PIANO DELLE PERFORMANCE

2015-2017

SOMMARIO

PREMESSA 3

La Performance *3*

IL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE 4

Integrazione del ciclo della performance con la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della anticorruzione. *4*

I contenuti del piano *5*

I principi generali del piano *5*

IL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA ASL 6 DI SANLURI 8

Identità - Chi siamo, cosa facciamo, come operiamo *8*

Missione aziendale 9

Analisi del contesto interno (contesto aziendale) 10

Analisi del contesto esterno (contesto territoriale) 12

Il Ciclo di gestione delle Performance *13*

Fase di pianificazione 13

Fase di valutazione 14

Fase per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance 15

L'Albero delle performance della asl 6 ..... *16*

Obiettivi e aree strategiche 17

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi 20

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio 20

Azioni per il miglioramento del ciclo di performance 21

PREMESSA

La Performance

La performance[1] *è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità (individuo, gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma o politica pubblica) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.* Il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

L'ampiezza della performance fa riferimento alla sua estensione "orizzontale" in termini di input/processo/output/outcome; la profondità del concetto di performance riguarda il suo sviluppo "verticale": livello individuale; livello organizzativo; livello di programma o politica pubblica.

Performance individuale - Esprime il contributo fornito da un individuo, in termini di risultato e di modalità di raggiungimento degli obiettivi.

Performance organizzativa - Esprime il risultato che un'intera organizzazione con le sue singole articolazioni consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e, in ultima istanza, della soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

[1] *Termini e concetti chiave del piano della performance, allegato al Piano della performance (delibera n. 112/10) CIVIT, definizione declinata dal Decreto Legislativo 150/2009.*

IL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Il Piano delle performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150). È un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance ed è redatto con lo scopo di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità della rappresentazione della performance.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è quindi il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda o Ente di interesse.

Per la redazione del Piano si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010.

Integrazione del ciclo della performance con la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della anticorruzione.

L'Autorità nazionale anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.A.C.) ha sottolineato la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione. Per le amministrazioni di diretta applicazione del D.Lgs. n. 150/2009, tenendo conto anche dell'evoluzione del quadro normativo sull'anticorruzione e, in particolare, dell'emanazione nel 2013 dei decreti legislativi n. 33 e n. 39 – sul riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e il regime delle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni – al fine di rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e, quindi, garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, l'Autorità ha confermato relativamente al Piano della performance 2014 – 2016 che dovrà essere esplicitamente previsto il riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione (P.T.P.C.) e dei Programmi triennali della trasparenza.

I contenuti del piano

All'interno del Piano vanno riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

Nel Piano sono presenti i seguenti ulteriori contenuti:

- la descrizione delle caratteristiche dell'Azienda;
- l'analisi del contesto interno ed esterno all'Azienda;
- il processo seguito per la realizzazione del Piano e delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.

I principi generali del piano[2]

Nella sua stesura devono essere rispettati i seguenti principi generali:

- trasparenza;
- immediata intelligibilità;
- veridicità e verificabilità;
- partecipazione;
- coerenza interna ed esterna;
- orizzonte pluriennale.

Principio n. 1: Trasparenza

L'amministrazione ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del Piano in coerenza con la disciplina del decreto e gli indirizzi della Commissione (in particolare, si veda la delibera n. 105/2010).

Ai sensi dell'articolo 11, comma 8, del decreto, ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare il Piano sul proprio sito istituzionale in apposita sezione di facile accesso e consultazione, e denominata: «Trasparenza, valutazione e merito». Inoltre, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, del decreto, il Piano deve essere immediatamente trasmesso alla Commissione ed al Ministero dell'Economia e delle finanze. Più in generale, l'articolo 11, comma 3, del decreto richiede alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance e, quindi, anche al Piano. La garanzia della trasparenza e la comunicazione del Piano richiedono una specifica attenzione, tenendo conto della tipologia di stakeholder ai quali tale documento si rivolge. Rinviando nel dettaglio a quanto già disposto dalla Commissione nella

[2] *Altalex, 17 novembre 2010.*

delibera n. 105/2010, si evidenziano i seguenti elementi essenziali ai fini della trasparenza del Piano:

- sito internet (articolo 11 comma 8, del decreto);
- presentazione agli stakeholder (articolo 11, comma 6, del decreto);
- coinvolgimento degli stakeholder;
- chiarezza in funzione delle tipologie di destinatari;
- pubblicità attraverso i diversi canali di comunicazione in coerenza con le caratteristiche degli utenti;
- trasparenza del processo di formulazione del Piano.

È opportuno evidenziare, che al di là della mera accessibilità del Piano, l'amministrazione deve mettere in atto iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano stesso secondo logiche pro-attive.

Principio n. 2: Immediata intelligibilità

Il Piano deve essere di dimensioni contenute e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.). A tal fine, le amministrazioni devono definire una struttura multi-livello (parte principale del Piano ed allegati) facendo in modo che nella parte principale siano inseriti contenuti facilmente accessibili e comprensibili, anche in termini di linguaggio utilizzato, dagli stekeholder esterni. Negli allegati, invece, devono essere collocati tutti i contenuti e gli approfondimenti tecnici che, opportunamente richiamati nella parte principale del Piano, ne consentano una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

Principio n. 3: Veridicità e verificabilità

I contenuti del Piano devono corrispondere alla realtà e per ogni indicatore deve essere indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori devono essere tracciabili. Ai fini di garantire la verificabilità del processo seguito, è opportuno che siano chiaramente definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano (calendario del Piano) e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie. È opportuno, inoltre, che siano individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli.

Principio n. 4: Partecipazione

È opportuno che il Piano sia definito attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che, a sua volta, deve favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Inoltre, deve essere favorita ogni forma di interazione con gli stakeholder esterni

per individuarne e considerarne le aspettative e le attese. Il processo di sviluppo del Piano deve essere, pertanto, frutto di un preciso e strutturato percorso di coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento degli stakeholder).

Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna

I contenuti del Piano devono essere coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto del principio della coerenza rende il Piano attuabile. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani operativi alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.

Principio n. 6: Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento deve permettere il confronto negli anni dello stesso con la Relazione sulla performance.

IL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA ASL 6 DI SANLURI

Identità - Chi siamo, cosa facciamo, come operiamo

CHI SIAMO - L'azienda Sanitaria di Sanluri, in seguito alla nuova delimitazione territoriale definita al primo gennaio 2006:

- è formata dai 28 comuni che comprendono la Provincia del Medio Campidano
- ha una superficie territoriale di 1516,2 kmq
- conta una popolazione residente di 100.676 abitanti (fonte Istat al 01.01.2014).
- è suddivisa in due Distretti sociosanitari: Sanluri e Guspini.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.aslsanluri.it

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:

ASLSanluri

COSA FACCIAMO - E' compito dell'Azienda promuovere e tutelare la salute, prevenire e curare le malattie, prevenire il disagio sociale correlato alla situazione sanitaria, incentivare tutte le forme di prevenzione atte a tutelare il benessere del singolo e della comunità. All'Azienda Sanitaria di Sanluri compete offrire l'Assistenza Sanitaria agli abitanti del territorio di riferimento rappresentato dalla Provincia del Medio Campidano.

L'azienda riconosce, infatti, la centralità del cittadino quale titolare del diritto alla salute e al benessere psico-fisico e, perciò, fonda la sua mission su caratteri di efficienza, efficacia, competenza tecnica-professionale, trasparenza, formazione adeguata e buone capacità comunicative e di aggiornamento.

COME OPERIAMO - L'erogazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria è garantita da un'organizzazione articolata in Dipartimenti, Unità Operative Complesse (UOC) e Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD).

Il finanziamento del SSR è destinato a garantire le risorse necessarie per le attività gestite e erogate direttamente dalle strutture della ASL oltre che per assicurare la quota di prestazioni erogate in mobilità passiva interregionale e infraregionale, che corrisponde a circa il 17% della assegnazione lorda annua.

Missione aziendale

Crediamo nella centralità della persona e per questo promuoviamo l'accessibilità e la flessibilità dei servizi Aziendali mirando al potenziamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio in modo da garantire dei percorsi virtuosi di presa in carico integrata dell'utente;

Forniamo il nostro contributo alla creazione di condizioni di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi rivisitando costantemente, in un contesto dinamico, i processi di lavoro che legano l'Ospedale al territorio, potenziando le attività che generano valore per l'utente;

Ricerchiamo l'integrazione socio-sanitaria attraverso processi di revisione organizzativa e funzionale coinvolgendo gli attori sociali, pubblici e privati, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide;

Promuoviamo la costruzione di una rete di alleanze miranti al potenziamento della rete ospedaliera, del settore della prevenzione e dei servizi territoriali per dare risposte ai nostri residenti in una logica di continuità assistenziale e rispetto delle diversità;

Crediamo nella politica dell'ascolto come strumento di percezione dei bisogni dei nostri utenti per meglio comprendere le esigenze del territorio e migliorarne i servizi offerti;

Consideriamo la razionalizzazione delle risorse elemento essenziale per il buon governo dell'Azienda così come farebbe un buon padre di famiglia nella gestione delle risorse familiari;

Ci impegniamo nella selezione, valorizzazione, motivazione e formazione continua dei nostri dipendenti, creando un ambiente serenamente laborioso ed intellettualmente stimolante che dia prospettive di crescita, puntando all'attrazione delle migliori professionalità;

Favoriamo il miglioramento continuo delle prestazioni che mira all'eccellenza dei percorsi clinici ed assistenziali anche attraverso la costruzione delle garanzie professionali, organizzative e di accessibilità che infondono affidabilità e senso di sicurezza;

Crediamo nell'innovazione tecnologica e informatica integrata, quale strumento di buon governo della ASL;

Crediamo nell'efficacia delle politiche di prevenzione e promozione della salute attraverso le quali si possono affrontare in maniera pro attiva le principali cause di morte prematura, di disabilità, di infortuni, di dipendenze da alcol e droghe, di disturbi alimentari, problemi psichici, tumori e di talune affezioni circolatorie e respiratorie. Il tutto con la presa in carico globale della persona partendo dalla prevenzione e passando, in base alle necessità, per la cura e la riabilitazione.

Analisi del contesto interno (contesto aziendale)

- **Il Personale al 31/12/2014**

PERSONALE	Dirigenza (N°)		Comparto (N°)	
	Dotazione Organica	Posti coperti	Dotazione Organica	Posti coperti
Amministrativo	8	8	97	89
Sanitario medico - non medico	241	213	348	332
Professionale	5	4	1	1
Tecnico	1	1	109	92
TOTALE	255	226	555	514

Le Strutture aziendali

Servizi in staff	Servizi amministrativi	Servizi sanitari territoriali	Servizi sanitari ospedalieri
Affari generali e legali	Contabilità e bilancio	Igiene e sanità pubblica	Anestesia e rianimazione
Programmazione e controllo	Provveditorato	Igiene alimenti e nutrizione	Chirurgia generale
Sviluppo organizzativo e sistema informativo	Risorse umane	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	Oculistica
Valorizzazione risorse umane, comunicazione, relazioni esterne	Servizi tecnico logistici	Igiene alimenti origine animale e derivati	Ortopedia e traumatologia
Servizio professioni sanitarie		Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Urologia
Servizio socio sanitario		Sanità animale	Diagnostica e terapia endoscopica
		Ambiente e salute	Ostetricia e ginecologia
		Promozione educazione e comunicazione per la salute	Cardiologia E utic
		Servizio dipendenze	Medicina generale e lungodegenza
		Centro salute mentale	Oncologia
		Cure primarie	Neurologia
		Cure domiciliari, patologie croniche, non autosufficienza	Nefrologia e dialisi
		Neuropsichiatria infantile	Pediatria neonatologia nido
		Consultori	Centro trasfusionale
			Servizio laboratorio analisi

		Servizio farmaceutico aziendale Servizio diabetologia e malattie dismetaboliche	Servizio radiologia Farmaceutica Ospedaliera Servizio pronto soccorso e osservazione breve

OSPEDALE

Il Presidio Ospedaliero N.S. di Bonaria, ospedale a gestione diretta della Azienda sanitaria, è l'unica struttura presente sul territorio del Medio campidano che eroga prestazioni di ricovero e cura. I posti letto sono 158 per il ricovero in regime ordinario e 18 per il regime diurno oltre 10 culle per il reparto Nido-pediatria.

La produzione dell'Ospedale di San Gavino garantisce il 37% del numero complessivo dei ricoveri eseguiti a favore dei residenti nella ASL. La domanda di ricovero, infatti, non può essere completamente soddisfatta dal presidio N. S. di Bonaria sia per l'indisponibilità di alcune specialità di cura (es. oculistica, neurologia, pediatria) sia per l'insufficiente disponibilità di posti letto, la più bassa della regione Sardegna (1,7 posti letto per acuti per 1.000 abitanti, di cui 1,6 per 1.000 in regime di degenza ordinaria).

I reparti attivi nel Presidio sono:

- Anestesia e rianimazione
- Chirurgia generale
- Oculistica
- Ortopedia e traumatologia
- Urologia
- Diagnostica e terapia endoscopica
- Ostetricia e ginecologia
- Cardiologia E utic
- Medicina generale e lungodegenza
- Oncologia
- Neurologia
- Nefrologia e dialisi
- Pediatria neonatologia nido
- Centro trasfusionale
- Servizio laboratorio analisi
- Servizio radiologia
- Farmaceutica Ospedaliera
- Servizio pronto soccorso e osservazione breve

TERRITORIO

L'offerta territoriale comprende :

DISTRETTO DI SANLURI	DISTRETTO DI GUSPINI
• Poliambulatori 1 • Centro salute 2 (Serramanna, Lunamatrona) • Ambulatori 29 • Uffici 3	• Ospedali 1 • Reparti - Divisioni - Servizi 11 • Poliambulatori 2 • Casa della Salute Villacidro • Centro della salute Gonnosfanadiga

• Strutture accreditate 10 • Punto unico di accesso 1 • Consultori 2 • Case famiglia 1 • Centri di salute mentale 1 • Centri dialisi 1 • Centri di neuropsichiatria infantile 2 • Punti di prelievo 2 • Riabilitazione globale 1 • Servizi della prevenzione 4 • Uffici amministrativi 4 • Uffici Ticket 2 • Ufficio protesi e ausili 1 • Farmacia territoriale 1 • Uffici esenzione 2 • Farmacie e parafarmacie 21 • Guardie mediche 10	• Ambulatori 29 • Uffici 4 • Strutture accreditate 10 • Punto unico di accesso 1 • Consultori 3 • Case famiglia 1 • Centri di salute mentale 6 • Centri diurni integrati 1 • Centri di neuropsichiatria infantile 1 • Servizi per le dipendenze 2 • Punti di prelievo 6 • Servizi della prevenzione 1 • Uffici amministrativi 7 • Uffici Ticket 4 • Ufficio protesi e ausili 2 • Farmacia territoriale 1 • Uffici esenzione 6 • Farmacie e parafarmacie 16 • Guardie mediche 7 • Guardie turistiche 2

- Inoltre: 91 Medici di Assistenza Primaria (MMG) e 10 Pediatri di libera scelta (PLS),

Analisi del contesto esterno (contesto territoriale) *AL 1° GENNAIO 2014*

Voce / Indicatore	Valore *(fonte: ISTAT)*
Popolazione	100.676 ab.
Femmine	50944 ab.
Maschi	49732 ab.
Comuni	28
Distretti	2
Famiglie	40127
Numero medio di componenti/famiglia	2,5
Indice vecchiaia	197,17
Indice carico sociale	50,87
Tasso incidenza popolazione anziana	22,37%
Tasso natalità	7‰
Stranieri	1161 unità

Il Ciclo di gestione delle Performance

Al fine di garantire la piena trasparenza riguardo il processo di definizione del Piano, si propone una rappresentazione sintetica delle fasi e dei relativi responsabili che hanno contribuito al Ciclo di gestione della performance.

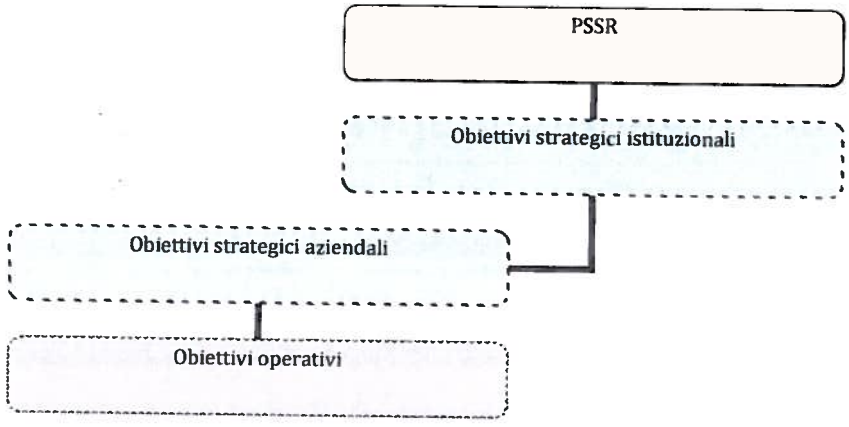
Attori del sistema globale di gestione della performance:

FASE	ATTIVITA'	RESPONSABILE
PIANIFICAZIONE	Individuazione metodologie di base del ciclo di gestione delle performance	Direzione strategica, Programmazione e controllo
	Definizione obiettivi	Direzione generale
	Negoziazione	Direttore Generale, Responsabili di CdR, Programmazione e controllo
REALIZZAZIONE	Attuazione priorità, traducendole attraverso l'attività di gestione in servizi per i cittadini	Dirigenti e collaboratori
VALUTAZIONE	Supporto, verifica, garanzia dell'applicazione delle metodologie predisposte	OIV
MIGLIORAMENTO	Predisposizione azioni di miglioramento	

Fase di pianificazione

L'approccio alla base del modello prevede l'articolazione dello stesso su tre livelli:

- livello istituzionale di Regione Sardegna;
- livello aziendale strategico di pianificazione propria dell'azienda in coerenza con gli indirizzi regionali;
- livello operativo di definizione degli obiettivi, nonché individuazione di indicatori (di output e di risultato) collegati alle strategie, e dei relativi target, coerenti con le risorse dell'organizzazione.



Fase di valutazione

La metodologia di valutazione adottata dalla Asl 6 vige nel pieno rispetto dei principi di trasparenza, oggettività e partecipazione del valutato così come anche disposto dall'art. 25 comma 6 del CCNL 03.11.05.

Il sistema di valutazione si articola in funzione del tipo d'incarico conferito al personale da valutare.

Valutazione dei dirigenti - A partire dal CCNL del 1996, nel SSN l'insieme dei dirigenti è distinguibile in due categorie:

- Direttori/Responsabili di struttura complessa/semplice;
- Dirigenti professional, cioè che svolgono funzioni professionali di base o di alta specializzazione.

In funzione della suddetta distinzione, la valutazione si svilupperà opportunamente nei seguenti ambiti:

- tutto il personale dirigente è soggetto a valutazione di tipo professionale/comportamentale;
- i dirigenti direttori/responsabili di struttura complessa/semplice (punto 1) sono valutati anche in relazione alle capacità gestionali/manageriali espresse nello svolgimento dell'incarico.

Il processo di valutazione relativo a ciascuno degli ambiti si svolge su due istanze distinte e separate (prima e seconda istanza).

Le proposte di valutazione di prima istanza, riguardante gli aspetti professionali/comportamentali vengono effettuate con cadenza annuale dal dirigente posto in posizione funzionale immediatamente superiore al dirigente da valutare.

La valutazione di seconda istanza riguardante gli aspetti professionali/comportamentali è affidata al Collegio Tecnico dell'Area di competenza del dirigente.

La valutazione di seconda istanza della capacità gestionale/manageriale dei direttori/responsabili di struttura è affidata all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) che sostituisce nelle funzioni il Nucleo Aziendale di Valutazione ai sensi dell'art.14 D.Lgs 150/09.

Per quanto riguarda i tempi e le cadenze della valutazione di seconda istanza, essa ha luogo :

a) per gli ambiti di competenza dell'O.I.V., ogni anno;
b) per gli ambiti di competenza del relativo Collegio Tecnico :
    - alla scadenza dell'incarico conferito nei riguardi di tutti i dirigenti;
    - al termine del primo quinquennio di servizio per i dirigenti di nuova assunzione, ai fini del conferimento di un incarico professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi di verifica e di

controllo o di responsabilità di struttura semplice; l'esito di tale momento valutativo è inoltre condizione sia per accedere alla fascia immediatamente superiore relativa alla indennità di esclusività del rapporto di lavoro, che per avere diritto alla equiparazione della retribuzione di posizione minima contrattuale;

- al compimento dei quindici anni di servizio, prestato senza soluzione di continuità (sia a tempo determinato che a tempo indeterminato), anche in Aziende od enti diverse dal comparto sanità, per tutti i dirigenti - esclusi i direttori di struttura complessa - ai fini del passaggio alla fascia superiore dell'indennità economica per l'esclusività del rapporto di lavoro.

Valutazione del comparto - La procedura valutativa si articola in una valutazione (annuale) di prima istanza da parte del responsabile sovraordinato.
Nel caso di incarichi di Posizione Organizzativa e delle Funzioni di Coordinamento segue una valutazione di seconda istanza effettuata dal Nucleo di Valutazione / OIV.

Strumenti di valutazione - schede di budget, schede specifiche per la valutazione degli aspetti professionali/comportamentali e gestionale/manageriale.

Fase per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Per supportare le azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance, ci si pone l'obiettivo di:

- possedere un sistema di diagnosi idoneo a valutare lo stato di evoluzione del ciclo di gestione della performance;
- implementare un sistema della qualità dei dati (data quality) al fine di garantire affidabilità del sistema di misurazione sulle dimensioni di accuratezza, rilevanza, completezza, affidabilità, tempestività, validità e verificabilità dell'indicatore che misurerà le performance;
- garantire la produzione di un flusso informativo come punto di partenza per l'implementazione di un Piano di miglioramento dei sistemi al fine di garantire nel tempo una piena rispondenza al modello di riferimento;
- offrire un modello flessibile e fortemente personalizzabile per adattarlo alle diverse esigenze organizzative dell'azienda e dei suoi componenti.

L'Albero delle performance della asl 6

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, 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 evidenzia 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. Gli stessi obiettivi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

La mappa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della perfomance dell'amministrazione.

Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolate in aree strategiche, a cui sono associati, laddove sia possibile la loro identificazione, gli outcome attesi (si veda l'articolo 8, lett. a. del decreto).

Tavola 1 - L'Albero della *performance*

Obiettivi e aree strategiche [3]

Preso atto che, dal 2011 (DGR 30/60 del 12/07/2011 e ss.), la Regione Sardegna ha assegnato alle Aziende sanitarie locali gli obiettivi dei Direttori generali ripartendoli in tre categorie: assistenziali, economici ed organizzativi e ha provveduto ad aggiornarli annualmente seguendo la stessa ripartizione (si rinvia al documento "Piano delle performance aziendale anno 2014-2016"); **per l'anno 2015** la stessa ha ritenuto necessario esplicitare ulteriormente gli obiettivi al fine di monitorare le attività poste in capo ai Commissari dalla legge e dalle ulteriori disposizioni vigenti in materia di programmazione, in un apposito documento allegato alla DGR n.1/14 del 13/01/2015 denominato "Obiettivi di mandato dei Commissari straordinari ex L.R. n. 23/2014: Avvio delle azioni di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015 e rettifica parziale della deliberazione della Giunta regionale n. 28/17 del 17.7.2014 concernente "Indirizzi in merito all'applicazione degli atti aziendali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, in materia di personale e di acquisti di beni e servizi".

Gli obiettivi, come segue, sono articolati in base alle attività caratteristiche del sistema sanitario regionale e a quelle di supporto, che delineano l'assetto strategico del sistema sanitario regionale.

1. Attività caratteristiche del sistema sanitario regionale
   - A) assistenza sanitaria collettiva
   - B) assistenza distrettuale
   - C) assistenza ospedaliera
   - D) sistema dell'emergenza-urgenza
2. Attività di supporto direzionali, amministrative e gestionali
   - E) governo clinico delle cure e formazione del personale
   - F) sistema informativo sanitario
   - G) gestione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie
   - H) attuazione dell'APQ Sanità
   - I) revisione dei modelli organizzativi delle Aziende

La Regione ha riconosciuto gli obiettivi comuni a tutte le aziende sanitarie locali presenti nel territorio regionale e quelli specifici per azienda sanitaria. A loro volta gli obiettivi comuni si distinguono in obiettivi generali e obiettivi specifici.

1) Obiettivi comuni alle Aziende Sanitarie

AREE	Obiettivi generali	Obiettivi specifici

[3] Rif. Nota RAS Prot. n. 09/08/2013 nr. 0020972 (obiettivi aziende sanitarie)

A. Assistenza sanitaria collettiva	Riorganizzare i dipartimenti di prevenzione secondo modelli operativi funzionali al conseguimento degli obiettivi previsti nelle macroaree di programma definite dal nuovo Piano Regionale di Prevenzione di prossima adozione da parte della Giunta regionale: i dipartimenti dovranno garantire il ruolo di stewardship e governance del Piano a livello locale.	1. Realizzare le disposizioni dettate dalla recente Legge Regionale del 22 dicembre 2014, n. 34, "Disposizioni urgenti per l'eradicazione della peste suina africana". 2. Predisporre, entro quarantacinque giorni dall'insediamento, un programma di vaccinazione per la blue tongue da concludersi entro giugno 2015.
B. Assistenza distrettuale	Potenziare l'assistenza sul territorio, nelle sue diverse funzioni – di prevenzione e cura della cronicità e di erogazione dell'assistenza - attraverso il rafforzamento dei Distretti sociosanitari, nell'ambito delle risorse assegnate all'interno del bilancio aziendale	Predisporre, entro novanta giorni dall'insediamento, un piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014 che contenga, sentita la Conferenza territoriale socio-sanitaria, uno specifico progetto di scorporo e di riconversione delle attività svolte nei presidi ospedalieri al fine di individuare quelle da trasferire alle strutture territoriali, ai costituendi ospedali di comunità, alle case della salute e all'AREUS (ex L.R. n. 23/2014, art. 9, comma 5).
C. Assistenza ospedaliera	Riorganizzare la rete ospedaliera allo scopo di adeguarla alla reali esigenze dei cittadini, garantendo appropriatezza e qualità degli interventi e dei percorsi diagnostico-terapeutici ed evitando inutili duplicazioni, alla luce dei principi e degli standard approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 5.8.2014 e della proposta di riorganizzazione delle rete ospedaliera regionale di prossima adozione da parte della Giunta regionale	Costituire, in ciascuna delle aziende sanitarie locali, un presidio ospedaliero unico di area omogenea, eventualmente ripartito in più stabilimenti, secondo la programmazione regionale, in cui sono garantite le specialità di base e le funzioni di specializzazione attribuite nell'ambito della rete ospedaliera regionale e della rete regionale delle emergenze . (ex L.R. n. 23/2014, art. 9 comma 3, lettera c).
D. Sistema dell'emergenza-urgenza	Migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza dell'attività di pronto soccorso, in coerenza con le funzioni di livello definite nell'ambito della rete ospedaliera regionale, con il processo di razionalizzazione del sistema 118 (centrali operative e rete territoriale), al fine di facilitare l'avvio dell'operatività dell'AREUS.	1. consolidare il flusso EMUR; 2. realizzare entro il 1 luglio 2015 da parte delle Centrali operative 118 un report sulle attività, sulla gestione e sui costi del sistema di emergenza-urgenza, approvato dai rispettivi coordinamenti delle Aziende Sanitarie.
E. Governo clinico delle cure e formazione del personale sanitario	Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il governo clinico delle cure e la formazione del personale sanitario, strumenti fondamentali per il buon funzionamento del sistema sanitario. Le Aziende	Verificare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri – valorizzata da una griglia di indicatori definita dall'Assessorato – e della qualità dell'assistenza – valorizzata dagli indicatori del

	Sanitarie sono chiamate ad assicurare l'adesione ai programmi regionali di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, di riqualificazione professionale, definiti sulla base di una attenta analisi dell'appropriatezza dell'assistenza e dei fabbisogni formativi degli operatori e in coerenza con le necessità del Sistema Sanitario Regionale.	Piano Nazionale Esiti\, e avviare un programma strutturato di audit clinici orientato alla dimensione clinica, organizzativa e documentale dell'offerta assistenziale.
F. Sistema Informativo Sanitario	Potenziare il sistema informativo sanitario, allo scopo di favorirne una reale finalizzazione alle esigenze conoscitive e di valutazione dell'Amministrazione Regionale e delle Aziende Sanitarie, con particolare riferimento: - ai flussi NSIS ed economico-finanziari; - al rispetto degli impegni assunti con il MEF relativamente alla de-materializzazione delle Ricette e all'avvio o consolidamento dei flussi informativi di assistenza territoriale: ARS, ADI, CDM, Hospice	1. Assicurare completezza e coerenza interna nella compilazione dei flussi NSIS e modelli economico-finanziari (CE, LA, SP); 2. Condurre la revisione del modello LA 2013, sulla base dei rilievi che verranno forniti dalla Regione, al fine costituire la base informativa per definire gli obiettivi aziendali che tenga conto dei fabbisogni e costi standard.
G. Gestione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie	Definire un piano di rientro dal disavanzo delle Aziende Sanitarie allo scopo di migliorare la capacità dell'intero Sistema di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio, in coerenza con l'attuale fase di risanamento della finanza pubblica regionale. I commissari straordinari sono chiamati a porre in essere le azioni necessarie per il contenimento della spesa sanitaria, nel rispetto delle indicazioni poste dall'Assessorato con il supporto del Comitato permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie istituito con la Delib.G.R. n. 38/27 del 30/9/2014	1. avviare la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto, finalizzate a forti e progressive forme di aggregazione, nel rispetto delle direttive e linee di indirizzo fornite dalla Giunta regionale (ex L.R. n. 23/2014, art. 9 comma 3, lettera b). 2. controllare l'andamento dei costi della produzione a livello complessivo, anche attraverso la predisposizione e l'attuazione di un programma strutturato di azioni di rientro, validato dal Comitato di cui alla Delib.G.R. n. 38/27 del 30/9/2014; 3. monitorare la qualità e uniformità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza erogati. I risultati di cui ai punti 2. e 3. saranno documentati attraverso gli esiti delle verifiche e del monitoraggio svolto dal Comitato di cui alla Delib.G.R. n. 38/27.
H. Accordo di programma quadro sanità -APQ	Attuare l'APQ Sanità "Interventi per realizzazione, ristrutturazione e ammodernamento strutture sanitarie" così come rimodulati con	Porre in essere tutti i procedimenti amministrativi previsti nel rispetto del crono programma già definito, al fine di poter conseguire l'OGV

	la delibera CIPE N. 40 del 10 novembre 2014.	entro il 31/12/2015. In considerazione della complessità degli interventi del programma, tale obiettivo riveste particolare importanza per le AOU di Cagliari e Sassari e per la ASL n. 6 di Sanluri.
I. Adozione dell'Atto Aziendale	Ridefinire, in coerenza con il quadro normativo definito dalla L.R. n. 23/2014 e con le linee guida di riorganizzazione della rete ospedaliera, l'assetto organizzativo e gestionale delle Aziende Sanitarie, attraverso l'adozione degli atti aziendali di cui al comma 1 dell'articolo 9 della Legge Regionale 28 luglio 2006, n. 10, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria.	Adottare entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi predisposti dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente, i rispettivi atti aziendali.

2) Obiettivi Specifici per l'Azienda Sanitaria 6 di Sanluri

- Attuare i procedimenti amministrativi previsti per la realizzazione del nuovo ospedale di San Gavino Monreale, nel rispetto del crono-programma già definito.
- Realizzare, in stretta collaborazione con l'Assessorato, il piano degli interventi previsti dalle normative nazionali e regionali relativamente alla deospedalizzazione degli assistiti negli ex-OPG.

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Relativamente agli obiettivi operativi e quindi annuali si rinvia alle schede di Budget annuale. L'impegno dell'Azienda, trattandosi di materia in continua evoluzione, sarà orientato a rendere coerente il presente piano con l'aggiornamento degli indirizzi regionali; è prevista pertanto la rinegoziazione degli obiettivi nel corso dell'anno.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

L'obiettivo è passare da un sistema di bilancio basato sulle risorse ad un sistema in cui la performance è al centro del processo di costruzione del budget. Quest'ultimo risulta articolato su tre livelli:

- la mission e strategia aziendale;
- i programmi per aree, a cui corrispondono specifici tetti di budget;
- le azione, ossia sotto-articolazioni del programma, a cui sono associati altrettanti stanziamenti.

Ciascun programma è caratterizzato da una strategia, un set coerente di azioni, obiettivi misurati da indicatori.

Ne consegue la corrispondenza fra dimensione finanziaria e dimensione di performance.

Azioni per il miglioramento del ciclo di performance

L'Azienda Sanitaria di Sanluri, di fronte alla prima stesura del Piano della performance, si riserva l'obiettivo di ricercare l'organizzazione più idonea per migliorare il sistema, di prevedere l'aggiornamento dello stesso piano nel corso del 2015 in un'ottica di miglioramento continuo, e di apportare i necessari correttivi coerenti con l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione.