



CENTRO NEUROLESI

Bonino Pulejo

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Istituto di rilievo nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico

PIANO DELLA PERFORMANCE

2013

*Non esiste vento favorevole
per il marinaio che non sa dove andare.*

Seneca

Sommario

Premessa	3
Peculiarità di contesto	4
La complessità dell'Istituto e le implicazioni per la valutazione.....	4
Mission Istituzionale ed Aree di competenza.....	4
Le caratteristiche distintive di IRCCS	5
Struttura organizzativa	6
Governance	6
Mappa degli Stakeholders	8
Le caratteristiche del Personale	9
La dimensione finanziaria	11
La multireferenzialità del sistema relazionale.....	12
Trend operativo e andamento gestionale.....	13
Contenimento dei costi e riorganizzazione strutturale.....	18
La gestione della performance	21
Il ciclo di gestione della performance: Piano della performance	21
Sistema di misurazione	27
Principi fondanti	27
Performance organizzativa ed individuale	29
Elementi costitutivi del sistema di misurazione	30
Scelta degli indicatori	30
Check up	31
Sistema di rappresentazione e valutazione	33
Rappresentazione della performance organizzativa	33
Valutazione della performance organizzativa	34
Rappresentazione e valutazione della performance individuale	35
Sistema premiante	36
Procedure di conciliazione ai fini della verifica della correttezza valutativa	36
Ciclo della performance: fasi, tempi e ruoli	37
Organismo indipendente di valutazione	37
Struttura tecnica permanente.....	37
Dirigenti	38
Fasi, tempi e ruoli di responsabilità.....	38
Garanzia della trasparenza	40
Nozione e scopi	40
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	40
Giornate per la trasparenza.....	42
ALLEGATI	

PREMESSA

Questo documento costituisce un primo avvicinamento a quanto previsto dal D.lgs. 150/09 nelle more dell'adeguamento degli ordinamenti regionali ai principi del Decreto stesso.

Il documento è stato redatto sulla base delle **delibere del CIVIT**, di documenti e strumenti di lavoro inerenti i sistemi operativi di programmazione e controllo e di valutazione attualmente in uso presso l'IRCCS, di bozze di lavoro predisposte ad hoc. In particolare le delibere CIVIT costituiscono indicazioni applicative del D.lgs. 150/2009. Tali delibere, che presentano un contenuto piuttosto dettagliato e prescrittivo, sono state, dove possibile, adattate alle **specificità organizzative del Centro** e ai sistemi di programmazione e controllo, che ne costituiscono l'embrione.

Per requisiti minimi del Sistema in senso lato si intende **la definizione del sistema di misurazione e valutazione della performance (del. CIVIT 104/2010)**, che include:

- **i parametri e i modelli di riferimento del sistema di misurazione (del. CIVIT 89/2010)**
- **la struttura e le modalità di redazione del Piano triennale della performance (del. CIVIT 112/2010)**
- **le linee guida per il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (del. CIVIT 105/2010)**

Il presente documento è **suscettibile di modifiche ed integrazioni** alla luce (i) degli ulteriori indirizzi che la CIVIT dovesse successivamente ancora formulare, (ii) per l'effetto delle indicazioni che saranno impartite dalla Regione, (iii) sulla base dei risultati della sperimentazione.

Il documento è articolato come segue:

1. Inquadramento delle **peculiarità organizzative** dell'Istituto, al fine di meglio comprendere identità e perimetro istituzionale;
2. analisi delle prescrizioni normative dettate dal Dlgs 150/2009:
 - Il sistema della pianificazione strategica, che sintetizza contenuti e processi di redazione del **piano della performance**;
 - Il **sistema di misurazione della performance**, in termini di principi, ambiti, elementi e strumenti per l'adozione di un sistema di misurazione;
 - Il sistema della trasparenza, ovvero gli obblighi per assicurare la necessaria trasparenza informativa dell'Istituto con riferimento alle proprie attività, organizzazione e performance, che trovano formalizzazione nel **programma triennale per l'integrità e la trasparenza**.

Considerato che con Deliberazione n. 154 del 29/06/2011 è stato adottato il "Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo di Messina", ma che lo stesso rimane in attesa del riscontro tutorio dal parte dell'organo di controllo (Assessorato regionale alla salute), i contenuti del presente documento per quanto attiene nel merito il Capitolo "Peculiarità di contesto" sono da considerare suscettibili di modifica sulla base delle eventuali osservazioni/modifiche che l'organo di controllo richiederà all'Amministrazione.

PECULIARITA' DI CONTESTO

LA COMPLESSITA' DELL'ISTITUTO E LE IMPLICAZIONI PER LA VALUTAZIONE

L'IRCCS "Centro Neurolesi Bonino Pulejo", di seguito denominato Istituto, è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dotato di personalità giuridica di Diritto Pubblico, con D.M. 4 Marzo 2006, e denominato Istituto "Centro Neurolesi Bonino Pulejo" con D.M. del 4 Aprile 2006, ed è tuttora confermato in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali. L'Istituto costituisce ente a rilevanza nazionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. n.18 del 4 dicembre 2008 in attuazione del D.lgs. di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

L'Istituto dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. A norma dell'articolo 5, comma 2, del D.Lgs. n.502/92 come modificato dal D.Lgs. n.229/1999, gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della Regione.

L'IRCCS svolge la propria attività nel campo delle "neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e trattamento delle gravi neurolesioni acquisite" sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e di assistenza secondo un principio di stretto collegamento, perseguendo, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni sanitarie di alto livello. In particolare, l'Istituto pianifica l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e S.M.I, e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti. I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante appositi accordi con la Regione da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle peculiarità delle attività svolte dall'Istituto. Detti accordi costituiscono riferimento per l'attività di indirizzo e programmazione.

MISSION ISTITUZIONALE ED AREE DI COMPETENZA

L'Istituto persegue la propria Mission attraverso le seguenti azioni:

- agire in coerenza con la programmazione regionale e/o con gli atti di indirizzo e coordinamento generali emanati dalla Regione Siciliana e nel rispetto dei principi di informazione, concertazione e consultazione previsti dai contratti collettivi di lavoro sanità e dagli accordi collettivi di categoria;
- definire in modo chiaro, condiviso, adeguato ed efficiente gli assetti organizzativi, le responsabilità e i relativi contenuti anche alla luce della legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";
- gestire le risorse che gli sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità favorendo la partecipazione degli operatori sanitari e delle persone nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;

- concorrere, in collaborazione con altri soggetti, istituzionali e non, per la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento;
- definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi previo un continuo monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio e degli utenti;
- modellare la propria attività a criteri di appropriatezza clinica e organizzativa;
- favorire la gestione integrata di attività socio-sanitarie attraverso reti di servizi socio-sanitari e di specifici percorsi clinico-assistenziali per la presa in carico di patologie croniche;
- definire e sviluppare interventi e programmi per la riduzione del rischio clinico;
- promuovere lo sviluppo permanente di attività di formazione e di ricerca, integrate con gli interventi per la promozione della salute, indispensabili per garantire la costante innovazione del sistema.

L'Istituto organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima; persegue obiettivi di promozione della salute anche mediante azioni di educazione alla salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, tutela della salute collettiva.

LE CARATTERISTICHE DISTINTIVE DELL'IRCCS

Alla luce dei principi precedenti, la Missione dell'Istituto si caratterizza in modo specifico articolandosi nelle funzioni di ricerca e di assistenza.

La ricerca rappresenta un elemento qualificante la missione dell'Istituto. In quanto IRCCS, l'attività di ricerca dell'Istituto è prevalentemente traslazionale.

Essa si distingue in corrente e finalizzata:

- è ricerca corrente l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica;
- è ricerca finalizzata quella attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sanitario Nazionale. Ulteriore impegno è previsto nell'elaborazione di indicatori di esito e nella valutazione del follow-up dei risultati ottenuti nell'ambito dell'attività di ricerca. Le linee su cui si basa l'attività di ricerca corrente dell'Istituto sono ridefinite ogni triennio ed approvate dal Ministero della Salute. La ricerca finalizzata si sviluppa attraverso la partecipazione a bandi specifici, regionali, nazionali ed internazionali promossi da enti ed istituzioni pubbliche o private ed anche nell'effettuazione di ricerche su commissione o sponsorizzate.

L'Istituto, può, ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 288/2003, attuare delle misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, con l'Università, con istituti di riabilitazione, etc, avvalendosi, in particolare delle Reti di cui all'articolo 43 della legge 3 del 16 gennaio 2003, all'interno delle quali attuare comuni progetti di ricerca, praticare comuni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti. In linea con le strategie delineate a livello nazionale e regionale, l'Istituto si impegna anche ad una valutazione delle ricadute cliniche della ricerca sviluppata e ad individuare indicatori di outcome e metodologie di misurazione dei risultati conseguiti a distanza di tempo, derivanti dall'applicazione di metodiche innovative in campo clinico. L'Istituto è impegnato altresì nello sviluppo di progetti di ricerca a potenziale ricaduta industriale e trasferimento tecnologico dei risultati della stessa.

Nell'ambito del Servizio sanitario regionale, per come delineato dalla legge regionale del 14 aprile 2009 n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale", nonché nei successivi atti della Regione Siciliana

riguardanti l'organizzazione sanitaria fra i quali i Decreti dell'Assessorato della Salute sul "Riordino, rifunzionalizzazione e riconversione della rete ospedaliera e territoriale", e "Le linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale", l'Istituto assicura l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi delle persone, l'equità delle prestazioni, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali. L'Istituto è orientato sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli ed apposite procedure volte al miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, integrando tutte le attività con la ricerca effettuata all'interno dell'Istituto. A tal fine l'Istituto:

- garantisce la salvaguardia della salute delle persone approntando direttamente servizi e prestazioni o acquisendo le prestazioni dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate, dando la dovuta importanza alle problematiche dei soggetti fragili e cronici;
- garantisce la prevenzione e la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo la salute dei lavoratori;
- garantisce altresì equità, solidarietà, riduzione delle disuguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute, anche attraverso percorsi che limitino il ricorso inappropriato alla ospedalizzazione sviluppando la territorializzazione diffusa degli altri servizi e dei meccanismi che tendono, laddove possibile, alla domiciliarizzazione delle cure, alla facilitazione e allo snellimento dell'"accesso amministrativo" alle prestazioni.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Istituto persegue lo scopo istituzionale assistenziale erogando servizi sanitari promuovendo ed attuando la ricerca mediante l'attività dei propri servizi di ricerca sperimentale e clinica, igienico - organizzativi ed amministrativo-contabili, ai quali sovra intendono, per le rispettive competenze, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

Per quanto attiene l'articolazione organizzativa interna dell'Istituto, per quanto citato in "Premessa" si ritiene opportuno rimandare all'approvazione del Regolamento aziendale da parte dell'organo di controllo per poter così opportunamente integrare il presente capitolo del documento.

GOVERNANCE

1. Sono organi dell'Istituto, ai sensi della L.R. 18 del 2008:

- a) il Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- b) il Direttore Generale;
- c) il Direttore Scientifico;
- d) il Collegio Sindacale.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica ha il compito di:

- a) definire gli indirizzi strategici dell'Istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività e verificarne l'attuazione;
- b) esprimere parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio di esercizio, sulle modifiche al Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;

- c) nominare i componenti del Comitato tecnico-scientifico, su proposta del Direttore Scientifico;
- d) svolgere le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto e sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi ed agli obiettivi predeterminati.

Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'IRCSS ed è responsabile della gestione complessiva che si esercita attraverso la definizione dei programmi e degli obiettivi da attuare, nonché attraverso la verifica della rispondenza dei risultati di attività e di gestione rispetto agli indirizzi impartiti. Il Direttore generale si rapporta con il Direttore Scientifico al fine dell'ottimale integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con l'attività scientifica, con particolare riguardo alla definizione degli obiettivi di dipartimento e di struttura, alla definizione di strutture, funzioni e posizioni ed alla valutazione dei dirigenti. Il Direttore Generale, altresì, esercita le proprie funzioni con atti di diritto privato o, nei casi previsti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi.

Il Direttore Scientifico promuove, coordina e gestisce l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto in coerenza con il Programma Nazionale di Ricerca di cui all'art. 12 bis del D.Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche e con il Programma di Ricerca della Regione. Il Direttore Scientifico gestisce il budget della ricerca, concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base degli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica. Il Direttore Scientifico, presiede il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) ed esprime parere obbligatorio non vincolante al Direttore Generale sulle determinazioni e sulle delibere inerenti le attività cliniche e scientifiche come esplicitate di seguito nel presente paragrafo e nel successivo articolo relativo al CTS. Inoltre è il responsabile della promozione e gestione dell'attività di ricerca, in coerenza con quanto previsto dall'art. 12 bis del D. Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche, dal D.Lgs. 288 del 2003 e dalla L.R. 18/08. In questo ambito è deputato all'individuazione delle strutture che svolgono prevalentemente attività di ricerca e mantiene stretti rapporti con l'Università. Il Direttore Scientifico è delegato alla valutazione dell'attività scientifica sia delle Strutture che del singolo ricercatore, in collaborazione con il CTS. Svolge anche una funzione di *fundraising*, relativamente alla ricerca, ed è responsabile della gestione dei finanziamenti della ricerca, dei quali negozia annualmente il budget con il Direttore Generale.

Secondo quanto previsto dal combinato disposto dall'art. 4 del decreto legislativo n. 288/03, il Collegio Sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'IRCCS sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce all'Assessorato regionale della sanità, anche su richiesta di quest'ultima sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è il fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Istituto al Consiglio di Indirizzo e Verifica alla Conferenza dei sindaci;
- f) svolge altre funzioni al medesimo attribuite dalla legge nazionale e regionale.

MAPPATURA DEGLI STAKEHOLDER

L'IRCCS, nella realizzazione della sua attività, ha prodotto una rete di relazioni. I soggetti della rete, sono i numerosi ed eterogenei portatori di interessi dell'Istituto. Per comprendere che tipo di rapporto esiste tra IRCCS e ciascun stakeholder, si è innanzitutto analizzato se questo contribuisce alla definizione dell'azione dell'Istituto (stakeholder di input) o se ne risulta destinatario (stakeholder di output). Nel primo caso si è poi individuato il tipo di contributo apportato, classificandolo a seconda che riguardi la programmazione delle attività (input di programmazione), l'apporto finanziario (input di finanziamento), o il processo di realizzazione del servizio (input di produzione).

STAKEHOLDER DI INPUT	STAKEHOLDER DI OUTPUT
<p>di programmazione</p> <p><u>Soggetti pubblici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regione siciliana "Assessorato Salute" - ASP - MIUR - Ministero della Salute - Università - Enti di Ricerca - Comunità scientifica <p><u>Soggetti privati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Associazioni di categoria <p>di finanziamento</p> <p><u>Soggetti pubblici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regione Siciliana - MIUR - Ministero Salute - Altri soggetti pubblici <p><u>Soggetti privati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aziende - Cittadini <p>di produzione</p> <p><u>Soggetti pubblici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ASP <p><u>Soggetti privati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornitori - Dipendenti 	<p>Servizi resi a:</p> <p><u>Soggetti pubblici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regione siciliana "Assessorato Salute" - ASP - MIUR - Ministero della Salute - Università - Enti di Ricerca - Comunità scientifica <p><u>Soggetti privati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cittadini - Enti ed associazioni - Comunità scientifica

LE CARATTERISTICHE DEL PERSONALE

Nelle tabelle seguenti si riassumono i principali valori del personale in servizio dai quali sarà facile desumere che attualmente la Struttura soffre di una grave carenza di personale con una copertura della dotazione organica pari al 75% rispetto la previsione.

Livello			in servizio	previsti	Vacanti
Dirigenti	DIR	sanitari	40	56	16
		tecnici	0	4	4
		amministrativi	2	3	1
		professionali	0		0
Collaboratori Professionali	D	sanitari	94	115	21
		tecnici	13	70	57
		amministrativi	8	15	7
Assistenti	C	tecnici	1	6	5
		amministrativi	18	22	4
Operatori	B	sanitari	42	38	-4
		tecnici	6	5	-1
		amministrativi	0	0	0
Ausiliari	A	tecnici	1	0	0
Commessi	A	amministrativi	2	0	0
Collaboratori			8	0	0
Borsisti			22	0	0
Personale esterno			0	0	0
Totale			257	334	115

Se si considera il solo personale in servizio a tempo indeterminato la copertura della dotazione organica scende al 30%.

Presenti al 31/12/2012								
Livello			Tempo indeterminato	Tempo determinato	Collaboratori	Borsisti	Esterni	Totale in servizio
Dirigenti	DIR	sanitari	27	13				40
		tecnici	0	0				0
		amministrativi	0	2				2
		professionali	0	0				0
Collaboratori Professionali	D	sanitari	43	51				94
		tecnici	13	0				13
		amministrativi	0	8				8
Assistenti	C	tecnici	0	1				1
		amministrativi	1	17				18
Operatori	B	sanitari	0	42				42
		tecnici	1	5				6
		amministrativi	0	0				0
Ausiliari	A	tecnici	0	1				1
Commessi	A	amministrativi	0	2				2
Altro			0	0	8	22	0	30
TOTALE			85	142	8	22	0	257

Tipologia contratto	n. dipendenti	%
Dirigenza	42	16,34%
Personale Riabilitazione (log./fisio.)	35	13,61%
Personale Infermieristico	59	23%
O.S.S.	42	16,34%
Operatori Tecnici	6	2,33%
Personale Amministrativo	42	16,34%
Ausiliari	1	0,38%
Collaboratori	8	3,11%
Borsisti	22	8,56%
Esterni	0	0%
Totale	257	100,00%

LA DIMENSIONE FINANZIARIA

L'Istituto è finanziato in applicazione delle disposizioni nazionali e regionali nonché delle previsioni contenute negli eventuali atti di intesa fra Stato e Regione al fine del perseguimento dell'integrazione tra le politiche di assistenza sanitaria e di ricerca, mediante intese di programma pluriennali per stabilire:

- la programmazione degli obiettivi e dell'attività di ricerca e la relativa copertura finanziaria;
- l'attività di assistenza sanitaria coerente con la programmazione sanitaria regionale, funzionale all'attività di ricerca;
- il sistema tariffario e il correlato finanziamento dell'attività assistenziale che consideri la connessione tra ricerca e assistenza nell'attività svolta dall'Istituto;
- la programmazione degli investimenti e la relativa copertura finanziaria;
- ogni altro oggetto che, congiuntamente, le parti ritengano di sottoporre a intesa.

Costituiscono ricavi dell'Istituto:

- i proventi derivanti dall'esercizio delle attività istituzionali ed eventuali finanziamenti pubblici e privati;
- i frutti e le rendite generati dai beni non direttamente utilizzati per le finalità istituzionali;
- i lasciti, le donazioni, le eredità e le erogazioni di qualsiasi genere che siano accettati dagli organi competenti e non imputati a patrimonio.

Voce PDC	DESCRIZIONE	2008	2009	2010
A	Valore della produzione			
A.1	Contributi in c/esercizio	€ 5.358.416,00	€ 4.840.000,00	€ 6.994.756,00
A.2	Proventi e ricavi diversi	€ 12.341.086,00	€ 11.786.000,00	€ 11.676.023,00
A.3	Concorsi, recuperi att. tipiche	€ 49.000,00	€ 13.000,00	€ 8.522,00
A.4	Compartecip. ticket	€ 409.439,00	€ 359.000,00	€ 297.735,00
A.5	Costi capitalizzati	€ 270.575,00	€ 347.000,00	€ 352.727,00
A	Totale valore della produzione	€ 18.428.516,00	€ 17.345.000,00	€ 19.329.763,00
B	Costi della produzione			
B.1	Acquisti di beni	-€ 3.961.470,00	-€ 3.951.000,00	-€ 4.126.642,00
B.2	Acquisti di servizi	-€ 3.694.657,00	-€ 2.991.000,00	-€ 2.914.085,00
B.3	Manutenzioni e riparazioni	-€ 873.520,00	-€ 962.000,00	-€ 765.436,00
B.4	Godimento di beni di terzi	-€ 403.082,00	-€ 438.000,00	-€ 545.689,00
B.5	Personale del ruolo sanitario	-€ 8.622.208,00	-€ 8.812.000,00	-€ 8.570.088,00
B.7	Personale del ruolo tecnico	-€ 1.051.104,00	-€ 693.000,00	-€ 854.405,00
B.8	Personale del ruolo amministrativo	-€ 377.061,00	-€ 774.000,00	-€ 855.725,00
B.9	Oneri diversi di gestione	-€ 1.431.130,00	-€ 868.000,00	-€ 626.531,00
B.10	Ammortamenti imm.ni imm.li	-€ 38.246,00	-€ 68.000,00	-€ 70.885,00
B.11	Ammortamenti dei fabbricati	-€ 347.645,00	-€ 588.000,00	-€ 618.533,00
B.12	Ammortamenti delle altre imm.ni mat.	-€ 491.723,00	-€ 671.000,00	-€ 727.137,00
B.14	Variazione delle rimanenze	€ 248.705,00	€ 233.000,00	-€ 50.769,00
B.15	Accantonamenti tipici dell'esercizio	-€ 60.000,00	-€ 81.000,00	-€ 200.000,00
	Totale costi della produzione	-€ 21.103.141,00	-€ 14.682.000,00	-€ 20.925.925,00
C	Proventi e oneri finanziari			
C.1	Interessi attivi	€ 22.818,00	€ 4.000,00	€ 58,00
C.2	Altri proventi	€ 289,00		€ 56,00
C.3	Interessi passivi		-€ 3.000,00	-€ 99.402,00
C.4	Altri oneri	-€ 844,00	-€ 1.000,00	-€ 1.547,00
E	Proventi e oneri finanziari			
E.1	Proventi straordinari		€ 347.000,00	€ 730.295,00
E.2	Oneri straordinari	-€ 229.157,00	-€ 76.000,00	-€ 31.784,00
	Risultato prima delle imposte	-€ 2.881.519,00	-€ 3.514.000,00	-€ 998.286,00
Y	Imposte e tasse	-€ 648.893,00	-€ 731.000,00	-€ 750.074,00
Y.1	Irap	-€ 648.893,00	-€ 726.000,00	-€ 745.028,00
Y.2	Ires		-€ 5.000,00	-€ 5.046,00
	Risultato di esercizio	-€ 3.530.412,00	-€ 4.245.000,00	-€ 1.748.360,00

LA MULTI REFERENZIALITA' DEL SISTEMA RELAZIONALE

L'IRCCS in tutti i processi di pianificazione e gestione favorisce la collaborazione con le altre aziende sanitarie e i soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute delle persone a livello nazionale e internazionale. L'Istituto promuove lo scambio di informazioni e buone prassi con altre realtà e organismi nazionali e internazionali per costruire reti di collaborazione, e la partecipazione a progetti e bandi di ricerca multicentrici. E' inoltre orientato a sviluppare un modello sinergico di rete al fine di realizzare e sviluppare iniziative, progetti ed interventi volti all'ottimizzazione delle attività nell'ambito dei Servizi Sanitari Regionali, attraverso il confronto dei piani di lavoro per l'individuazione dei diversi possibili livelli di collaborazione con altre aziende anche al fine di acquisire informazioni e valutazioni per la condivisione delle tecniche sanitarie in atto impiegate e per i processi sanitari utilizzati. Tale attività è anche finalizzata all'individuazione delle tecnologie e degli interventi sanitari, da affrontare in modo collaborativo, al fine di evitare eventuali duplicazioni, con l'implementazione e l'adozione a livello regionale, di interventi sanitari e tecnologie già esistenti a livello nazionale ed internazionale.

Nella propria attività assistenziale l'Istituto assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione Sicilia. Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle Aziende Sanitarie e dell'Istituto, come declinate dagli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale. L'Istituto individua nell'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività sanitarie un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e di funzionamento dei servizi nella convinzione che essa rappresenti un fattore fondamentale per la qualificazione dell'offerta.

Attraverso l'integrazione socio-sanitaria l'Istituto tende a realizzare:

- una maggiore efficacia assistenziale, consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multiprofessionali e interdisciplinari, favorendo un uso più efficiente delle risorse umane mediante il superamento di settorialità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze;
- un approccio integrato, al fine di ridurre il disagio delle persone superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e favorendo, invece, una erogazione unitaria e coordinata a cura di équipes socio-sanitarie che incidono sulla qualità della vita e supportano l'effettiva fruibilità dei servizi;
- condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse, sanitarie e sociali, sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore, per la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse per la produzione dei servizi socio-sanitari, la regolazione del funzionamento delle reti socio-sanitarie nelle loro diverse afferenze e il raggiungimento della massima efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica.

Sulla base degli indirizzi definiti dagli atti di programmazione regionale, opera in rete con le altre aziende sanitarie al fine di garantire, anche attraverso il sistema telematico, il collegamento e il coordinamento delle funzioni socio-sanitarie ed assistenziali per assicurare all'utente l'appropriatezza dell'intero percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione, anche protetta.

Quale ulteriore sede in cui si realizza la collaborazione tra Regione e Università degli Studi di Messina per le attività di ricerca e di didattica e della creazione di percorsi integrati in specifici settori, viene promossa l'integrazione tra le attività assistenziali e di ricerca e le funzioni di didattica, nell'ambito della programmazione sanitaria, così come definita a livello regionale e nazionale. Tale rapporto è regolato da specifica "Convenzione", avente ad oggetto, nel rispetto di quanto stabilito dai protocolli di intesa tra la Regione e le Università regionali, le forme di integrazione delle attività assistenziali e di ricerca con le funzioni di didattica. Tale accordo attuativo locale disciplina in particolare l'organizzazione e il funzionamento dei rapporti tra l'Università e l'Istituto con particolare riferimento all'individuazione delle strutture essenziali per la didattica, la disciplina del personale universitario, la partecipazione del personale

del SSN all'attività di didattica pre e post laurea.

TREND OPERATIVO E ANDAMENTO GESTIONALE

Si forniscono qui di seguito alcuni indicatori di attività, espressione del trend operativo aziendale con specifico riguardo ai dati inerenti l'indice occupazionale medio dei posti letto, al volume delle prestazioni erogate a favore di esterni, all'abbattimento delle liste d'attesa per gli stessi e dei tempi di attesa per i ricoveri interni

Indice occupazionale dei posti letto

Giornate di degenza	23066
Entrati Medi giornalieri	0,79
Entrati e Usciti stesso giorno	3
Indice Occupazione	98,20%
Degenza Media	80,20
Presenza Media giornaliera	62,84
Indice di Rotazione	4,45
Indice Turnover	1,47

Attività per esterni

Si fa riferimento al volume delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale nell'ultimo biennio di cui si allegano i relativi report.

I dati più rilevanti sono riportati nel seguente schema:

	Anno 1	Anno 2	Diff.%
Tot. Prest	55733	43068	-22%
Fatturato	€ 1.830.355,00	€ 1.460.439,00	-20%
Doppler arti n. prest	1095	2051	+87%
Doppler arti fatturato	€ 47.000,00	€ 89.608,00	+91%
TAC n. prest	3373	2451	-27%
TAC fatturato	€ 308.487,00	€ 230.622,00	-25%
RMN n. prest	5120	4134	-19%
RMN fatturato	€ 947.190,00	€ 769.570,00	-18%
TSA n. prest	1308	1931	+47%
TSA fatturato	€ 57.276,00	€ 84.319,00	+47%

Come riportato in tabella nell'ultimo biennio si è osservato un calo delle prestazioni pari a - 12665 per un importo complessivo di € - 369.916 rispetto all'anno precedente.

Sostanzialmente il disallineamento maggiore attiene alle prestazioni della Radiologia come TAC con - €77.865 per - 922 prestazioni erogate e per la RMN con - €177.620 per - 623 prestazioni erogate. Tale calo prestazionale è dovuto, oltre che alla situazione economica contingente che comporta una reale rinuncia dell'utenza a sottoporsi ad esami di controllo, altresì all'ampliamento dell'offerta di tali esami sull'intero territorio messinese.

Diversamente si nota un incremento percentuale delle prestazioni di Laboratorio TSA e doppler arti. Rimangono pressoché invariate le analisi riferite alla altre prestazioni

In riferimento a tali dati si ritiene di procedere per il 2013 ad una riqualificazione delle prestazioni ambulatoriali per il tramite dell'ampliamento della tipologia delle prestazioni offerte (es. Doppler Transcranico; Tilt Test) ed una riqualificazione del personale in servizio.

Analogamente si ritiene di procedere nel corso del 2013 ad una riqualificazione del Laboratorio Analisi che passerà attraverso un ampliamento delle prestazioni offerte per il tramite dell'effettuazione di nuove analisi specialistiche, comportante l'acquisizione della strumentazione necessaria ed un'adeguata preparazione del personale; congiuntamente si provvederà alla stipulazione di accordi e convenzioni con altre Aziende volti all'esternalizzazione di parte delle prestazioni laboratoristiche in atto, adeguandosi alla logica del laboratorio in rete come previsto dalle recenti disposizioni regionali in materia.

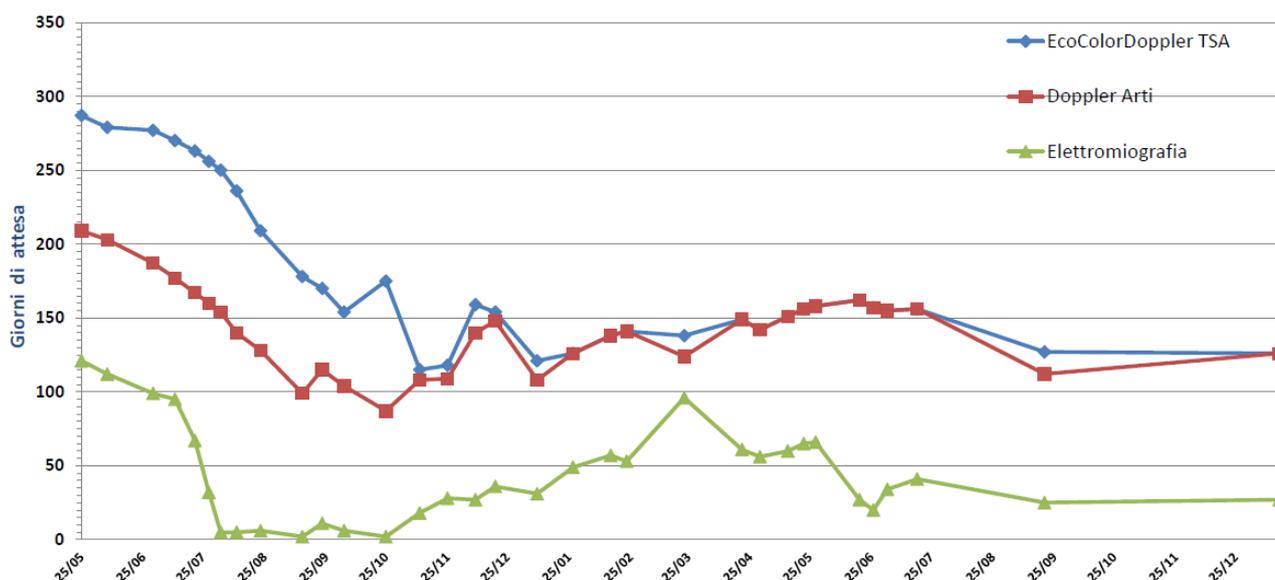
Abbattimento dei tempi di attesa prestazioni per esterni

Di seguito vengono forniti in maniera analitica e graficamente gli andamenti dei tempi di attesa delle principali prestazioni per esterni:

Prestazione	N° Prestazio	Distribuzione	N° Esami settimanali	Prima data utile	Giorni di attesa	Tariffa base	Ticket
Visita Cardiologica	8	Lun-Ven (Pomeriggio)	40	22/01/2013	6	€ 18,59	€ 20,59
ECG	8	Lun-Ven (Pomeriggio)	40	22/01/2013	6	€ 11,62	€ 13,62
EcoCardioGrafia	8	Lun-Ven (Pomeriggio)	40	22/01/2013	6	€ 51,65	€ 39,70
Visita Neurologica	10	Lun-Ven (Mattina)	50	23/01/2013	7	€ 18,59	€ 20,59
EcoColorDoppler TSA	10	Lun-Ven (Mattina)	59	22/05/2013	126	€ 43,90	€ 38,93
Doppler Arti	4	Lun-Ven (Mattina)	29	22/05/2013	126	€ 43,90	€ 38,93
EEG	8	Lun-Ven (Mattina)	40	16/01/2013	0	€ 36,03	€ 30,05
Potenziali Evocati	5	Lun-Ven (Mattina)	25	16/01/2013	0	€ 34,86	€ 36,86
EEG in deprivazione sonno	1	Lun-Merc (Pomeriggio)	2	16/01/2013	0	€ 34,86	€ 36,86
EMG	7	Lun-Ven (Mattina)	35	08/02/2013	23	€ 10,33	
RX	5	Lun-Ven (Pomeriggio)	25	16/01/2013	0	€ 19,37	€ 21,37
Risonanza Magnetica	10	Lunedì-Sabato (Mattina)	108	12/02/2013	27		
TAC	11	Lunedì-Sabato (Mattina)	66	16/01/2013	0		
TAC cmdc	9	Lun-Venerdì (Pomeriggio)	45	16/01/2013	0	€ 179,21	€ 52,46
Ecografia	10	Mar-Gio-Ven (Mattina)	30	08/02/2013	23	€ 48,55	€ 36,09

Rilevamento	EcoColorDoppler TSA	Doppler arti	Elettromiografia			
25/05/2011	07/03/2012	287	20/12/2011	209	23/09/2011	121
07/06/2011	12/03/2012	279	27/12/2011	203	27/09/2011	112
30/06/2011	02/04/2012	277	03/01/2012	187	07/10/2011	99
11/07/2011	06/04/2012	270	04/01/2012	177	14/10/2011	95
21/07/2011	09/04/2012	263	04/01/2012	167	26/09/2011	67
28/07/2011	09/04/2012	256	04/01/2012	160	29/08/2011	32
03/08/2011	09/04/2012	250	04/01/2012	154	08/08/2011	5
11/08/2011	03/04/2012	236	29/12/2011	140	16/08/2011	5
23/08/2011	19/03/2012	209	29/12/2011	128	29/08/2011	6
13/09/2011	09/03/2012	178	21/12/2011	99	15/09/2011	2
23/09/2011	11/03/2012	170	16/01/2012	115	04/10/2011	11
04/10/2011	06/03/2012	154	16/01/2012	104	10/10/2011	6
25/10/2011	17/04/2012	175	20/01/2012	87	27/10/2011	2
11/11/2011	05/03/2012	115	27/02/2012	108	29/11/2011	18
25/11/2011	22/03/2012	118	13/03/2012	109	23/12/2011	28
09/12/2011	16/05/2012	159	27/04/2012	140	27/04/2012	27
19/12/2011	21/05/2012	154	15/05/2012	148	24/01/2012	36
09/01/2012	09/05/2012	121	26/04/2012	108	09/02/2012	31
27/01/2012	01/06/2012	126	01/06/2012	126	16/03/2012	49
15/02/2012	02/07/2012	138	02/07/2012	138	12/04/2012	57
23/02/2012	13/07/2012	141	13/07/2012	141	16/04/2012	53
23/03/2012	08/08/2012	138	25/07/2012	124	27/06/2012	96
21/04/2012	17/09/2012	149	17/09/2012	149	21/06/2012	61
30/04/2012	19/09/2012	142	19/09/2012	142	25/06/2012	56
14/05/2012	12/10/2012	151	12/10/2012	151	13/07/2012	60
22/05/2012	25/10/2012	156	25/10/2012	156	26/07/2012	65
28/05/2012	02/11/2012	158	02/11/2012	158	02/08/2012	66
19/06/2012	28/11/2012	162	28/11/2012	162	16/07/2012	27
26/06/2012	30/11/2012	157	30/11/2012	157	16/07/2012	20
03/07/2012	05/12/2012	155	05/12/2012	155	06/08/2012	34
18/07/2012	21/12/2012	156	21/12/2012	156	28/08/2012	41
20/09/2012	25/01/2013	127	10/01/2013	112	15/10/2012	25
16/01/2013	22/05/2013	126	22/05/2013	126	12/02/2013	27

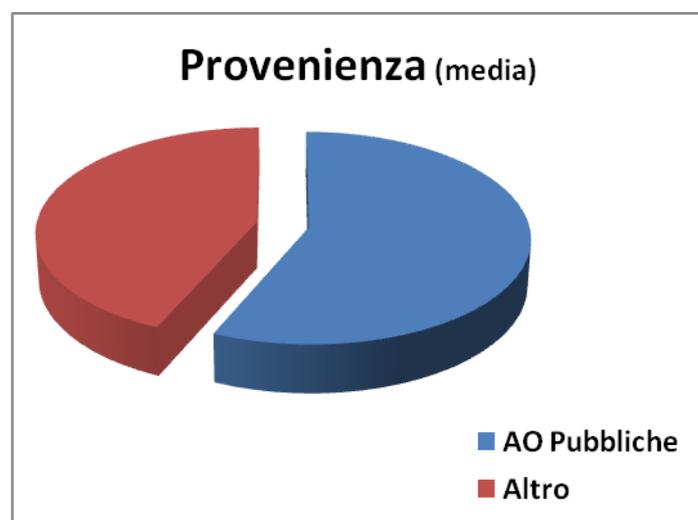
Tempi d'attesa

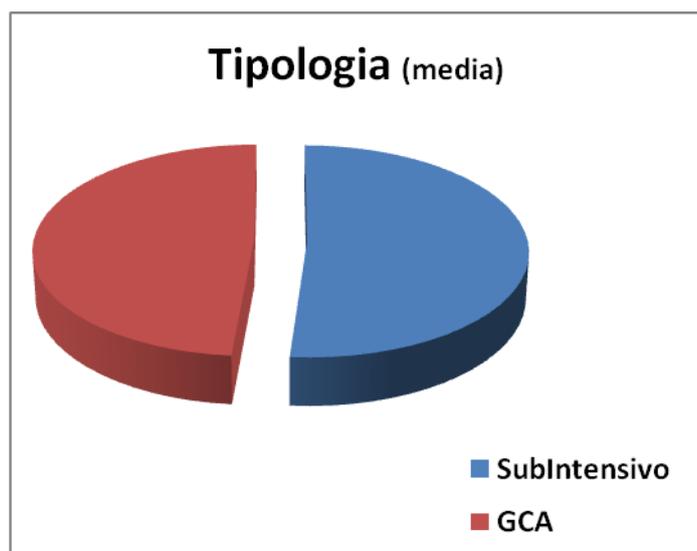


Abbattimento dei tempi di attesa ricoveri interni

Di seguito vengono forniti in maniera analitica e graficamente gli andamenti dei tempi di attesa relativi alle liste di prenotazione dei ricoveri monitorati: ad oggi il tempo medio per il ricovero, a seguito di una richiesta proveniente da una Struttura Ospedaliera, si contiene entro i 10 giorni dalla presentazione della richiesta.

Ricoveri 2012						
Periodo	ago-12	set-12	ott-12	nov-12	dic-12	Media
Ricoveri	11	19	12	14	20	15
Età	48	58	61	59	60	57
Tipologia	SubIntensivo	8	11	8	6	8
	GCA	3	8	4	8	7
Elaps Time*	9	9	12	14	8	10
Provenienza	AO Pubbliche	9	12	7	7	9
	Altro	2	7	5	7	7
Richieste val.	34	34	32	39	22	32





CONTENIMENTO DEI COSTI E RIORGANIZZAZIONE STRUTTURALE

Nel secondo semestre del 2012 la Direzione Generale ha intrapreso un'attenta attività di monitoraggio e controllo dei costi, funzionale all'individuazione del costo medio giornaliero sostenuto per tipologia di ricovero ospedaliero riabilitativo, con specifico riferimento alla riabilitazione dei lungodegenti con gravi cerebrolesioni acquisite.

Il presente studio, avvalendosi, quale fonte dei dati elaborati, delle cartelle cliniche e del sistema informativo aziendale nel suo complesso, ha preso in esame 12 dei 64 pazienti ospitati dall'Istituto, rappresentativi delle differenti casistiche previste, nello specifico :

- 3 ricoveri GCA
- 2 ricoveri INTENSIVI
- 7 ricoveri SUAP

L'analisi è stata svolta dettagliatamente sulla base dei centri di costo così suddivisi in: costi diretti, costi per il personale e costi comuni:

COSTI DIRETTI
Consumo Farmaci
Presidi Ospedalieri
Nutrizione (Ent./Parent/Mensa)
Esami Radiologici
Esami Laboratoristici
Esami cardiologici
Consulenza a reparto
Emotrasfusione
(Consulenza esterna)
COSTI PER PERSONALE
Personale Sanitario (€/ore)
Personale Parasanitario (€/ore)
COSTI COMUNI
Costi Comuni diretti
Costi Comuni indiretti
TOTALE

Dal lavoro svolto è stato possibile inferire l'esistenza di una chiara opportunità di riorganizzazione, orientando i ricoveri, e conseguentemente i Reparti di Degenza, per intensità di cure.

Tale progettualità, che vedrà impegnato l'IRCCS per il prossimo triennio, prevede la collocazione all'interno del medesimo reparto di pazienti che, appartenendo alla stessa tipologia di ricovero, necessitano di analogo livello di assistenza. Chiaramente pertinente e consustanziale a tale riassetto organizzativo dovrà essere una migliore e più appropriata allocazione del personale assistenziale e riabilitativo, in modo tale da rispecchiare l'intensità di cura propria di ogni singola degenza, adottando quale criterio informatore quanto previsto dalle Linee Guida di cui al Decreto 26/10/2012 pubblicato in GURS 21/12/2012.

Seguendo pertanto le indicazioni contenute nel Decreto Assessoriale del 26/10/2012, attraverso successivi e mirati interventi l'attuale struttura organizzativa ospedaliera (articolata in 4 reparti di Degenza) evolverà verso una sistema più snello e strutturato come di seguito esplicitato:

- Riabilitazione intensiva
- Unità di riabilitazione intensiva gravi cerebrolesioni acquisite
- Speciali unità di accoglienza permanente

Secondo le direttive impartite dalle stesse, un reparto di "Riabilitazione intensiva" , è destinato all'accoglienza di un numero minimo di 24 pazienti che presentino almeno due delle seguenti condizioni :

- pazienti affetti da disabilità complessa suscettibile di significativi miglioramenti, che pertanto richiedono un elevato impiego diagnostico e terapeutico a carattere multidisciplinare intensivo;
- pazienti instabili clinicamente che necessitano di una tutela medica e infermieristica costante;
- pazienti che richiedono un ricovero con disponibilità h24 di prestazione diagnostico-terapeutiche e di un trattamento riabilitativo non erogabile in regimi alternativi;
- pazienti che necessitano di un iter riabilitativo complesso in condizioni di sicurezza.

L'assistenza infermieristica dovuta, ai fini della cura e del recupero di tale tipologia di pazienti, è fissata in 220 min/die/pz di cui 100 minuti affidati agli O.S.S., mentre per l'attività riabilitativa sono richiesti 180 min/die/pz.

Per rispondere, conformemente a tali Linee Guida, all'obiettivo di ottimale riorganizzazione dei singoli reparti di degenza, la riabilitazione intensiva dovrà accorparsi l'ex reparto B, l'ex reparto C ed il reparto di prossima apertura, per un totale di 48 posti letto. Il personale dovrà così essere distribuito in 16 infermieri, 13 O.S.S. e 24 fra fisioterapisti, logopedisti, psicologi e assistenti sociali.

Per l' "Unità di riabilitazione intensiva gravi cerebrolesioni acquisite", è individuato un modulo standard minimo di 24 posti letto i quali devono ospitare pazienti affetti da esiti di gravi cerebrolesioni acquisite di origine traumatica o di altra natura, caratterizzate nella loro evoluzione da un periodo di coma, laddove coesistano e persistano gravi menomazioni che danno luogo a disabilità multiple e complesse, per le quali si richiede un intervento valutativo e terapeutico che per la sua complessità non sarebbe realizzabile presso strutture di altro livello.

Si richiede che il personale sia dunque adeguatamente addestrato e qualificato a tal fine; l'assistenza infermieristica diurna viene fissata in un tempo pari a 480min/pz e l'intervento riabilitativo a 240 min/pz di cui 50min/pz di attività logopedistica.

In ossequio a tali indicazioni, il reparto "Gravi cerebrolesioni acquisite" dovrà identificarsi nell'ex reparto D, contando un numero di 17 posti letto. L'assistenza sanitaria nel suo complesso dovrà essere erogata da 21 figure professionali comprensive di O.S.S., infermieri professionali e coordinatori infermieristici. L'attività riabilitativa dovrà invece far capo a 11 profili tra cui 9 fisioterapisti e 2 logopedisti.

I requisiti richiesti invece per le "Speciali unità di accoglienza permanente" (SUAP) prevedono un numero di posti letto non inferiore a 10 e non superiore a 20 (di cui il 10% riservato ai ricoveri programmati) , finalizzati all' assistenza permanente di soggetti in stato vegetativo (SV) o in stato di minima coscienza (SMC) , stabilizzati clinicamente e provenienti dalle UGC, dalla riabilitazione intensiva, o dalle rianimazioni.

In considerazione delle condizioni cliniche dei pazienti, le Linee Guida impongono un'assistenza infermieristica che si protragga per almeno 312 min/ die/ pz e un'attività riabilitativa che ricopra i 40 min /die/pz.

In tale prospettiva quindi l'ex reparto A potrà essere adibito ad Unità di accoglienza permanente , garantendo 22 posti letto e un'assistenza sanitaria che conti 19 fra O.S.S., infermieri professionali e coordinatori infermieristici e 2 professionisti della riabilitazione.

Pertanto le valutazioni sui livelli della performance (sia essa intesa quale performance organizzativa che individuale) per il prossimo triennio non potranno prescindere dal raggiungimento dell'obiettivo di riorganizzazione interna e contenimento dei costi come sopra delineato, anche nella considerazione che tale scelta organizzativa rappresenta al contempo anche un'esigenza dettata dalle ristrettezze di bilancio e della Direttive nazionale e regionali in materia di *spending review*.

LA GESTIONE DELLA PERFORMANCE

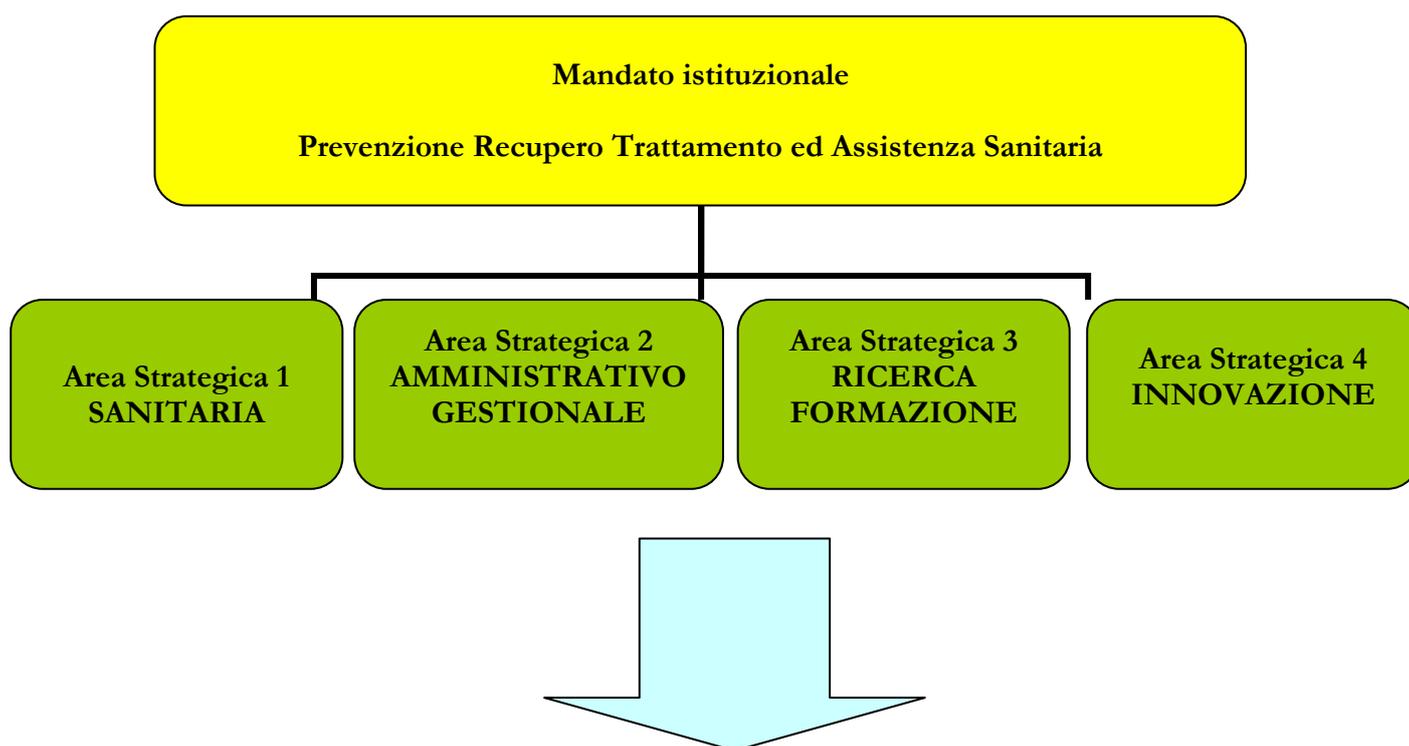
IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE: PIANO DELLA PERFORMANCE

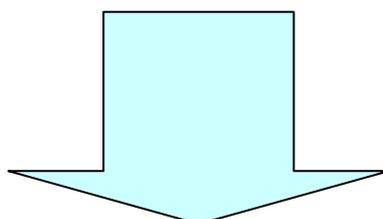
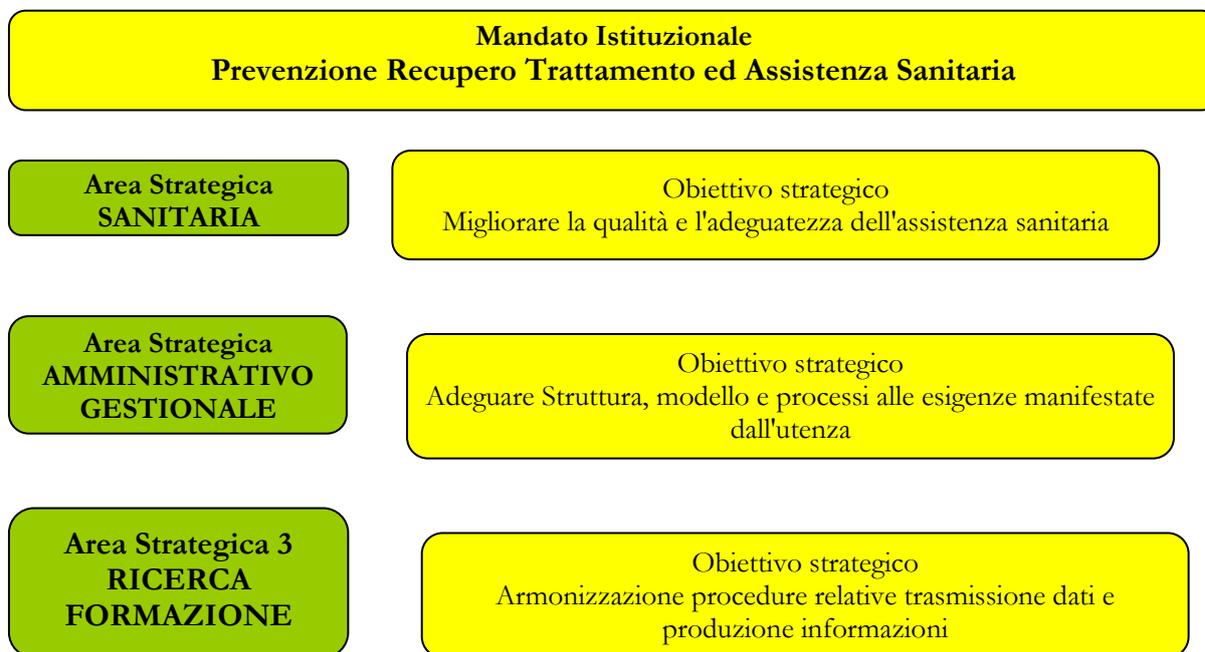
Nella prima fase del ciclo della performance si definiscono gli obiettivi da raggiungere, gli obiettivi attesi di risultato e i rispettivi indicatori.

Il documento centrale in materia di definizione degli obiettivi, strumento di avvio del ciclo di gestione della performance, è il Piano della Performance (art. 10 del decreto).

Il Piano è uno specifico obbligo il cui inadempimento è sanzionato con il divieto di erogare la retribuzione di risultato ai dirigenti che avessero omesso negligenemente o concorso alla mancata adozione del documento con la ulteriore conseguenza per l'Amministrazione di non poter procedere ad assunzione di personale conferimento incarichi, di collaborazione o consulenza.

Il Piano dell'IRCCS elaborato sulla base delle informazioni riportate in premessa per quanto attiene alla *Mission* ed alle Aree di competenza, è organizzato come riportato sinteticamente nello schema seguente secondo il percorso di sviluppo degli obiettivi a partire dal mandato istituzionale.





OBIETTIVI OPERATIVI

AREA SANITARIA
Migliorare la qualità e l'adeguatezza dell'assistenza sanitaria
Incremento attività e Riduzione tempi di attesa
miglioramento tempi esecuzione prestazioni
ampliamento delle prestazioni
Miglioramento medio della scala di valutazione della disabilità (in/out) dei pazienti
abbattimento liste di attesa
abbattimento tempi di refertazione (contestuale)
Rispetto dei protocolli di accettazione/dimissione
Incremento attività per esterni
Rispetto tempistica SDO (entro 1 settimana dimissioni)
Correttezza compilazione SDO (tutti i campi previsti)
Coordinamento assistenza riabilitativa e logopedia
ottimizzazione dei costi
abbattimento richieste esami radiologici, laboratoristici e consulenze
Sperimentazioni organizzative e Tecnologie innovative
Definizione di modelli gestionali ed utilizzo tecnologie sperimentali e innovative
Indice occupazionale dei posti letto
....-89%
90%-94%
95%-100%
Indicatori di rischio clinico nella media nazionale
Applicazione procedure contenute nel SGQ ISO 9001:2008
Applicazione degli Standard della Joint Commission International
<i>L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.</i>
<i>Il consenso informato è acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti ...</i>
<i>Al paziente con bisogni emergenti, urgenti o immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.</i>
<i>Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti.</i>
<i>Il paziente è trasferito presso un'altra organizzazione in base al suo stato e alla necessità di soddisfare i suoi bisogni di cure continue.</i>
<i>Il processo di invio, trasferimento e/o dimissione del paziente interno o esterno prevede una pianificazione</i>
<i>Le valutazioni medica e infermieristica iniziali sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario</i>

<i>Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento.</i>
<i>Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica.</i>
<i>Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti urgenti/emergenti.</i>
<i>Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in coma o tenuti in vita artificialmente.</i>
<i>Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data.</i>
<i>I responsabili del governo e della gestione sanitaria partecipano al programma per il miglioramento qualità e sicurezza del paziente.</i>
<i>I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori clinici chiave per le singole strutture, processi ed esiti clinici dell'organizzazione.</i>
<i>L'organizzazione utilizza un processo predefinito a garanzia che conoscenze e capacità del personale sanitario corrispondano ai bisogni dei pz.</i>
<i>Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle manovre BLS</i>
<i>L'organizzazione verifica le credenziali del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione.</i>
<i>Come minimo ogni tre anni, la leadership prende una decisione fondata su informazioni precise in merito al rinnovo dell'autorizzazione.</i>
<i>Verifica conformità dei documenti - procedure al Sistema Gestione Qualità ed invio a Direzione Generale per delibera</i>
<i>Stesura piano annuale aziendale qualità e rischio clinico (deliberato e pubblicato sul sito)</i>
Procedure di ricovero/dimissione e procedure diagnostico/terapeutiche
stesura, revisione e attuazione
Indice di inappropriatazza
inferiore al 10%
Linee guida presa in carico del paziente
realizzazione delle Linee guida
Protocolli per invio pazienti presso altre Strutture
stipula di accordi
Farmacovigilanza
qualificazione e razionalizzazione dell'impiego dei farmaci favorendo il contenimento della spesa
aumento livello qualitativo informazione e documentazione uso e caratteristiche farmaci
definizione procedure operative di vigilanza e controllo
Dispensazione primo ciclo terapia alla dimissione del paziente
Sistema informatizzato di Gestione degli ambulatori
Predisposizione della piattaforma informatica
Allestimento e informatizzazione Area ambulatoriale
Costruzione delle Agende
Prenotazione automatica visite e controlli
Riqualificazione Laboratorio Analisi

Acquisizione strumentazione necessaria
Riqualificazione del personale tecnico di laboratorio
Definizione di accordi e convenzioni con altre Aziende
Effettuazione nuove analisi specialistiche
Sistema informatizzato gestione ordini di Magazzino
Ordine informatizzato
Gestione piattaforma
Carico e scarico magazzino
Modello di riorganizzazione dei reparti per intensità di cura
Predisposizione Progetto
Predisposizione Regolamento ricoveri
Attivazione Nuovo Reparto
Riorganizzazione ricollocazione personale
Sistema di gestione della cartella clinica informatizzata
Analisi procedure esistenti
individuazione degli applicativi in uso in altre Aziende
Implementazione della nuova procedura
Utilizzo del nuovo applicativo
Cartella clinica a letto del paziente
Produzione Flussi assessoriali
CUP e Cassa
SDO e ricoveri
Farmaci
Trasmissione Flussi assessoriali
Gestione delle Degenze
Verifica sulla corretta predisposizione della turnistica del personale
Verifica sulla pulizia all'interno delle Degenze (Locali, mobili ed arredi)
Corretta applicazione istruzione operativa sullo smaltimento dei rifiuti
Corretto controllo giornaliero dei carrelli di emergenza (GQ 03/ 07.16)
Presenza giornaliera materiale occorrente in tutte le Degenze
Richieste di approvvigionamento correttamente compilate (GQ 02/06.02 e GQ 03/06.02)
Gestione del rischio clinico
Check-list di gestione del catetere venoso centrale, correttamente compilate (GQ 02/07.14)
Check-list igiene cannula tracheale correttamente compilata (GQ 01/07.15)
Progetti riabilitativi correttamente compilati (GQ 04/08.01)
AREA AMMINISTRATIVO GESTIONALE
<i>Adeguare Struttura, modello e processi alle esigenze dall'utenza</i>
Attivazione di sistemi qualità e customer satisfaction
Aggiornamento della carta dei servizi
compilazione delle schede di rilevazione (customer satisfaction)
Miglioramento medio della scala di soddisfazione del paziente (customer satisfaction)

pubblicazione dei dati elaborati
Piano annuale aziendale qualità e rischio clinico
soddisfazione dell'utenza
indice di attrattività
indice di fidelizzazione del paziente
Redazione del regolamento di organizzazione
Realizzazione del regolamento
Invio agli organi competenti
Approvazione
Determinazione della dotazione organica
Realizzazione
Invio agli organi competenti
Approvazione
Locali ambulatori e laboratori
Adeguatezza tenuta dei locali (ordine e pulizia)
Adeguatezza tenuta del materiale sanitario (ordine e pulizia)
Locali Degenze
Adeguatezza tenuta dei locali (ordine e pulizia)
Adeguatezza tenuta del materiale sanitario (ordine e pulizia)
Organizzazione del lavoro
Incontri con i Dirigenti
Realizzazione di modalità innovative di programmazione del lavoro
Informativa al personale sui principali obiettivi aziendali e sui risultati raggiunti
Realizzazione e revisione dei Piani di lavoro (cadenza mensile)
Monitoraggio delle Presenze (cadenza mensile)
Adempimenti in materia di sicurezza del lavoro (Formazione ed informazione generale)
Adempimenti in materia di sicurezza del lavoro (Formazione ed informazione specifica)
Gestione delle procedure amministrative
Aggiornamento dell'archivio dei fascicoli del personale
Predisposizione e svolgimento eventuali bandi di concorso
Regolare registrazione degli accadimenti aziendali
Predisposizione bilanci consuntivo e preventivo
Gestione delle procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi
Gestione del servizio tecnico economale
Pubblicazione sul sito dei CV e retribuzione dei Dirigenti D.Lgs. 150/09
Pubblicazione sul sito Incarichi retribuiti e non conferiti a pubblici o privati
Pubblicazione sul sito delibere contrattazione dirigenza e comparto
Pubblicazione del Piano formativo
revisione del sito web aziendale
tempestiva ed adeguata fornitura rispetto le richieste dei Reparti
Implementazione del sistema di Controllo di Gestione

Revisione piano dei centri di costo e piano dei centri di responsabilità
implementazione del sistema giuridico del personale (prog. Art. 79)
implementazione del sistema di contabilità analitica (prog. Art. 79)
Implementazione del sistema di controllo di gestione (prog. Art. 79)
Implementazione della piattaforma di Controllo di Gestione
Contenimento dei costi
AREA RICERCA E FORMAZIONE
<i>Armonizzazione procedure relative trasmissione dati e produzione informazioni</i>
Implementare quanto necessario direttiva "Flussi informativi" Decreto 30 5 08
Modello CE
Modello SP
Modello CP
Modello LA
Rispetto tempistica e modalità trasmissione flussi
Informatizzazione delle procedure
Cartella clinica
Telemedicina
Brevetti
Attività di Formazione
Realizzazione del Piano di formazione (ECM)
Formazione universitaria
Concorso in attività formativa (tutoraggio affiancamento formazione)
Attività di Ricerca
Indice I.F.
Protocolli approvati dal comitato etico
Economicità nella gestione delle risorse assegnate
Protocolli esitati su protocolli approvati

SISTEMA DI MISURAZIONE

PRINCIPI FONDANTI

Sulla base di quanto previsto dalla recente normativa in materia il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere progettato, strutturato e realizzato in modo tale da consentire:

1. la misurazione, la valutazione e la rappresentazione, in modo integrato ed esaustivo, del livello di performance atteso (che IRCCS si impegna a conseguire) e realizzato (effettivamente conseguito), con evidenziazione degli eventuali scostamenti, con riferimento a tutti gli ambiti indicati dagli artt. 8 e 9 del D.L.vo 150/09;
2. l'individuazione di elementi sintetici di valutazione complessiva (key performance drivers; key performance indicators);
3. l'analisi del tessuto causale degli scostamenti tra livelli di performance attesi e realizzati, attraverso ulteriori e successivi livelli di dettaglio di osservazione;
4. la chiara identificazione delle responsabilità individuali in merito alla definizione degli obiettivi e al relativo conseguimento della performance attesa e realizzata;
5. l'immediata e facile comprensione dello stato della performance, tanto agli attori interni quanto ai principali stakeholders esterni;
6. la regolare continuità del monitoraggio della performance dell'Istituto anche ai fini dell'individuazione di interventi correttivi in corso d'esercizio;
7. il pieno rispetto dei requisiti tecnici della validità, affidabilità e funzionalità;
8. la promozione della semplificazione e dell'integrazione dei documenti di programmazione e rendicontazione della performance;
9. la trasparenza totale con indicazione dei soggetti responsabili.

Questo documento rappresenta un primo tentativo di avvicinamento al Sistema così come previsto dalla norma, nella considerazione, da un lato, dei principi fondanti come sopra declinati, dall'altro, dell'attuale situazione in cui opera l'Istituto, predisponendo un percorso di progressivo allineamento che procederà per *steps* successivi.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ED INDIVIDUALE

La misurazione della performance organizzativa è un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione della performance sia organizzativa che individuale. Tali attività si collocano nel più ampio ambito del ciclo di gestione della performance tra la fase della pianificazione degli obiettivi (Piano della performance) e quella relativa alla rendicontazione (Relazione sulla performance).

La misurazione della performance è essenzialmente un processo empirico e formalizzato, che mira ad ottenere ed esprimere informazioni descrittive delle proprietà di un oggetto tangibile o intangibile.

Gli articoli 8 e 9 del D.lgs. 150/2009 stabiliscono gli ambiti della performance organizzativa ed individuale. L'IRCCS per il 2012 ed in via sperimentale si avvale di un Albero della Performance attraverso cui declina le Aree Strategiche (Area Sanitaria, Area amministrativa e gestionale, Area della ricerca e formazione ed Area della Innovazione) in Obiettivi Strategici ed Operativi.

Tale Strumento verrà utilizzato in sede di pianificazione ed, unitamente alle schede di valutazione individuali (distinte per dirigenza e comparto) (che si intende discutere in contrattazione sindacale entro l'anno), in sede di valutazione della performance organizzativa ed individuale.

La misurazione e la valutazione della **performance individuale** rispondono ai seguenti scopi:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'amministrazione nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'amministrazione);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona (supportare l'allineamento);
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Con riferimento alla **performance individuale** è necessario distinguere i ruoli:

▶ **Dirigenti e Responsabili di una U.O. in posizione di autonomia e responsabilità**

1. indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità (**performance organizzativa**);
2. **specifici obiettivi individuali**;
3. **qualità del contributo** assicurato alla performance generale della struttura, alle **competenze professionali e manageriali** dimostrate;
4. **capacità di valutazione** dei propri collaboratori, **dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi**

▶ **Personale del Comparto**

1. raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo (performance organizzativa) o individuali;
2. qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi

Nella valutazione di performance individuale non sono considerati i periodi di congedo di maternità, di paternità e parentale

ELEMENTI COSTITUTIVI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE

Gli elementi costitutivi del sistema di valutazione sono 3.

1. **indicatori**, atti a soddisfare una necessità informativa multidimensionale.

Allo scopo di rafforzare la coerenza interna del sistema, per collegare gli indicatori agli obiettivi di pianificazione e programmazione si utilizzano:

- a. le relazioni causa-effetto;
- b. le determinanti (key performance drivers - KPD) della performance, ovvero indicatori di tendenza;
- c. tali elementi saranno rappresentati e comunicati attraverso una **mapa strategica**.

Gli indicatori sono classificati in:

- ▶ **KPO**: key performance outcome da associare alle Aree strategiche. Tali indicatori, considerata l'elevata difficoltà di misurare con attendibilità e tempestività l'impatto delle politiche Istituti sul benessere collettivo, sono in una fase iniziale espressi in termini descrittivi senza fissazione di target quantitativi;
- ▶ **KPI**: **key performance indicatori da associare agli obiettivi strategici**. I KPI si riferiscono a:
 - Risultati
 - Output
 - Processi
 - Input

2. **target**, espressi in termini di livello di rendimento entro uno specifico intervallo temporale. I target trovano esplicita definizione in una **scheda bilanciata** in cui si riportano nel seguente ordine:

- ambito e/o dimensione di misurazione
- obiettivo
- indicatore
- target
- valore consuntivo (sia per le verifiche infrannuali sia per le verifiche annuali)
- scostamento: variazione percentuale tra target e valore consuntivo
- azioni (da intraprendere per il conseguimento del target)

3. **infrastruttura** di supporto e responsabili dei processi di acquisizione, confronto, selezione, analisi, interpretazione e diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità, in termini di:

- Personale (profili ed unità)
- Strumenti
- Tecnologie

SCELTA DEGLI INDICATORI

Gli indicatori vanno scelti assicurandone sia la fattibilità informativa che la qualità, seguendo questi tre passaggi:

1. costruzione di un'**anagrafe degli indicatori**, utile anche per costituire una base dati interscambiabile tra le Agenzie nell'ottica del benchmarking.
2. validazione degli indicatori in base ai **test di fattibilità informativa e al test di qualità**.
3. validazione dei target sulla base della qualità.

A tal proposito l'Istituto intende mettere a punto un set di indicatori che abbiano le caratteristiche sopra riportate entro il prossimo triennio.

CHECK UP

In fase di adozione del sistema di misurazione, l'IRCCS ha condotto un'analisi sullo stato delle procedure interne e degli elementi costitutivi il Sistema adottato ed il nuovo Sistema da adottare: ne deriva la seguente tabella che rappresenta rispetto la situazione esistente la collocazione dell'Istituto, i punti di forza e di debolezza e le azioni di miglioramento che saranno adottate dal 2013 in avanti. A tal proposito va infatti precisato che il percorso da seguire sarà lungo e di non immediata realizzazione ma in ogni caso l'Istituto intende immediatamente dare avvio allo stesso e rispettare, gradatamente, quanto raccomandato dalla norma.

Tabella 1: Criticità riscontrate nell'attuale sistema di misurazione in uso presso l'IRCCS

Elementi	Punti di forza	Punti di debolezza	Azioni di miglioramento
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> Nel corso del 2012 i dirigenti sono stati formati su obiettivi, performance e indicatori Nel 2012 si è proceduto ad una regolarizzazione dell'alimentazione dei flussi di attività, creando un sistema informativo regolare e integrato 	<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà di monitoraggio degli indicatori 	<ul style="list-style-type: none"> Nel corso del 2013 si punterà su una riduzione degli indicatori al fine di prediligere l'aspetto qualitativo piuttosto che quantitativo Organizzazione di una task force finalizzata a migliorare l'attività di monitoraggio degli indicatori, con il supporto del Responsabile del Controllo Qualità e Rischio Clinico
Target	<ul style="list-style-type: none"> Nel 2011 è stata realizzata una scheda con obiettivi ed indicatori 	<ul style="list-style-type: none"> Per alcune attività risulta complesso individuare target quantitativi 	
Infrastruttura di supporto	<ul style="list-style-type: none"> Nel corso del 2012 l'infrastruttura di supporto è stata rafforzata con la realizzazione di un sistema informativo adeguato Al momento è rappresentata la dimensione strategica e la dimensione operativa ma è solo su quest'ultima che è possibile operare valutazioni coerenti. 	<ul style="list-style-type: none"> Assenza di adeguate professionalità interne 	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione di un piano di riorganizzazione aziendale, appena sarà possibile a causa del blocco delle Assunzioni
Rappresentazione		<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà e complessità di misurare risultati di outcome 	<ul style="list-style-type: none"> Progressiva collaborazione con la Struttura "Qualità e rischio clinico" per individuazione indicatori di outcome
Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> Viene operata strutturalmente sulla dirigenza Esiste modalità di tracciatura delle modifiche avvenute a seguito delle verifiche trimestrali Esiste una valutazione strutturata trimestrale 	<ul style="list-style-type: none"> Non viene operata strutturalmente sul comparto Non esiste un livello di aggregazione e scomposizione progressivo dei dati 	<ul style="list-style-type: none"> Le verifiche sul Comparto saranno rese regolari dal 2012 L'integrazione delle fonti dei dati, attraverso il nuovo Sistema Informativo, consentirà sia l'aggregazione/scomposizione dei dati per ambito di misurazione ed articolazione organizzativa sia la tracciabilità delle modifiche

Elementi	Punti di forza	Punti di debolezza	Azioni di miglioramento
Sistema di misurazione della performance individuale	<ul style="list-style-type: none"> • Nelle scheda di Programmazione, già dal 2011 trova già evidenza l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'amministrazione nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza • L'individuazione di eventuali obiettivi specifici individuali o collettivi che si rendono utili in considerazione delle peculiarità dell'amministrazione; • Numero non eccessivo di obiettivi rilevanti, prioritari e coerenti con la posizione occupata dal dirigente, con specifico riferimento al periodo annuale di valutazione; 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerate le carenze del sistema di misurazione della performance organizzativa, il sistema di misurazione della performance individuale è tuttora in fase di perfezionamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Deve mettersi a punto un sistema di misurazione della performance del comparto orientato sul obiettivi strategici ed operativi specifici per il personale appartenente a questa categoria • Deve rafforzarsi la capacità di valutazione dimostrata dal dirigente nei confronti dei dipendenti in termini di differenziazione delle valutazioni

SISTEMA DI RAPPRESENTAZIONE E VALUTAZIONE

RAPPRESENTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La misurazione della performance nelle aziende pubbliche, specie quelle particolarmente complesse come le aziende sanitarie, non può che essere **multidimensionale**, principio a cui si ispira il sistema di valutazione adottato dall'Istituto. Chiarita questa intrinseca caratteristica, l'Istituto si orienta ai principi del **bilanciamento** e della **rappresentazione sintetica** delle diverse dimensioni di performance. Pertanto, per una più efficace e sintetica rappresentazione delle dinamiche gestionali, gli ambiti di misurazione e valutazione previsti **dagli artt. 8 e 9 del D.L.vo 150/09** sono aggregati nei seguenti "macro-ambiti":

1.Dimensione strategica, che rappresenta il grado di attuazione della strategia, ovvero degli obiettivi strategici identificati dalla Direzione Generale.

2.Dimensione delle attività e dei servizi, che rappresenta il grado di rispondenza tra l'insieme programmato di attività e servizi che l'Istituto mette a disposizione degli utenti e, comunque, della collettività ed il livello di attività e servizi effettivamente realizzati.

3.Dimensione del funzionamento complessivo aziendale, che rappresenta la valutazione dell'impiego delle risorse economiche e finanziarie (dimensione economico-finanziaria), del grado di sviluppo delle competenze e dell'organizzazione (dimensione dello sviluppo e della crescita organizzativa), del grado di miglioramento delle relazioni con gli stakeholders interni ed esterni (dimensione relazionale), del grado di efficienza ed efficacia dei processi interni (dimensione dei processi interni).

4.Dimensione dell'outcome, che rappresenta l'impatto che le attività dell'IRCCS produce nell'ambiente esterno in termini di risposta ai bisogni. Nel contesto ambientale questa dimensione costituisce un forte elemento di complessità per l'indisponibilità di misure tempestive ed attendibili dell'impatto delle prestazioni. Nei casi in cui sarà inequivocabilmente possibile misurare ed esprimere con adeguata certezza i risultati di outcome, questi verranno definiti in attesa dell'adeguamento del sistema di misurazione. In particolare, occorre identificare ex ante gli impatti che l'attività si propone di produrre sull'ambiente di riferimento e sui bisogni della collettività. È, inoltre, necessario fornire ex post elementi utili a valutare se gli impatti previsti sono stati realmente conseguiti: spesso però tali valutazioni sono molto complesse ed in generali sono riferibili ad una pluralità di soggetti che intervengono tutti attivamente nella definizione degli scenari ambientali. Operare pertanto valutazioni sugli output di un azione o di un insieme di essi necessita il coinvolgimento di più operatori ed in ogni caso dalla variabilità del contesto anche tali valutazioni di impatto potrebbero essere inficiate da fattori non controllabili da alcun Amministrazione.

5.Dimensione comparativa, che rappresenta il posizionamento dell'Istituto in confronto con le altre, previamente e specificamente (per comparabilità) individuate.

Tempi di misurazione delle variabili attinenti le diverse dimensioni di rappresentazione

<i>Dimensione</i>	<i>Tempi di rappresentazione</i>
Dimensione strategica	Ogni 3 anni
Dimensione delle attività e dei servizi	Ogni anno
Dimensione del funzionamento complessivo aziendale	OGNI ANNO SU BASE INFRANNUALE, coerentemente con la necessità di ricevere utili feedback per l'allineamento degli obiettivi
Dimensione dell'outcome	Tendenzialmente ogni 3 anni
Dimensione comparativa	In fase di avvio ogni 3 anni

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La valutazione della performance organizzativa è svolta nel suo complesso e per le diverse articolazioni organizzative interne al termine dell'anno solare, una volta acquisiti i dati necessari per effettuarla.

Per permettere eventuali **azioni correttive**, la valutazione è svolta anche su periodi infrannuali e più precisamente con riferimento alle **dimensioni economico-finanziaria e dei processi interni su base trimestrale**, mentre per le altre dimensioni su base annuale, eccetto la dimensione dell'outcome che può realizzarsi soltanto su base pluriennale.

Le verifiche valutative infrannuali riportano sistematicamente la tracciabilità e l'evidenziazione della eventuale avvenuta ridefinizione degli obiettivi, indicatori e target, durante il periodo di riferimento;

Il sistema adottato dall'Istituto dal 2012 consentirà di poter variamente aggregare i risultati, fornendo rappresentazioni sintetiche per macro-aggregato e rappresentazioni analitiche per articolazioni organizzative o del sistema di contabilità analitica (ad es. centri di costo).

L'Istituto utilizza lo strumento operativo di cui all'allegato 1 (Albero della performance) ritenuto il più opportuno ed il più esaustivo per garantire completezza, chiarezza e facile consultabilità della valutazione della performance.

RAPPRESENTAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La rappresentazione della performance individuale, identicamente a quanto definito per quella organizzativa, è impostata per rispettare i principi di multidimensionalità, bilanciamento e rappresentazione sintetica.

La misurazione e valutazione della prestazione individuale dei dirigenti e del personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità deve tenere conto dei seguenti aspetti:

- il collegamento tra performance organizzativa e performance individuale, in particolare per i ruoli di direzione e responsabilità;
- la valutazione del contributo individuale alla performance organizzativa;
- l'individuazione di un numero limitato di obiettivi rilevanti, prioritari e coerenti con la posizione occupata dal dirigente, chiaramente collegati all'attuazione dei progetti prioritari dell'Istituto, con specifico riferimento al periodo annuale di valutazione;
- l'individuazione di eventuali obiettivi specifici individuali o collettivi che si rendono utili in considerazione delle peculiarità dell'Istituto;
- la valutazione delle competenze professionali e manageriali manifestate. Tali competenze, che saranno definite dall'Istituto secondo le proprie specificità organizzative, devono comunque essere tali da manifestare una costante capacità del valutato di adeguare i comportamenti e le competenze alle mutevoli condizioni organizzative e gestionali interne all'azienda;
- tra le competenze e i comportamenti oggetto di valutazione, l'Istituto, sulla base delle proprie specificità, evidenzia quelle funzionali al mantenimento della salute finanziaria, organizzativa e relazionale dell'amministrazione.

Tali valutazioni si opereranno sulla base delle schede di valutazione che verranno messe a punto in contrattazione sindacale.

Per quanto attiene ai **dipendenti**, la valutazione concerne, in primo luogo, il raggiungimento degli obiettivi di gruppo e/o individuali. Questi ultimi devono comunque essere coerenti con gli obiettivi dell'unità organizzativa nella quale si collocano le unità di personale oggetto di valutazione.

La valutazione del contributo specifico alla performance individuale è **affidata ai dirigenti**, che avranno a disposizione gli strumenti del Sistema di misurazione e valutazione della performance e saranno sanzionati, anche economicamente, qualora non svolgano efficacemente tale compito.

La valutazione della performance individuale è svolta su **base annuale**.

Le categorie di personale non oggetto di valutazione ai sensi del D.L.vo 150/09 - in particolare, del personale in regime di diritto pubblico, il cui rapporto di lavoro continua ad essere disciplinato, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 - sarà opportunamente evidenziato

Anche tali valutazioni si opereranno sulla base di schede di valutazione che verranno messe a punto in contrattazione sindacale.

SISTEMA PREMIANTE

Il collegamento tra il Sistema e gli strumenti di valorizzazione del merito ed i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa è rinviato agli esiti della sperimentazione e agli indirizzi regionali predisposti per l'adeguamento ai principi del D.L.vo 150/09.

Quando il collegamento sarà stato stabilito dovrà essere formalizzato e adeguatamente pubblicizzato.

PROCEDURE DI CONCILIAZIONE AI FINI DELLA VERIFICA DELLA CORRETTEZZA VALUTATIVA

IRCCS garantisce la celerità, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle procedure di conciliazione

Nel caso in cui insorgano conflitti, specie nel caso di valutazione negativa contestata dal valutato, si ricorre all'OIV che è chiamato, dapprima, ad una verifica della correttezza formale e sostanziale della valutazione entro 30 giorni e, soltanto in caso di evidente e motivata irregolarità, provvede ad un'ulteriore valutazione del soggetto entro e non oltre i successivi 30 giorni

CICLO DELLA PERFORMANCE

FASI, TEMPI E RUOLI

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'**Organismo indipendente della Valutazione (OIV)** è nominato dal Direttore Generale, sulla base delle indicazioni della Delibera Civit 4/2010.

L'OIV, pur mantenendo una posizione di totale ed imparziale indipendenza rispetto alla Direzione, collabora con la medesima, quando necessario, all'impostazione del Piano della Performance, del Programma della Trasparenza e Integrità, degli elementi costitutivi del sistema di misurazione, garantendo una continua e regolare azione di impulso al funzionamento e miglioramento del complessivo sistema di valutazione

Le **funzioni** dell'OIV sono articolabili in base a 3 raggruppamenti di compiti:

▶ **Monitoraggio**

1. monitora il **funzionamento complessivo** del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni
2. garantisce la **correttezza dei processi** di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi, secondo quanto previsto dal D.L.vo 150/09, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità

▶ **Validazione**

3. valida la **Relazione sulla performance** e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione
4. e' responsabile della **corretta applicazione delle linee guida**, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione
5. promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla **trasparenza** e all'integrità
6. verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle **pari opportunità**

▶ **Cura ed elaborazione**

7. elabora una **relazione annuale** sullo stato del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni
8. **comunica** tempestivamente le **criticità** riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione
9. **propone** alla Direzione Generale, la **valutazione annuale dei dirigenti di vertice** e l'attribuzione ad essi dei premi

STRUTTURA TECNICA PERMANENTE

L'OIV si avvale per espletare le sue funzioni di una struttura tecnica permanente costituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, ma dotata delle risorse necessarie all'esercizio delle relative funzioni. Con proprio atto il Direttore Generale individuerà la composizione della STP che potrà avvalersi di ulteriori membri non permanenti con specifiche professionalità necessarie alla valutazione di singoli aspetti gestionali o operativi.

DIRIGENTI

Con il D.L.vo 150/2009, i dirigenti diventano i veri responsabili dell'attribuzione del trattamento accessorio, perché ad essi compete la valutazione della performance individuale

FASI, TEMPI E RUOLI DI RESPONSABILITA'

La seguente tabella chiarisce per ciascuna fase del ciclo della performance, i tempi ed i ruoli di responsabilità di ciascun ruolo compresa la direzione generale dell'Istituto.

Fasi	Tempi	Soggetti e responsabilità	Note
Definizione e assegnazione degli obiettivi	Novembre-Dicembre 200-X	La Direzione discute degli obiettivi e dei valori attesi in workshop strategici dedicati con i Dirigenti di Struttura	Il Sistema è a regime dal 2012
Collegamento tra obiettivi e risorse	Novembre-Dicembre 200-X	La Direzione negozia con i Dirigenti di Struttura la corrispondenza tra obiettivi e risorse	Il Sistema è a regime dal 2012
Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi	Base trimestrale ed annuale	La Direzione si confronta con i Dirigenti di Struttura. Questi ultimi si confrontano con i dirigenti di UO	Gli incontri tra i diversi soggetti hanno l'obiettivo di far emergere eventuali scostamenti e attivare, interventi correttivi da inserire nel Piano annuale relativo al triennio successivo
Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale		L'OIV, con il supporto della struttura tecnica permanente, presidia, in maniera integrata e sistemica, il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa nel suo complesso Il Dirigente di Struttura provvede alla misurazione e valutazione della performance individuale dei Dirigenti di UO Il Direttore Generale provvede alla misurazione e valutazione della performance individuale dei Dirigenti di Struttura I dirigenti di struttura provvedono alla misurazione e valutazione della performance individuale del personale assegnato alle proprie UU.OO. e ai propri uffici, nel rispetto del principio del merito, ai fini della progressione economica e	La Direzione si è impegnata nel corso del 2012, ad organizzare incontri con i dirigenti di struttura e di UO per illustrare il D.L.vo 150/09 e discutere il Sistema di misurazione e valutazione della performance adottato. Nel corso del 2012 sono state realizzate azioni di tutorship e capacity building dei dirigenti valutatori

		tra le aree, nonché della corresponsione di indennità e premi incentivanti.	
Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito		L'OIV monitora il funzionamento complessivo del Sistema ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso	
Rendicontazione dei risultati		La Direzione Generale cura la redazione e la pubblicizzazione dei risultati	

GARANZIA DELLA TRASPARENZA

NOZIONE E SCOPI

Questa sezione contiene indicazioni per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (art. 13 co. 6 lett. e – D.Lgs. 150/2009)

La trasparenza “è intesa come accessibilità totale (...) delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione (...)” (art. 11 co. 1– D.Lgs. 150/2009).

Garantire trasparenza sui dati e notizie concernenti le pubbliche amministrazioni e i suoi agenti, mediante la loro pubblicazione sui siti istituzionali, ha lo scopo di favorire forme diffuse di controllo (incluso il controllo sociale) del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità (art. 11 co. 1– D.Lgs. 150/2009).

La trasparenza intende favorire:

- L'integrità e la correttezza dei comportamenti dei titolari di funzioni pubbliche
- il miglioramento continuo dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder)

I principi ispiratori della trasparenza sono: comprensibilità (immediatezza); selettività (veicolare le informazioni chiave); usabilità (facilitare un accesso personalizzato per aree di interesse).

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

Ogni amministrazione è tenuta ad adottare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ed i suoi aggiornamenti annuali contestualmente alla redazione del Piano della performance e, comunque, entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno.

Il Programma indica gli obiettivi di trasparenza di breve (un anno) e di lungo periodo (tre anni). Si tratta, infatti, di un Programma triennale “a scorrimento” idoneo a consentire il costante adeguamento del Programma stesso.

Il Programma deve specificare i termini temporali entro i quali l'amministrazione prevede il raggiungimento di ciascun obiettivo di trasparenza nonché le eventuali note esplicative in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi nei termini originariamente previsti.

Il Programma deve indicare:

- le risorse dedicate alla sua attuazione, con particolare riferimento alle risorse umane e strumentali utilizzate per il perseguimento degli obiettivi di trasparenza, nel rispetto del limite generale dell'invarianza della spesa, previsto dalla legge;
- i mezzi di promozione e diffusione all'interno e all'esterno dell'amministrazione, al fine di una piena conoscenza del Programma da parte sia dei cittadini, sia delle singole strutture dell'Istituto chiamate a conseguire gli obiettivi di trasparenza;
- le modalità di effettuazione del monitoraggio relativo alla sua attuazione.

L'IRCCS adeguerà la propria organizzazione nel corso del 2013. Durante quest'anno, quindi, non sarà pubblicato il Programma ma si provvederà ad adeguare il sito ai contenuti previsti dalla norma.

Periodo transitorio: l'attuazione di queste misure richiede un significativo intervento di ristrutturazione del sito istituzionale tale da modificarne integralmente la struttura e il funzionamento; l'Istituto procederà pertanto in due fasi:

1. la prima consisterà nella tempestiva pubblicazione dei dati, attraverso le modalità informatiche già in uso presso l'Istituto,
2. la seconda fase consisterà nell'adeguamento delle modalità di pubblicazione on line in conformità alle indicazioni contenute nella Delibera Civit 105/2010, con conseguente realizzazione del Programma della trasparenza.

Tali indicazioni temporali non escludono la possibilità di svolgere, in una fase successiva, attività di miglioramento e adeguamento tecnologico del sito web, al fine di incrementarne la fruibilità dei contenuti, tenuto altresì conto delle innovazioni tecnologiche che saranno in futuro eventualmente disponibili.

Ruoli

La **Direzione Generale** definisce il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e gli eventuali aggiornamenti annuali.

La Direzione Generale condivide l'impostazione del Piano con l'**Organismo indipendente di valutazione** (OIV), che esercita un'attività di impulso e di attestazione dell'adozione del medesimo, con l'ausilio della struttura tecnica permanente.

L'adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità dovrà prevedere un confronto con le **associazioni** rappresentate nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti, così come previsto dall'articolo 11, comma 2, del d. lg. n. 150 del 2009.

La partecipazione degli stakeholder, infatti, consente di individuare profili di trasparenza che rappresentino un reale e concreto interesse per la collettività degli utenti;

Tale apporto è necessario per:

1. concentrare l'attenzione sui dati più rilevanti ai fini del controllo sociale
2. consentire una corretta individuazione degli obiettivi strategici dei servizi pubblici con un'adeguata partecipazione dei cittadini

Devono prevedersi, in capo agli uffici competenti (es. URP) adeguate funzioni di raccordo, informazione e raccolta di suggerimenti e commenti da parte del pubblico, da trasmettere all'interno dell'organizzazione secondo un approccio di tipo bottom up.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità dovrà, infine, contenere la designazione di **un dirigente** che sia il **referente** non solo del procedimento di **formazione, adozione e attuazione del Programma, ma dell'intero processo di realizzazione di tutte le iniziative** volte, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza, nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Tale designazione rileva sia ai fini dell'accountability interna in relazione all'effettivo adempimento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, sia dell'applicazione delle misure sanzionatorie previste dall'articolo 11, comma 9, del D.lgs. 150/2009, in caso di mancata adozione e realizzazione del Programma o di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dai precedenti commi 5 e 8.

Pubblicazione del Programma

Il Programma (e i relativi aggiornamenti annuali) sarà pubblicato in almeno un formato aperto e standardizzato.

Le versioni del Programma degli anni precedenti saranno lasciate a disposizione sul sito e rese accessibili tramite link.

Lo stato di attuazione del Programma (anch'esso in formato aperto e standard) sarà pubblicato **almeno semestralmente**.

Gli stati d'attuazione precedenti vanno lasciati a disposizione sul sito e resi accessibili tramite link dalla pagina dove è pubblicato il Programma triennale.

GIORNATE PER LA TRASPARENZA

Ai sensi dell'articolo 11, comma 6, del d. lg. n. 150 del 2009, ogni Ente pubblico ha l'obbligo di presentare il Piano e la Relazione sulla performance, di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b) del medesimo decreto, alle **associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato**, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità conterrà la previsione di un'**agenda di incontri**, ai fini della presentazione del Piano e della Relazione sulla performance.

Tali incontri potranno essere, inoltre, la sede opportuna per **fornire informazioni sul Programma triennale** per la trasparenza e l'integrità, stante lo stretto collegamento tra la disciplina della trasparenza e quella della performance, nonché l'occasione per **condividere best practices**, esperienze e - una volta implementati i modelli e le indagini sul personale dipendente affidate all'OIV dall'articolo 14, comma 5, del d. lg. n. 150 del 2009 - **i risultati delle rilevazioni relative al "clima" lavorativo, al livello dell'organizzazione del lavoro, oltre che al grado di condivisione del Sistema di valutazione**.

ALLEGATI**ALLEGATO 2: METODOLOGIA E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA**

Il sistema di programmazione e misurazione delle performance dei Dirigenti deve necessariamente risultare connesso a quello dei dirigenti da essi eventualmente coordinati, al fine di garantire la massima congruità degli obiettivi complessivamente assegnati all'interno dei piani di lavoro e perseguiti dalle singole strutture organizzative.

La valutazione dei risultati attesi dei dirigenti è effettuata con riguardo a due macro aree:

- A) Performance operativa;
- B) Comportamento organizzativo.

A) PERFORMANCE OPERATIVA

Il livello di prestazione tecnica raggiunto dal dirigente con riferimento agli obiettivi operativi prioritari individuati nella fase di programmazione e nella fase di attuazione del piano di lavoro è il contenuto della macro area " performance operativa ".

Ai fini della valutazione, gli obiettivi vanno determinati in maniera chiara e univoca, affinché si evitino dubbi e interpretazioni personali: gli obiettivi, in numero limitato, devono altresì essere qualificanti sulla base delle priorità attribuite all'interno delle direttive di indirizzo e devono rispondere a criteri oggettivi di quantificabilità e raggiungibilità .

B) COMPORTAMENTO ORGANIZZATIVO

Le attitudini manageriali del dirigente, cioè le sue capacità gestionali e relazionali, sono i contenuti della macro area " comportamento organizzativo " e si estrinsecano in :

- capacità di analisi e programmazione;
- capacità di relazione e coordinamento;
- capacità di gestione e realizzazione.

C) RIPARTIZIONE DEL PUNTEGGIO DISPONIBILE

La fase di programmazione ai fini della valutazione di cui al presente decreto coincide con la fase di programmazione dell'attività amministrativa e della gestione: entrambe sfociano nelle annuali direttive presidenziale e assessoriali ove emanate entro il 31 dicembre dell'anno precedente (in carenza vengono dedotte dalle precedenti o da quelle pluriennali).

I valori (Pesi) a ciascuna delle voci che compongono le due macroaree di valutazione (Performance operativa e Comportamento organizzativo) vengono attribuiti con la compilazione della Scheda A.

I valori (Pesi) alle azioni nelle quali sono suddivisi i singoli obiettivi operativi vengono attribuiti con la compilazione della scheda B.

Il valore (Peso) attribuito ai singoli Obiettivi operativi e Qualità gestionali-relazionali (scheda A) e alle Azioni (scheda B) ha lo scopo di esprimerne la rilevanza rispetto al complesso dei medesimi (Obiettivi-Qualità-Azioni).

SCHEDA A

La somma dei pesi della macro area "Performance operativa " è pari a 80.

La somma dei pesi della macro area " Comportamento organizzativo " è pari a 20. Essa è suddivisa, per le singole voci che la compongono, secondo le determinazioni del Direttore Generale che tengano conto delle diverse connotazioni delle Strutture

SCHEDA B

Il totale dei pesi dovrà essere pari al valore del peso assegnato all'obiettivo: conseguentemente a ciascuna azione deve essere assegnato un "peso" in modo che il totale dei pesi attribuiti alle varie azioni che

concorrono al raggiungimento di un determinato obiettivo sia pari al peso dell'obiettivo. Il peso dell'azione coincide con il peso dell'obiettivo se un obiettivo prevede una sola azione.

Scheda A: Quadro riassuntivo obiettivi assegnati al dirigente

Amministrazione:		<i>Quadro riassuntivo obiettivi assegnati</i>				Anno:	
Unità:							
Dirigente:							
Risorse disponibili				Risorse aggiuntive			
Risorse umane: elenco del personale assegnato alla Struttura con espressione % dell'effettiva assegnazione				Risorse umane			
PERFORMANCE OPERATIVA							
nr	Descrizione sintetica obiettivi operativi	Priorità (alta/bassa)	Corr. Ob. Strategico	Indicatore previsto	Valore obiettivo	Data ultima modifica	Peso attribuito
1							
2	Colonna B	Colonna C	Colonna D	Colonna E	Colonna F	Colonna G	Colonna H
3							
...							
Raggiungimento obiettivi operativi prioritari (range 0-80)							
Totale conseguibile Performance operativa (range 0-80)							
COMPORAMENTO ORGANIZZATIVO							
Qualità gestionali relazionali				Range assegnabile		Peso attribuito	
Capacità di analisi e programmazione				0-5			
Capacità di relazione e coordinamento				0-5		Colonna K	
Capacità di gestione e realizzazione				0-10			
Totale area comportamento organizzativo				0-20			
TABELLA RIASSUNTIVA							
Tabella riassuntiva pesi assegnati				Range assegnabile		Peso attribuito	
Totale performance operativa				0-80			
Totale area comportamenti organizzativi				0-20			
Totale complessivo				0-100		100	

Scheda B: Scheda dettaglio delle azioni correlate ai piani di lavoro

Amministrazione:		<i>Assegnazione obiettivi Scomposizione in Azioni</i>			Anno:		<i>Indicazione della % di partecipazione del singolo dipendente all'Azione</i>
Unità:							
Dirigente:							
Obiettivo operativo nr:		Descrizione:					
nr	Azioni del piano di lavoro concorrenti all'obiettivo	Indicatore previsto	Valore obiettivo	Data Ultima modifica	Peso attribuito all'Azione A	Nome Cognome	
1						%	
2	Colonna B	Colonna C	Colonna D	Colonna E	Colonna F		
3							
4							
5							
...							
Totale conseguibile					Peso attribuito all'obiettivo operativo		

ALLEGATO 3: METODOLOGIA E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL COMPARTO

Allo scopo di valorizzare la capacità dei dipendenti ed il loro contributo alla maggiore efficienza dell'Amministrazione e alla qualità del servizio reso, l'IRCCS corrisponde i premi di qualità della prestazioni individuali utilizzando il fondo di cui all'art. 46, comma 1, punto 1) del CCNL Comparto Sanità 1994-1997.

La valutazione viene effettuata dal dirigente responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente sulla base di schede individuali di valutazione che attengono agli aspetti comportamentali e sulla base dei risultati gestionali così come rilevati all'interno del sistema di misurazione della performance attraverso le schede di cui allegato BB: in tali schede infatti dovrà essere indicato quale sarà l'apporto individuale al raggiungimento dei singoli obiettivi pianificati.

La percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati ai singoli dipendenti peserà 80 punti su 100.

La percentuale che esprime il comportamento organizzativo del singolo dipendente verrà valutata sulla base della scheda di seguito riportata e peserà 20 punti su 100.

Nel caso di trasferimento del dipendente in corso d'anno alla valutazione finale provvederà il Dirigente preposto alla struttura presso la quale il dipendente ha prestato maggior periodo di servizio.

La valutazione della prestazione avviene da parte dei dirigenti entro il 15 febbraio di ogni anno.

La STP verifica e coordina la fase di valutazione per conto della Direzione Generale.

I Dirigenti trasmettono alla STP le schede di valutazione compilate in tutte le parti e controfirmate dal Valutatore (Dirigente) e dal Valutato (Dipendente). Le schede di valutazione una volta verificate saranno trasmesse dalla STP all'Ufficio personale per i conseguenti calcoli e rispettivi pagamenti.

L'erogazione dei premi avviene in UN'UNICA SOLUZIONE una volta acquisiti tutti i dati necessari per le liquidazioni tenendo conto della valutazione finale della Struttura di appartenenza e dei risultati raggiunti dal singolo dipendente.

Le eventuali somme residue registrate a seguito di decurtazioni operate sulla base delle valutazioni finali e sulla base delle assenze verranno redistribuite tra tutto il personale.

Le decisioni adottate dai dirigenti sono rese pubbliche. A richiesta del singolo lavoratore o delle OO.SS. deve essere evidenziata la motivazione delle decisioni medesime. I risultati conseguenti la valutazioni sono comunicati alle OO.SS. che possono chiedere un incontro al riguardo con l'Amministrazione.

Nel caso in cui il dipendente non dovesse condividere la valutazione espressa lo stesso avrà diritto ad un contraddittorio con il Dirigente. Nell'eventualità in cui il contraddittorio non definisse le rispettive posizioni, le stesse saranno portate all'attenzione dell'OIV.

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE ANNO 2013				
Il Lavoratore			L'amministrazione	
Cognome	_____		SA/ST/SG	_____
Nome	_____		Il Dirigente	_____
FATTORI DI VALUTAZIONE	Indicatori coefficienti di valutazione	Valutazione		
		A) Peso	B) Coefficiente di valutazione	(A x B) Peso Valutato
a) complessità e difficoltà del contesto in cui si deve operare;	a) valutazione media (da 0 a 0,5)	4	1	4
	b) valutazione buona (da 0,6 a 0,8)			
	c) valutazione ottima (da 0,9 a 1)			
b) competenze specialistiche e gestionali richieste dal ruolo;	a) valutazione media (da 0 a 0,5)	1	1	1
	b) valutazione buona (da 0,6 a 0,8)			
	c) valutazione ottima (da 0,9 a 1)			
c) capacità di adattamento al cambiamento	a) valutazione media (da 0 a 0,5)	2	1	2
	b) valutazione buona (da 0,6 a 0,8)			
	c) valutazione ottima (da 0,9 a 1)			
d) grado di presenza e di collaborazione all'interno del proprio servizio e tra servizi diversi	a) valutazione media (da 0 a 0,5)	3	1	3
	b) valutazione buona (da 0,6 a 0,8)			
	c) valutazione ottima (da 0,9 a 1)			
e) competenze tecnico-professionali ed eventuale attinenza all'aggiornamento manifestato dal soggetto;	a) valutazione media (da 0 a 0,5)	1	1	1
	b) valutazione buona (da 0,6 a 0,8)			
	c) valutazione ottima (da 0,9 a 1)			
f) capacità di autonomia e di promozione e gestione dell'innovazione;	a) valutazione media (da 0 a 0,5)	6	1	6
	b) valutazione buona (da 0,6 a 0,8)			
	c) valutazione ottima (da 0,9 a 1)			
g) rapporto tra obiettivi e risultati conseguiti.	a) valutazione media (da 0 a 0,5)	3	1	3
	b) valutazione buona (da 0,6 a 0,8)			
	c) valutazione ottima (da 0,9 a 1)			
TOTALE				20

ALLEGATO 4: INDICATORI

Informazioni anagrafiche degli indicatori**Nome dell'indicatore**

Descrizione dell'indicatore

Razionale

Obiettivo (di riferimento)

Legami con altri indicatori

Data di approvazione dell'indicatore

Tipo di calcolo / Formula / Formato

Fonte/i dei dati

Qualità dei dati

Frequenza di rilevazione

Target (valore desiderato)

Processo di sviluppo

Responsabile dell'indicatore e del target se diverso

Responsabile della performance legate all'indicatore

Che cosa sarà fatto? Reportistica

Nome dell'indicatore

Responsabile dell'alimentazione dati

Dato reperibile internamente (I) o esternamente (E) all'amministrazione

Periodicità di rilevazione (giorni)

Tempestività del dato (giorni)

Verificabilità del dato (SI/NO)

Supporto informativo (cartaceo o elettronico)

Applicativo a supporto

Test di fattibilità informativa

(Scala 0 - 5)

Tempestività del dato

Verificabilità del dato

Esattezza "ex-ante" del dato

Manipolabilità "ex-post" del dato

Fattibilità informativa media

Test di qualità

(scala 0-5)

Comprensibilità

Chiaro (chiaramente definito)

Contestualizzato

Concreto (misurabile)

Rilevanza

Assenza di ambiguità circa le sue finalità

Si riferisce ai programmi

Utile e significativo per gli utilizzatori

Attribuibile alle attività chiave

Confrontabilità

Permette comparazioni nel tempo tra diverse organizzazioni, attività e standard

Fattibilità

Fattibile a livello finanziario

Fattibile in termini temporali

Fattibilità in termini di sistemi informativi alimentanti

Affidabilità	Rappresenta accuratamente ciò che si sta misurando (valido, esente da influen: Completa il quadro della situazione integrandosi con altri indicatori	
Riepilogo e sintesi		
Comprensibilità		<i>media</i>
Rilevanza		<i>media</i>
Confrontabilità		
Fattibilità		<i>media</i>
Affidabilità		<i>media</i>
Giudizio complessivo		Qualità media

Test di valutazione della qualità del target

Strategia	Questo target è allineato con gli obiettivi strategici dell'organizzazione?
Performance	Questo target è abbastanza ambizioso?
Attenzione	Questo target attira veramente l'attenzione?
Azione	È probabile che questo target stimoli un'azione pronta e significativa?
Costo	Si ripagherà il costo di raccogliere e analizzare i dati?
Abilità	Avrà il singolo responsabile l'abilità di raggiungere questo target?
Processo	Il processo sottostante consentirà il raggiungimento di questo target?
Feedback	Verrà fornita una risposta, per mostrare i progressi in relazione a questo target?
Riconoscimento	Sarà dato un riconoscimento (monetario o altro) se sarà conseguito questo target?
Accettazione	Il target assegnato è accettato dall'individuo/gruppo responsabile?
Comportamenti	Quali comportamenti non voluti potrebbero essere stimolati dall'uso di questo target?

ALLEGATO: PROGRAMMA DELLA TRASPARENZA

Con riferimento al Programma della Trasparenza l'IRCCS adeguerà la propria organizzazione nel corso del 2013. Durante quindi quest'anno non sarà pubblicato il Programma ma si adeguerà il sito ai contenuti previsti dalla norma.

Di seguito si descrive il Processo che si intende adottare e la struttura che avrà il Programma ed il sito istituzionale.

PROCESSO DI REDAZIONE DEL PROGRAMMA

1. Selezione dei dati da pubblicare con osservanze delle norme sulla privacy

- ▶ L'Istituto deve tenere conto:
 - ▶ delle prescrizioni di legge in materia di trasparenza;
 - ▶ delle disposizioni in materia di dati personali, comprensive delle delibere dell'Autorità garante per la privacy;
 - ▶ delle indicazioni riportate, dalla Delibera Civit 105/2010 (in particolare nel § 4.2) e sue s.m.i;
 - ▶ della natura dei propri settori di attività e dei propri procedimenti, al fine di individuare le aree più esposte a maggiore rischio di integrità o semplicemente di maladministration

2. Descrizione delle modalità di pubblicazione on line dei dati

In questa sezione devono essere indicate le **attività** inerenti alla **predisposizione, modifica o integrazione** della sezione "Trasparenza, valutazione e merito" del **sito web istituzionale** per renderla coerente con quanto riportato nella Delibera Civit 105/2010 (in particolare nel § 4.1.1 e 4.1.2) e sue s.m.i.

3. Descrizione delle iniziative

Questa sezione indica le iniziative previste per garantire:

- ▶ un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base della Delibera Civit 105/2010 (in particolare nel § 4.1.1 e 4.1.2) e sue s.m.i.;
- ▶ la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità

4. Sezione Programmatica (azioni, responsabilità, tempi e risorse)

Questa sezione comprende:

- ▶ le modalità di attuazione e le azioni previste;
- ▶ i tempi di attuazione;
- ▶ le strutture competenti per le diverse fasi di elaborazione ed esecuzione del Programma;
- ▶ le risorse dedicate;
- ▶ gli strumenti di verifica dell'efficacia delle iniziative

5. Collegamenti con il Piano della performance

In questa sezione sono indicati:

- ▶ gli obiettivi, gli indicatori e i target presenti nel Piano della performance in ambito di trasparenza;
- ▶ la trasparenza delle informazioni relative alla performance.

6. Descrizione del processo di coinvolgimento degli stakeholder**7. Posta elettronica certificata (PEC)**

In questa sezione sono indicati:

- ▶ il livello di funzionamento della PEC;
- ▶ le eventuali azioni previste per l'adeguamento alla normativa. Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità deve indicare quali sono le azioni e i relativi tempi previsti dalle amministrazioni ai fini dell'attuazione dell'articolo 11, comma 5, del d. lg. n. 150 del 2009, in materia di PEC. Più esattamente, deve essere esplicitato entro quale termine ogni singolo risultato, relativo all'attuazione di tale strumento, verrà raggiunto e in quale modo i cittadini potranno verificarne l'effettivo conseguimento, al fine del controllo diffuso dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

8. Giornate della trasparenza

REQUISITI DI FORMA E MODALITA' TECNICHE

Il principio di riferimento è la facilità di reperimento e di uso delle informazioni da parte dei cittadini

Per le modalità tecniche il riferimento alla documentazione dedicata allo scopo, tenendo in particolare conto le "Linee guida per i siti web della PA – art. 4 della Direttiva 8/09 del Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione" (di seguito "Linee Guida Siti Web"), la cui versione più recente è stata pubblicata il 26 luglio 2010 sul sito del Ministero della pubblica amministrazione e innovazione (www.innovazionepa.gov.it)

Deve essere creata una **sezione dedicata del sito istituzionale** denominata "Trasparenza, valutazione e merito", che garantisca:

- facile accesso: raggiungibilità da un **link**, chiaramente identificabile dall'etichetta "Trasparenza, valutazione e merito" posto nell'homepage del sito stesso
- facile consultazione:
- organizzazione per **macroaree**, ognuna denominata come le **categorie** presenti nel § 4.2 della Delibera 105/2010
- ciascuna delle categorie deve contenere una **voce** per ogni contenuto specifico previsto.

Facendo click sulle suddette voci, l'utente potrà avere accesso alle informazioni di interesse.

L'ordine delle voci all'interno della sezione dovrà corrispondere a quello previsto dalla Delibera 105/2010

Le voci dovranno essere previste anche se i rispettivi contenuti non sono stati ancora pubblicati: in tal caso, dovrà essere visualizzato un messaggio che indichi che i contenuti sono in via di pubblicazione e che riporti la data prevista di pubblicazione.

All'interno della sezione "Trasparenza, valutazione e merito" dovrà essere anche presente il link al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e al relativo stato di attuazione

E' di fondamentale importanza garantire la **tempestività della pubblicazione** delle informazioni e dei dati e la trasparenza dei **criteri di validità**:

- ▶ ogni contenuto informativo dovrà essere corredato dalla **storia delle revisioni**, che contenga la data di pubblicazione e le caratteristiche di ogni revisione.
- ▶ a tal scopo, le informazioni superate e/o non più significative dovranno essere **archivate o eliminate**, secondo le indicazioni contenute nelle "Linee Guida Siti Web" (in particolare, al § 3) e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali.
- ▶ I **criteri di validità e le politiche di archiviazione** dei dati, soprattutto per quanto attiene ai dati informativi relativi al personale devono essere chiaramente definiti

E' necessario **contestualizzare** chiaramente ogni contenuto informativo pubblicato (pagina web, file), con indicazione di:

- ▶ la tipologia delle informazioni contenute (in modo sintetico)
- ▶ il periodo a cui le informazioni si riferiscono (es. l'anno degli incarichi o compensi, la data di aggiornamento dei CV)
- ▶ quale dipartimento, ufficio (ecc.) ha creato quel contenuto informativo e a quale dipartimento, ufficio (ecc.) quel contenuto si riferisce.

Nella sezione dedicata devono inserirsi **strumenti di notifica degli aggiornamenti** (ad esempio, "Really Simple Syndication - RSS")

- ▶ sia a **livello di intera sezione**
- ▶ sia a **livello di singolo argomento**

Le informazioni e i documenti (con tutti i relativi dati) devono essere **pubblicati in formato aperto**, in coerenza con le "Linee Guida Siti Web".

I dati dovranno essere:

- ▶ pubblicati in almeno uno dei formati aperti indicati, ma preferibilmente in più formati (ad esempio, "eXtensible Markup Language" – XML, "Open Document Format" – ODF, ecc.)
- ▶ corredati da eventuali file di specifica (ad esempio, XSD – XML Scheme Definition - per i file XML)
- ▶ raggiungibili direttamente dalla pagina dove le informazioni di riferimento sono riportate

E' opportuno pubblicare sotto forma di **opportune interfacce (dashboards)**, le indicazioni relative allo **stato di raggiungimento dei target desiderati** rispetto a obiettivi di particolare interesse

Deve essere possibile **scaricare il Piano e la Relazione sulla performance**

E' necessario garantire, all'interno della sezione del sito dedicata alla trasparenza, **la possibilità agli utenti di fornire feedback** e valutazioni relative alla qualità delle informazioni pubblicate, al fine di:

- ▶ coinvolgere i cittadini nell'attività dell'amministrazione;
- ▶ aiutare l'amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni rilevanti per gli utenti, grazie al controllo diffuso da parte di questi ultimi;
- ▶ diffondere nei cittadini la consapevolezza della disponibilità delle informazioni e dei meccanismi di funzionamento dell'amministrazione stessa.

Per agire tempestivamente a fronte delle segnalazioni fornite dagli utenti. È raccomandato l'utilizzo di **strumenti web 2.0**, così come indicato nelle "Linee Guida Siti Web"

Le Agenzie dovranno attenersi alle indicazioni riportate nelle "Linee Guida Siti Web" relative a reperibilità, classificazione e semantica delle risorse presenti sui siti.

Si raccomanda l'assegnazione, alle risorse informative relative alla trasparenza, di metadati che le descrivano secondo lo "standard Dublin Core" (norma ISO 15836:200 – www.dublincore.org), al fine di consentirne l'identificazione univoca e stabile, di agevolarne la classificazione e di facilitarne la ricerca.

Il prospetto riepilogativo dovrà contenere: 1. denominazione amministrazione; 2. data di ultimo aggiornamento dello stato di attuazione; 3. singole azioni del Programma e relativo stato di attuazione (si veda come esempio la tabella a pag. 14 della Del. 105/2010 del Civit)

DATI OGGETTO DI TRASPERENZA

1. Dati informativi sul personale

- a) curricula e retribuzioni dei dirigenti, con specifica evidenza sulle componenti variabili della retribuzione e sulle componenti legate alla retribuzione di risultato (articolo 11, comma 8, lettere f) e g), del d. lg. n. 150 del 2009), indirizzi di posta elettronica, numeri telefonici ad uso professionale (articolo 21 della l. n. 69 del 2009), ruolo - data di inquadramento nella fascia di appartenenza o in quella inferiore, data di primo inquadramento nell'amministrazione, decorrenza e termine degli incarichi conferiti ex articolo 19, commi 3 e 4, del d. lg. n. 165 del 2001 - (articolo 1, comma 7, del D.P.R. n. 108 del 2004);
- b) curricula dei titolari di posizioni organizzative (articolo 11, comma 8, lettera f), del d. lg. n. 150 del 2009);
- c) curricula, retribuzioni, compensi ed indennità di coloro che rivestono incarichi di indirizzo di vertice e dei relativi uffici di supporto, ivi compresi gli appartenenti agli uffici di staff
- d) nominativi e curricula dei componenti degli OIV e del Responsabile delle funzioni di misurazione della performance di cui all'articolo 14 (articolo 11, comma 8, lettera e), del d. lg. n. 150 del 2009);
- e) tassi di assenza e di maggiore presenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale (articolo 21 della l. n. 69 del 2009), nonché il ruolo dei dipendenti pubblici (articolo 55, comma 5, del D.P.R. n. 3 del 1957);
- f) ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti (articolo 11, comma 8, lettera c), del d. lg. n. 150 del 2009);
- g) analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità, sia per i dirigenti sia per i dipendenti (articolo 11, comma 8, lettera d), del d. lg. n. 150 del 2009);
- h) codici di comportamento (articolo 55, comma 2, del d. lg. n. 165 del 2001 così come modificato dall'articolo 68 del d. lg. n. 150 del 2009).

2. Dati informativi relativi ad incarichi e consulenze

incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti a dipendenti pubblici e ad altri soggetti (articolo 11, comma 8, lettera i), del d. lg. n. 150 del 2009 e articolo 53 del d. lg. n. 165 del 2001).

Gli incarichi considerati sono:

- ▶ incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati dalla amministrazione ai propri dipendenti in seno alla stessa amministrazione o presso altre amministrazioni o società pubbliche o private;
- ▶ incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati da una amministrazione ai dipendenti di altra amministrazione;
- ▶ incarichi retribuiti e non retribuiti affidati, a qualsiasi titolo, da una amministrazione a soggetti esterni.

In ordine a questa tipologia di informazioni è necessario indicare:

- ▶ soggetto incaricato, con CV
- ▶ oggetto dell'incarico, durata dell'incarico, compenso lordo,
- ▶ Soggetto conferente, modalità di selezione e di affidamento dell'incarico e tipo di rapporto,
- ▶ dichiarazione negativa (nel caso in cui l'amministrazione non abbia conferito o autorizzato incarichi).

3. Dati informativi sull'organizzazione, la performance e i procedimenti

- a) informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione:

- ▶ organigramma, articolazione degli uffici, attribuzioni e organizzazione di ciascun ufficio anche di livello dirigenziale non generale, nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici, nonché settore dell'ordinamento giuridico riferibile all'attività da essi svolta - articolo 54, comma 1, lettera a), del d. lg. n. 82 del 2005
- ▶ elenco completo delle caselle di posta elettronica istituzionali attive, specificando se si tratta di una casella di posta elettronica certificata (articolo 54, comma 1, lettera d), del d. lg. n. 82 del 2005);
- b) Piano e Relazione sulla performance (articolo 11, comma 8, lettera b), del d. lg. n.150 del 2009);
- c) Informazioni circa la dimensione della qualità dei servizi erogati (ai sensi dei principi di cui all'articolo 11 del d. lg. n. 150 del 2009 e delle indicazioni di cui alla delibera n. 88 del 24 giugno 2010);
- d) Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e relativo stato di attuazione (articolo 11, comma 8, lettera a), del d. lg. n. 150 del 2009);
- e) Elenco delle tipologie di procedimento svolte da ciascun ufficio di livello dirigenziale non generale, il termine per la conclusione di ciascun procedimento ed ogni altro termine procedimentale, il nome del responsabile del procedimento e l'unità organizzativa responsabile dell'istruttoria e di ogni altro adempimento procedimentale, nonché dell'adozione del provvedimento finale (articolo 54, comma 1, lettera b), del d. lg. n. 82 del 2005);
- f) Scadenze e modalità di adempimento dei procedimenti individuati ai sensi degli articoli 2 e 4 della l. n. 241 del 1990 (articolo 54, comma 1, lettera c), del d. lg. n. 82 del 2005).

4. Dati informativi sulla gestione economico-finanziaria dei servizi pubblici

- a) servizi erogati agli utenti finali e intermedi (ai sensi dell'articolo 10, comma 5, del d.lg. 7 agosto 1997, n. 279), contabilizzazione dei loro costi ed evidenziazione dei costi effettivi e di quelli imputati al personale per ogni servizio erogato, nonché il monitoraggio del loro andamento (articolo 11, comma 4, del d. lg. n. 150 del 2009), da estrapolare in maniera coerente ai contenuti del Piano e della Relazione sulla performance;
- b) contratti integrativi stipulati, relazione tecnico-finanziaria e illustrativa, certificata dagli organi di controllo, informazioni trasmesse ai fini dell'inoltro alla Corte dei Conti, modello adottato ed esiti della valutazione effettuata dai cittadini sugli effetti attesi dal funzionamento dei servizi pubblici in conseguenza della contrattazione integrativa (articolo 55, comma 4, del d. lg. n. 150 del 2009);
- c) dati concernenti consorzi, enti e società di cui le pubbliche amministrazioni facciano parte, con indicazione, in caso di società, della relativa quota di partecipazione nonché dati concernenti l'esternalizzazione di servizi e attività anche per il tramite di convenzioni.

5. Altri dati informativi

- a) Dati sulla gestione dei pagamenti e sulle buone prassi:
 - ▶ indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti), nonché tempi medi di definizione dei procedimenti e di erogazione dei servizi con riferimento all'esercizio finanziario precedente (articolo 23, comma 5, della l. n. 69 del 2009);
 - ▶ buone prassi in ordine ai tempi per l'adozione dei provvedimenti e per l'erogazione dei servizi al pubblico (articolo 23, commi 1 e 2, della l. n. 69 del 2009).
- b) Dati su sovvenzioni, contributi, crediti, sussidi e benefici di natura economica:
 - ▶ istituzione e accessibilità in via telematica di albi dei beneficiari di provvidenze di natura economica (articoli 1 e 2 del D.P.R. n. 118 del 2000).
- c) Dati sul "public procurement":
 - ▶ dati previsti dall'articolo 7 del d. lg. n. 163 del 2006 (Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture).

L'individuazione di tali dati, ai fini della loro pubblicazione, spetta all'Autorità per la vigilanza dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.