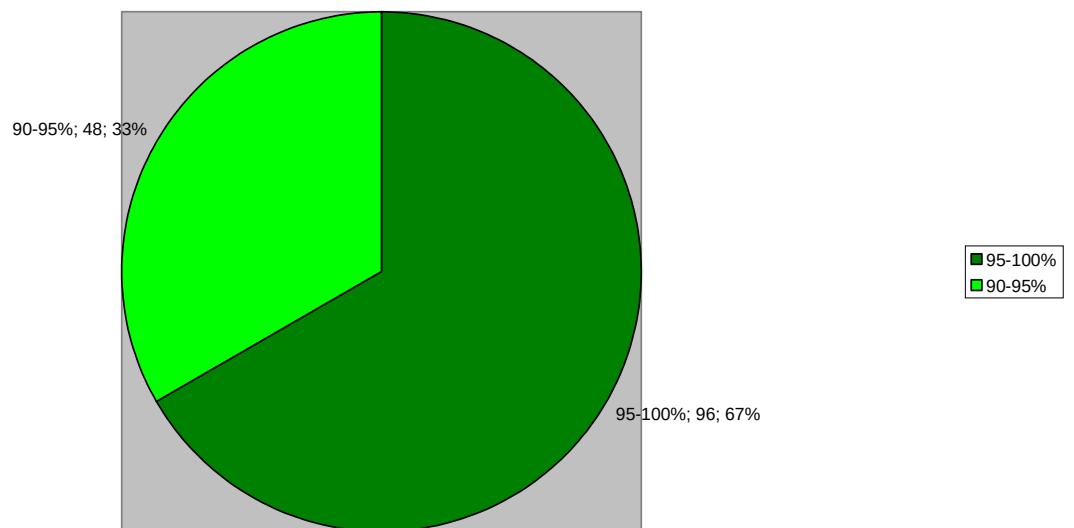
I risultati finali sono stati condivisi con i centri di responsabilità nel mese di gennaio/febbraio 2018, mentre per l'anno 2017 i tempi e le modalità dell'invio del feedback finale alle strutture sono attualmente in corso di definizione, ma presumibilmente dovrebbe avvenire nei mesi di febbraio/marzo 2019.

1.6.1 Risultati sintetici 2016

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

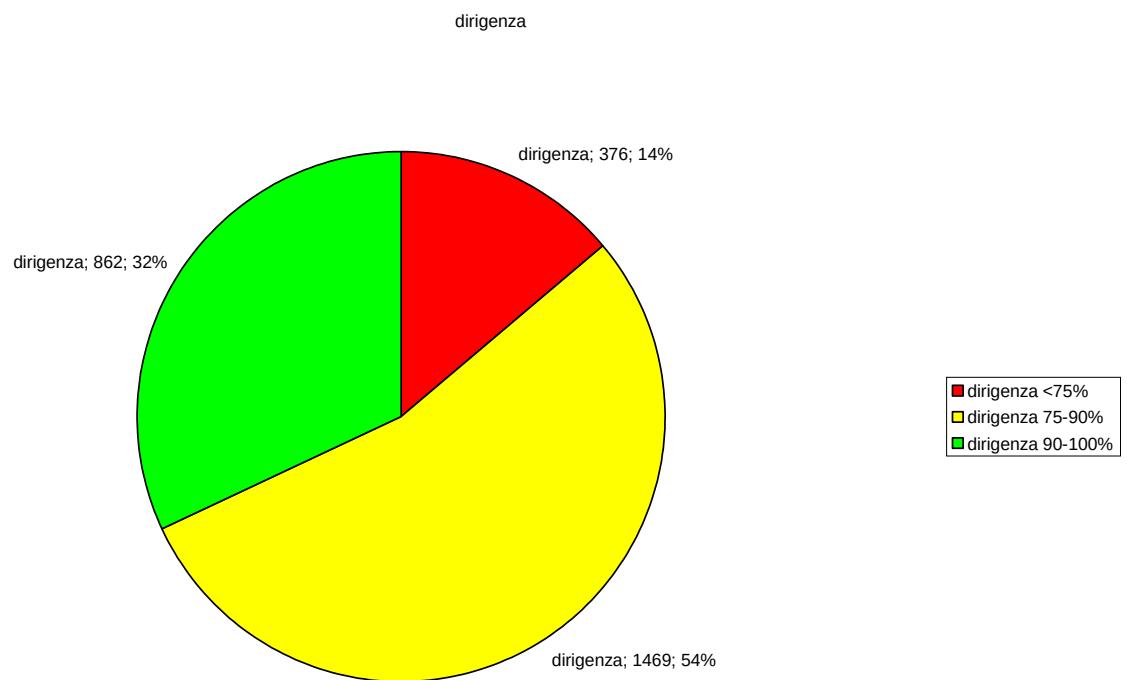


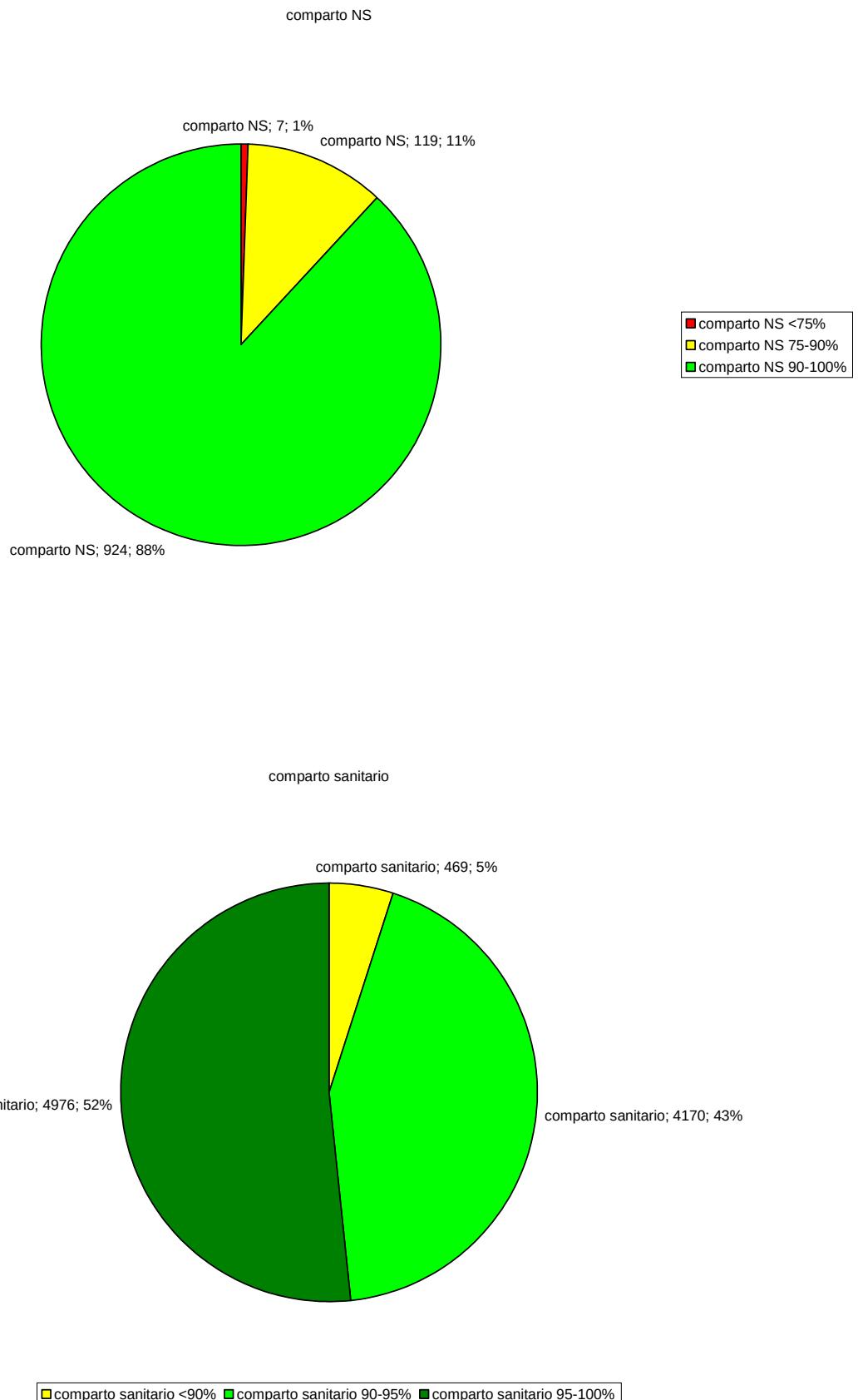
Valutazione 2016 del personale del comparto



1.6.2 Risultati sintetici 2017

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





1.6.3 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:

| Verifiche anno 2017 SCHEDA DI MACROSTRUTTURA (DIPARTIMENTO/ZONA/RETE) | | | | Indicatori da verificare (stimati al 100%) | Indicatori verificati e/o stimati | * Valutazione complessiva | | | |
|---|--|--------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| < di 70 rosso | | tra 70 e 90 giallo | | | | | | | |
| DIPARTIMENTI OSPEDALIERI | | | | | | | | | |
| D01 | DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE | resp cdr: | Roberto Bigazzi | 11 | 64 | 73,5 | | | |
| D02 | DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE | resp cdr: | Aurelio Costa | 8 | 73 | 72,5 | | | |
| D04 | DIPARTIMENTO ONCOLOGICO | resp cdr: | Giacomo Allegrini | 7 | 45 | 84,4 | | | |
| D05 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE | resp cdr: | Raffaele Domenici | 7 | 50 | 70,6 | | | |
| D07 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO | resp cdr: | Ferdinando Cellai | 10 | 54 | 91,5 | | | |
| D08 | DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | resp cdr: | Tito Torti | 12 | 45 | 73,5 | | | |
| D09 | DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA | resp cdr: | Roberto Diodati | 8 | 42 | 78,0 | | | |
| DRO | DIREZIONE RETE OSPEDALIERA | resp cdr: | Grazia Luchini | 7 | 68 | 88,1 | | | |
| DIPARTIMENTI TERRITORIALI | | | | | | | | | |
| D12 | DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE | resp cdr: | Ida Aragona | 0 | 55 | 92,2 | | | |
| ZD1 | ZONA DISTRETTO APUANE | resp cdr: | Monica Guglielmi | 0 | 111 | 82,3 | | | |
| ZD10 | ZONA DISTRETTO DI LIVORNO | resp cdr: | Carlo Giustarini | 0 | 111 | 81,5 | | | |
| ZD11 | ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA | resp cdr: | Donatella Pagliacci | 0 | 112 | 79,7 | | | |
| ZD12 | ZONA DISTRETTO VIAREGGIO | resp cdr: | Fabio Michelotti | 0 | 112 | 78,5 | | | |
| ZD2 | ZONA DISTRETTO LUNIGIANA | resp cdr: | Rosanna Vallelonga | 0 | 112 | 81,5 | | | |
| ZD3 | ZONA DISTRETTO LUCCA | resp cdr: | Luigi Rossi | 0 | 111 | 75,9 | | | |
| ZD4 | ZONA DISTRETTO VDS | resp cdr: | Franco Chierici | 0 | 112 | 78,1 | | | |
| ZD5 | ZONA DISTRETTO PISA | resp cdr: | Alessandro Campani | 0 | 112 | 82,6 | | | |
| ZD6 | ZONA DISTRETTO VALDERA | resp cdr: | Patrizia Salvadori | 0 | 112 | 84,1 | | | |
| ZD7 | ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA | resp cdr: | Sabina Grilli | 0 | 112 | 79,0 | | | |
| ZD8 | ZONA DISTRETTO BASSA VAL DI CECINA | resp cdr: | Donatella Pagliacci | 0 | 111 | 78,5 | | | |
| ZD9 | ZONA DISTRETTO DELL'ELBA | resp cdr: | Gianni Donigaglia | 0 | 112 | 80,7 | | | |
| DIPARTIMENTI TRASVERSALI | | | | | | | | | |
| D03 | DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERNERISTICHE ED OSTETRICHE | resp cdr: | Chiara Pini | 6 | 65 | 83,7 | | | |
| D06 | DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI TECNICO SANITARIE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE | resp cdr: | Fabrizio Magozzi | 8 | 69 | 81,6 | | | |
| D13 | DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE | resp cdr: | | 6 | 46 | 86,7 | | | |
| FAR | DIPARTIMENTO DEL FARMACO | resp cdr: | Giuseppe Taurino | 0 | 33 | 87,9 | | | |
| TECNOSTRUTTURA | | | | | | | | | |
| AVV | DIPARTIMENTO AFFARI LEGALI | resp cdr: | Luca Cel | 0 | 33 | 100,0 | | | |
| D10ECO | DIPARTIMENTO ECONOMICO | resp cdr: | Antonio Jacopo Fernandez | 0 | 49 | 98,2 | | | |
| D10GRU | DIPARTIMENTO RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI | resp cdr: | Daniela Murgia | 0 | 20 | 13,0 | | | |
| D10SG1 | DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI - AREA SUPPORTO AMMINISTRATIVO AI SERVIZI SANITARI | resp cdr: | | 0 | 40 | 98,7 | | | |
| D10SG2 | DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI - AREA AFFARI GENERALI E RAPPORTI ISTITUZIONALI | resp cdr: | | 0 | 33 | 99,0 | | | |
| D11 | DIPARTIMENTO TECNICO E PATRIMONIO | resp cdr: | Nicola Ceragioli | 0 | 36 | 97,5 | | | |
| DIREZIONE AZIENDALE | | | | | | | | | |
| STAFF | STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE | resp cdr: | Fulvio Bessi | 2 | 36 | 98,8 | | | |
| STAFFDS | STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA | resp cdr: | | 0 | 30 | 98,7 | | | |

1.6.4 Analisi de contesto esterno: la Programmazione di Area Vasta

La programmazione in materia sanitaria e sociale della Regione Toscana, in coerenza con gli strumenti della programmazione nazionale, è articolata su due livelli, regionale e locale.

Sono strumenti della programmazione regionale:

- ✓ il piano sanitario e sociale integrato regionale ed i relativi strumenti di attuazione (PSSIR);
- ✓ gli atti di programmazione di area vasta;
- ✓ gli atti della programmazione della rete pediatrica regionale;
- ✓ l'atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi.

Sono strumenti della programmazione locale:

- ✓ i piani integrati di salute (PIS);
- ✓ i piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali (PAL);
- ✓ i piani attuativi delle aziende ospedaliero- universitarie;
- ✓ le intese e gli accordi stipulati in attuazione degli strumenti;
- ✓ il sistema annuale di budget aziendale, in linea con gli obiettivi definiti con l'atto regionale.

Il piano attuativo locale (PAL) è lo strumento di programmazione quinquennale con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalla conferenza aziendale dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo i PIS, relativamente alle attività sanitarie territoriali e socio- sanitarie. Il piano attuativo si realizza con riferimento alle attività sanitarie, socio- sanitarie territoriali e socio- sanitarie integrate attraverso piani annuali di attività, che tengono conto dei contenuti del PIS, e in particolare:

a) attraverso il programma operativo annuale delle cure primarie, articolato per zona- distretto, che definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale; tale programma operativo definisce anche i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale;

b) attraverso l'atto per l'integrazione socio- sanitaria, articolato per zona- distretto, che definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria determinando nel contempo il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; tale programma operativo definisce anche i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

1.7 La performance organizzativa della Asl Toscana Nord Ovest – monitoraggio 2018

In relazione al monitoraggio 2018 si evidenzia la seguente situazione complessiva:

| Verifiche anno 2018 SCHEDA DI MACROSTRUTTURA (DIPARTIMENTO/ZONA/RETE) | | | | Indicatori da verificare | Ind. verificati e/o stimati | Valutazione complessiva |
|---|------|--|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | | | | |
| DIPARTIMENTI OSPEDALIERI | D01 | DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE | resp cdr: Roberto Bigazzi | <input type="checkbox"/> | 100 | 90,0 |
| | D02 | DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE | resp cdr: Mario Manca | <input type="checkbox"/> 1 | 97 | 99,2 |
| | D04 | DIPARTIMENTO ONCOLOGICO | resp cdr: Giacomo Allegrini | <input type="checkbox"/> | 69 | 99,3 |
| | D05 | DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE | resp cdr: Raffaele Domenici | <input type="checkbox"/> | 67 | 90,6 |
| | D07 | DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO | resp cdr: Ferdinando Cellai | <input type="checkbox"/> | 62 | 83,9 |
| | D08 | DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | resp cdr: Tito Torri | <input type="checkbox"/> | 56 | 82,6 |
| | D09 | DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA | resp cdr: Roberto Diodati | <input type="checkbox"/> | 47 | 91,7 |
| | DRO | DIREZIONE RETE OSPEDALIERA | resp cdr: Grazia Luchini | <input type="checkbox"/> | 46 | 82,4 |
| DIPARTIMENTI TERRITORIALI | D12 | DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE | resp cdr: Ida Aragona | <input type="checkbox"/> | 63 | 90,0 |
| | ZD1 | ZONA DISTRETTO APUANE | resp cdr: Monica Guglielmi | <input type="checkbox"/> | 109 | 81,0 |
| | ZD10 | ZONA DISTRETTO DI LIVORNO | resp cdr: Carlo Giustarini | <input type="checkbox"/> | 110 | 78,4 |
| | ZD11 | ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA | resp cdr: Donatella Pagliacci | <input type="checkbox"/> | 109 | 88,8 |
| | ZD12 | ZONA DISTRETTO VIAREGGIO | resp cdr: Fabio Michelotti | <input type="checkbox"/> | 109 | 78,8 |
| | ZD2 | ZONA DISTRETTO LUNIGIANA | resp cdr: Rosanna Vallelonga | <input type="checkbox"/> | 107 | 89,9 |
| | ZD3 | ZONA DISTRETTO LUCCA | resp cdr: Luigi Rossi | <input type="checkbox"/> | 109 | 78,4 |
| | ZD4 | ZONA DISTRETTO VDS | resp cdr: Franco Chierici | <input type="checkbox"/> | 109 | 78,6 |
| | ZD5 | ZONA DISTRETTO PISA | resp cdr: Alessandro Campani | <input type="checkbox"/> | 109 | 78,1 |
| | ZD6 | ZONA DISTRETTO VALDERA | resp cdr: Patrizia Salvadori | <input type="checkbox"/> | 109 | 76,4 |
| | ZD7 | ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA | resp cdr: Sabina Ghili | <input type="checkbox"/> | 109 | 75,9 |
| | ZD8 | ZONA DISTRETTO BASSA VAL DI CECINA | resp cdr: Donatella Pagliacci | <input type="checkbox"/> | 109 | 90,4 |
| | ZD9 | ZONA DISTRETTO DELL'ELBA | resp cdr: Gianni Donigaglia | <input type="checkbox"/> | 109 | 90,4 |
| DIPARTIMENTI TRASVERSALI | D03 | DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE | resp cdr: Chiara Pini | <input type="checkbox"/> 1 | 56 | 91,5 |
| | D06 | DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI TECNICO SANITARIE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE | resp cdr: Fabrizio Magozzi | <input type="checkbox"/> | 80 | 91,7 |

Verifiche anno 2018 SCHEDA DI MACROSTRUTTURA (DIPARTIMENTO/ZONA/RETE)

| | | | | Indicatori da verificare | Ind. verificati e/o stimati | * Valutazione complessiva |
|--------------------------|--------------------------|--|------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| DIPARTIMENTI TRASVERSALI | D13 | DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE | resp cdr: | | 29 | 91,4 |
| FAR | DIPARTIMENTO DEL FARMACO | resp cdr: | Giuseppe Taurino | 2 | 24 | 74,4 |
| TECNOSTRUTTURA | AVV | DIPARTIMENTO AFFARI LEGALI | resp cdr: | Luca Cel | 36 | 91,5 |
| | D10ECO | DIPARTIMENTO ECONOMICO | resp cdr: | Antonio Jacopo Fernandez | 48 | 76,4 |
| | D10GRU | DIPARTIMENTO RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI | resp cdr: | Alessia Macchia | 25 | 91,5 |
| | D10SG1 | DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI - AREA SUPPORTO AMMINISTRATIVO AI SERVIZI SANITARI | resp cdr: | | 41 | 88,0 |
| | D10SG2 | DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI - AREA AFFARI GENERALI E RAPPORTI ISTITUZIONALI | resp cdr: | | 33 | 93,0 |
| | D11 | DIPARTIMENTO TECNICO E PATRIMONIO | resp cdr: | Nicola Ceragioli | 36 | 78,6 |
| DIREZIONE AZIENDALE | STAFF | STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE | resp cdr: | Fulvio Bessi | 28 | 92,3 |
| | STAFFDS | STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA | resp cdr: | | 33 | 78,4 |
| | STRUTTD | STRUTTURE DELLA DIREZIONE GENERALE ALTRO | resp cdr: | | 27 | 91,9 |
| | G | | | | | |

meredì 13 novembre 2018

Area Programmazione e controllo

Pagina 3 di 3

All'interno dei Dipartimenti non ci sono Centri di Responsabilità particolarmente critici, tali da destare preoccupazione con punteggi al di sotto del 50%.

2 AREE ED OBIETTIVI STRATEGICI 2019-2021

Il contesto regionale

Per l'anno 2019 la Regione Toscana ha definito le linee strategiche da assegnate alle aziende sanitarie e che attualmente sono in fase di formalizzazione.

Gli obiettivi ed i pesi distribuiti nelle aree tematiche saranno indicati con atto formale. Allo stato attuale possiamo definire tali indirizzi in via provvisoria e per macro aree, ma che delineano, in via generale, le priorità che l'Azienda USL Toscana nord ovest dovrà presidiare anche quest'anno.

2.1 Il sistema obiettivi 2019 per le aziende del SST

Le Aziende e gli Enti del Sistema Sanitario Regionale sono chiamati a contribuire al raggiungimento degli standard definiti dal Ministero affinché la Regione Toscana continui ad essere considerata una regione virtuosa:

- Indicatori di sistema (che misurano la capacità complessiva di tenuta della performance aziendale):
- Indicatori volti a misurare le strategie indicate dal Piano sanitario sociale integrato.

Quest'anno gli obiettivi saranno legati in modo esplicito ad indicatori di performance presenti in:

- griglia LEA che, anche per il 2019, sarà utilizzata per definire le regioni adempienti;
- nuovo Sistema di Garanzia che diventerà lo strumento con cui a livello nazionale si misureranno i risultati dei servizi sanitari regionali;
- sistema di valutazione della performance della sanità toscana (MES);
- programmi dell'ARS di Osservazione degli Esiti –PrOsE;
- atti di programmazione regionale (delibere, PSSIR, etc..)

In particolare, il Piano Socio Sanitario Integrato Regionale (PSSIR) si concentra su otto obiettivi chiave:

- 1) ridurre le diseguaglianze di salute e sociali;
- 2) gestire la cronicità;
- 3) sviluppare nuovi modelli di “care”;

- 4) accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione;
- 5) creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato;
- 6) ridisegnare le competenze e sostenere le "avanguardie" per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile;
- 7) creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema sociosanitario;
- 8) pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita.

Ovviamente, tutti gli obiettivi devono trovare applicazione nell'ambito di un sistema sostenibile a livello aziendale e quindi regionale.

2.2 Linee guida al bilancio preventivo 2019

Relativamente alle azioni per la sostenibilità, da tradurre poi negli obiettivi di tipo economico finanziario nella programmazione interna all'azienda, le linee guida del bilancio preventivo 2019 inviate dalla Regione in data 23/11/2018 (Prot. arrivo: 2018/0190171/GEN/000DTAECG) indicano i seguenti parametri:

Ricavi

Fondo indistinto: iscrizione per euro 2.041.180.161 comprensiva del fondo di riequilibrio;

Le variazioni, rispetto agli anni precedenti, nella quota del fondo di riequilibrio assegnata a ciascuna azienda sanitaria sono causate, essenzialmente, sia dalle risorse complessive disponibili a tale titolo, sia dalla necessità di compensare le variazioni in senso opposto determinate dal diverso riferimento assunto per i tetti della mobilità sanitaria, sia regionale che interregionale.

Nella determinazione del Fondo ordinario di gestione si è tenuto conto anche della necessità di contribuire alla copertura dei costi (che pertanto costituiscono un ulteriore parametro, che va ad aggiungersi a quelli previsti dal Piano sanitario regionale vigente, per l'attribuzione della quota di F.S.R.) derivanti dalla stipula dei mutui (in parte già avvenuta nel 2017 e nel 2018, in parte prevista entro la fine del 2018) autorizzati con la D.G.R. n. 722/2016 e con alcune D.G.R. adottate nel corso del 2017 (D.G.R. n. 45/2017, 46/2017, 47/2017, 1152/2017).

Così come è avvenuto in passato, l'assegnazione sopra riportata non è esaustiva della quota di F.S.R. destinata a ciascuna azienda/ente e sarà integrata in parte nell'esercizio 2019 (con riferimento alla copertura dei costi sostenuti in relazione a progetti o particolari attività non più finanziate con contributi vincolati) in parte poco prima dell'adozione del bilancio d'esercizio 2019, conguagliando la quota del fondo di riequilibrio attribuita a ciascuna azienda sanitaria.

Oltre agli importi di imminente assegnazione riportati nella tabella precedente, le aziende e gli enti del S.S.R. sono autorizzati ad inscrivere nei rispettivi bilanci di previsione 2019 ulteriori quote di F.S.R. indistinto, in parte già stanziate nel bilancio di previsione pluriennale 2018 – 2020 della Regione ed in parte destinate ad essere stanziate con il bilancio di previsione pluriennale 2019 – 2021. Tali risorse non sono ancora assegnabili formalmente, non solo perché in parte non ancora stanziate in bilancio, ma anche perché la quota che sarà effettivamente assegnata dipende, in parte, dal grado di realizzazione di una serie di progetti autorizzati dalla Regione, il cui esatto grado di realizzazione sarà noto solo in

prossimità della conclusione dell'esercizio 2019. La quota di tali risorse la cui assegnazione non potrà essere legata alla realizzazione dei progetti in questione, perché questi ultimi non saranno ancora completati, trattandosi di risorse indistinte sarà comunque interamente assegnata alle aziende sanitarie, con i criteri generali di attribuzione del F.S.R. indistinto.

Tali ulteriori risorse dovranno, inoltre, essere utilizzate anche per la copertura degli incrementi di costo del personale dipendente derivanti dal rinnovo dei CC.CC.NN.LL., riferito al triennio 2016 -2018 (che per il comparto è stato sottoscritto nel 2018, mentre per la dirigenza, non è stato ancora sottoscritto).

Contributi vincolati e finalizzati

Pur non potendo ancora stanziare nel bilancio di previsione 2019 della Regione la maggior parte dei contributi vincolati a specifiche destinazioni, in quanto l'ufficializzazione della loro assegnazione alla regione Toscana avverrà in corso di anno a seguito di specifici atti di assegnazione e dell'accordo tra Stato e Regioni sulla ripartizione del F.S.N. 2019, in conseguenza dei quali anche la Regione potrà procedere ad assegnare le relative risorse alle aziende sanitarie, sulla base dell'esperienza maturata negli esercizi precedenti, nei quali tali risorse sono state contabilizzate con regolarità dalle aziende stesse, ciascuna azienda e ciascun ente del S.S.R. è autorizzato ad iscrivere nel proprio bilancio di previsione 2019 i ricavi per contributi da Regione vincolati specificati nell'allegato n. 5 alle linee guida.

Ticket

Così come già fatto a partire dal bilancio 2014, anche nel bilancio preventivo (così come dovrà poi avvenire nel bilancio d'esercizio) 2019 i ticket incassati dalle strutture private accreditate o dalle farmacie convenzionate devono essere contabilizzati detraendoli dai relativi costi di acquisto di servizi.

Payback

Non vi è ancora certezza sull'importo che potrà essere inscritto nel bilancio della Regione, e, di conseguenza, in quelli delle aziende sanitarie, a titolo di ricavo per payback relativo alla spesa farmaceutica (da riportare, come al solito, all'interno della posta "Concorsi, rimborsi, recuperi").

L'intervento normativo inserito nella proposta di legge di bilancio nazionale 2019, diretto a conferire efficacia alle transazioni stipulate dall'AIFA con gran parte delle aziende farmaceutiche in relazione al suddetto payback per gli anni 2013 – 2015, fino a quando alcune delle principali aziende farmaceutiche, che per il momento non hanno ritirato i propri ricorsi contro gli atti adottati dall'AIFA, non daranno la propria disponibilità ad aderire, dovrebbe avere solo effetti finanziari, permettendo di chiudere una

quota consistente dei crediti contabilizzati nel 2015, ma non di inscrivere ulteriori ricavi. Il Governo ha preannunciato, inoltre, un intervento normativo sul payback relativo agli anni 2017 e seguenti, ma non se ne conosce ancora l'esatto contenuto e, soprattutto, non ne è noto l'impatto economico sui bilanci delle Regioni. Se tale intervento normativo persuadesse le aziende farmaceutiche a ritirare i ricorsi già presentati sui payback relativi agli anni 2013 – 2016 e a non presentarne di nuovi sui payback ridefiniti dalla norma preannunciata, per la nostra Regione potrebbero sbloccarsi addirittura alcune centinaia di milioni, ma, visto il quadro di incertezza appena descritto, in questa fase è opportuno essere prudenti nell'autorizzare l'iscrizione nei bilanci preventivi delle aziende sanitarie ricavi derivanti da payback.

Minori incertezze riguardano, invece, la possibilità di contabilizzare (come avvenuto, regolarmente, negli anni scorsi) l'ulteriore payback del 5% e dell'1,83% relativo alla spesa farmaceutica territoriale (quindi, a favore delle sole aziende U.S.L.).

Costi:

Personale

In considerazione del fatto che con l'esercizio 2018 il costo del personale dipendente delle aziende e degli enti del S.S.R. toscano, nel suo complesso, al netto del costo delle categorie di personale che la normativa vigente consente di escludere dal calcolo (in quanto assunte in ottemperanza di norme nazionali intervenute successivamente) e dei maggiori oneri derivanti dai rinnovi dei CC.CC.NN.LL., dovrebbe rientrare entro il limite del costo 2004, ridotto dell'1,4%, previsto dall'art. 17, c. 3-bis., d.l. 98/2011 convertito nella l. 111/2011, il costo del personale così calcolato, riportato nel bilancio preventivo 2019 non dovrà essere superiore al costo finale dell'esercizio 2018, come già stabilito nei Piani dei fabbisogni di personale relativi al triennio 2018-2020, redatti da ciascuna azienda o ente ai sensi degli artt. 6 e 6ter del d.lgs. 165/2001, delle linee di indirizzo ministeriali, definite con decreto 8 maggio 2018 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 27.7.2018) e delle indicazioni fornite dalla Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale con nota AOOGRT/380766/Q.070.020 del 30.7.2018.

L'eventuale eccedenza del costo in esame rispetto al costo del 2018, pertanto, potrà essere giustificata solo se determinata dal rinnovo del C.C.N.L. della Dirigenza, o da incrementi di costo delle categorie di personale che la normativa vigente consente di escludere dal calcolo (per esempio personale assunto ex L. 68/1999, personale finanziato con contributi di soggetti privati o dell'unione europea, personale per le REMS o per la medicina penitenziaria, ecc.), ferma restando la necessità che tale eccedenza sia compatibile con l'equilibrio economico.

Non sapendo ancora se il C.C.N.L. della dirigenza per il triennio 2016 – 2018 verrà effettivamente sottoscritto nel corso del 2019, ciascuna azienda o ente del S.S.R., per tenere comunque conto di tale incremento di costo, dovrà inscrivere nel proprio bilancio preventivo 2019 un accantonamento a tale titolo per l'importo specificato nell'allegato n. 5 alle linee guida.

Anche per quanto riguarda i costi relativi ai medici specialisti ambulatoriali (ex SUMAI), che pur essendo, dal punto di vista giuridico, classificati tra i medici convenzionati sono, in molti casi, intercambiabili, per le funzioni svolte, con il personale dipendente o assimilato, si precisa che nel bilancio preventivo non potranno essere superiori a quelli attesi per il bilancio d'esercizio 2018.

Acquisto di farmaci e dispositivi medici

Tenuto conto che negli ultimi anni l'incremento della spesa farmaceutica per acquisti diretti è stato, purtroppo, una costante nel S.S.R. Toscano e che questo andamento è il maggiore dei rischi che gravano sul suo equilibrio economico, è necessario che nel 2019 prosegua la forte azione di razionalizzazione e di riconduzione all'appropriatezza, intrapresa nel 2018, caratterizzata da un costante rispetto delle linee guida emanate nel tempo dalla Regione. Occorre, pertanto, che l'incidenza della spesa farmaceutica per acquisti diretti sul totale dei costi, che per la Toscana, dai dati ricavabili dagli ultimi report mensili dell'AIFA, continui ad avvicinarsi al limite del 6,89% fissato dall'attuale normativa, attualmente piuttosto lontano.

Tale avvicinamento nelle linee guida per l'elaborazione dei bilanci di previsione 2018 era stato prefigurato in due tappe: nel 2018 l'incidenza dei costi in esame sul totale della spesa sanitaria avrebbe dovuto ridursi di circa un punto percentuale, attestandosi sul 9,3% (con una riduzione relativa, quindi, di circa il 10%, pari a circa 77 mln in valore assoluto nel totale regionale); nel 2019 tale riduzione avrebbe dovuto progredire di un ulteriore punto percentuale, raggiungendo l'8,35%, ossia un'incidenza leggermente inferiore alla media nazionale.

Considerato che la proiezione di AIFA per il 2018, emergente dagli ultimi report sull'andamento nazionale della spesa farmaceutica pubblicati da tale agenzia, mostra, complessivo peggioramento dell'incidenza media, a livello nazionale, degli acquisti diretti di farmaci rispetto al fondo sanitario (con la Toscana che invece, pur non raggiungendo l'obiettivo prefigurato per il 2018, appare tra le poche Regioni in controtendenza), l'obiettivo a suo tempo ipotizzato per il 2019 viene rimodulato ad un'incidenza dell'8,60%, che, rispetto ai bilanci preventivi 2018, si tradurrebbe in una riduzione di costi complessivi di circa 59 mln in valore assoluto.

Si chiede, pertanto, che i costi per acquisti diretti di farmaci con A.I.C e senza A.I.C. per ciascuna azienda o ente del S.S.R. non siano superiori, per l'anno 2019, all'importo specificato nell'allegato n. 5 alle linee guida.

Per quanto concerne i dispositivi (medici, impiantabili attivi e diagnostici in vitro), l'indicazione che viene fornita per il bilancio preventivo è di una riduzione del 2% dei costi rispetto alla proiezione degli analoghi costi 2018, desumibile dal mod. CE del III° trimestre 2018 (che denota una crescita rispetto ai costi 2017).

Si chiede, pertanto, che i costi per dispositivi (medici, impiantabili attivi e diagnostici in vitro) si riducano di circa 11 mln rispetto ai costi tendenziali 2018, e, pertanto, che per ciascuna azienda o ente del S.S.R. non siano superiori, per l'anno 2019, all'importo specificato nell'allegato n. 5 alle linee guida.

Anche per il resto degli acquisti di beni sanitari valgono le considerazioni già espresse per i dispositivi.

Si chiede, quindi, che i costi per il resto degli acquisti sanitari (riduzione del 2% rispetto ai costi tendenziali 2018 desumibili dai modelli CE relativi al III° trimestre) – fatta salva per la parte che viene indicata nella mobilità, che va inserita per intero - non siano superiori, per l'anno 2019, all'importo specificato nell'allegato già richiamato.

Farmaceutica convenzionata

Per quanto attiene alla farmaceutica convenzionata, il cui andamento dei costi, pur se meno preoccupante di quello degli acquisti diretti, non è stato comunque soddisfacente, se confrontato con quello di altre Regioni aventi caratteristiche analoghe a quelle della Toscana, si chiede alle aziende USL di rispettare, nell'esercizio 2019, il limite complessivo di costo specificato nell'allegato n. 5 a queste linee guida, che prefigura un risparmio complessivo, a livello regionale, di circa 15,5 mln (pari a circa il 3,5%).

Costi per acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private accreditate

Nel bilancio preventivo 2019 delle AUSL i costi complessivi per acquisto di prestazioni da strutture sanitarie private accreditate non potranno essere superiori ai limiti stabiliti dalla D.G.R. n. 1220 del 08/11/2018 e dal relativo allegato.

Si rammenta che i tetti economici stabiliti dalla suddetta D.G.R. per ogni soggetto convenzionato comprendono sia le attività di ricovero che quelle ambulatoriali (laddove il soggetto sia convenzionato per entrambe le tipologie di prestazioni) e indipendenti dalla provenienza del paziente.

Altri costi

Per tutte quelle voci di costo in relazione alle quali non vengono fornite indicazioni specifiche nelle presenti linee guida, in linea di principio si chiede di inserire nel bilancio preventivo 2019 importi non superiori alla proiezione di quelli complessivamente sostenuti nel 2018. Le eccezioni a tale regola generale si ritiene possano rinvenirsi soprattutto in incrementi dei costi di alcune utenze (energia elettrica, gas), legati ad aumenti tariffari, e di alcuni servizi aggiudicati con contratti di durata pluriennale, i cui prezzi siano indicizzati all'inflazione. Inoltre, per la maggior parte delle aziende dovrebbero crescere gli oneri finanziari, tenuto conto che alcuni mutui sono stati stipulati nella seconda metà del 2017 ed hanno gravato su tale esercizio per una sola rata semestrale di ammortamento ed altri mutui sono stati stipulati nel corso del 2018 o saranno comunque contratti entro tale esercizio. Queste eventuali eccezioni dovranno comunque essere esposte e motivate nella nota illustrativa del bilancio.

Libera professione intramoenia

Riguardo alla libera professione intramoenia, si ribadisce che tale attività dovrà continuare ad essere organizzata, per quanto riguarda gli aspetti contabili ed amministrativi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, ivi compreso quanto disposto dalla DGRT n. 888/2008, dalla DGRT n. 743/2011 e dalla DGRT n. 529/2013.

Si conferma la necessità di tenere apposita contabilità separata, alimentata attraverso la contabilità analitica, da cui dovrà risultare che i ricavi coprono almeno tutti i costi di tale attività, sia diretti che indiretti, e di monitorare regolarmente la corretta gestione degli incassi. Le tariffe dovranno essere in linea con la normativa regionale vigente.

In generale, si richiamano le aziende sanitarie alla verifica del rispetto, da parte dei singoli professionisti, di tutti i limiti stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, nonché dalle deliberazioni sopra richiamate, per lo svolgimento dell'attività in libera professione intramoenia, tra cui, in particolare, il controllo sul fatto che l'attività resa in tale regime non superi quella resa in regime istituzionale.

Flussi di cassa e tempi di pagamento

La programmazione dell'attività 2019 deve essere accompagnata da una coerente programmazione dei flussi di cassa. I Direttori Generali delle aziende sono pertanto chiamati a monitorare in modo costante i flussi di cassa aziendali mediante la compilazione dell'apposito prospetto definito e validato nel 2007 e s.m.i. Il prospetto in questione, relativo alla previsione dei flussi di cassa per l'anno 2019, deve essere allegato al bilancio preventivo economico per essere poi mensilmente aggiornato con i dati a

consuntivo e con l'aggiornamento delle previsioni. Si ricorda che i dati a consuntivo dovranno poi coincidere con quelli risultanti in contabilità e gli stessi devono essere trimestralmente riconciliati con i saldi risultanti all'Istituto Cassiere. La riconciliazione tra dati contabili e dati dell'Istituto Cassiere deve essere trasmessa trimestralmente al Settore regionale competente ai fini dei relativi controlli. Obiettivo prioritario della Regione è quello di garantire non solo alle aziende sanitarie, ma anche all'ESTAR la necessaria liquidità per far fronte ai pagamenti ai fornitori nei termini contrattualmente previsti.

Il rispetto dei tempi di pagamento, oggetto di verifica, fra l'altro, al Tavolo adempimenti, continua infatti ad essere uno dei principali obiettivi da perseguire anche per l'anno 2019. I Direttori Generali delle aziende sanitarie sono tenuti pertanto a monitorare il rispetto di detti tempi, trasmettendo trimestralmente agli uffici regionali la situazione debitoria ed i pagamenti effettuati nel trimestre di riferimento, seguendo le indicazioni formalmente fornite con nota regionale.

Si richiede alle Aziende Sanitarie inoltre:

- l'invio periodico dell'esposizione presso il proprio istituto cassiere in termini di: giorni di utilizzo anticipazione, valore medio e percentuale media di anticipazione sulla massima consentita. Tale utilizzo continua infatti ad essere oggetto di monitoraggio mensile centralizzato. Gli scostamenti rispetto ai termini di legge saranno oggetto di attenta valutazione da parte della struttura preposta e rientrano nella valutazione conclusiva delle performance aziendali per l'anno 2019;
- la garanzia che i tempi di pagamento ad ESTAR siano in linea con i tempi medi di pagamento nei confronti degli altri fornitori. Anche tale equilibrio verrà monitorato a livello centralizzato nel corso dell'anno.
- la chiusura, ove non esistano particolari contestazioni o situazioni di contenzioso, delle partite debitorie presenti nei bilanci, risalenti ad esercizi precedenti a quello in corso, con particolare riferimento a quelle verso ESTAR.

Con riferimento ai pagamenti si ricorda altresì, alle aziende ed agli enti del SSR, l'istituzione dell'Indice di Tempestività di pagamento previsto dal DPCM 22 settembre 2014 - (GU n.265 del 14.11.2014), e la necessità di ottemperare ai relativi obblighi di pubblicità.

Mobilità

In generale si invita ad inserire nel bilancio preventivo 2019 gli importi della mobilità sanitaria effettiva registratisi nell'esercizio 2017, in quanto gli ultimi ad oggi noti per l'intero anno, riassunti nell'Allegato 2. Le eccezioni sono costituite essenzialmente dalle seguenti situazioni:

- dalla Fondazione G. Monasterio e dall'AUSL Toscana Nord Ovest, a causa della mancata applicazione della franchigia di circa 6,4 mln sull'attività della Fondazione G. Monasterio che invece era stata considerata negli ultimi esercizi (e che riguarda pressoché interamente l'AUSL Toscana Nord Ovest);
- dall'AUSL Toscana Sud Est e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, limitatamente alla farmaceutica, per il passaggio all'AUSL Toscana Sud Est della gestione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione dall'AOUS, avvenuto nel corso del 2018;
- dall'AUSL Toscana Centro e dall'AOU Careggi, anche in questo caso limitatamente alla farmaceutica, per il passaggio all'AUSL Toscana Centro della gestione della distribuzione diretta di alcune tipologie di farmaci in dimissione dall'AOUC, previsto per il 2019.

Si precisa, inoltre, che eventuali variazioni significative dei valori della mobilità sanitaria infraregionale tra il bilancio preventivo ed il bilancio d'esercizio, dovranno essere compensati da variazioni in senso contrario della distribuzione della quota di F.S.R. indistinto di cui si autorizza l'iscrizione nel bilancio preventivo con le linee guida regionali citate.

Per quanto riguarda l'attività della Fondazione G. Monasterio, è stata concordata con tale azienda l'eliminazione franchigia (abbattimento forfetario dei ricavi per mobilità sanitaria regionale), utilizzata nel 2015, nel 2016 e nel 2017, ma, affinché tale eliminazione non compromettesse l'equilibrio tra i soggetti del S.S.R., è stata ridotta, in misura corrispondente (circa 6,4 mln), l'assegnazione di risorse a valere su F.S.R. indistinto e vincolato a favore della Fondazione.

ESTAR

Il Bilancio dell'ESTAR, limitatamente ai paragrafi applicabili, è soggetto ai medesimi indirizzi forniti alle aziende sanitarie.

Per poter correttamente redigere i bilanci di previsione, l'ESTAR dovrà aver concordato con le aziende sanitarie la programmazione di attività 2019.

Eventuali accordi specifici tra aziende sanitarie ed ESTAR dovranno essere allegati sia al bilancio dell'ESTAR che a quello delle aziende sanitarie interessate e trovare corrispondenza nelle previsioni.

Certificazione dei bilanci e P.A.C.

Nel corso del 2019 dovrà proseguire il processo di certificazione dei bilanci aziendali, processo che sarà corroborato dalla prosecuzione del Percorso di Accompagnamento alla Certificabilità (P.A.C.),

derivante dalla specifica normativa di livello nazionale, approvato dalla Giunta Regionale con le DGR n. 504/2013, n. 702/2015 e n. 719/2016.

Piano Investimenti

Anche alla luce delle modifiche apportate nella registrazione degli ammortamenti dal D.Lgs. 118/2011 particolare attenzione dovrà essere data ad una corretta programmazione degli investimenti, alla loro puntuale previsione nel documento allegato al bilancio di previsione (Piano annuale e triennale) ed all'assoluto rispetto di ciò. Nello specifico si ricorda che le aziende per poter effettuare investimenti in mancanza di finanziamenti esterni specifici dovranno rispettare i seguenti parametri:

- Mantenimento dell'equilibrio economico (ovvero, dal momento che tali investimenti dovranno essere ammortizzati completamente nell'anno significa che a fronte di un euro di investimento in più deve essere previsto un euro di risparmio. Gli ulteriori investimenti "sul bilancio" si devono in altre parole coprire con ulteriori risparmi economici.
- Limite massimo degli investimenti in "autofinanziamento" è comunque pari al valore complessivo degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni e delle quote di mutuo rimborsate nel corso dell'anno.

Infine, anche per il 2019 è confermato l'obbligo posto a carico del S.S.R. nel suo complesso in merito al mantenimento dell'equilibrio economico.

In particolare si ricordano gli obblighi a carico dei Direttori Generali relativamente alle attestazioni trimestrali di coerenza degli andamenti economici rispetto agli obiettivi assegnati, nonché l'obbligatorietà dell'assunzione di misure di riconduzione all'equilibrio della gestione ove si prospettino situazioni di allontanamento dall'equilibrio.

2.3 La programmazione strategica ed operativa

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 l.r. 40 /2005”.

Nella nuova azienda la programmazione di bilancio è strettamente collegata alla programmazione della performance, aziendale e di struttura organizzativa. Le linee strategiche, non solo economiche, vengono quindi riepilogate e comunicate agli *stakeholders* attraverso il Piano della Performance, documento che verrà formalizzato entro il 31/01/2019 con riferimento il triennio 2019-2021. L’impostazione rimane quella già definita a partire dal Piano 2016-2018, e confermata annualmente fino all’attuale Piano 2018-2020.

Il Piano della performance definito è il risultato di un complesso percorso di omogeneizzazione che ha teso a valorizzare e standardizzare le migliori pratiche fino al 2015 sviluppate nelle 5 ex Asl.

In particolare, le linee caratterizzanti tale attività di omogeneizzazione possono essere così riassunte:

- 1) il raggruppamento in **4 aree** degli obiettivi strategici, di tutti gli obiettivi operativi e dei relativi indicatori;
- 2) la definizione di una pesatura degli obiettivi di budget differenziata su schede diversificate tra **dirigenza e comparto**, con evidenziazione dei collegamenti tra obiettivi comuni;
- 3) l’uniformazione delle **modalità operative** anche attraverso l’utilizzo di un sistema informatico univoco che garantisca uniformità di valutazione e corrispondenza tra valutazione operativa nel suo complesso e valutazione strategica.

Il piano della performance è un documento programmatico triennale che presenta ed illustra agli stakeholder dell’Azienda Sanitaria, ai sensi dell’art.10 del D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.i.i., gli obiettivi strategici ed operativi dell’ente, gli indicatori necessari alla loro misurazione nonché le risorse a disposizione per la loro realizzazione compatibili con la programmazione di bilancio.

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.

2.4 Albero della performance

Attraverso l'albero della performance l'azienda ha definito una mappa logica che rappresenta i legami fra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni. L'albero fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. La filosofia di costruzione dell'albero non corrisponde a quella adottata nella definizione di un organigramma. Infatti le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli *outcome* perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative.

Le funzioni fondamentali svolte da ASL Toscana Nord Ovest si articolano in 4 Aree Strategiche che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale:



Attraverso la declinazione delle aree strategiche in obiettivi ed indicatori, assegnati nel budget annuale, l'azienda punta a realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento.

Le misure annuali di tali obiettivi sono definite nel budget e saranno rendicontate nell'ambito della Relazione sulla Performance.

Gli obiettivi aziendali, ovviamente, riprendono gli obiettivi regionali e li declinano all'interno del sistema di programmazione controllo.

Attraverso l'albero della performance intendiamo quindi rappresentare, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

La metodologia seguita consiste nell'organizzazione delle aree strategiche secondo le priorità di intervento aziendali e macrocategorie di servizi, dialogando con il processo di budget aziendale.

Gli obiettivi strategici sono riportati anche nelle schede budget, come raggruppamenti di obiettivi operativi e di indicatori, in modo tale da comporre un sistema collegato e quindi concretamente “esplorabile” dall'alto verso il basso, e viceversa.

Come detto, una delle aree strategiche, quella più direttamente di tipo economico-finanziario, comprende le principali dimensioni rappresentate nel Bilancio relative a consumi di beni e servizi, ed è quindi il naturale collegamento tra obiettivi di bilancio e le altre dimensioni strategiche ed operative aziendali.

Nonostante i passi in avanti fatti negli ultimi anni rimangono criticità rilevanti che impongono una risposta coordinata su: dimensionamento dell'offerta su casistiche in linea con gli standard riconosciuti; appropriatezza della domanda (in particolare di esami di Laboratorio e di Diagnostica Pesante); tempi di attesa ambulatoriali e chirurgici; tempi di risposta da Pronto Soccorso; percezione del cittadino rispetto ai servizi sanitari (in particolare PS); integrazione tra processi amministrativi e sanitari; Clima Interno e Percezione dell'azienda da parte del cittadino.

In altri termini, nel contesto attuale assume massima importanza la ricerca di un dimensionamento ottimale coniugato ad una appropriatezza dei servizi, sempre più vicini ai cittadini.

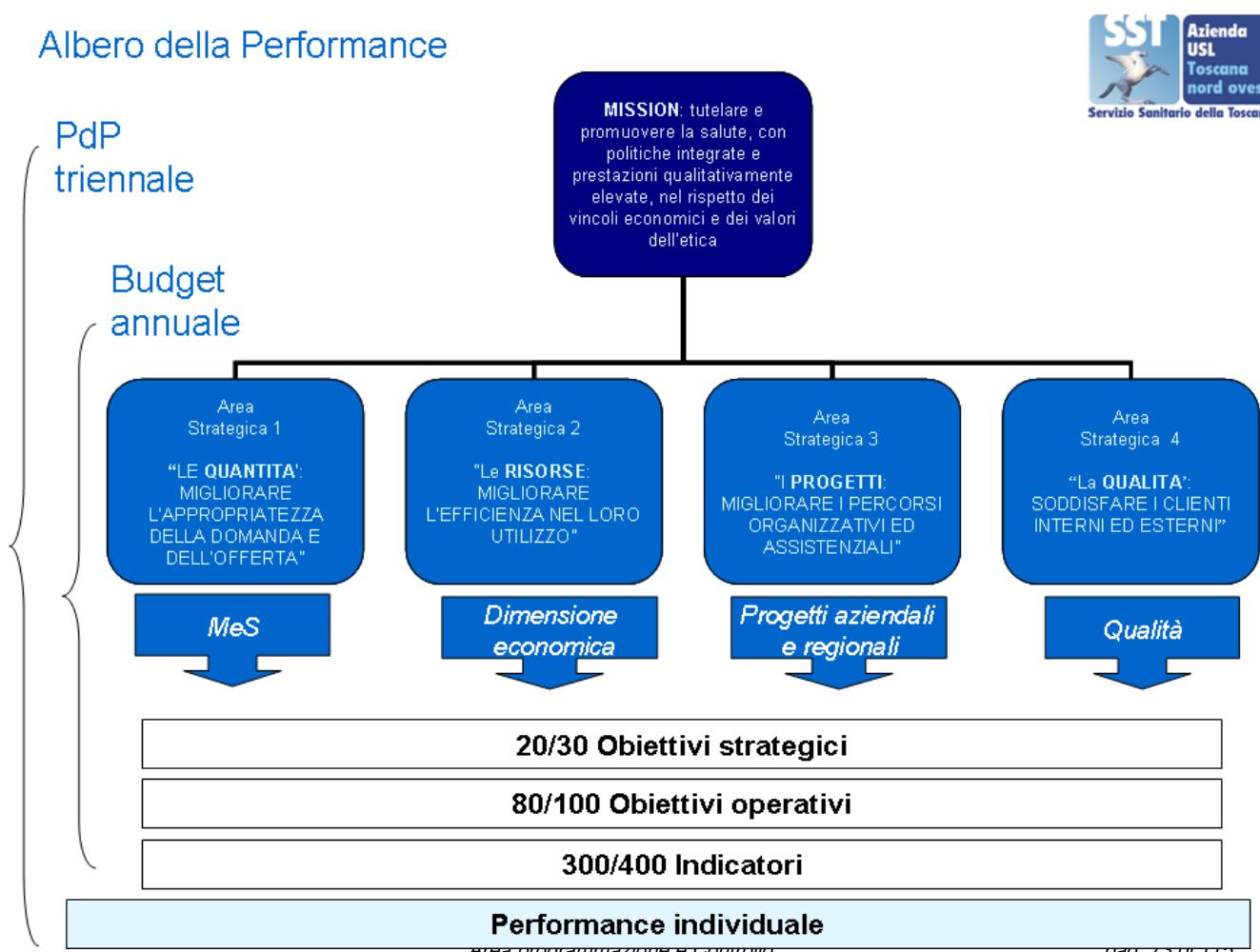
Di fondamentale importanza è la sempre maggior consapevolezza che solo con una Rete dei servizi sempre più integrata e sempre meno ridondante si possono determinare le condizioni necessarie per

affrontare il prossimo futuro, continuando e migliorando il trend positivo in termini di efficienza ed efficacia dell'organizzazione unitamente ad una sostanziale appropriatezza dei servizi offerti.

Relativamente ai processi amministrativi di supporto a quelli sanitari risulta ancora troppo dimensionata e mal organizzata la rete delle strutture che costituiscono punti di contatto tra il cittadino ed i servizi sanitari. Il futuro, in parte già impostato, vede l'organizzazione sanitaria sempre più accessibile via web, lasciando al front office solo quelle attività che, per loro natura, richiedono un contatto umano tra operatore sanitario e cittadino.

Infine, le riorganizzazioni attuate in un contesto di scarsità di risorse ed in tempi relativamente brevi, hanno comportato un progressivo allontanamento dei dipendenti da sentimenti di attaccamento all'azienda, innescando anche, in alcuni casi, conflitti che deteriorano il clima interno. Occorre quindi riaffermare l'importanza di sviluppare e promuovere situazioni che migliorino il senso di appartenenza da parte del personale nei confronti dell'azienda, grazie all'utilizzo di meccanismi sempre più trasparenti di condivisione di obiettivi e strumenti di valutazione, sempre più incentivanti il merito dei singoli e dei gruppi di persone che collaborano al raggiungimento di fini comuni.

L'albero della Performance che abbiamo definito per il 2019 è il seguente:



Gli obiettivi strategici triennali consistono nel perseguitamento dei target definiti di anno in anno all'interno di tale schema operativo.

2.5 Gli obiettivi 2019

Gli obiettivi strategici regionali sono definiti per il 2019 attingendo alle seguenti fonti:

- Nuovo Sistema di Garanzia, per tutti gli indicatori di nuova introduzione per i quali sono già disponibili soglie di riferimento o per i quali è stato fatto a livello regionale uno specifico approfondimento in quanto di interesse strategico (PDTA);
- Griglia Lea, per quegli indicatori che sono stati fino ad oggi il riferimento nazionale per il monitoraggio dei Lea e che, in ogni caso, dovranno accompagnare il 2019 come anno di passaggio verso il Nuovo Sistema di Garanzia;
- Indicatori del sistema di valutazione della performance del laboratorio Mes, per quegli indicatori che consentono di monitorare efficacemente alcuni ulteriori contesti strategici per l'assistenza socio sanitaria;
- Indicatori esito (Prose, PNE) e di percorso elaborati dall'ARS;
- Indicatori definiti dalla Direzione Regionale competente, con riferimento al monitoraggio di particolari azioni di governo impostate rispetto ai quali esiste una oggettiva possibilità di misurazione ed un valore atteso.

La Regione classifica, partendo dalle fonti sopra citate, i singoli obiettivi ed indicatori 2019, in relazione ai fenomeni osservati, secondo le seguenti categorie omogenee:

- Valutazione complessiva bersaglio;
- Indicatori di sistema;
- Cronicità;

- Oncologia;
- Tempi di attesa;
- Salute mentale;
- Farmaceutica;
- Esiti;
- Ricerca;
- Fine vita.

A questi vanno aggiunti altri obiettivi più generali relativi alla sostenibilità economica e definiti nelle linee guida al bilancio, nonché azioni e progetti aziendali definiti con il Documento di programmazione 2018-2019 definito dall'azienda ed approvato dalla Conferenza dei Sindaci nel corso del 2018.

Il tutto confluiscce, nella falsariga del precedente ciclo di programmazione, nel sistema aziendale di Performance:

- AZIONI PER LA SOSTENIBILITÀ: fanno parte di questo ambito gli obiettivi orientati al contenimento della spesa e utilizzo appropriato delle risorse. Questa dimensione include quindi gli obiettivi relativi al rispetto dei **vincoli economici** assegnati alle aziende sanitarie e sono fondamentali per la sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso. Al fine di garantire il vincolo normativo del pareggio di bilancio, l'Azienda prevede una pluralità di azioni di contenimento della spesa volte al raggiungimento degli obiettivi concordati con l'assessorato, che costituiscono la base per l'attribuzione ai vari gestori degli obiettivi in termini di limiti di spesa. Rientrano in questa sezione gli obiettivi relativi al consumo di beni e servizi sanitari e non sanitari, in particolare sulla spesa farmaceutica. Da sottolineare che il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario è una condizione fondamentale ma non certamente sufficiente: è essenziale che le risorse della collettività creino valore, ossia che siano utilizzate in modo adeguato, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità.
- STRATEGIE REGIONALI E AZIENDALI: rientrano in questo settore principali sfide regionali, come ad esempio, il governo delle liste di attesa, il corretto funzionamento delle reti tempo dipendenti, il percorso del paziente oncologico, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Tali contenuti sono finalizzati a promuovere azioni di miglioramento, avviare percorsi orientati allo sviluppo organizzativo e all'innovazione nell'ambito dei processi assistenziali ed organizzativi. Sono quindi azioni/progetti da intraprendere per portare progressivamente

l'organizzazione verso le migliori esperienze conseguite nel corso degli anni nelle diverse realtà territoriali, anche valorizzando le esperienze diverse e positive già esistenti, per trovare la risposta sanitaria e sociale più adatta rispetto ai bisogni dei cittadini. Gli Indirizzi aziendali tengono conto in particolare del Documento di programmazione definito nel corso del 2018 per gli anni 2018 e 2019. In particolare: [le reti Tempo dipendenti](#) (Ictus, [Emergenze cardiologiche](#), [Trauma maggiore](#), [Emergenza Territoriale 118](#), [Codice rosa](#)); le reti ospedaliere [Area Medica](#) ([Appropriato uso dei setting assistenziali di ricovero ordinario](#), [Pneumologica](#), [Diabetologia](#), [Neurologica](#), [Nefrologica](#), [dell'elettrofisiologia cardiaca](#)); [Area Chirurgica](#) ([Concentrazione della casistica nel rispetto degli standard nazionali e regionali](#), [Area Vasta per la Day Surgery e chirurgia ambulatoriale complessa](#), [Sviluppo di attività chirurgica di tipo mini-invasivo](#), [Sviluppo della chirurgia robotica in ambito ortopedico e urologico](#), [Gestione delle liste di attesa chirurgiche](#)); [Area Emergenza Urgenza](#) ([Avvio del nuovo modello di Pronto Soccorso](#), [Piano per il sovraffollamento al Pronto Soccorso](#), [Area critica](#)); [Materno Infantile](#) ([Riorganizzazione della rete dei punti nascita](#), [Rete pediatrica ambulatoriale](#), [Continuità ospedale territorio e le cure palliative nei pazienti pediatrici](#), [Rete dei consultori](#)); [Area Oncologica](#) ([Screening oncologici](#), [Riorganizzazione del Cord/Accoglienza aziendale: omogeneità di accesso](#), [La Riorganizzazione della oncoematologia nell' ambito della nuova organizzazione aziendale](#), [Implementazione della tecnologia e abbattimento liste di attesa in Radioterapia](#), [Ricerca clinica a livello aziendale](#)); [Servizi diagnostici e visite specialistiche](#) ([Governo delle liste di attesa](#), [Equità di accesso e qualità delle prestazioni di Laboratorio](#)); [Riabilitazione](#); [Rete territoriale](#) (Gestione della cronicità, [Prevenzione e promozione della salute](#), [Promozione della salute e del benessere per gli alunni e la comunità scolastica](#), [Promozione della salute di comunità](#), [L'attività fisica a tutte le età \(AFA\)](#), [L'approccio integrato in base alla complessità](#), [Il nuovo modello di Sanità iniziativa](#), [Il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità sul territorio](#), [La maggiore flessibilità dei modelli organizzativi](#), [Avvio e monitoraggio delle funzionalità della Agenzia di continuità ospedale territorio ACOT](#), [Il consolidamento dell'assistenza territoriale nelle AFT e l'integrazione della Continuità assistenziale](#), [Lo sviluppo del modello di Day Service](#), [La piena valorizzazione della rete assistenziale](#), [Le cure intermedie: la rimodulazione dell'offerta e della domanda rispetto al bisogno della popolazione](#), [Il completamento dell'assetto e della funzionalità delle case della salute](#), [L'empowerment ed il self-care del paziente](#), [Progetto IDEA- Programma Di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche \(Self Management\)](#), [Fine vita](#), [La rete delle cure palliative](#); [La Prevenzione e promozione della salute](#) ([Igiene, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro](#), [Assicurare il raggiungimento degli obiettivi Piano Regionale Cave](#), [Piano sulla sicurezza](#)

sul lavoro nel porto di Livorno e negli stabilimenti industriali dell'area portuale, Promozione alla salute nei luoghi di lavoro, Screening e follow up di lavoratori ed ex lavoratori, La cultura della sicurezza nelle scuole, Igiene Pubblica e Nutrizione, Programma Vaccinazioni, Promozione dell'adesione dei pediatri al programma delle vaccinazioni, Applicazione legge 119/2017 disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale in collaborazione con distretti, pediatri di famiglia, Programma Regionale Nutrizione, Sicurezza e conformità degli ambienti di vita (Requisiti di agibilità), Ambiente e Salute, La rete aziendale ambiente e salute, Rosignano - città laboratorio di prevenzione oncologica, Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, La sicurezza alimentare per le fasce deboli di popolazione, Le garanzie igienico sanitarie nel settore turistico recettivo, La sicurezza alimentare in produzione primaria, La Sicurezza in un bicchiere ovvero i MOCA (Materiali destinati al contatto con gli alimenti), Il Piano nazionale di contrasto all'antimicrobico resistenza - la sorveglianza dell'AMR in ambito veterinario – l'integrazione con la rete ospedaliera, Animali in città, Medicina dello Sport, L'anagrafe Sanitaria degli atleti ed il Sistema Informativo Sanitario di Prevenzione Collettiva, Tutela sanitaria delle attività sportive, Informazione ed assistenza, Teniamoci in contatto, La collaborazione con gli stakeholders: Focus Group interventi efficaci in sicurezza alimentare.

- **QUALITA' DELLE CURE:** questa dimensione contiene gli obiettivi legati al miglioramento degli esiti delle cure nell'ambito del Programma di Osservazione degli **Esiti** (PrOsE, ARS), che contribuisce a fornire ai professionisti informazioni utili per promuovere il miglioramento continuo della qualità dei servizi e favorisce una maggiore trasparenza verso i cittadini. Fanno parte di questa sezione anche gli obiettivi legati alle seguenti aree tematiche: Qualità e **Accreditamento**; Gestione del **Rischio** Clinico; **Comunicazione** interna ed esterna.
- **PERFORMANCE DELLA SANITA' TOSCANA:** rientrano in questa sezione gli indicatori e gli obiettivi del **Sistema di Valutazione** della Performance della Sanità Toscana del Laboratorio MeS, che rappresentano uno strumento necessario per monitorare sistematicamente la tenuta dell'azienda ed il rispetto degli standard previsti a livello regionale e nazionale. A questi si affiancano anche gli obiettivi che sono definiti coerentemente con il **Sistema di garanzia** del Ministero della salute. Il benchmarking dei dati tra le realtà aziendali e regionali facilita il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento.

3 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

3.1 Il budget della Azienda USL Toscana nord ovest

L’azienda ha da tempo individuato nel sistema di budget lo strumento fondamentale che permette di diffondere gli indirizzi strategici con un meccanismo a cascata, dalla Direzione Generale al singolo operatore, declinandone i contenuti operativi rispetto al contesto territoriale. Al fine di rendere gli indirizzi regionali coerenti la gestione aziendale è pertanto opportuno prevedere uno stretto collegamento tra la programmazione strategica e la programmazione operativa, che si armonizzano nel processo di budget. In quest’ottica il sistema di budget prevede quindi l’articolazione delle schede da assegnare ai Centri di responsabilità secondo quattro macroaree strategiche, le cui pesature saranno definite prima della negoziazione del budget in linea con le indicazioni dell’atto formale di assegnazione degli obiettivi da parte della Regione:

- Obiettivi di sostenibilità;
- Obiettivi strategici regionali ed aziendali
- Obiettivi di qualità
- Obiettivi di performance della sanità toscana

I Dipartimenti e tutte le articolazioni aziendali sanitarie, sociali, tecnico-amministrative e dello staff sono titolari di scheda di budget e perciò inserite nel processo di valutazione dei risultati. L’andamento degli obiettivi di budget viene verificato a livello aziendale mediante:

- verifiche intermedie effettuate dalla Direzione nei mesi di maggio/giugno e settembre/ottobre;
- reportistica periodica trasmessa dal Controllo di Gestione
- riunioni sistematiche a livello di struttura con gli operatori per la condivisione degli obiettivi, la verifica dell’andamento e la valutazione dei risultati finali

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi a livello aziendale viene effettuata dalla Direzione Aziendale con il supporto dell’Area Programmazione e controllo ed è validata dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che svolge un ruolo fondamentale di supervisione sul processo complessivo e sulla trasparenza dei risultati raggiunti.

I criteri adottati nella valutazione tengono conto sia della capacità di miglioramento dell’azienda, sia dei risultati ottenuti rispetto al contesto regionale, e cioè il “posizionamento”:

Di tali criteri e delle loro concrete applicazioni viene data evidenza nelle schede di dettaglio, che la Direzione Aziendale invia ai Dipartimenti come informazione di ritorno e coinvolgimento nelle fasi intermedie e conclusiva del percorso, in modo tale da assicurare la necessaria trasparenza di tutto il processo.

4 COLLEGAMENTI CON GLI ALTRI SOTTOSISTEMI AZIENDALI

4.1 Il piano anticorruzione e trasparenza

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance “integrato” che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione collettiva e individuale.

In particolare, mediante:

- l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, che contiene le misure da adottare in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza
- la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione “Amministrazione Trasparente” nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda.

In tal senso si intendono integralmente recepiti gli obiettivi relativi all'anticorruzione previsti nella delibera aziendale n. 63 del 31 gennaio 2017, di approvazione del Piano aziendale delle Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019, all'allegato 1 della stessa nel quale sono presenti tutti gli obiettivi e le azioni oggetto di valutazione per tutti i Dipartimenti e le Macro-Aree aziendali.

Medesimo recepimento vale anche per l'aggiornamento annuale 2018 dello stesso provvedimento attualmente in corso di approvazione.

Al riguardo si segnala che il Piano aziendale per la prevenzione della corruzione fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio e porre in essere tutte le azioni necessarie a livello aziendale per la prevenzione e repressione della illegalità.

Il concetto di corruzione preso a riferimento nel Piano ha ad oggetto una definizione più ampia del reato di corruzione e del complesso dei reati contro la Pubblica Amministrazione e coincidente con la cattiva amministrazione, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazione di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio di interessi particolari: occorre cioè avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di interesse pubblico.

Per quanto riguarda la mappatura delle attività a rischio corruzione, con nota del 23 novembre 2017 'Calendario incontri Piano prevenzione corruzione e trasparenza 2018' tutti i Direttori di Dipartimento e/o Area sono stati invitati ad individuare le attività a rischio corruzione e illegalità mediante apposita tabella, poi rielaborata e completata con il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione in incontri dedicati, fissando specifici obiettivi alle strutture per gli anni 2018-2020.

La Mappatura dei processi a rischio corruzione con le misure e gli obiettivi definiti per singolo Dipartimento è allegata al presente Piano stesso.

Come sottolineato, occorre peraltro oltre alla completa Mappatura dei rischi porre in essere congiuntamente tra il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e il Responsabile aziendale per la Trasparenza e i vari attori aziendale tutte le azioni necessarie a difesa della legalità, ovvero in particolare:

- ✓ Codice etico e di Comportamento – viene approvato il Codice etico e di Comportamento dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest che integra e disciplina il comportamento dei dipendenti in servizio, nei rapporti tra privati e nei confronti del pubblico; l'ambito di competenza del Codice si estende non soltanto ai dipendenti dell'Azienda, ma anche a tutti i collaboratori e consulenti nonché ai collaboratori di imprese fornitrice di beni e servizi; viene codificato tra le regole di comportamento il rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e l'attuazione degli obblighi di trasparenza.

- ✓ Formazione - le iniziative prevedono, per i diversi livelli previsti dal Piano, la diffusione e l'ampliamento delle conoscenze sia in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza e per l'anno 2018 e seguenti l'approfondimento dei vari aspetti di interesse già trattati negli anni precedenti.
- ✓ Whistleblowing – la piena attuazione della legge n. 179 del 30 novembre 2017 a tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro
- ✓ Trasparenza –l'individuazione degli obblighi di trasparenza, anche ulteriori, rispetto a quelli previsti dalla legge.

4.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione delle Linee di indirizzo e programmazione Aziendali, entro il 31 dicembre dell'anno precedente l'anno di riferimento, quali basi per la definizione del Budget garantisce l'effettivo collegamento ed integrazione tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, che ne costituisce la sommatoria in termini economici.

In altre parole, vale la pena ribadire che **Budget, Piano della Performance e Bilancio di Previsione** stanno in diretta relazione, costituendo ognuno un diverso livello di aggregazione oppure un diverso ambito di osservazione, ma basati tutti sulle medesime linee strategiche aziendali.

La programmazione del presente Piano si basa sulla programmazione triennale dettata dalla **Delibera n. 1107 del 21 dicembre 2018**, concernente **“Adozione del Bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2019 e del bilancio pluriennale 2019-2021”**.

E' a quest'ultima deliberazione che si conforma la programmazione del Piano della performance per il 2019 e quindi la programmazione di budget conseguente.

5 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.

5.1 Regolamento del sistema di valutazione permanente del personale del comparto della usl toscana nord ovest implementazione sistema SVOD in Asl Toscana Nord Ovest

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 affini 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 | | Peso |
| Obiettivo Orientamento relazionale | | |
| Obiettivo educativo / formativo | | |
| Tot. | | 100% |

Annotations:

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 | | Peso |
| Obiettivo relazionale | | |
| Obiettivo educativo / formativo | | |
| Obiettivo di qualità | | |
| Obiettivo strategico | | |
| Obiettivo aziendale | | |
| Altri obiettivi | | |
| Tot. | | 100% |

Annotations:

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 | Agire 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 | Cosa intendiamo per | Inserire un valore da 1 a 10 |
|--|--|------------------------------|
| Capacità di gestione dei progetti/processi | Risolvere i problemi utilizzando l'analisi, la valutazione e l'ottimizzazione delle diverse variabili presenti per giungere a sintesi con soluzioni anche alternative, che risultino efficaci. Essere predisposti ad agire" .Collaborare e interagire in contesti e con interlocutori differenti, mostrando disponibilità e interesse a tener conto di punti di vista diversi dai propri al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati. Lavorare efficacemente in un'ampia gamma di situazioni e/o con persone e gruppi diversi. 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. | |
| Orientamento all'utente interno/esterno | Porre attenzione nel cogliere le esigenze sia dell'utente esterno e di quello interno. Attivarsi per rispondere alle richieste, anche al di là della competenza specifica. Porsi nell'ottica che il proprio lavoro è rivolto a un utilizzatore finale. recepirne anche i bisogni non esplicitati. | |
| Leadership | Rappresentare un riferimento riguardo a questioni tecniche e professionali. Indirizzare e coordinare i collaboratori definendo gli obiettivi per il raggiungimento del risultato e adottare modalità improntate all'ascolto. Delegare, motivando e sviluppando. | |
| Totale punteggio (X) | Tot. Punteggio Valutazione competenze e comportamenti organizzativi 30% | |

MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI (Y)
pari al 70% della valutazione complessiva

| Obiettivi individuali | Cosa intendiamo per | Inserire un valore da 1 a 10 |
|---|--|------------------------------|
| Obiettivo tecnico professionale | | |
| Obiettivo relazionale | | |
| Obiettivo educativo/ formativo | | |
| Obiettivo strategico di struttura | | |
| Obiettivo di qualità | | |
| Obiettivo aziendale | | |
| Altri Obiettivi | | |
| Totale punteggio (Y) | Tot. Punteggio obiettivi individuali 70% | |
| TOTALE SCHEMA 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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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.

5.2 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 corrente 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 è stata completata in ritardo. 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 | 644 |
| valutazioni pervenute | 8988 | 545 |
| IN CORSO DI INSERIMENTO | 1021 | 96 |
| accettate | 8250 | 5 |
| rifiutate | 173 | |
| valutazioni per Bs C D e DS | | valutazioni ex po e coo |
| 80 | 2383 | 131 |
| tra 70 e 80 | 4318 | 363 |
| tra 50 e 69 | 838 | 26 |
| tra 50 e 40 | 80 | |
| inferiori a 40 | 6 | 96% |
| valutazioni A e B | | |
| 70 | 144 | |
| 65-70 | 261 | |
| 54-35 | 38 | |
| inferiori 35 | 2 | |
| 36 valutazioni 0 | | |
| da ricontrattare 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”.

6 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.

6.1 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.

6.2 Procedura di budget

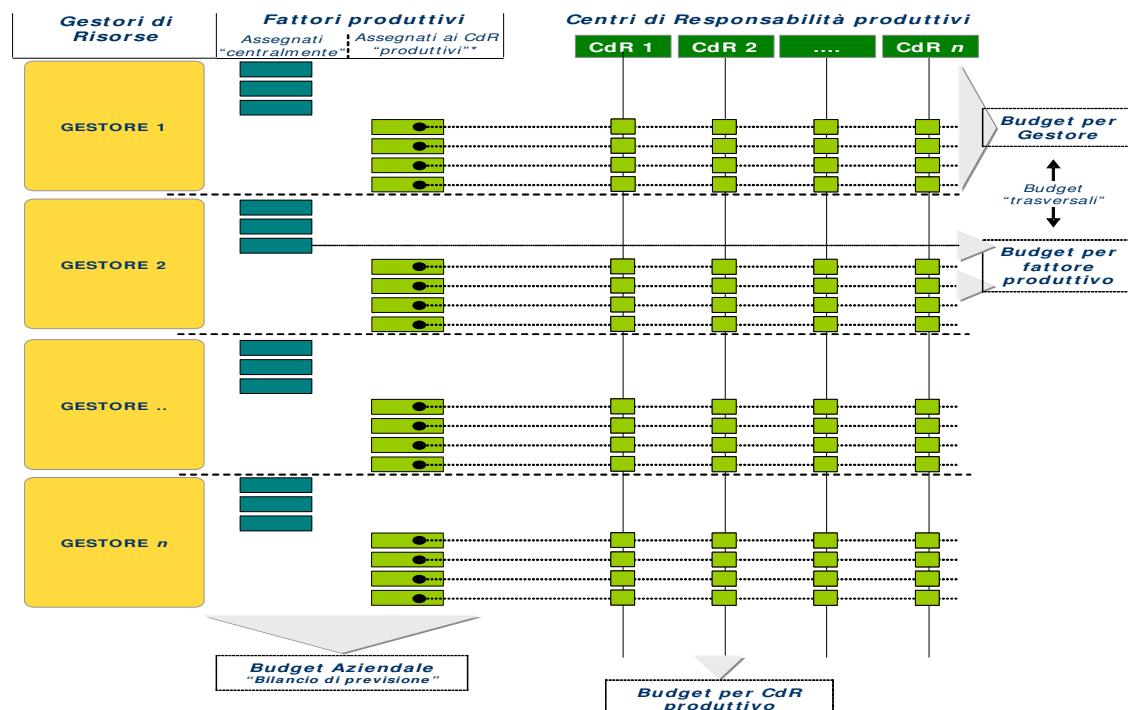
La Direzione generale, definendo le linee di indirizzo e di programmazione aziendale, comunica gli obiettivi strategici ai Direttori U.O. Controllo di Gestione area Ospedaliera e Territoriale ed al Responsabile del Piano della Performance Aziendale, i quali articolano gli stessi in obiettivi operativi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



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 | Piano della performance pubblicato sul sito aziendale. |
| 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 | 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 | 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 (entro il 31 marzo dell'anno di riferimento) | I | I | C | I | R | C | I | Verbale |
| Azione 3 | | | | | | | | |
| Modifica della bozza di scheda budget secondo quanto definito nel verbale (entro il 31 marzo dell'anno di riferimento) | | | R | C | C | I | I | Scheda di budget |
| Azione 4 | | | | | | | | |
| Trasmissione scheda ai Direttori di Dipartimento (entro il 15 aprile dell'anno di riferimento) | | | R | I | I | I | I | e-mail di invio |

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. (entro il 5 maggio dell'anno di riferimento) | | | 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 (entro il 15 giugno dell'anno di riferimento e poi a cadenza trimestrale) | 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 ^o livello (entro il 30 giugno dell'anno di riferimento il primo monitoraggio trimestrale) | R | C | C | | C | C | C | | I | Verbale |
| Azione 4 | | | | | | | | | | |
| Eventuale modifica della scheda budget secondo quanto definito nel verbale (entro il 15 luglio dell'anno di riferimento) | | | 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 ^o livello (<i>entro il 31 luglio dell'anno di riferimento il primo monitoraggio trimestrale</i>) | | | C | | C | | R | | | Verbale |
| Azione 8 | | | | | | | | | | |
| 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 | | e-mail di invio |

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 | | | | | | | | | | |
| 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>) | | R | C | | C | C | R | | | Scheda di monitoraggio budget |
| Azione 3 | | | | | | | | | | |
| 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>) | R | I | C | | R | | | | | Sintesi verifiche e schede verifiche |
| Azione 4 | | | | | | | | | | |
| 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 | | C | | R | | I | I | I | Schede verifiche |
| 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 | | | | | | | | | C | Sintesi verifiche e schede verifiche |
| 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 | | | | | |
| 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</i>) | I | | I | | I | | I | I | R | Pubblicazione web |

(finali))

6.3 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 evidenziato² 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 sull'attività 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*

² 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)

un successo per altri costituire un vero e proprio fallimento; alla valutazione dovrebbe essere concessa una certa flessibilità;

- ✓ *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.

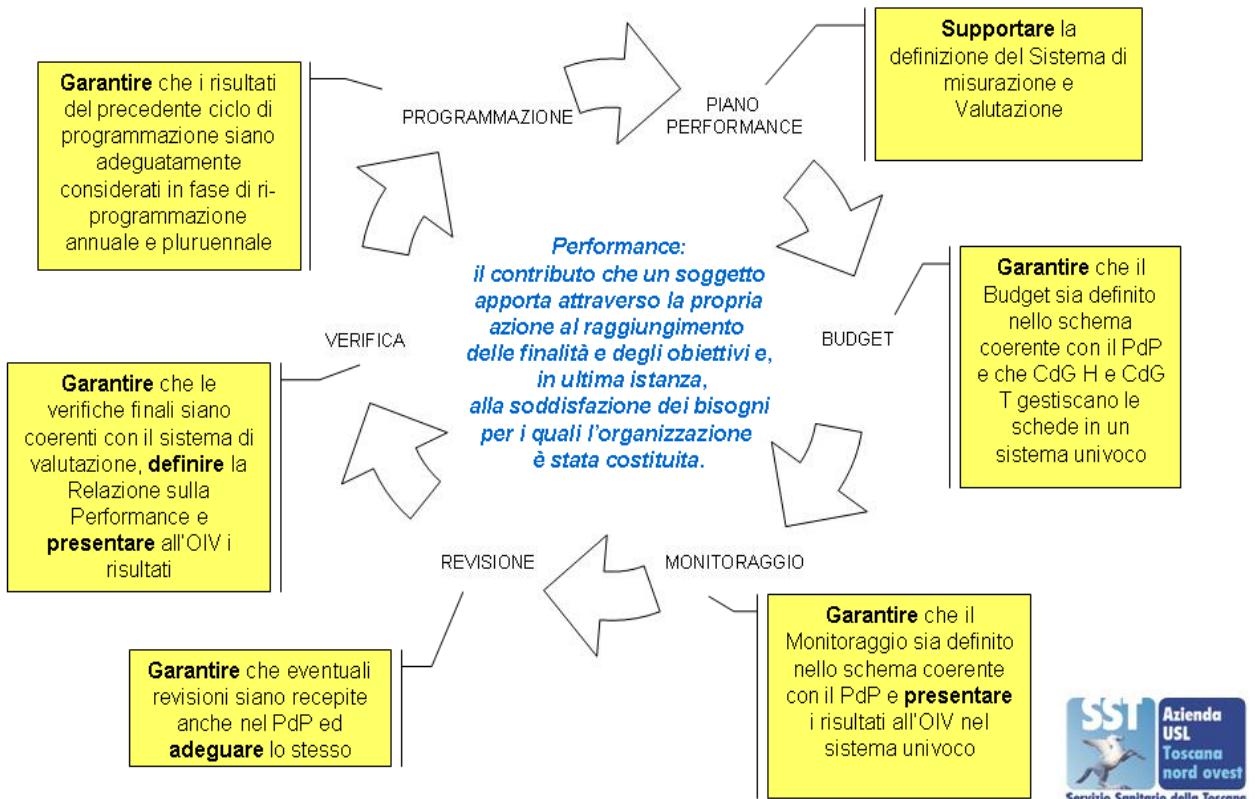
Per l'anno 2018 l'azienda conferma lo stesso schema di Programmazione e Controllo ponendo l'accento su un sistema sempre più orientato all'oggettivazione dei parametri di valutazione ed alla ricerca della pluralità dimensionale, adottando criteri di valutazione che tengono conto sia della capacità di 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.

6.3.1 Il programma di gestione del budget sul WEB

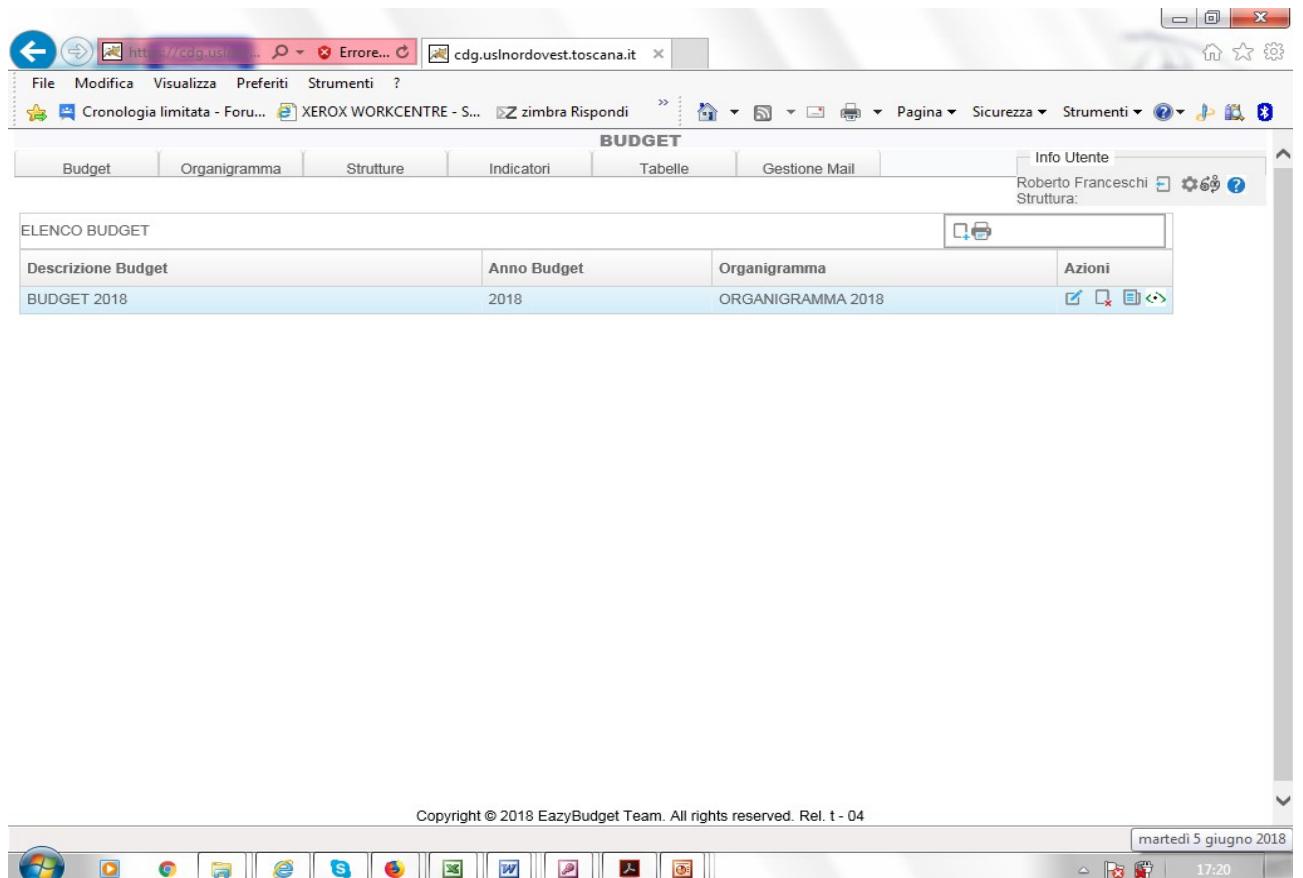
Tutti i risultati dei centri di responsabilità sono attualmente gestiti e sintetizzati con uno strumento univoco e strutturato che ha la finalità di uniformare le procedure, automatizzare per quanto possibile il calcolo degli scostamenti e quindi le valutazioni conseguenti, lasciando libero spazio a 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:

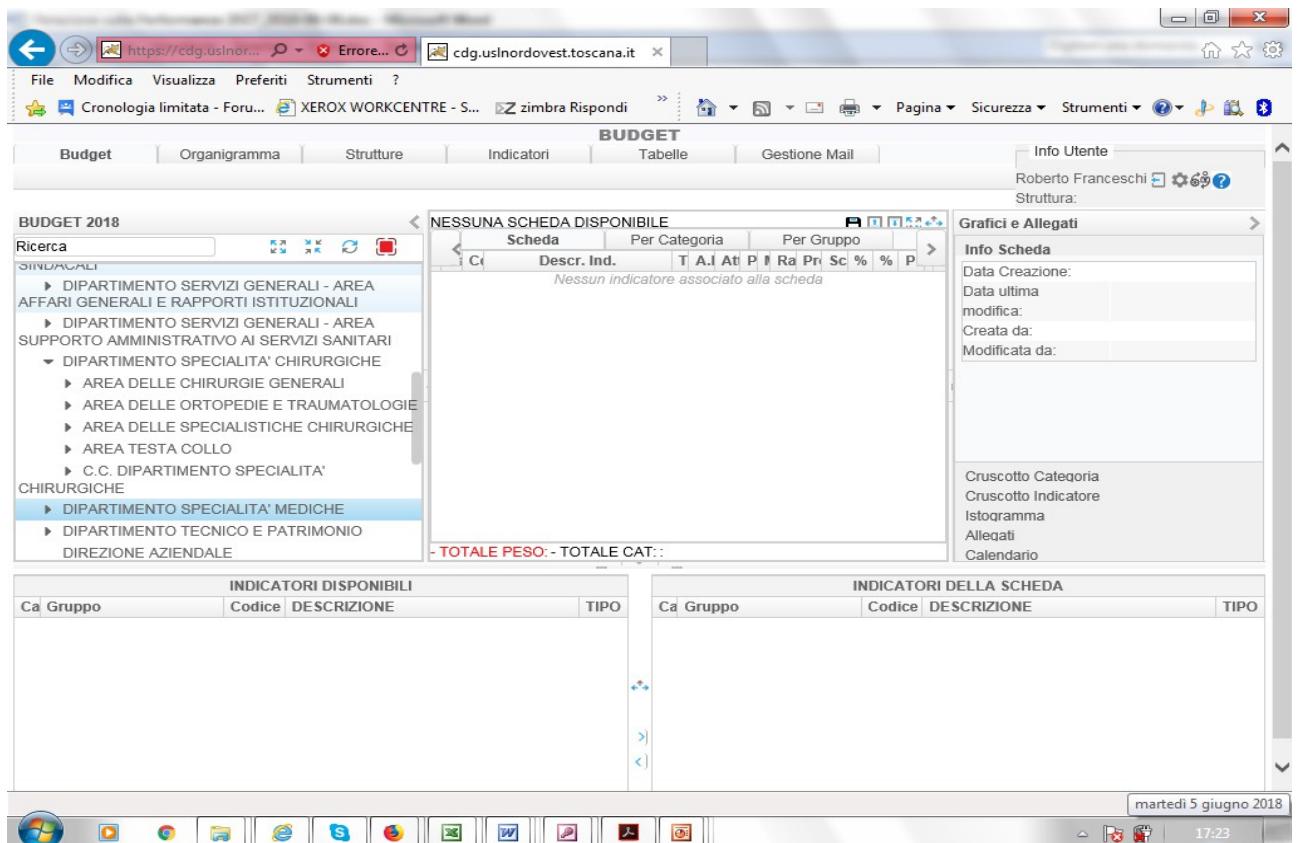


ELENCO BUDGET

| Descrizione Budget | Anno Budget | Organigramma | Azioni |
|--------------------|-------------|-------------------|--------|
| BUDGET 2018 | 2018 | ORGANIGRAMMA 2018 | |

Copyright © 2018 EazyBudget Team. All rights reserved. Rel. t - 04

martedì 5 giugno 2018



6.3.2 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 prevediamo di terminare 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 | Direzione aziendale | Resp. Staff direzione generale | Controllo di gestione (H/T) | Sistema Informativo (BI) | Resp. Piani di Performance e rapporti con OIV | Organismo indipendente di valutazione (OIV) | Resp. Programmazione strategica Area Vista | Centri di Responsabilità 1° livello (DIP/CD/1 Macroristretture) | Centri di Responsabilità 2° livello (UO/I UP) | UO Valutazione del personale | OUTPUT | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|---|--|---|---|------------------------------|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Attività 1 | Completamento schede di budget nel sistema INFORMATICO completo di pesi e di tutti gli elementi necessari (entro il 31/12 ANNO BUDGET) | | I | R | | A | | | | | | | Schede di budget | | | | | | |
| Attività 2a | Verifica obiettivi su indicatori di PROGETTI aziendali (dal 1 gennaio al 31 marzo ANNO BUDGET+1) | | I | R | C | C | | A | C | | | | Schede di verifica budget | | | | | | |
| Attività 2b | Verifica obiettivi su altri indicatori QUALITATIVI (dal 1 gennaio al 31 marzo ANNO BUDGET+1) | | I | R | C | A | | C | C | | | | | | | | | | |
| Attività 2c | Verifica obiettivi su indicatori ECONOMICI (dal 1 marzo al 30 aprile ANNO BUDGET+1) | | I | R | C | A | | | | | | | | | | | | | |
| Attività 2d | Verifica obiettivi su indicatori MES ed altri di ATTIVITÀ (dal 1 aprile al 30 aprile ANNO BUDGET+1) | | I | R | R | A | | C | | | | | | | | | | | |
| Attività 3 | Verifica e condivisione delle bozze di verifiche con i resp. di cdr 1° livello (dal 1 maggio al 15 maggio ANNO BUDGET+1) - invio schede pdf e calendario incontri del gruppo di lavoro | I | A | R | I | R | I | C | R | | | | | | | | | | |
| Attività 3a | Invio dei risultati ai cdr di 1° e 2° livello e richiesta loro eventuali controdeduzioni (dal 15 al 30 giugno ANNO BUDGET+1) | I | A | I | I | R | | I | I | I | I | | Schede verifiche | | | | | | |
| Attività 3b | Invio delle eventuali controdeduzioni (entro il 15 giugno ANNO BUDGET+1) | | I | I | I | A | | I | R | R | | | Controdeduzioni | | | | | | |
| Attività 4a | Presentazione dei risultati alla Direzione Aziendale, stesura della Relazione sulla performance per una valutazione complessiva (entro il 20 giugno ANNO BUDGET+1) | I | A | C | I | R | | C | | | | I | | | | | | | |
| Attività 4a1 | Valutazione della Direzione Aziendale (dal 20 al 30 giugno ANNO BUDGET+1) | R | I | I | | | I | I | | | | | | | | | | | |
| Attività 4B | Presentazione dei risultati all'O.I.V. e validazione da parte dell'O.I.V. (dal 20 al 30 giugno ANNO BUDGET+1) | I | A | I | I | R | R | I | I | I | I | | Sintesi verifiche, schede e Relazione sulla performance | | | | | | |
| Attività 4B1 | Validazione da parte dell'O.I.V. (entro il 30 giugno ANNO BUDGET+1) | I | I | I | | C | R | | | | | I | | | | | | | |
| Attività 4C | Pubblicazione della relazione sulla Performance sul sito aziendale trasparenza (entro il 30 giugno ANNO BUDGET+1) | I | A | I | I | R | I | 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 (entro il 31 luglio ANNO BUDGET+1) | | | | | A | | | | | R | | Adozione dell'atto di approvazione | | | | | | |
| Attività 6 | Aggiornamento della relazione sulla Performance definitiva e sua nuova pubblicazione sul sito aziendale trasparenza (entro il 31 luglio ANNO BUDGET+1) | I | A | C | I | R | I | C | I | I | I | Relazione sulla performance finale | | | | | | | |
| CRONOPROGRAMMA VERIFICHE ANNO BUDGET+1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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/coordinate 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ALLEGATI TECNICI

1. Allegato 1 – Il Cruscotto direzionale 2019

In corso di definizione il sistema di reportistica sintetica e di dettaglio destinata a supportare le fasi del monitoraggio e della verifica finale dei risultati.

2. Allegato 2 - Le Schede Budget 2019

(rinvio: le schede saranno disponibili a partire dalla conclusione della 1° e della 2° fase di negoziazione, orientativamente da aprile/maggio)

3. Allegato 3 – Il Piano operativo 2019

(rinvio: le schede del Programma operativo saranno disponibili a partire dalla conclusione della 1° e della 2° fase di negoziazione budget, orientativamente da aprile/maggio)

4. Allegato 4 - Schema di Relazione sulla Performance

La relazione a consuntivo seguirà lo stesso schema del Piano, e si sintetizzerà essenzialmente in alcuni report che riportiamo schematicamente a titolo di esempio:

Prima un riepilogo delle 4 aree strategiche (i dati si riferiscono al 2016 infrannuale):

Microsoft Access - [scheda budget]

File Modifica Visualizza Aggiuntivo Strumenti Finestra ? Z Z

non stampare questi report

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 | 962 | 59 | 6,1% | 903 | 93,9% | 100,0% | 76,57% | 76,56% |
| 2 - Strategie regionali ed aziendali | 7.849 | 916 | 11,7% | 6.933 | 88,3% | 100,0% | 92,51% | 92,51% |
| 3 - Qualità | 4.965 | 582 | 11,7% | 4.383 | 88,3% | 100,0% | 93,14% | 93,14% |
| 4 - Performance della sanità toscana | 7.331 | 1.359 | 18,5% | 5.972 | 81,5% | 100,0% | 84,53% | 84,53% |
| Complessivo aziendale | 21.107 | 2.916 | 13,8% | 18.191 | 86,2% | 100,0% | *** 86,69% | *** 86,69% |

* 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 Aree strategiche

martedì 9 gennaio 2018

Area Programmazione e controllo

Pagina 1 di 1

Pagina: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Pronto

NUM

12:24

Poi gli obiettivi strategici per ognuna delle 4 aree (i dati si riferiscono al 2016 finale):

Piano della Performance 2019-2021 della AUSL Toscana Nord Ovest

Microsoft Access - [ZAZper creazione report 5 seleziona report3 verif sint x PP2]

File Modifica Visualizza Aggiuntivo Strumenti Finestra Digitare una domanda.

Se non è strettamente necessario non stampare questo report.

Verifiche anno 2016

Piano della Performance 2016-2018
ASL Toscana Nord Ovest

| Area strategiche | Area obiettivi strategici | 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 | Sostenibilità economico finanziaria | 962 | 59 | 6,1% | 903 | 93,9% | 100,0% | 76,6% | 76,6% |
| 2 - Strategie regionali ed aziendali | Azioni e progetti aziendali - area rischio diniego | 18 | | | 18 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Azioni e progetti aziendali - area assistenza sociale | 13 | | | 13 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Azioni e progetti aziendali - area (da definire) | 345 | 23 | 6,7% | 322 | 93,3% | 100,0% | 98,6% | 98,6% |
| | Azioni e progetti aziendali - area prevenzione | 221 | 30 | 13,6% | 191 | 86,4% | 100,0% | 98,5% | 98,5% |
| | Azioni e progetti aziendali - area amministrazione | 945 | 69 | 7,3% | 876 | 92,7% | 100,0% | 97,8% | 97,8% |
| | Strategie regionali | 1.224 | 90 | 7,4% | 1.134 | 92,6% | 100,0% | 96,0% | 96,0% |
| | Azioni e progetti aziendali - area riabilitazione | 337 | 23 | 6,8% | 314 | 93,2% | 100,0% | 95,3% | 95,3% |
| | Azioni e progetti aziendali - area ospedaliera altro | 678 | 33 | 4,9% | 645 | 95,1% | 100,0% | 90,9% | 90,9% |
| | Azioni e progetti aziendali - area salute mentale e tossicodipendenze | 499 | 56 | 11,2% | 443 | 88,8% | 100,0% | 90,7% | 90,7% |
| | Azioni e progetti aziendali - area sanità territoriale | 1.487 | 329 | 22,1% | 1.158 | 77,9% | 99,5% | 88,0% | 87,9% |
| | Azioni e progetti aziendali - area ospedaliera medica | 1.245 | 103 | 8,3% | 1.142 | 91,7% | 100,0% | 87,2% | 87,2% |

martedì 9 gennaio 2018

Area Programmazione e controllo

Pagina 1 di 2

Microsoft Access - [ZAZper creazione report 5 seleziona report3 verif sint x PP2]

File Modifica Visualizza Aggiuntivo Strumenti Finestra Digitare una domanda.

Se non è strettamente necessario non stampare questo report.

Verifiche anno 2016

Piano della Performance 2016-2018
ASL Toscana Nord Ovest

| Area strategiche | Area obiettivi strategici | 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 **) |
|--------------------------------------|---|----------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|--|
| 2 - Strategie regionali ed aziendali | Azioni e progetti aziendali - area ospedaliera chirurgica | 490 | 78 | 15,9% | 412 | 84,1% | 100,0% | 82,2% | 82,2% |
| | Azioni e progetti aziendali - area farmaceutica | 163 | 55 | 33,7% | 108 | 66,3% | 100,0% | 82,2% | 82,2% |
| | Azioni e progetti aziendali - area professioni comparto sanitario | 184 | 27 | 14,7% | 157 | 85,3% | 100,0% | 78,8% | 78,8% |
| 3 - Qualità | Area Accreditamento | 736 | 6 | 0,8% | 730 | 99,2% | 100,0% | 99,9% | 99,9% |
| | Area Comunicazione | 1.486 | 26 | 1,7% | 1.460 | 98,3% | 100,0% | 92,5% | 92,5% |
| | Area Esito delle cure | 2.743 | 550 | 20,1% | 2.193 | 79,9% | 100,0% | 90,5% | 90,5% |
| 4 - Performance della sanità toscana | Perseguimento orientamenti regionali | 4.084 | 1.077 | 26,4% | 3.007 | 73,6% | 100,0% | 92,0% | 92,0% |
| | Valutazione sanitaria | 3.159 | 269 | 8,5% | 2.890 | 91,5% | 100,0% | 74,8% | 74,8% |
| | Valutazione economico finanziaria | 88 | 13 | 14,8% | 75 | 85,2% | 100,0% | 47,5% | 47,5% |
| | Compressivo aziendale | 21.107 | 2.916 | 13,8% | 18.191 | 86,2% | 100,0% | 88,5% | 88,5% |

*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 riusciti al momento della disponibilità di dati di verifica

*** Media delle Aree obiettivi strategici

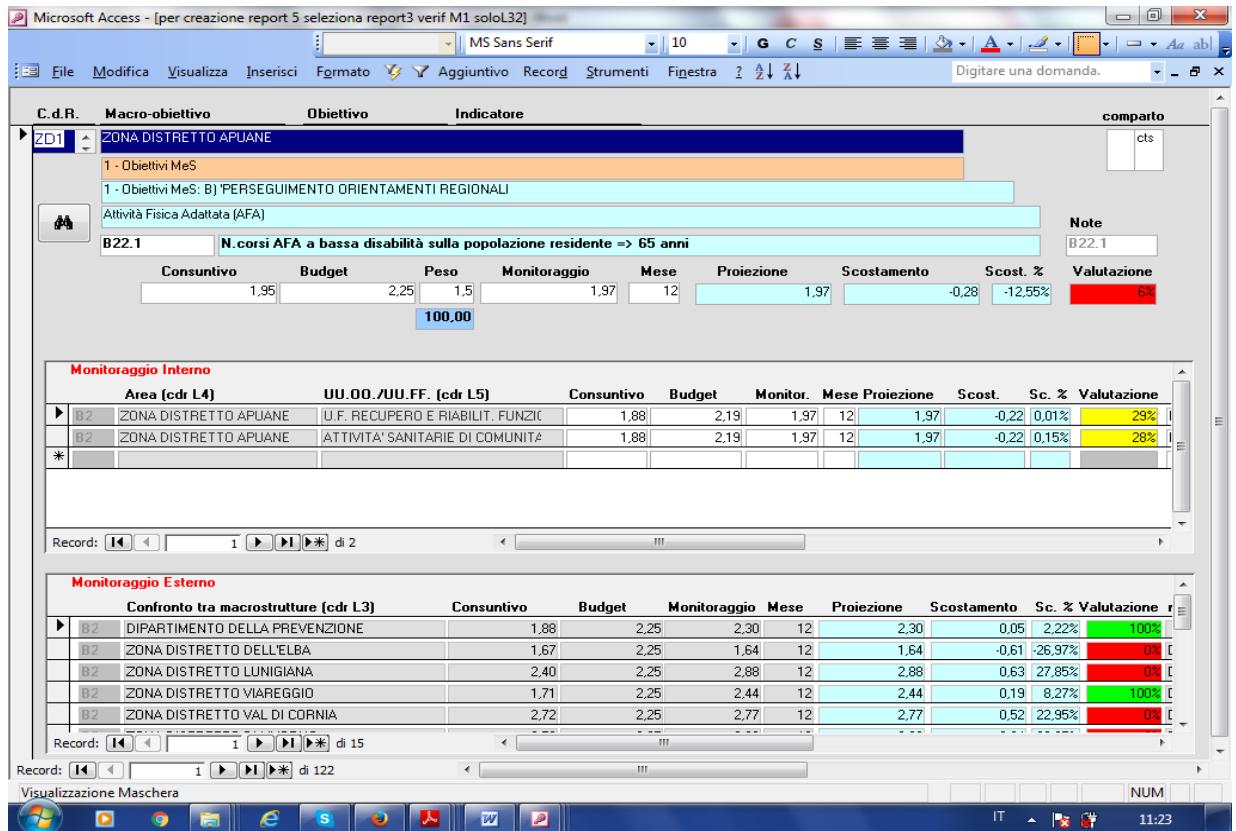
Aggiornato a: martedì 9 gennaio 2018

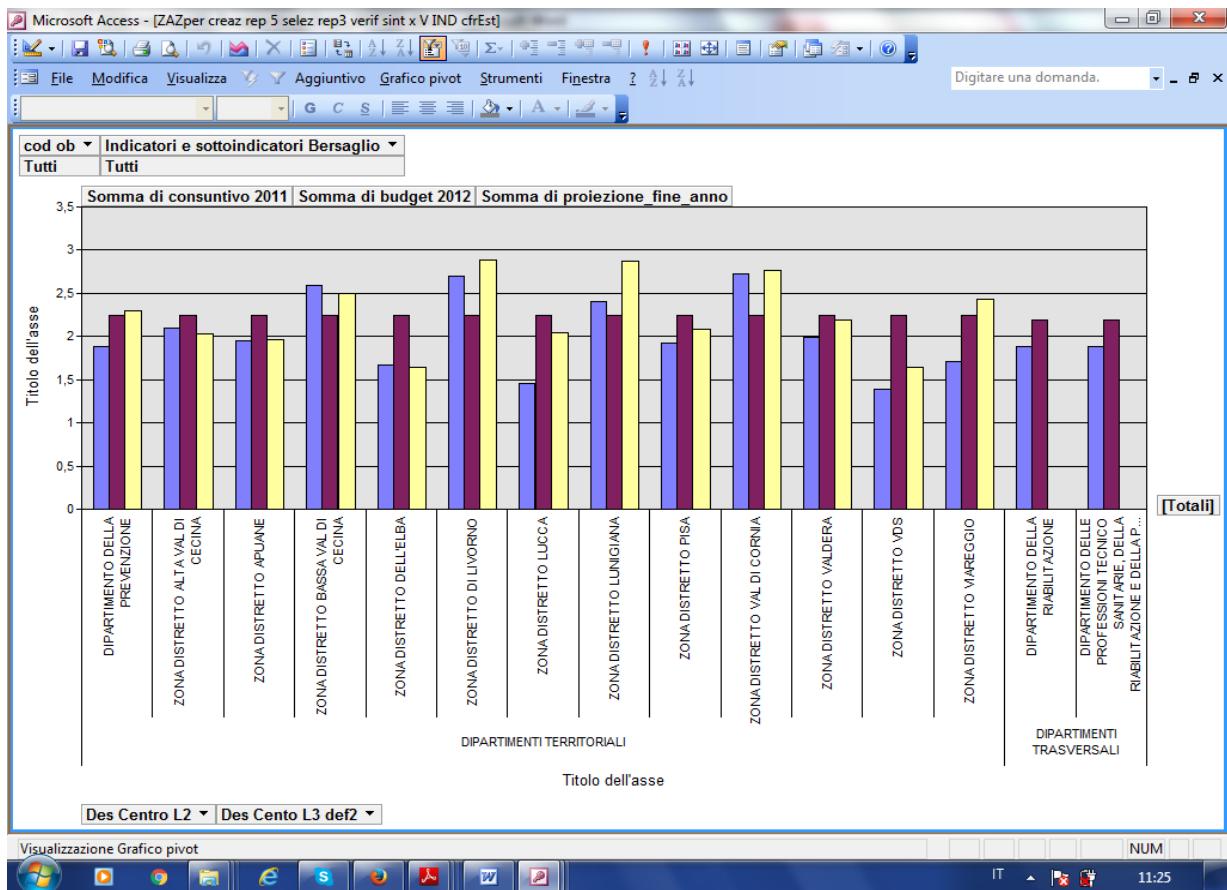
martedì 9 gennaio 2018

Area Programmazione e controllo

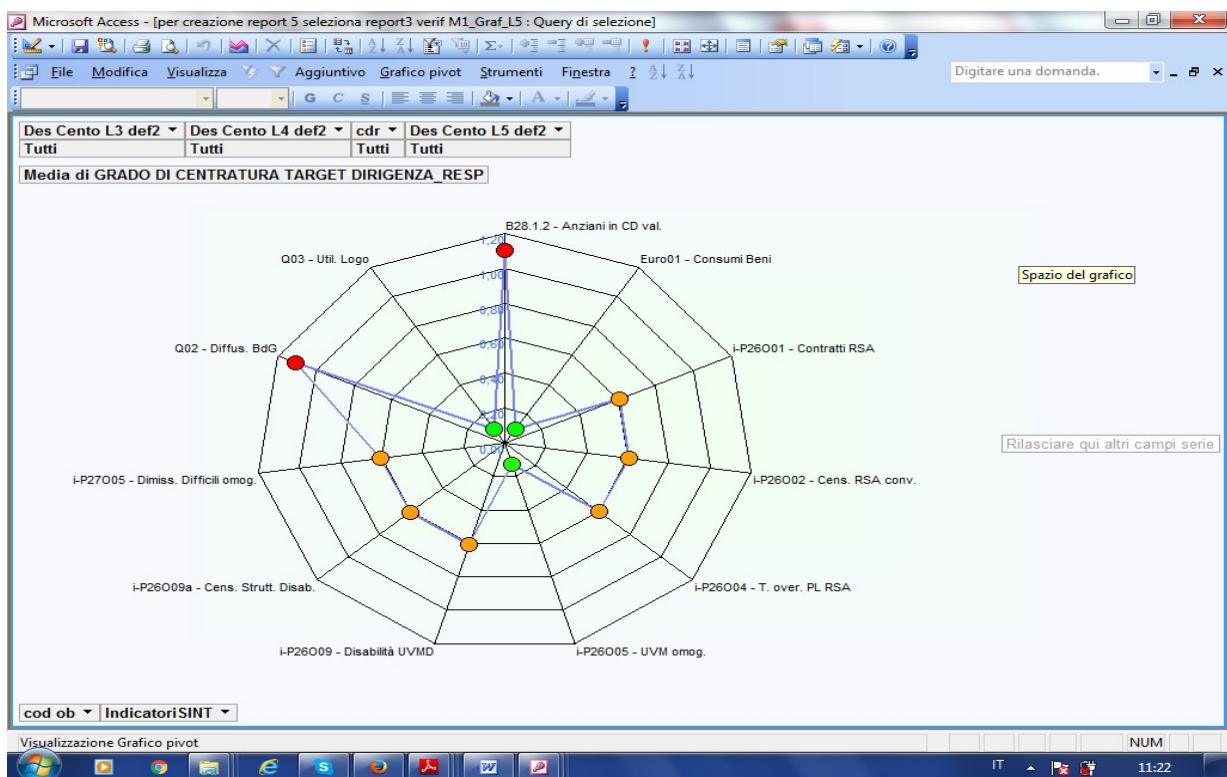
Pagina 2 di 2

Poi i dettagli per singolo Centro di responsabilità e confronti di vari genere tra CdR (i dati si riferiscono al 2016 infrannuale):





Infine, diagrammi sintetici della performance complessiva dei CdR:



Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MICHELA PROFETI

CODICE FISCALE: TINIT-PRFMHL70C64G702I

DATA FIRMA: 31/01/2019 12:21:42

IMPRONTA: 326534356463643437613131333239643062663065343732643034613937626536636630346162