

PIANO DELLE PERFORMANCE

2016

SOMMARIO

PREMESSA	3
<i>La Performance</i>	3
I IL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	4
<i>Integrazione del ciclo della performance con la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della anticorruzione.</i>	4
<i>I contenuti del piano</i>	5
<i>I principi generali del piano</i>	5
II IL PIANO DELLE PERFORMANCE NELLA ASL 6 DI SANLURI	8
<i>Identità - Chi siamo, cosa facciamo, come operiamo</i>	8
Missione aziendale	9
Analisi del contesto interno (contesto aziendale)	10
Analisi del contesto esterno - contesto territoriale (al 31 Dicembre 2015)	12
<i>Il Ciclo di gestione delle Performance</i>	13
Fase di pianificazione.....	13
Fase di valutazione	14
Fase per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance.....	15
<i>L'Albero delle performance della asl 6</i>	16
Obiettivi e aree strategiche	17
Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	18
Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	18
Azioni per il miglioramento del ciclo di performance.....	19

Pagina | 2

PREMESSA

La Performance

La performance¹ 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

Pagina | 4

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 inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni – al fine di rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatici 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.

Pagina | 5

I principi generali del piano²

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. Rinviamo 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.

Pagina | 6

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 proattive.

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 stakeholder 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.

Pagina | 7

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:

Pagina | 8

- 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 100.141 abitanti (fonte Istat al 31.12.2015).
- 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 storicamente corrisponde ad oltre il 30% 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)

• Dotazione organica – posti coperti al 31/12/2015

PERSONALE	Dirigenza (N°)		Comparto (N°)	
	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Tempo determinato
Amministrativo	8		85	0
Sanitario medico - non medico	186 - 29	15	335	9
Professionale	4	1	1	0
Tecnico	1	0	93	1

Pagina | 10

Le Strutture/Servizi 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 farmaceutico aziendale	Servizio laboratorio analisi
		Servizio diabetologia e malattie	Servizio radiologia

		dismetaboliche	Farmaceutica Ospedaliera Servizio pronto soccorso e osservazione breve
Inoltre: Con decorrenza 01 aprile 2015 è stata attivata la Struttura Residenziale Psichiatrica per gli Adulti per trattamenti a carattere Intensivo (SRPAI) e il suo modulo Residenziale per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)			

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.

I volumi dei ricoveri erogati dall'Ospedale di San Gavino costituiscono circa il 40% del Tasso di Ospedalizzazione della ASL 6 (numero complessivo dei ricoveri eseguiti a favore dei residenti nella ASL compresi quelli erogati in mobilità passiva). 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
<ul style="list-style-type: none"> • Poliambulatori 1 • Centro salute 2 (Serramanna, Lunamatrona) • Ambulatori 29 • Uffici 3 • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Ospedali 1 • Reparti - Divisioni - Servizi 11 • Poliambulatori 2 • Casa della Salute Villacidro • Centro della salute Gonnosfanadiga • 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

Pagina | 12

- Inoltre: 82 Medici di Assistenza Primaria (MMG) e 10 Pediatri di libera scelta (PLS),

Analisi del contesto esterno - contesto territoriale (al 31 Dicembre 2015)

Voce / Indicatore	Valore (fonte: ISTAT)
Popolazione	100.141 ab.
Femmine	50.627 ab.
Maschi	49.514 ab.
Comuni	28
Distretti	2
Famiglie	40165
Numero medio di componenti/famiglia	2,46
Stranieri	1207 unità

Il Ciclo di gestione delle Performance

Al fine di garantire la piena trasparenza riguardo il processo di definizione del Piano, di seguito si rappresentano sinteticamente le fasi e i relativi responsabili che hanno contribuito al Ciclo di gestione della performance.

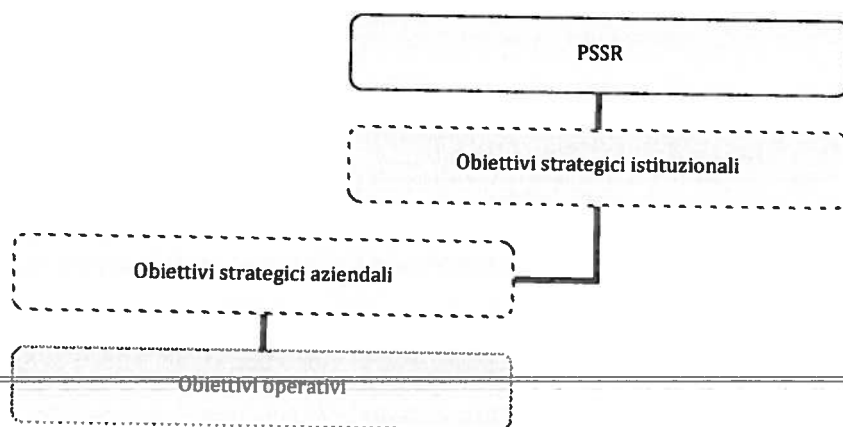
Attori del sistema globale di gestione della performance:

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.

Pagina | 14

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;

- o 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.

Pagina | 15

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 performance 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 strategiche³

La Regione Sardegna dal 2011 (DGR 30/60 del 12/07/2011 e ss.) ha assegnato alle Aziende Sanitarie Locali gli obiettivi dei Direttori Generali ripartendoli in tre categorie: assistenziali, economici ed organizzativi, ha poi annualmente provveduto ad aggiornarli seguendo la stessa ripartizione (si rinvia al documento "Piano delle performance aziendale anno 2014-2016"). Per l'anno 2016 gli obiettivi strategici della Direzione sono stati individuati con gli indirizzi e i programmi indicati nel dettaglio da:

Pagina | 17

- la deliberazione n° 1/4 del 13/01/2015 "Definizione degli obiettivi di mandato dei Commissari straordinari ex L.R. 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".
- la deliberazione n° 38/12 del 28/07/2015 di approvazione del "Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna e la deliberazione n° 6/15 del 02/02/2016 "proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna";
- la deliberazione n° 54/11 del 10/11/2015 avente ad oggetto "Interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica";
- la deliberazione 63/24 del 15/12/2015 avente ad oggetto il "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso". Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della L.R. 9 marzo 2015, n° 5;
- la deliberazione n° 67/30 del 29/12/2015 con la quale è stato prorogato l'incarico del Commissario Straordinario e integrati gli obiettivi di mandato definiti con la deliberazione n° 1/14 del 13/01/2015, assegnando ai Commissari l'obiettivo di porre in essere le azioni gestionali ed organizzative previste nel "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso";
- la successiva nota del 27/01/2016 n° 304 che integra gli obiettivi dei Commissari in coerenza con la deliberazione n° 63/24 del 15/12/2015 concernente il Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale;
- la deliberazione n° 67/16 del 29/12/2015 avente ad oggetto "Indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero".

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

In ottemperanza a quanto prescritto a livello regionale, analizzato il contesto esterno di riferimento ed analizzate le necessità clinico assistenziali, organizzative e gestionali dell'intera Azienda, la Direzione Aziendale ha individuato per l'anno 2016, gli obiettivi strategici di seguito sinteticamente riportati:

- Misure di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera di cui agli allegati 1 e 2 della DGR n° 54/11 del 10/11/2015.
- Miglioramento dell'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera di cui alla DGR n° 67/16 del 29/12/2015.
- Misure di razionalizzazione e contenimento della spesa di cui alla nota dell'Assessorato n° 304 del 26/01/2016 che riguardano l'efficientamento della produzione degli ospedali a gestione diretta e dell'attività territoriale, economie nel consumo dei farmaci e di materiale integrativo e protesico.

Pagina | 18

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Relativamente agli obiettivi operativi per l'anno 2016 si rinvia alle Schede di Budget 2016.

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 previsto pertanto il monitoraggio degli obiettivi con l'eventuale rinegoziazione nel corso dell'anno.

Al fine di perfezionare il sistema, considerate le molteplici fonti di dati, con il documento *Indicatori per il controllo dell'attività sanitaria*, allegato al presente Piano delle performance per farne parte integrante, viene specificata la metodologia della misura degli indicatori per il monitoraggio dell'attività sanitaria del Presidio Ospedaliero.

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:

- mission e strategia aziendale;
- programmi per aree, a cui corrispondono specifici tetti di budget;
- azioni, 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 in un'ottica di miglioramento continuo, e di apportare i necessari correttivi coerenti con l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione.

