

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA POLICLINICO DI MODENA



PIANO DELLA PERFORMANCE
2015 – 2017

Sommario

1.	Presentazione e contenuti	3
1.1	Premessa.....	3
1.2	Terminologia del piano	4
2.	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e per gli stakeholder	6
2.1	La mission	6
2.2	Come operiamo	6
2.3	Albero della performance	7
2.4	Identità.....	8
3.	Analisi del contesto	9
3.1	Contesto normativo	9
3.2	Contesto interno.....	10
4.	Obiettivi strategici	12
4.1	Governo del sistema “Azienda Sanitaria”	13
4.2	Le politiche delle cure ospedaliere	14
4.3	Le politiche di Area Vasta.....	15
4.4	Governo dei processi di acquisto di beni e servizi.....	16
4.5	Governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare	17
4.6	Politiche per l’uso razionale dell’energia e corretta gestione aziendale	17
4.7	Governo dello sviluppo degli ICT.....	17
4.8	Gli strumenti informativi a supporto delle azioni di governo.....	18
4.9	Il governo delle risorse.....	18
4.10	Integrità e Trasparenza	20
5.	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	21
5.1	Gli strumenti	22
5.2	Contesto di monitoraggio aziendale e regionale	22
5.3	Obiettivi assegnati al personale	23
6.	Il processo per la gestione del ciclo della performance	24
6.1	Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.....	24
6.2	Definizione del Piano Operativo Aziendale e Budget (annuale).....	27
6.3	Verifica periodica dei risultati	30
6.4	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	32
6.5	Sistema di attribuzione del fondo	34
6.6	Le responsabilità	35
6.7	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	38
6.8	Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	38
7.	Collegamento con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità	40

1. Presentazione e contenuti

1.1 Premessa

Il Piano della performance è un documento di programmazione aziendale, avente valenza triennale, introdotto e disciplinato dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, modificato ed integrato dal Decreto Legislativo 1 agosto 2011, n. 141.

Il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, conformemente agli indirizzi di legge, è il documento che avvia il ciclo di gestione della performance, definisce gli elementi fondamentali sui quali si basa la misurazione e la valutazione della performance aziendale ed individua gli obiettivi strategici ed operativi e relativi indicatori di risultato.

Tale piano, pur essendo un documento programmatico pluriennale, si focalizza principalmente sulle attività dell'anno corrente e risulta, pertanto, modificabile in relazione agli obiettivi di programmazione sanitaria definiti in ambito regionale, alle modifiche derivanti dal contesto di riferimento, sia interno che esterno, ed alle variazioni nelle modalità di organizzazione e di funzionamento dell'azienda.

Il Piano della Performance di questa azienda, coerentemente con il disposto del Decreto Legislativo n. 150/2009, della Legge n. 190/2012 in tema di anticorruzione e del Decreto Legislativo n. 33/2013 in materia di trasparenza, tiene conto delle indicazioni operative fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione che sottolineano la necessità di integrare il ciclo di gestione della performance con gli strumenti, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

In tale ottica di integrazione e coerenza, il presente Piano della Performance contiene anche gli obiettivi e le attività riguardanti la prevenzione della corruzione, la trasparenza, l'integrità e l'etica.

1.2 Terminologia del piano

Per favorire una migliore comprensione dei contenuti del presente Piano e per garantire la necessaria trasparenza a livello aziendale, si ritiene utile fornire una definizione di alcune delle principali terminologie specifiche riportate all'interno del Piano stesso.

Piano della performance: è l'insieme degli obiettivi strategici ed operativi su cui si fonda l'attività aziendale, ed è approvato e revisionato annualmente dalla Azienda medesima.

Performance organizzativa: è il livello di performance riguardante gli aspetti di carattere organizzativo ottenuto dal Policlinico di Modena nel suo complesso, ovvero dalle singole Strutture Organizzative nelle quali essa si articola.

Performance clinica: è il livello di performance riguardante gli aspetti di carattere clinico ottenuto dal Policlinico di Modena dalle singole Strutture Organizzative e nel suo complesso.

Performance individuale: è il livello di performance ottenuto dai singoli individui o microgruppi di individui.

Ciclo di gestione della performance: è il processo aziendale posto in essere per la definizione degli obiettivi e per i piani di attività ad essi collegati, ed attraverso cui si provvede alla misurazione, alla valutazione ed alla rendicontazione dei risultati perseguiti alla fine del ciclo.

Misurazione della performance: è l'attività di analisi degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati ed i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici, oppure riferiti a processi organizzativi e/o di qualità e/o di soddisfazione dei bisogni della popolazione e degli utenti.

Valutazione della performance: è l'attività di valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, anche rispetto alle aspettative generali ed al grado di soddisfacimento dei bisogni degli utenti.

Rendicontazione sulla performance: è la descrizione a cadenza periodica degli esiti dell'attività di misurazione e di valutazione della performance dell'Azienda nel suo complesso o dei singoli gruppi o individui, ed indirizzata agli stakeholder esterni.

Sistema di misurazione e valutazione della performance: è l'insieme dei criteri che fissano le metodologie da utilizzarsi, le varie fasi ed il ruolo dei soggetti coinvolti nel processo di misurazione e di valutazione della performance.

Indicatore: è un elemento caratteristico del processo, è misurabile ed evidenzia significative informazioni sull'efficacia, sull'efficienza o sulla qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento del singolo obiettivo.

Benchmarking: è l'attività di confronto di dati ed informazioni, attraverso cui comprendere ed adottare presso l'Azienda le buone pratiche che si stanno sviluppando in altre organizzazioni similari.

Benchlearning: è il processo di apprendimento che scaturisce dai punti di forza e dalle aree di eccellenza di altre organizzazioni (buone pratiche), al fine di valutarne l'adattabilità alla propria organizzazione.

Stakeholder: è un gruppo qualificato di individui, che può essere influenzato direttamente od indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, anche solamente dalla sua azione.

Outcome: è l'effetto prodotto ed il risultato finale dell'azione svolta dall'Azienda, dal punto di vista del destinatario del servizio erogato o reso;

Accountability: è il necessario rendiconto dei risultati di un'azione amministrativa, tramite informazioni corrette date agli utenti e tale da permettere l'espressione di un oggettivo e valido giudizio.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e per gli stakeholder

2.1 La mission

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena (Policlinico di Modena) è un ospedale di insegnamento e sede della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, con la finalità di:

- produrre ed erogare, in modo efficiente, prestazioni sanitarie ed assistenziali, da quelle di base a quelle di alta complessità, di efficacia scientificamente dimostrata ed appropriate, avendo attenzione ai bisogni psicologici e sociali delle persone assistite;
- garantire adeguati supporti assistenziali e attiva partecipazione alle attività di formazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- favorire l'attività di ricerca, con particolare riferimento a quella con significative e positive ricadute sull'attività assistenziale e di formazione. L'integrazione delle finalità e delle attività di assistenza, formazione e ricerca rappresenta un vantaggio competitivo ed un valore per lo sviluppo dell'azienda, l'eccellenza dei servizi prestati, l'aggiornamento e la crescita professionale di tutti gli operatori.

Il Policlinico di Modena, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida: il rispetto della persona e la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute; l'equità, la trasparenza e l'etica professionale; la tutela della privacy; la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo; l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini; la sostenibilità economica e finanziaria.

2.2 Come operiamo

I principali impegni che l'Azienda intende perseguire allo scopo di tutelare al meglio i cittadini sono;

- a. Erogare, sulla base delle risorse disponibili, assistenza qualificata ed adeguata a tempi, conoscenze ed esigenze;
- b. Privilegiare ogni iniziativa che migliori la continuità assistenziale verso i servizi e i territori di provenienza del paziente;
- c. Ideare e attuare con l'Azienda USL di Modena percorsi assistenziali per garantire la continuità assistenziale territoriale;
- d. Costituire sede naturale della formazione dei corsi di laurea universitari e delle scuole di specialità per l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, oltre che per la complessiva rete formativa regionale ed interregionale;
- e. Programmare, organizzare e gestire, in base alle necessità del SSR, attività didattiche per la formazione del personale sanitario;
- f. organizzare l'attività di ricerca sanitaria e di base in campo clinico e della organizzazione e gestione dei servizi assistenziali;
- g. favorire il trasferimento nella didattica e nella pratica clinica delle conoscenze acquisite con la ricerca.

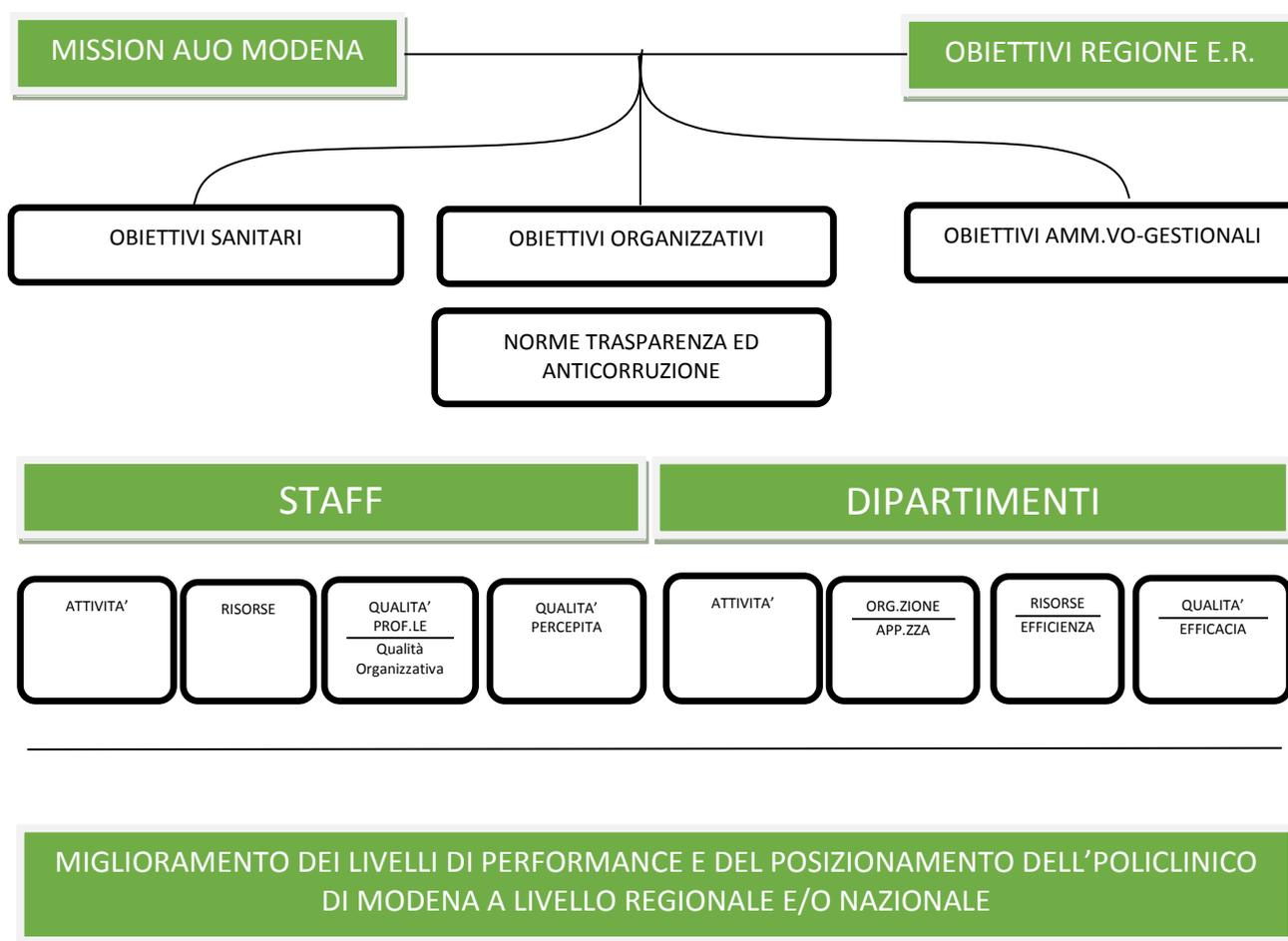
2.3 Albero della performance

L'albero della performance è un *diagramma che rappresenta graficamente i legami tra mission, aree di attività, obiettivi strategici ed obiettivi operativi.*

Tale rappresentazione mostra come gli obiettivi, di diversa natura, contribuiscano, ai vari livelli organizzativi e dentro un disegno strategico complessivo coerente, al raggiungimento della mission aziendale ed al miglioramento dei livelli di performance complessivi.

Gli obiettivi annuali, declinati sulla base degli indirizzi strategici aziendali, nonché dei documenti di programmazione nazionali e regionali, costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance, in cui è rappresentata graficamente la loro successiva attribuzione ai vari livelli organizzativi aziendali.

Di seguito è riportata tale rappresentazione grafica dell'Albero della Performance del Policlinico di Modena, sia in forma sintetica che, nelle pagine successive, in forma più articolata.



2.4 Identità

Il Policlinico di Modena, con i suoi 689 posti letto (608 ordinari e 80 day hospital), si sviluppa su di una superficie di 160.000 mq, oltre a 211.884 mq di area verde (anche con spazi ludici per i bambini). L'organizzazione è basata su 14 dipartimenti assistenziali di cui:

- N. 6 Dipartimenti ad attività integrata
- N. 3 Dipartimenti ad attività integrata interaziendali
- N. 2 Dipartimenti interaziendali
- N. 1 Dipartimento Interprovinciale
- N. 1 Dipartimento amministrativo
- N. 1 Dipartimento tecnico e delle tecnologie

Dipartimenti ad attività integrata	
1.	Medicine, Medicina d'Urgenza e Specialità mediche: Medicina I, Medicina interna ed Area Critica, Gastroenterologia, Malattie infettive, Reumatologia, Degenza post-acuzie, Centro Cefalee, Malattie del Metabolismo e nutrizione clinica, Endoscopia digestiva.
2.	Dipartimento di Chirurgia generale specialità chirurgiche: Chirurgia I, Chirurgia II, Chirurgia Toracica, Urologia, I servizio di anestesia e rianimazione, Il servizio di anestesia e rianimazione, Chirurgia Oncologica, epato-bilio-pancreatica e chirurgia dei trapianti di fegato, Chirurgia Oncologia senologica.
3.	Materno infantile: Ostetricia, Ginecologia, Pediatria, Pediatria ad indirizzo oncoematologico, Neonatologia e nido, Chirurgia pediatrica, Genetica medica.
4.	Oncologia, Ematologia e Patologie dell'apparato respiratorio: Oncologia, Medicina oncologica, Ematologia, Radioterapia, Servizio Immuno-trasfusionale, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina II, Terapie palliative e hospice, DH oncologico.
5.	Chirurgie specialistiche testa-collo: Chirurgia plastica ricostruttiva, Malattie oftalmologiche, Odontoiatria e chirurgia oro-maxillo-facciale, Dermatologia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia cranio-maxillo facciale.
6.	Patologie dell'apparato locomotore: Ortopedia e traumatologia, Chirurgia della mano, Riabilitazione della mano.
Dipartimenti ad attività integrata interaziendali	
1.	Cura delle malattie, cardiache e vascolari: Cardiologia, Nefrologia e Dialisi.
2.	Diagnostica per immagini: Radiologia I, Radiologia II, Medicina nucleare.
3.	Medicina di Laboratorio e Anatomia patologica: Analisi chimico Cliniche, Tossicologia, Microbiologia e Virologia, Anatomia ed Istologia Patologica
Dipartimenti interaziendali	
1.	Dipartimento interaziendale di Emergenza e Urgenza (D.I.E.U.): Pronto Soccorso e medicina d'urgenza.
2.	Dipartimento farmaceutico: Servizio di farmacia
Dipartimento Interprovinciale	
1	Dipartimento interprovinciale ICT delle aziende USL di Reggio Emilia e Modena e delle Aziende Ospedaliere di Reggio Emilia e Modena: Servizio Tecnologie dell'Informazione
Dipartimento amministrativo	
1	Servizio Gestione e Sviluppo risorse umane interaziendale, Servizio Formazione e Aggiornamento, Servizio Bilancio e Finanze, Servizio Affari Generali, Servizio Prestazioni e Marketing, Servizio Attività Economiche e Approvvigionamento.
Dipartimento tecnico e delle tecnologie	
1	Servizio attività tecniche e patrimoniali, Ingegneria clinica, Fisica Sanitaria.

3. Analisi del contesto

In questo capitolo è descritta l'analisi del contesto interno ed esterno, quale processo conoscitivo che il Policlinico svolge per acquisire elementi informativi rilevanti ai fini dell'individuazione degli indirizzi strategici alla base della redazione del piano della Performance.

Nell'attuale contesto operativo del Policlinico, causa gli eventi sismici avvenuti dal 2012, assume particolare rilievo il fatto che l'Ospedale sia impegnato in attività di consolidamento strutturale e ristrutturazione per una superficie pari a 22.000 MQ, sottratta quindi al quotidiano svolgimento delle attività, seppure in continuo aumento.

3.1 Contesto normativo

Con riferimento all'articolo 1 dell'atto aziendale si riporta che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena (di seguito, per brevità, anche "Azienda" o "Policlinico") è istituita in base alla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata, ai sensi dell'art. 9, sesto comma, dell'indicata legge regionale, con:

- delibera di Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto la disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;
 - delibera di Giunta regionale del 30 gennaio 2006, n. 86;
 - protocollo d'intesa di cui alla delibera di Giunta regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29";
- a seguito della conclusione del periodo transitorio di sperimentazione di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante "Disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

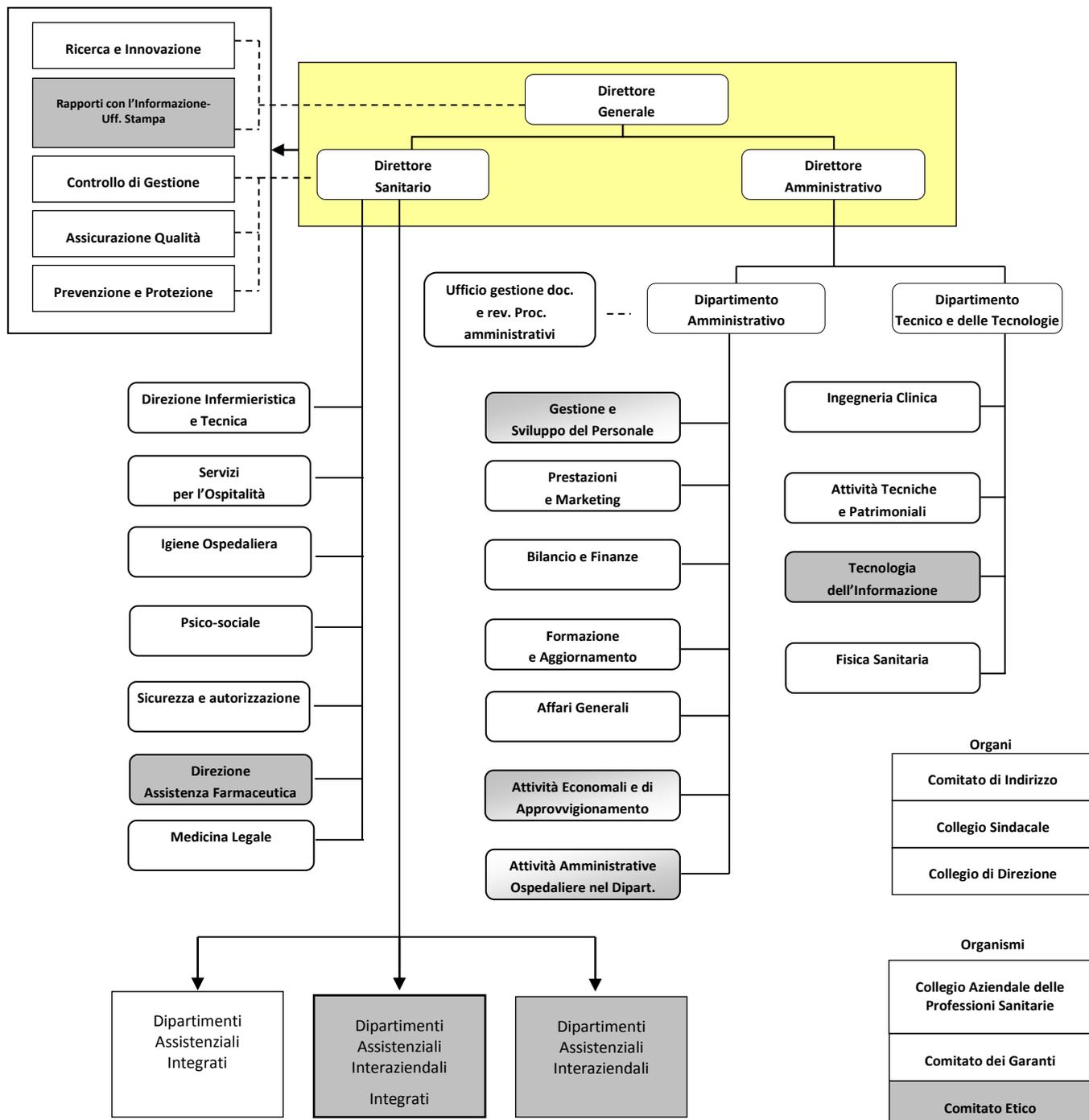
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena:

- costituisce, per l'Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004;
- garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università;
- opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

3.2 Contesto interno

Il Policlinico di Modena garantisce lo svolgimento dei propri compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa, come a seguito riportata.



Nota Bene: evidenziate in grigio le aree integrate con AUSL MO e/o Aziende Sanitarie RE

L'organizzazione aziendale, fondata sui criteri della multidisciplinarietà e della professionalità, mira al miglioramento delle competenze professionali tecniche e scientifiche e risponde alla ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali, di didattica e di ricerca.

Le funzioni operative svolte all'interno del Policlinico sono attribuite alle Strutture organizzative, cui sono assegnate le risorse materiali, umane, tecnologiche e strutturali, le quali vengono gestite sulla base della programmazione aziendale e mediante lo strumento di budget.

In particolare, attraverso la pianificazione strategica e la programmazione di budget, la Direzione, di concerto con i Direttori delle strutture dipartimentali e degli altri livelli di responsabilità organizzativa e gestionale presenti all'interno dell'Azienda, definisce gli obiettivi annuali e triennali, oltre alle azioni ed alle misure necessarie al loro raggiungimento.

L'organizzazione interna si articola in:

- Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)
- Staff della Direzione Generale (SDG) e della Direzione Sanitaria (SDS) e Dipartimenti dell'Area Amministrativa (DAA)
- Strutture Complesse (UOC – Unità operative complesse)
- Strutture Semplici Autonome
- Strutture Semplici
- Incarichi professionali

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa dell'Policlinico che assicura l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

I Dipartimenti rappresentano il luogo in cui è assicurata la massima attenzione alle funzioni tipiche dei professionisti sanitari che compongono il Dipartimento stesso e, conseguentemente, anche quelle dei Direttori di tali strutture.

Le funzioni tipiche sono riassumibili in:

- gestione dei percorsi professionali;
- gestione delle attività diagnostico-terapeutiche assistenziali;
- integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca
- gestione delle risorse e dei fattori produttivi intermedi a queste collegati;
- verifica, valutazione e monitoraggio dei risultati raggiunti;
- individuazione delle necessità di prestazioni che richiedono supporto tecnologico

Sono organi dell'Azienda:

- il Direttore Generale
- Collegio di Direzione
- il Collegio Sindacale
- l'Organo di indirizzo

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

4. Obiettivi strategici

Per tutto il personale e per gli organi di Direzione dell'Policlinico di Modena, il cittadino con problemi di salute deve essere al centro dell'organizzazione sanitaria, in quanto la tutela della salute è “un fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività ...” (art. 32 della Costituzione Italiana).

In tale contesto il Policlinico di Modena mantiene l'obiettivo di assicurare prestazioni di comprovata efficacia, compatibilmente con le risorse tecnologiche, umane e finanziarie disponibili.

Tale obiettivo è perseguito soprattutto attraverso un'attenzione particolare alla centralità del cittadino e attraverso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Per questo motivo è particolarmente importante puntare sulla soddisfazione dell'utenza, ponendo attenzione anche alla qualità percepita dai fruitori dei servizi del Policlinico di Modena, che si concretizza in quegli elementi che più di altri incidono sulle loro aspettative e valutazioni, quali:

- umanizzazione dei servizi e dei rapporti tra operatori e pazienti; a tale riguardo la relazione con il paziente deve essere caratterizzata dal rispetto, dalla cortesia e dalla disponibilità;
- informazione sulla diagnosi e sul decorso della malattia, sulle tecniche diagnostiche e sulle terapie a cui sarà sottoposto il paziente;
- conoscenza degli strumenti di tutela a disposizione dei cittadini quando si verifica un disservizio;
- rapidità con la quale il cittadino può comunicare con la struttura ed espletare le procedure che lo riguardano;
- integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale, attraverso la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative ed il rafforzamento del sistema di cura provinciale.

Tutte le specializzazioni presenti nel Policlinico di Modena hanno l'obiettivo di perseguire l'eccellenza: per le attività di ambito regionale e sovra-regionale attraverso l'offerta di prestazioni di alto livello; per le attività di ambito locale, riguardanti le più diffuse patologie cronico-degenerative, l'eccellenza viene perseguita attraverso la ricerca e la messa a punto di innovativi modelli organizzativo-assistenziali da esportare nelle altre realtà e con l'integrazione con la rete provinciale dei servizi, mantenendo in Azienda l'assistenza ai casi più complessi.

Il Policlinico di Modena intende essere luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretta sinergia con lo svolgimento delle attività di ricerca e di didattica.

Di seguito si riportano i contenuti della Delibera di Giunta Regionale n. 291 del 14 marzo 2012 “Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena – Designazione Direttore Generale”, con l’esclusione del capitolo 4.10 che rappresenta una sintesi della normativa di settore:

4.1 Governo del sistema “Azienda Sanitaria”

La Direzione aziendale dovrà garantire:

- l’attuazione delle politiche per la salute definite dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, secondo le indicazioni degli strumenti di programmazione ed indirizzo e nel rispetto degli obiettivi definiti nel Piano delle Azioni annuale;
- lo sviluppo di modalità di relazione con i cittadini e le loro rappresentanze idonee a promuovere e sostenere la loro partecipazione rispetto ai problemi di salute e al monitoraggio e alla valutazione della qualità dei servizi erogati;
- il consolidamento di una capacità comunicativa con i cittadini, caratterizzata da trasparenza, anche nel riconoscimento dei problemi e accompagnata da una contestuale assunzione di responsabilità nel perseguire le azioni di miglioramento necessarie;
- lo sviluppo di modalità di definizione, di implementazione e di valutazione dei processi e dei percorsi di cura fondate sulla valorizzazione delle competenze e sui contributi delle diverse figure professionali che operano nel sistema aziendale, al fine di garantire l’appropriatezza, la sicurezza e la continuità delle cure

4.2 Le politiche delle cure ospedaliere

In un contesto nel quale è necessario perseguire gli obiettivi di salute rispondente ai bisogni emergenti con una disponibilità di risorse che non incrementa con le dinamiche con cui incrementano i costi di fattori produttivi rilevanti, diventa imperativo ridefinire e modificare la struttura dell'offerta, affinché sia rafforzato l'orientamento ai risultati di salute, la continuità della presa in carico, la valorizzazione di tutte le competenze professionali che interagiscono nella gestione del processo di cura. In ambito ospedaliero assumono particolare rilievo i temi dell'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura, delle aree di degenza integrate tra diverse specialità, della presa in carico e continuità delle cure, della gestione dei processi e percorsi di cura, della centralizzazione/prossimità delle prestazioni e delle strutture di erogazione.

L'Azienda dovrà:

- realizzare la programmazione locale, promuovendo l'integrazione, lo sviluppo della rete ospedaliera provinciale ed il miglioramento dei processi di cura;
- governare l'integrazione con l'Università, alla luce delle evoluzioni normative e portando a compimento le azioni di sviluppo del ruolo dell'Azienda nel sistema regionale della formazione e della ricerca, nonché dell'assistenza.

4.3 Le politiche di Area Vasta

L'Azienda Sanitaria deve garantire le proprie strategie di programmazione e gestione dei servizi sanitari e delle attività amministrative e tecniche di supporto alle direttive contenute nella DGR n. 927/2011; le strategie e le azioni dell'azienda dovranno essere orientate ad accrescere e consolidare l'integrazione e le sinergie di sistema con le altre Aziende Sanitarie nell'ambito di Area Vasta Emilia Nord e nell'ambito provinciale, per eliminare le ridondanze, mettere a valore le competenze di livello specialistico e/o di esperienza professionale elevata e migliorare l'accessibilità.

Le strategie e l'adozione di decisioni operative di Area Vasta dovranno riguardare tanto la riorganizzazione delle reti cliniche quanto le funzioni tecnico amministrative di supporto, in particolare, le strategie di Area Vasta debbono prevedere azioni relative ai seguenti ambiti:

- reti cliniche: è necessario rafforzare il sistema di Hub & Spoke, migliorando la strutturazione ed il monitoraggio dei percorsi di centralizzazione vs Hub e di invio vs Spoke; consolidare ed arricchire i processi collaborativi, per la messa a valore delle competenze di eccellenza per l'intero sistema e per la disseminazione delle best practices;
- funzioni amministrative e tecniche di supporto: strutturare servizi interaziendali di Area Vasta per funzioni standardizzate (gestione economica del personale, gestione acquisti); costruire servizi interaziendali di Area Vasta per funzioni che richiedono competenze specialistiche relativamente rare, al fine di garantire l'esercizio delle competenze necessarie con gli indispensabili requisiti di congruità: ingegneria clinica, fisica sanitaria, tecnologie dell'informazione, affari legali.

4.4 Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La DR 291/201 prevede:

- Attivazione degli strumenti disponibili per potenziare l'efficienza del sistema di acquisti focalizzato sulla centralizzazione delle gare, attraverso la centrale di acquisti Intercent-ER e l'Area Vasta, affinché il ricorso alle gare aziendali sia residuale e solo per motivate ragioni, anche attraverso una programmazione congiunta dell'agenzia Intercent-ER e delle Aree Vaste.
- Sviluppare e completare l'informatizzazione dell'intero ciclo degli approvvigionamenti, realizzando economie ed efficienze organizzative e procedurali. A tal fine devono essere portate a sistema le esperienze in corso sul tema della fatturazione elettronica e l'utilizzo della piattaforma di e-procurement regionale anche per tutti gli acquisti al di sotto della soglia di rilievo comunitario

4.5 Governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare

L'azienda dovrà garantire:

- il programma straordinario investimenti in Sanità (Accordo stralcio 2004 e Accordo di programma integrativo 2009 di cui All'Art. 20, L.67/88)
- il programma regionale investimenti in sanità (art. 36, L.R. 38/02)
- il programma odontoiatria

Nonché realizzare gli interventi che saranno previsti nell'ambito del:

- nuovo accordo di programma (art. 20, L.67/88, IV fase, 2° stralcio)
- programma regionale investimenti in sanità.

4.6 Politiche per l'uso razionale dell'energia e corretta gestione aziendale

La Direzione Generale dovrà implementare le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi di uso razionale dell'energia e di miglioramento della gestione ambientale.

La Direzione Generale dovrà inoltre garantire il flusso informativo per il monitoraggio sia degli interventi in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico sia delle azioni e dei risultati raggiunti relativamente alle politiche energetiche ed ambientali.

4.7 Governo dello sviluppo degli ICT

Le azioni di sviluppo ICT dovranno essere orientate a supportare lo sviluppo organizzativo aziendale tenendo in forte considerazione le esigenze di integrazione a livello sovra aziendale locale provinciale, di Area Vasta e regionale.

Principali obiettivi da realizzare nel periodo dovranno essere la completa informatizzazione ambulatoriale e l'integrazione di tutti i sistemi refertanti verso la rete SOLE garantendo, nei tempi stabiliti, l'invio delle ricette elettroniche (farmaceutica e specialistica) secondo i dettati del decreto ministeriale del 2/11/2011 pubblicato in GU 264 del 12/11/2011.

I sistemi informatici/informativi aziendali dovranno inoltre evolvere, in coerenza con l'infrastruttura regionale, secondo i piani annuali adottati, nell'ottica di garantire l'accesso online ai servizi sanitari al fine di rendere disponibile uniformemente a livello regionale una piattaforma tecnologica di interazione tra SSR e cittadino sia per interscambi di carattere amministrativo che per consultazione e interscambi di contenuto clinico.

4.8 Gli strumenti informativi a supporto delle azioni di governo

Il servizio sistema informativo della sanità e politiche sociali ha realizzato e messo a disposizione in questi anni, un ricco patrimonio informativo sanitario e socio-sanitario seguendo le priorità indicate dalla programmazione regionale e gli obblighi a livello nazionale.

Obiettivo principale della Direzione Aziendale é il mantenimento e l'alimentazione di tale patrimonio, ma una attenzione particolare deve essere posta alla sua valorizzazione: questo sarà uno dei principali impegni a livello regionale, in collaborazione con le aziende sanitarie. La manovra sui ticket ha inoltre rafforzato la necessità di disporre di dati di qualità ed allineati con i requisiti previsti a livello nazionale.

Un altro importante sforzo dell'Azienda riguarderà l'impegno del rispetto della privacy ai sensi della legge 196/2003.

4.9 Il governo delle risorse

L'equilibrio economico-finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale che per le singole Aziende Sanitarie.

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie definite dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) a partire dal 2012 è la copertura degli ammortamenti non sterilizzati di tutti i beni in ammortamento. Tale modalità comporta la necessità di assicurare a livello regionale una situazione di pareggio di bilancio, da determinarsi sulla base dei criteri civilistici: a partire dall'anno 2012 all'interno dell'equilibrio dovranno essere interamente ricompresi gli ammortamenti netti di competenza dell'anno.

La Direzione aziendale è impegnata:

- a garantire una situazione di equilibrio economico finanziario della gestione aziendale, assicurando il rispetto del vincolo di bilancio così annualmente definito dalla Giunta regionale in sede di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale;
- a predisporre un Piano finalizzato al miglioramento della complessiva efficienza gestionale, da attuarsi in sinergia con l'Azienda UsI di Modena, da sottoporre alla Giunta regionale previa approvazione dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. La complessiva evoluzione del Piano dovrà essere adeguatamente rappresentata alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ed alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, che ne terrà conto in sede di verifica dei risultati aziendali ai sensi dell'art. 3-bis comma 6 del D.Lgs n. 502/1992 e per la corresponsione dei compensi aggiuntivi annuali;
- ad un monitoraggio trimestrale in via ordinaria ed alle verifiche straordinarie nei mesi di giugno e di settembre;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'articolo 6 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, attestante la coerenza degli adempimenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

L'Azienda sanitaria deve assicurare un efficiente utilizzo delle risorse finanziarie al fine di contenere i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi.

L'Azienda inoltre dovrà:

- dare tempestiva applicazione, secondo le indicazioni del livello regionale, agli adempimenti, ai monitoraggi ed alle verifiche previste dal Patto per la Salute 2010-2012 oggetto di Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. 243/CSR del 3 dicembre 2009), e dal nuovo Patto per la Salute che verrà definito a breve;
- assicurare la qualità delle procedure amministrativo-contabili aziendali per una corretta contabilizzazione dei fatti aziendali sotto il profilo patrimoniale, finanziario ed economico. A tal fine l'Azienda dovrà recepire le indicazioni regionali afferenti gli strumenti tecnico-contabili, di programmazione e di rendicontazione e gli schemi obbligatori in materia di bilancio, di consolidamento dei dati aziendali, nonché le prescrizioni conseguenti l'istruttoria tecnico-contabile sui bilanci d' esercizio predisposte annualmente dal competente Servizio regionale
- alimentare correttamente e tempestivamente le banche dati regionali aventi rilevanza economico-finanziaria e patrimoniale;
- dare applicazione agli adempimenti previsti dal Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42", secondo le indicazioni che verranno impartite dal livello regionale;
- proseguire, secondo il programma definito a livello regionale, nel percorso per perseguire la certificabilità dei bilanci delle Aziende sanitarie.

La Direzione Generale dovrà inoltre verificare che il conferimento dei dati nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, sia effettuato secondo i contenuti e le tempistiche richieste per i vari flussi informativi.

4.10 Integrità e Trasparenza

Ulteriore macro obiettivo è rappresentato dall'Integrità e Trasparenza. Conseguentemente, le azioni, misure, obiettivi ed adempimenti contenuti nel Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e nel Programma per la Trasparenza e l'Integrità costituiscono obiettivi ed azioni del presente piano.

Al fine di garantire la concreta attuazione di detto obiettivo, nonché per assicurare coerenza con i documenti aziendali volti alla prevenzione della corruzione, si prevede l'inserimento, nelle schede di valutazione individuale, dell'osservanza degli adempimenti specifici derivanti da detti documenti. In particolare, in tali schede dovranno emergere le azioni, attività, adempimenti e misure poste in essere per l'osservanza di quanto risultante e derivante dai piani di prevenzione della corruzione. In tal modo sarà possibile assicurare la realizzazione dell'obiettivo di trasparenza ed integrità.

5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Attraverso il budget si condividono principi, strategie, obiettivi e responsabilità, oltre a coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi. Il processo di budget, in un contesto di programmazione pluriennale, assume un peso e dimensione che lo correlano all'anno di bilancio, costituendo il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno far convergere la maggiore parte dei programmi annuali delle attività.

Attraverso il processo di Pianificazione e Programmazione, l'Azienda, in accordo con lo scopo e le strategie espresse nel Piano di Sostenibilità, coerentemente con gli indirizzi dell'AUSL di Modena e della RER, declina annualmente gli obiettivi strategici aziendali di medio-lungo periodo in obiettivi annuali per soddisfare i requisiti relativi a tipologia, volume di prestazioni e qualità dei servizi offerti. All'interno di questo processo trovano risposta anche le indicazioni e gli obiettivi definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale delle Istituzioni locali, regionali e nazionali, e della programmazione economico-finanziaria regionale e nazionale.

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

-**obiettivi di sviluppo**, che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale;

-**obiettivi di miglioramento**, che riguardano indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi;

-**obiettivi di sostenibilità**, tesi prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, ad assicurare cioè la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la salute per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili.

Inoltre, l'esigenza di garantire qualità, sicurezza ed equità di accesso agli assistiti unitamente all'aumento dei costi sanitari ha indirizzato l'Azienda verso la scelta di inserire fra gli obiettivi prioritari da perseguire la definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (**PDTA**), nell'ottica di favorire l'adozione di interventi di provata efficacia, raggiungere standard qualitativi elevati, ridurre le variabilità non giustificate, migliorare la comunicazione fra professionisti e con il paziente e fornire riferimenti per il monitoraggio della qualità delle cure (**clinical audit**).

Il piano della performance si integra con il percorso di budget sull'asse delle aree delle linee strategiche e dei relativi obiettivi strategici anche di valenza personale/professionale.

5.1 Gli strumenti

Le schede di budget sono lo strumento attraverso il quale vengono esplicitati il livello di produzione atteso, gli obiettivi di Innovazione e Qualità e i consumi di farmaci e dispositivi medici e prestazioni intermedie negoziati.

Per la definizione del budget 2014 sono state costruite, quindi, le seguenti schede:

- Obiettivi di governo clinico e qualità assistenziale
- Obiettivi di produzione (numero dimessi, contenimento costi etc.)
- Schede di Valutazione a supporto delle revisioni di periodo
- Consumi di farmaci e dispositivi medici
- Consumi di prestazioni intermedie

Gli strumenti, disponibili sulla rete aziendale, sono elaborati, su base mensile, dal Controllo di Gestione che supporta la Direzione Generale nelle attività di revisione oltre che di monitoraggio ed analisi per tutti i Dipartimenti, oltre che per l'Azienda stessa.

Durante il percorso di budget il Controllo di Gestione supporta la definizione degli obiettivi (indicatori e target) con strumenti di simulazione per definire i target sulla base del contesto epidemiologico oltre che delle linee di indirizzo.

5.2 Contesto di monitoraggio aziendale e regionale

Al fine di garantire il controllo delle performance amministrative e secondo quanto previsto dal D.L. 150/2009, sono stati istituiti Organismi indipendenti di valutazione della performance (Oiv; <http://www.regione.emilia-romagna.it/trasparenza/personale/oiv>). L'Organismo indipendente di valutazione (Oiv) della Regione Emilia-Romagna, unico per la Giunta e l'Assemblea legislativa, è stato nominato, previo parere favorevole rilasciato dall'Anac con delibera n.7 del 15 gennaio 2014, con delibera della Giunta regionale n.132 del 10 febbraio 2014, acquisita l'intesa dell'Ufficio di presidenza dell'Assemblea legislativa. L'Oiv svolge i suoi compiti anche in riferimento alle agenzie e istituti che operano con personale regionale. E' in corso di definizione un regolamento che specificherà le modalità per lo svolgimento di tali funzioni anche in riferimento a ER.GO e ai Consorzi fitosanitari provinciali. La nomina decorre dal 17 febbraio 2014 e ha la durata di un anno. Il Policlinico di Modena, al fine di soddisfare gli obiettivi dell'Oiv e conformemente alla DGR 334/2014, si è dotato di un proprio nucleo di valutazione interno (OAS), con i seguenti obiettivi:

- A) garantire il collegamento con l'OIV per il SSR;
- B) garantire la gestione procedimentale e documentale del processo valutativo;
- C) assicurare il supporto all'attività di valutazione interna, in particolare per la definizione e manutenzione della metodologia di classificazione e graduazione delle posizioni dirigenziali;
- D) definizione degli strumenti di incentivazione individuali o legati a specifici progetti, per la incentivazione individuale o legati a specifici progetti;
- E) individuazione di indicatori di risultato qualitativo e quantitativo nel sistema di incentivazione del comparto anche ai quesiti in seconda istanza, costituito da membri esterni. Questi intervengono su sollecitazione del controllo di gestione e/o della Direzione Generale per acquisire un parere esterno.

5.3 Obiettivi assegnati al personale

Il raggiungimento degli obiettivi aziendali è possibile tramite il coinvolgimento delle singole professionalità, la cui valutazione è parte del ciclo della performance.

Gli obiettivi assegnati ai Dipartimenti, in sede di negoziazione di budget, sono diffusi ai singoli professionisti. La disarticolazione da macro obiettivo ad individuale, sul singolo professionista, permette è garanzia di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'attività di diffusione avviene tramite il Direttore di struttura che, a sua volta, assegna gli obiettivi ai dirigenti e al personale del comparto titolare di posizione organizzativa.

Data la rilevanza strategica dei contenuti dell'albero della performance, è evidente che una parte degli obiettivi in esso contenuti richiedano azioni e attività che coinvolgono prevalentemente la Direzione Aziendale. Vi sono obiettivi che per loro natura possono essere declinati ai vari livelli dell'organizzazione e assegnati anche ai singoli professionisti, come nel caso degli obiettivi di produzione e di innovazione organizzativa e tecnica. Ciascun professionista è valutato in base al contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi della propria unità operativa, al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali ed in relazione alle competenze organizzative espresse che segue lo schema degli obiettivi a seguito riportato:

- Orientare i comportamenti dei collaboratori responsabilizzandoli al raggiungimento degli obiettivi assegnati ed al miglioramento dei propri comportamenti organizzativi
- Generare informazioni strutturate annuali a supporto delle valutazioni pluriennali
- Formulare piani di miglioramento e sviluppo individuali mirati
- Qualificare la politica premiante

Il sistema di valutazione della performance individuale dell'Azienda è quindi volto in primo luogo allo sviluppo delle competenze e all'orientamento dei comportamenti configurandosi come strumento che si affianca alla valutazione organizzativa e di equipe, consentendo di evidenziare l'apporto del gruppo o quello individuale al raggiungimento degli obiettivi di programmazione.

6. Il processo per la gestione del ciclo della performance

6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano

Le principali fasi, i soggetti ed i tempi per il processo di redazione del Piano sono indicate nella seguente tabella:

TEMPO	FASE	AZIONE	SOGGETTI COINVOLTI
Set/Ott anno t	Definizione linee di indirizzo	- Valutazione dell'andamento aziendale e degli indici di performance nell'anno t; - Predisposizione delle linee di indirizzo per l'anno t+1	- Direttore Generale con il supporto dei Direttori Sanitario ed Amministrativo e dell'Ufficio di Direzione
Ott/Nov anno t	Conferimento di operatività agli indirizzi	- Incontri con Comitato Budget e UO Controllo di Gestione; - Mandato per la prima stesura delle Schede di Budget	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione
Nov/Dic Anno t	Verifica di sintesi del Budget di Azienda	- Consolidamento del Master Budget aziendale; - Verifica di compatibilità con il Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - UO Bilancio
Nov anno t/Gen anno t+1	Negoziante Budget	- Presentazione e discussione delle linee di indirizzo, articolate nelle Schede di Budget; - Negoziazione esterna e interna con CdR, nel rispetto dei vincoli previsti nel Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Aree Professionali-funzionali
Gen/Feb anno t+1	Formalizzazione del documento di Budget	- Sottoscrizione delle Schede di Budget finali; - Approvazione del documento di Budget	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - UO Controllo di Gestione
Gen/Feb Anno t+1	Assegnazione obiettivi ed avvio fase operativa	- Raccordo del Budget con i conti economici del Bilancio; - Creazione di matrici di monitoraggio conti/CdR; - Assegnazione obiettivi e risorse	- Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione
Gen/Dic anno t+1	Monitoraggio degli obiettivi, verifica dell'andamento gestionale ed analisi degli scostamenti	- Elaborazione ed analisi della periodica reportistica; - Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi	- Direzione Aziendale - OIV - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Aree Professionali-funzionali
Feb/Mag anno t+2	Verifica consuntiva dell'andamento gestionale	- Analisi finale degli scostamenti	
Apr/Giu anno t+2	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi	- Verifica dei risultati; - Raccolta delle osservazioni dei soggetti valutati; - Valutazione finale - OIV	- Direzione Aziendale - UO Controllo di Gestione - UO Personale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)

(Fonte documento PAC, REGOLAMENTO DI BUDGET)

Il ciclo delle performance è il processo gestionale che vede coinvolte, secondo precisi livelli di responsabilità, le diverse funzioni aziendali nel definire le linee di azione per il conseguimento degli

obiettivi assegnati, orientare la rete delle relazioni e verificare i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati. ***L'obiettivo è attivare un sistema di governo capace di programmare e presidiare la gestione aziendale, attraverso la responsabilizzazione, la cooperazione e l'integrazione tra le diverse strutture organizzative.***

E' fondamentale per l'Azienda, da una parte individuare ed esplicitare la programmazione pluriennale e, dall'altra controllare a consuntivo, o ancor meglio in itinere, il livello con cui gli obiettivi si stanno trasformando in reali traguardi conseguiti. Il modello si basa sul criterio della circolarità, fondato sull'incontro ed integrazione tra gli indirizzi emanati dalla Direzione Aziendale e le proposte tecnico operative formulate dalle Unità Operative.

Il Piano Programmatico (triennale) e il Bilancio Pluriennale di Previsione rappresentano il livello strategico della programmazione. Sono i documenti con cui la Direzione Aziendale definisce le proprie priorità, fissando obiettivi, indirizzi clinico-assistenziali e gestionali, in coerenza con gli obiettivi del Piano per la Salute, del Piano Attuativo Locale, della programmazione provinciale in genere e del Piano Sanitario Regionale. In questi documenti si evidenziano inoltre i vincoli di sistema, principalmente di natura economica, legati alle forme di finanziamento regionali e all'accordo di fornitura.

Il piano programmatico prevede, secondo i principi del governo clinico, il coinvolgimento dei professionisti, chiamati a fornire contributi e proposte per la declinazione delle linee strategiche regionali e aziendali. Viene aggiornato annualmente, secondo la logica dello scorrimento, in modo tale da avere l'aggiornamento del piano strategico per definire gli obiettivi, le azioni e le risorse attribuibili all'anno successivo, al fine di predisporre il piano operativo annuale

Piano della performance 2015-2017 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

FASE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	CHI/COSA	ATTI	SCADENZA
<p>Definizione Linee di indirizzo di pianificazione strategica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Sanitario Nazionale • Legge Finanziaria* • Piano Sanitario Regionale • Piano azioni RER • Obiettivi assegnati dalla Regione con il contratto di mandato alla Direzione Generale • P.A.L. • Piano per la Salute • Accordo di fornitura con Azienda U.S.L. (parte a valenza pluriennale) 	<p>Il Direttore Generale definisce le linee strategiche aziendali.</p> <p>Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, per le aree di competenza:</p> <p>a) traducono tali linee nel Piano Programmatico e nel Bilancio di Previsione Poliennale con il coinvolgimento del Collegio di Direzione, chiamato a formulare contributi e proposte tecnico operative.</p> <p>b) garantiscono che la formulazione del Piano Programmatico sia coerente, oltre che con le linee strategiche aziendali, con i documenti di riferimento regionali e provinciali e con le previsioni della normativa nazionale, ove applicabile.</p> <p>Il Comitato di Indirizzo esprime parere preventivo e obbligatorio sulla formulazione del piano programmatico e il bilancio poliennale di previsione, in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca.</p> <p>Il piano programmatico viene adottato dal Direttore Generale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Piano programmatico e il bilancio di previsione pluriennale (documenti triennali, l'aggiornamento avviene ogni anno in autunno secondo la logica dello scorrimento) - Parere del Comitato di Indirizzo sulla formulazione del piano programmatico. 	<p>Entro il: 1 Dicembre precedente a quello di esercizio</p>

6.2 Definizione del Piano Operativo Aziendale e Budget (annuale)

Il piano strategico (piano programmatico, bilancio pluriennale) si declina nel Piano Operativo Aziendale (annuale) all'interno del quale vengono identificate le modalità concrete per realizzare le strategie dell'Azienda. Esso indica in particolare i principali obiettivi da realizzare a livello di dipartimento e/o di unità operativa attraverso una loro esplicita quantificazione.

I piani costituiscono la base ed i contenuti di riferimento per una corretta e partecipata negoziazione di budget e rappresentano il criterio per allocare in modo coerente le risorse dell'Azienda. Forniscono inoltre gli schemi di riferimento per la successiva formulazione della scheda di budget.

Piano della performance 2015-2017 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

FASE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DESCRIZIONE DELLA FASE DEL PROCESSO	ATTI	SCADENZA
<p>Individuazione degli obiettivi, degli indicatori e dei valori attesi, afferenti a ciascuna area strategica</p>	<p>1. Piano programmatico 2. Bilancio poliennale di previsione 3. Accordo di fornitura con Azienda U.S.L. (parte a valenza annuale)</p>	<p>Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo definiscono il Piano Operativo Aziendale che esprime gli obiettivi annuali necessari alla realizzazione della programmazione pluriennale. Il Piano Operativo viene costruito garantendo la coerenza fra i diversi momenti della programmazione: regionale, aziendale, interistituzionale. L'avvio del processo di budget avviene con la comunicazione, al Collegio di Direzione, del Piano Operativo Aziendale, della previsione di bilancio e del relativo tempogramma del processo. La Direzione si avvale del supporto degli uffici di staff e servizi centrali (Controllo di Gestione, Direzione Infermieristica e Tecnica, Direzione Assistenza Farmaceutica, Servizio Assicurazione Qualità, Servizio Prevenzione e Protezione, Servizio Ingegneria Clinica, ecc.).</p>	<p>Piano operativo aziendale Tempogramma</p>	<p>Entro il: 31 Dicembre precedente a quello di esercizio</p>
<p>Negoziazione di budget di primo e secondo livello</p>	<p>Piano programmatico Piano Operativo Tempogramma La struttura della scheda di budget</p>	<p>La negoziazione del budget avviene attraverso le seguenti fasi: 1. Redazione proposte indicatori e target 2. Incontri di pre-negoziazione con i dipartimenti 3. Revisione del target e redazione schede di budget</p> <p>Il Direttore di Dipartimento, a partire da una ipotesi iniziale: 1. Propone il budget globale di Dipartimento, delle Strutture Complesse, delle Strutture Semplici e dei Programmi, di concerto con i relativi responsabili, in coerenza con il Piano Operativo definito dalla Direzione. 2. Con il coordinamento del Controllo di gestione ed attraverso il contributo dei della Direzione Medica e dei Servizi in Staff e delle Direzioni in staff predispone le proposte di indicatori e target 3. Svolge incontri di pre-negoziazione con i direttori dei dipartimenti 4. Revisiona il target e redige le schede di budget 5. Avvia il processo di budget attraverso incontri con i dipartimenti e le Unità operative</p>	<p>Proposta di budget di Dipartimento Obiettivi di budget di Struttura Proposta di budget di programma</p>	<p>Entro il: 30 Gennaio anno successivo a quello di esercizio</p>

Piano della performance 2015-2017 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

		coinvolte. Le schede di budget esplicitano anche gli obiettivi del comparto che vengono elaborati dal Direttore di Dipartimento d'intesa con il coordinatore tecnico-infermieristico e amministrativo. La Direzione Sanitaria avrà cura di verificare la coerenza complessiva della programmazione nell'utilizzo delle risorse anche con quanto previsto dall'accordo di fornitura.		
	Proposta di budget di Dipartimento Obiettivi di budget di Struttura Proposta di budget di programma	Il Direttore di Dipartimento, a partire da una ipotesi iniziale condivide e discute la proposta di budget con le proprie strutture afferenti, di concerto con i relativi responsabili, in coerenza con il Piano Operativo definito dalla Direzione. Il Direttore di Dipartimento può avvalersi del supporto della Direzione Sanitaria, Amministrativa, dei servizi in staff e servizi centrali (Controllo di Gestione, Assicurazione Qualità, SPP, Ingegneria Clinica, Farmacia ecc.). Il Comitato di Dipartimento viene informato ed esprime parere sulla proposta di budget del Dipartimento.	Relazione di controdeduzione Verbale del Comitato di Dipartimento	
	Proposta di budget di Dipartimento Obiettivi di budget di Struttura Proposta di budget di programma Relazione di controdeduzione	Il Direttore di Dipartimento ed i direttori delle strutture afferenti negoziano il budget con la Direzione Aziendale.	Budget complessivo di dipartimento firmato dal Direttore di Dipartimento e dalla Direzione Aziendale	
	Budget complessivi di dipartimento Firmato dal Direttore di Dipartimento e dalla Direzione Aziendale	La Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa formalizzano il documento di programmazione annuale negoziato, ai fini dell'adozione da parte del Direttore Generale	Piano operativo e budget annuale aziendale	
	Budget annuale aziendale	OIV esprime un parere sulla formulazione del budget	Parere dell'OIV	

6.3 Verifica periodica dei risultati

Durante l'anno si rende necessaria – con cadenza di almeno 3 volte l'anno, in concomitanza con lo svolgimento degli incontri del comitato di Dipartimento - un'attività di verifica e monitoraggio dei risultati che funge da guida costante rivolta al conseguimento effettivo degli obiettivi fissati in sede di programmazione. La valutazione è correlata alla corresponsione della retribuzione di risultato di équipe e individuali.

Durante il Riesame della Direzione viene svolta una valutazione documentata.

Gli incontri sono verbalizzati. La verbalizzazione comprende una sintesi della discussione, la segnalazione delle criticità rilevate e per ciascuna l'indicazione delle azioni messe in essere (azioni correttive o di miglioramento).

Il verbale datato e firmato viene consegnato alle parti interessate: Direzione Sanitaria, CdG, SAQ, altri per competenze specifiche.

Preliminarmente a ciascun Riesame della Direzione a carattere dipartimentale le UO del dipartimento svolgono una propria preliminare verifica documentata.

Piano della performance 2015-2017 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

FASE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DESCRIZIONE DELLA FASE DEL PROCESSO	ATTI	SCADENZA
Monitoraggio e misurazione risultati conseguiti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schede di Budget 2. Reporting andamento dati di attività 3. Reporting indicatori di performance e clinica e/o organizzativa 4. Altro 	<p>Il Direttore di Dipartimento verifica i piani di attività delle Strutture Complesse, Semplici e dei Programmi con i relativi responsabili, con periodicità almeno trimestrale.</p> <p>I servizi e le direzioni di staff (Controllo di Gestione, Programmazione, Direzione Infermieristica e Tecnica, Servizio Assicurazione Qualità, Servizio Prevenzione e Protezione, ecc.) collaborano/supportano il Direttore di Dipartimento nella verifica dei risultati</p> <p>Preliminarmente a ciascun Riesame della Direzione a carattere dipartimentale le UO del dipartimento svolgono una propria preliminare verifica documentata.</p>	<p>Verbale di Riesame della Direzione di UO</p> <p>Verbale di Riesame della direzione di Dipartimento</p>	<p>Entro Marzo</p> <p>Entro Settembre</p> <p>Entro Dicembre</p>
Valutazione finale dirigenti e titolari di posizione organizzativa		<p>Il nucleo di valutazione interno valida la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di fine anno predisposta dalla Direzione Aziendale di concerto con i Direttori di Dipartimento e formula proposte di miglioramento.</p>	<p>Parere del nucleo di valutazione interno</p>	
Verifica congruità metodo e strumenti		<p>Il nucleo di valutazione interno, coordinato dal controllo di gestione, valuta il raggiungimento degli obiettivi anche in funzione del contesto regionale e delle eventuali variazioni organizzative intervenute per fattori esterni (es. eventi naturali catastrofici). Sulla base delle valutazioni, il CdG, può intervenire, in accordo alla Direzione Sanitaria, nel modulare i target, previo parere del nucleo di valutazione interno (membri esterni) e dell'OiV.</p>		
Rendicontazione		<p>Il CdG, ottenuta la condivisione della Direzione Generale, trasmette agli organi competente la valutazione economica (funzione del raggiungimento dell'obiettivo e della pesatura dell'indicatore).</p>		

Gli indicatori e i criteri di valutazione utilizzati per la determinazione del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget utili alla determinazione della retribuzione di risultato potranno essere rivisti in funzione delle specifiche previsioni del Piano Programmatico e Budget.

6.4 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena ha implementato e reso operativo il sistema di valutazione del personale della dirigenza e del comparto, promuovendo la diffusione della cultura della valutazione.

Per la dirigenza, in modo particolare, la valutazione costituisce, uno degli elementi più significativi nella gestione del rapporto di lavoro introdotto dal CC.NN.LL. del 8 Giugno 2000, riconfermato dalle successive tornate contrattuali

Il sistema di valutazione coinvolge due distinte aree:

1. la valutazione di posizione relativa al ruolo organizzativo ricoperto in Azienda;
2. la valutazione del risultato annuale conseguito (valutazione della performance).

Il sistema di valutazione della posizione è articolato su due livelli: un giudizio di prima istanza formulato dal diretto responsabile o "superiore gerarchico" del valutato, seguito dal giudizio di seconda istanza demandato al Collegio Tecnico di valutazione appositamente costituito.

Gli ambiti oggetto di valutazione sono sostanzialmente due:

1. responsabilità e obiettivi contrattuali indicati nel contratto individuale di lavoro, riferibili al ruolo ricoperto;
2. competenze tecnico-professionali e gestionali, previste dai CCNL delle diverse figure professionali, in parte sovrapponibili a quelle previste nella scheda di valutazione di risultato.

Lo strumento utilizzato per la valutazione degli incarichi dirigenziali (scheda di valutazione) contempla la valutazione di molteplici fattori, ricompresi in quattro macro aree che riguardano :

- il comportamento rispetto agli obiettivi e ai valori aziendali
- la gestione e valorizzazione delle risorse umane
- la gestione delle attività sanitarie
- gli aspetti tecnico professionali

Nell'ambito della procedura di valutazione, vengono assicurati i seguenti principi:

1. la partecipazione del valutato
2. l'obbligo di motivazione
3. la garanzia del contraddittorio

Particolare significato viene attribuito al colloquio di valutazione fra responsabile e collaboratore (Valutatore e Valutato) come occasione di confronto sull'attività e sui ruoli professionali, di condivisione degli obiettivi e di miglioramento complessivo del sistema professionale ed organizzativo.

Relativamente alla seconda area: Valutazione di risultato o di performance

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena ha implementato un sistema di valutazione del personale, previa attivazione di una iniziativa di formazione-intervento che ha consentito di realizzare, in modo condiviso con le diverse articolazioni aziendali e con le OO.SS. e validato in sede di Collegio di Direzione, un percorso di valutazione individuale che utilizza una nuova scheda, caratterizzata da una elevata flessibilità e potenzialità in termini di personalizzazione.

Tali caratteristiche sono funzionali alle seguenti esigenze:

- governo della performance e capacità d'indirizzarla verso obiettivi prescelti;
- aumento del grado di efficienza;
- qualità del sistema di valutazione percepita dal personale
- coinvolgimento del personale nelle strategie aziendali;
- meccanismi di incentivazione fondati su basi sostanziali.

Lo strumento definitivo messo a punto presenta i seguenti elementi caratterizzanti:

1. **Area di Risultato:** individua il settore oggetto di valutazione.

Le aree proposte sono 5, "grado di partecipazione all'attività dell'equipe", "contributo specifico fornito al conseguimento degli obiettivi di budget e di progetto", "competenza tecnico professionale espressa nel raggiungimento degli obiettivi individuali", "qualità dei rapporti con gli utenti", "qualità dei rapporti con colleghi e ruoli professionali dell'equipe".

2. **Indicatori:** definiscono gli aspetti specifici nei quali si articola la valutazione di ciascuna area; rappresentano una traccia esemplificativa, nata con l'intento di guidare il valutatore: data una traccia definita di indicatori potenzialmente selezionabili, il valutatore ha la possibilità di individuare i soli items su cui intende esprimere un giudizio, mediante la selezione dell'apposita casella.

3. **Peso degli indicatori:** una volta individuati gli indicatori su cui verrà espresso un giudizio, il valutatore può spingersi oltre, assegnando loro un peso tanto maggiore quanto più li riterrà strategici all'interno dell'area considerata. La somma dei pesi distribuiti dovrà sempre restituire il 100% su ciascuna area di valutazione.

4. **Giudizio:** il valutatore esprime un giudizio relativamente agli indicatori prescelti. La scala di giudizio varia da 1 a 5, rispecchiando una valutazione crescente per prestazioni classificate da "inadeguate" ad "eccellenti".

La valutazione individuale presenta poi alcune peculiarità per ciascuna area contrattuale

Area della Dirigenza Medica

La scheda presuppone una significativa assunzione di responsabilità del Direttore di Dipartimento e dei singoli Direttori di Struttura Complessa, lasciando discreta autonomia nella scelta degli indicatori da valutare. Il sistema garantisce, comunque, un idoneo grado di omogeneità mediante una duplice scelta che, da un lato limita a due gli indicatori eleggibili dal valutatore su ciascuna area e, dall'altro, abbandona il criterio di proporzionalità di accesso al fondo, a fronte dell'individuazione di tre fasce di merito, direttamente collegate alla corresponsione dell'incentivo.

Area Sanitaria Tecnico-Amministrativa: Il modello generale è stato tarato anche sull'area tecnico-amministrativa, con lo strumento sintetico della scheda "disegnato" in funzione degli obiettivi considerati strategici per i profili presi in esame.

Al Nucleo di Valutazione, ora OIV, compete la valutazione dei risultati di gestione dei dirigenti di Struttura semplice e complessa nonché dei risultati raggiunti dai dirigenti rispetto agli obiettivi affidati, oltre ad un ruolo di supporto metodologico al sistema complessivo di valutazione.

Area Dirigenza Amministrativa

Il processo si articola in valutazione d'equipe ed individuale. E' effettuato sulla base di indicatori quali-quantitativi, raccolti in schede di valutazione distinte: una specifica per la performance organizzativa (valutazione d'equipe) ed una per quella individuale (responsabili di servizio/direttori).

La scheda di "equipe" esprime un livello di raggiungimento per tutti gli obiettivi previsti in scheda budget, includendo gli obiettivi di produzione e quelli di progetto pluriennali, questi ultimi con un peso mediamente superiore al 70%. La valutazione è effettuata dal Direttore di Dipartimento.

Il risultato di "equipe" condiziona la valutazione del Dirigente apicale della struttura stessa (pesa il 50% sul totale della valutazione individuale) e si arricchisce di ulteriori indicatori, tra i quali quello della gestione delle risorse umane. La valutazione viene effettuata dal Direttore di Dipartimento, per i Responsabili di Servizio afferenti, e dal Direttore Amministrativo per i Direttori di Dipartimento.

Dall'area amministrativa è esclusa la valutazione del responsabile del controllo di gestione che viene effettuata dal Direttore Sanitario, come da albero gerarchico. Il processo, nel suo dettaglio analitico, è approvato dal OAS.

Area del Comparto

Analogo è stato il procedimento che ha portato alla ridefinizione della scheda di valutazione per il personale del Comparto. La scelta di fondo è stata quella di garantire omogeneità di trattamento, fissando numero di indicatori e relativo peso, uguali per tutti i valutati. In stretta collaborazione con i coordinatori del personale infermieristico-tecnico, sono stati individuati contenuti idonei alla rappresentazione della performance per questa area contrattuale.

Sono così nate diverse aree di valutazione, cui hanno fatto capo molteplici items di valutazione, pensati appositamente per rappresentare in maniera puntuale l'operato delle figure professionali dell'area del comparto.

6.5 Sistema di attribuzione del fondo

Per ogni singola Unità Operativa viene determinato un budget, in ragione del numero dei sanitari effettivamente presenti in servizio tenuto conto che:

- la quota pro capite per la definizione del budget varia in funzione all'appartenenza della U.O. a una delle tre fasce classificate in base alle "condizioni di lavoro" delle equipe medesime per :
- livello di coinvolgimento nel sistema di emergenza-urgenza (numero di guardie, accoglienza delle urgenze, ecc.)
- eccedenze orarie rilevate in relazione ai volumi prestazionali definiti
- valenza strategica
- complessità
- si considera pari a zero il personale neo-assunto durante il periodo di prova (6 mesi) e il personale supplente per i primi sei mesi di lavoro.
- la quota pro capite tiene conto dell'effettiva presenza in servizio dei dirigenti nel corso dell'anno (assunzioni, cessazioni, assenze varie ecc.)

La valutazione d'equipe incide sull'80% della retribuzione di risultato attesa, mentre la valutazione individuale, prevede l'assegnazione del restante 20% della quota attesa, sulla base del punteggio raggiunto nella scheda di valutazione individuale a cura del Direttore dell'U.O. (80%, 100%, 120%). La valutazione dell'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi (espresso in percentuale) è rappresentato nelle seguenti fasce predefinite:

FASCIA A: punteggio oltre il 100% (percepisce una quota pari al 120% del fondo previsto);
Punteggio superiore a 15 max. 25 / su 15

FASCIA B: punteggio compreso tra 80% e 100% (percepisce una quota pari al 100% del fondo previsto);
Punteggio da 12 a 15 / su 15

FASCIA C: punteggio al di sotto dell' 80% (percepisce una quota pari all' 80% del fondo previsto).
Punteggio inferiore a 12 su 15

La retribuzione di risultato viene liquidata, in azienda, in due tranches pari al 25% ciascuna della quota di budget annuale dovuta ad ogni dirigente, in mensilità prestabilite.

Il saldo è calcolato applicando al budget dell'U.O. la percentuale della valutazione d'equipe in base al raggiungimento degli obiettivi assegnati, individuati nella scheda di budget negoziata con le unità operative.

Nel caso di una valutazione pari al 100% sarà liquidata la quota completa, se pari all'80%, la differenza della quota viene ripartita tra i Dirigenti della stessa U.O. che abbiano raggiunto una valutazione pari al 120%.

Il saldo sarà liquidato nell'anno successivo non appena pervenuta la scheda di valutazione individuale.

6.6 Le responsabilità

Direttore Generale

1. definisce le linee strategiche per il Piano Programmatico
2. adotta il Piano Programmatico e Bilancio Preventivo pluriennale elaborati dalla Direzione Amministrativa e Sanitaria
3. adotta il Piano Operativo e relativi Budget negoziati
4. adotta la valutazione finale dei risultati dei Dipartimenti (individuali e di équipe)

Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo

1. elaborano il Piano Programmatico e il Bilancio di previsione poliennale garantendo la coerenza fra i differenti momenti della programmazione regionale, aziendale e interistituzionale e il coinvolgimento dei professionisti
2. avviano la fase di aggiornamento annuale del Piano programmatico e del Bilancio di Previsione Poliennale secondo la logica dello scorrimento e alla definizione del Piano Operativo Aziendale per il processo di negoziazione del budget. Predispongono inoltre il tempo-gramma delle attività
3. negoziano con i Direttori di Dipartimento i relativi budget
4. vengono informati di eventuali criticità relative all'andamento delle attività rispetto alla verifica trimestrale curata dalla Direzione Medica di Presidio
5. effettuano la valutazione dei risultati annuale individuale dei Direttori dei Dipartimento di specifica afferenza

Collegio di Direzione

1. formula contributi e proposte tecnico operative per la declinazione delle linee strategiche aziendali nel piano programmatico triennale

Direttore di Dipartimento

1. propone il budget globale di Dipartimento e definisce i budget delle Strutture Complesse, Semplici e dei Programmi, di concerto con i relativi responsabili
2. negozia il budget e i piani operativi di Dipartimento con la Direzione Aziendale
3. negozia i piani operativi e budget delle Strutture Complesse, Semplici e dei Programmi con i relativi responsabili, coerentemente con il tempo-gramma definito con la Direzione all'avvio del processo
4. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi di gestione del Dipartimento negoziati e concorda con la Direzione azioni correttive o eventuali obiettivi non realizzabili
5. sovrintende e gestisce il sistema premiante
6. dà attuazione ai criteri definiti dalla Direzione per la valutazione e l'incentivazione economica da riconoscere al personale

Comitato di Indirizzo

1. esprime parere preventivo e obbligatorio (entro 30 giorni dalla richiesta) sulla formulazione del piano programmatico e bilancio di previsione pluriennale, in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca
2. esprime parere sulla formulazione del budget

Direzione Sanitaria

1. supporto al Direttore Sanitario e Direttori di Dipartimento nella programmazione pluriennale, nella definizione del piano operativo e budget annuale e nella valutazione dell'utilizzo delle risorse ospedaliere (posti letto, risorse operatorie, risorse strumentali, risorse ambulatoriali)
2. coordina le attività dei Dipartimenti Integrati nel processo di programmazione e controllo
3. gestisce le attività di Direzione Medica volte al processo di valutazione esterna ed interna dei Dipartimenti; in particolare cura la verifica dei risultati
4. verifica la coerenza e la congruità delle indicazioni ai Dipartimenti con i contenuti dell'Accordo di Fornitura

Direzione Infermieristica e Tecnica

1. supporta il Direttore Sanitario e Amministrativo nell'elaborazione delle linee guida per gli obiettivi di area infermieristica tecnica (comparto)
2. supporta il Direttore Sanitario nella definizione del piano operativo e budget annuale e nella valutazione dell'utilizzo delle risorse ospedaliere (posti letto, risorse operatorie, risorse strumentali, risorse ambulatoriali)
3. governa le attività dei Coordinatori Tecnico-Infermieristici dei Dipartimenti nel processo di programmazione e controllo in coerenza con la programmazione aziendale
4. gestisce il sistema premiante per il personale del comparto sanitario
5. gestisce l'assistenza infermieristica e tecnica al fine di garantire l'erogazione di adeguati livelli assistenziali (infermieristici e tecnici), in relazione alle funzioni previste dalla programmazione aziendale e delle disponibilità di risorse definite nel budget dei dipartimenti.

Controllo di Gestione

1. è il referente aziendale per l'intero processo e la procedura
2. supporta il processo di programmazione e controllo con l'elaborazione di dati
3. verifica la coerenza complessiva del sistema degli obiettivi assegnati alle UO, anche rispetto al bilancio aziendale

Servizio Assicurazione Qualità

1. supportano la Direzione Aziendale nella definizione delle schede di budget con riferimento all'identificazione degli obiettivi/indicatori in tema di performance clinica/organizzativa/governo clinico ed allo sviluppo del sistema di gestione per la qualità nell'ottica dell'accreditamento regionale.
2. supporta i dipartimenti nello svolgimento della verifica periodica dei risultati e nel monitoraggio sull'andamento delle azioni correttive, laddove se ne ravvisi la necessità, per la parte di competenza.

Altri Uffici e Servizi di staff

1. supportano la Direzione Aziendale nella definizione del piano programmatico e budget

Direttore di U.O.

1. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi di gestione dell'U.O. negoziati con la Direzione del Dipartimento e concorda azioni correttive o eventuali obiettivi non realizzabili
2. propone obiettivi a integrazione di quelli aziendali e di Dipartimento
3. è responsabile della condivisione degli obiettivi con i collaboratori dell'U.O.
4. partecipa con il Direttore di Dipartimento, in relazione a interessi e competenze specifiche alla gestione (progettazione, pianificazione) dei progetti trasversali
5. dà attuazione ai criteri definiti dalla Direzione per la valutazione e l'incentivazione economica da riconoscere al personale dell'Unità Operativa

OIV/OAS

1. fornisce supporto metodologico sul processo e sugli strumenti
2. effettua la valutazione a priori della struttura della scheda e degli obiettivi per garantirne la valutabilità
3. effettua la validazione della valutazione finale del raggiungimento degli obiettivi predisposta dalla Direzione Aziendale e formula proposte di miglioramento
4. gestisce le situazioni critiche e la valutazione di seconda istanza.

6.7 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La necessaria coerenza e l'integrazione tra il ciclo della performance e la programmazione economico-finanziaria viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi strategici ed operativi, svolta contestualmente alla fase istruttoria di redazione del Piano. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica del Controllo di Gestione e dell'UOC Economico Finanziario, con il supporto delle dei responsabili di progetto/obiettivo.

Nel corso dell'anno di riferimento, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

6.8 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance (CdP) dell'Azienda Policlinico di Modena sono di seguito sinteticamente indicate:

- *Promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti*
- *Formazione dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto*

- *Miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale*
- *Adozione del sistema informativo a supporto del CdP, tale da permettere la definizione del contributo atteso agli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali, nonché la valutazione a fine esercizio. La piattaforma software dovrà prevedere il necessario livello di integrazione con il sistema premiante aziendale e permettere la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista;*

7. Collegamento con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità

Per l'avvio del ciclo della performance si rende necessario integrare lo stesso con i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e codici di comportamento ed, in generale, alla prevenzione della corruzione.

Il collegamento tra i documenti rappresentanti gli aspetti di cui sopra e, precisamente, il Piano della Performance, il Piano di Prevenzione della Corruzione, il Programma per la Trasparenza e l'integrità ed il Codice di Comportamento, costituisce un elemento garantistico che consente alle pubbliche amministrazioni di operare in modo eticamente corretto e perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando e facilitando il rapporto con i cittadini.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, in applicazione delle disposizioni di cui alla legge n. 190/2012, recante " *Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" ed al decreto legislativo n. 33/2013 di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, ha provveduto a:

- Nominare il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione
- Adottare il Piano triennale di Prevenzione della corruzione 2014-2016
- Adottare il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016
- Adottare il Codice di Comportamento dei dipendenti.

Nel Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità sono riportati gli obiettivi strategici che questa Azienda intende perseguire ed è rilevante la previsione della sottoposizione a controllo diffuso di ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento, oltre che la previsione dell'approfondimento delle connessioni tra Programma, Piano della prevenzione della corruzione e Piano della Performance.

Documento a cura di

Direttore Generale

Dott.ssa L.Petropulacos

Direttore Amministrativo

Dott.re A.Sapone

Direttore Sanitario

Dott.re A.Campagna

Responsabile del Controllo di Gestione

Dott. C.Voci

Responsabile Servizio Assicurazione Qualità

Dott.ssa B.Trevisani

Direttore Servizio Personale

Dott. A. Cascio

Coordinamento

Responsabile programma amministrazione trasparente

Dott.ssa M.Cagarelli