

Azienda Ospedaliera B.M.M.

di

Reggio Calabria

PIANO DELLA PERFORMANCE 2015 – 2017

[(art. 10 comma 1 lett. A) Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150]

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

INDICE

PARTE I

- *PREMESSA:*PAG. 3
- *FINALITÀ:* PAG. 5
- *PRINCIPI GENERALI E IDENTITÀ:* PAG. 6

PARTE II

- *CONTENUTI – METODOLOGIA:* PAG. 12
- *DESCRIZIONE OBIETTIVI ED INDICATORI DI OUTCOME :*.....PAG. 16
- *FASI E ATTORI E PROCEDURE DEL PIANO* PAG. 20
- *ANALISI SWOT DEL PIANO:* PAG. 25
- *NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO:* PAG. 27
- *ALLEGATI:* PAG. 30

AM *AB* *AM*
PA *AM*

PREMESSA

La performance è intesa come “il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata”. Nelle amministrazioni pubbliche, la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale sono strumenti e modalità per assicurare elevati standard qualitativi ed economici dei servizi erogati.

Secondo i principi generali (articoli 2 e 3, D.Lgs n. 150/ 2009, cosiddetta “Legge Brunetta”¹), la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento. Inoltre, ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, nonché ad adottare modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance.

I metodi e gli strumenti di cui ogni pubblica amministrazione si dota per misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, sviluppano criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse dei destinatari dei servizi e degli interventi.

In attuazione dei principi generali appena richiamati, le amministrazioni pubbliche realizzano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance (art. 4, D. lgs. n. 150/2009). Esso si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premiali, secondo criteri di valorizzazione del merito;

¹ D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" Pubblicato nella Gazz. Uff. 31 ottobre 2009, n. 254, S. O.

f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, redigono annualmente un documento programmatico triennale, denominato *Piano della performance e Relazione sulla performance*.

Il *Piano della performance*, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori (articolo 10, comma 1, lett. a), D.lgs. n. 150/2009).

La *relazione sulla performance* evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato (articolo 10, comma 1, lett. b), D.lgs. n. 150/2009).

Per le Aziende Sanitarie Pubbliche, la misurazione e valutazione della performance è finalizzata a favorire ed incentivare il miglioramento dei servizi diagnostici, clinici ed assistenziali (LEA) rivolti al paziente cittadino ed agli STAKEHOLDER in genere, promuovendo la crescita delle competenze da parte delle risorse umane impiegate.

La Regione Calabria ha recepito e dato attuazione alla disciplina del D. Lgs. n. 150/2009, n. 150. in coerenza con le direttive dell'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione, ex Civit) per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche, emanando atti di natura regolamentare finalizzati a sviluppare un sistema di ottimizzazione del lavoro e di modernizzazione dei controlli interni, ed a perseguire la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale².

La L.R. n. 3/2012 cit. si applica anche alle Aziende sanitarie ed ospedaliere, secondo le direttive impartite con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria n. 3957 del 27 marzo 2012, contenente le "Linee Guida regionali in materia di valutazione della Performance nel Servizio Sanitario Regionale".

² Legge Regionale della Calabria 3 febbraio 2012 n. 3 contenente "Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubblica amministrazione regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150", pubblicata nel B.U. Calabria 1° febbraio 2012, n. 2, S.S. 10 febbraio 2012, n. 2.

I PARTE

FINALITÀ

Nell'ambito dell'assetto normativo descritto in premessa, l'Azienda Ospedaliera ha attivato il cd. *Ciclo di Gestione della Performance*, adeguato alla natura e funzione delle attività e dei servizi, OUTCOME e OUTPUT, che caratterizzano la *mission* aziendale. Ne sono assi portanti il PIANO DELLA PERFORMANCE e la Relazione della Performance, che negli ambiti temporali di riferimento disciplinano, rappresentano, descrivono e consuntivano il ciclo della performance, nel rispetto dei principi fondamentali di trasparenza, partecipazione, adeguatezza, economicità, efficacia e efficienza, misurazione e valutazione secondo responsabilità e meritocrazia per la distribuzione obbligatoriamente differenziata delle premialità.

Il presente documento, che costituisce il Piano della Performance, è strutturato, quindi, in DUE PARTI:

- 1- Nella prima vengono descritte le finalità ed i principi generali del piano e l'approccio conoscitivo sull'Azienda rivolto agli STAKEHOLDER ESTERNI;
- 2- Nella seconda parte vengono fornite:
 - A) le indicazioni operative e dettagliate circa i contenuti e la metodologia (fasi temporalità e attori) attuata dall'Azienda per la misurazione e valutazione della performance attraverso la traduzione del mandato politico in obiettivi strategici, operativi e/o organizzativi individuali attraverso un "*percorso a cascata*";
 - B) Gli allegati, che fanno parte integrante del documento.

SGL
B
AB
AB

PRINCIPI GENERALI DEL PIANO E IDENTITÀ DELL'AZIENDA

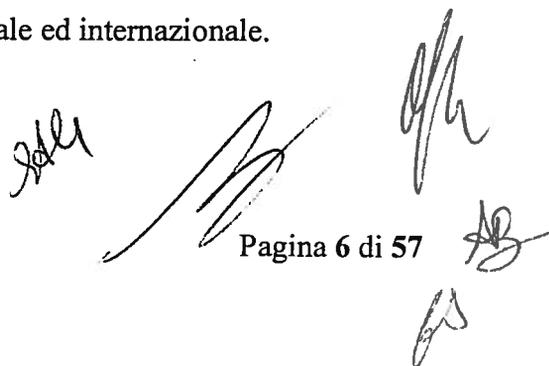
In applicazione ed attuazione della disciplina sopra richiamata, il *Piano della Performance Aziendale*, è un documento programmatico triennale, che, in coerenza alle risorse umane e finanziarie assegnate, individua gli obiettivi, gli indicatori ed i target che, nel *ciclo di gestione*, consentono la misurazione, valutazione e rendicontazione della *performance aziendale*.

Il Piano intende portare a conoscenza degli stakeholder gli indirizzi, gli obiettivi strategici, le azioni e i risultati che l'Azienda intende realizzare; garantire il recepimento degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, quale punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali; valorizzare e riqualificare il sistema di budgeting aziendale e i connessi sistemi di valutazione; indirizzare l'incentivazione del personale, in coerenza con i contenuti e il ciclo di pianificazione finanziaria e di bilancio, secondo le linee guida regionali.

I documenti di rappresentazione della performance hanno lo scopo di assicurare e garantire *tre finalità* importanti che sono:

A) QUALITÀ DELLA RAPPRESENTAZIONE DELLA PERFORMANCE, attraverso il metodo e le modalità di individuazione e articolazione degli obiettivi, conformi ai principi generali (art. 5 comma 2 della L. 150) ed aderenti alle Linee guida regionali (Decreto Regionale n. 3957 del 27 marzo 2012). Gli obiettivi si caratterizzano per essere:

- 1- *significativi e sfidanti* ed allo stesso tempo sostenibili e raggiungibili, adeguati, dovendo tener conto, cioè, di eterofattori quali sono le effettive disponibilità di risorse umane e finanziarie, stabilite, quest'ultime, dalla programmazione finanziaria e di bilancio.
- 2- *coerenti* al sistema "a cascata": regione-azienda-struttura-personale;
- 3- *rilevanti e pertinenti* rispetto ai bisogni della collettività STAKEHOLDER ed alla mission istituzionale;
- 4- *specifici e misurabili* in termini chiari e concreti;
- 5- *riferibili*, per quelli strategici (OUTCOME), al triennio e/o, per quelli operativi/organizzativi, ad un arco temporale di norma corrispondente ad un anno (OUTPUT);
- 6- *commisurati* ai valori di riferimento derivanti da BENCHMARK definiti e mutuati da Aziende Ospedaliere d'avanguardia a livello nazionale ed internazionale.



Pagina 6 di 57

- B) LA COMPRESIBILITÀ: Il documento redatto deve essere di facile lettura e comprensione nei suoi contenuti prestando attenzione al linguaggio, al livello di sintesi ma soprattutto alla trasparenza (art. 11 comma 3, D.lgs. n. 150/2009 cit.).
- C) L'ATTENDIBILITÀ: la rappresentazione della performance è attendibile solo se è verificabile "ex post" la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

Il Piano è adottato ed attuato nel rispetto del principio fondamentale di *trasparenza* consentendo l'accessibilità totale alle informazioni in esso riferite e/o correlate secondo la disciplina generale ed in materia di accesso e tutela della privacy.

Ai sensi dell'articolo 11, comma 8, D.Lgs. n. 150/2009 il Piano è integralmente pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda in apposita sezione di facile accesso e consultazione denominata "*Trasparenza, Valutazione e Merito*". A tal proposito, occorre segnalare che la Direzione Generale ha adottato, con Delibera n. 1290 del 27/12/2013, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la Trasparenza e l'Integrità 2013 – 2015 (che si allega come parte integrante di questo documento), tra le cui materie in ambito regolamentare è previsto il collegamento con il presente Piano della Performance, soprattutto per la trasparenza degli atti attraverso il controllo e la diffusione di ogni fase del ciclo della performance, assicurando in questa ottica le modalità per informare e coinvolgere i cittadini e gli osservatori qualificati, gli stakeholder più significativi nel processo di definizione del Piano, individuando quelli di riferimento (MAPPATURA DEGLI STAKEHOLDER). Si rammenta che gli stakeholder sono individui singoli o gruppo di individui portatori di interessi che possono influenzare o essere influenzati dall'ottenimento degli obiettivi da parte delle varie strutture. Si precisa che gli stakeholder possono essere interni (sindacati, dipendenti ecc...) ed esterni (mass media - centri di ricerca, cittadini, associazioni, imprese ecc...) pertanto la Direzione Generale deve identificare gli individui e i gruppi di individui che hanno interesse nell'organizzazione sviluppando la "MAPPATURA DEGLI STAKEHOLDER").

Obiettivo di questa azienda è anche quello di promuovere Piani di Azioni Positive di durata triennale al fine di valorizzare l'inserimento delle donne nell'ambito lavorativo in ogni livello ed in ogni settore e di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità. Pertanto il mezzo che si deve utilizzare per realizzare quanto sopra esplicitato, è il Piano delle Azioni positive, obbligatorio per le pubbliche amministrazioni. Questo importante documento AZIENDALE verrà predisposto da un "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità", istituito ad hoc, che si uniformerà alla legge del 10/04/1991 n. 125 "*Azioni Positive per la realizzazione delle parità uomo-donna nel lavoro*", così come modificata dal D. Lgs. n. 196 del

23/05/2000, mettendo in atto azioni e progetti finalizzati ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra donne e uomini. In particolare, l'art. 7 del Decreto n. 196/2000 stabilisce che "le Amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le province, le regioni, i comuni e tutti gli enti pubblici non economici, nazionali, regionali e locali, predispongano piani di azioni positive tendenti ad assicurare nel loro ambito rispettivo, la rimozione degli ostacoli che, di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne". La predisposizione del Piano, che si ribadisce ha per le Pubbliche Amministrazioni carattere obbligatorio, prevede, in caso di mancata applicazione di quanto sopra esposto, la sanzione in base alla quale "le Amministrazioni Pubbliche non possono assumere nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette. Art. 6 comma 6 D. Lgs. 165/01 o Art. 6 comma 6 D. Lgs 29/93".

DI SEGUITO ALCUNE INFORMAZIONI CHE CARATTERIZZANO L'IDENTITÀ DELL'AZIENDA BIANCHI – MELACRINO – MORELLI.

Introduzione

L'Azienda Ospedaliera "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria è costituita con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 dell'8 febbraio 1995, ai sensi degli artt.3 e 4 del D. Lgs. 30/12/1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni. Essa opera senza finalità di lucro, è inserita organicamente nel Servizio Sanitario della Regione Calabria e svolge le funzioni legislativamente assegnate con finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria assistenziale nazionale e regionale.

L'Azienda Ospedaliera ha la propria sede legale in Reggio Calabria, via vecchia provinciale Spirito Santo, ed è costituita da un Presidio Ospedaliero Unico, articolato in due stabilimenti ospedalieri:

- Ospedali "G. Melacrino - F.Bianchi"
- Ospedale "E. Morelli"

Sul sito istituzionale, nelle aree dedicate e link attivati, sono inserite tutte le informazioni necessarie relative ai servizi, alle modalità di accesso ed erogazione, alle attività dell'azienda, all'organizzazione ed agli uffici ed ai soggetti responsabili.



Dotazione posti letto anni 2011 - 2014

Posti letto totali 2011: 600

Posti letto di degenza ordinaria 2011: 483 + 20 di nido,

Posti letto di day hospital 2011: 97

L'Azienda, per esigenze dettate dal Piano di Rientro e per garantire un migliore management finalizzato al mantenimento dei LEA nel rispetto della disponibilità delle risorse economiche e soprattutto del personale di tutti i ruoli sanitari, ormai in cronica carenza proprio per il blocco del *turnover*, ha approvato il seguente documento di modifica dei Posti Letto: Delibera della Direzione Strategica Aziendale n° 672 del 15/06/2012 avente come oggetto: "Rideterminazione Posti Letto – DPRG n° 106 del 20 ottobre 2011" (rettificata nell'allegato A con Del. n° 701 del 26/06/2012) che sancisce la contrazione dei Posti Letto complessivi da 580 del 2011 e primo semestre 2012 a 516 a partire da Agosto 2012 e nello specifico rimodula i Posti Letto per i RO, che da 483 passano a 460 e quelli di DH/DAY-SURGERY, che da 97 passano a 56 con contemporanea istituzione, sempre incluso nel numero totale, di un pool di 12 Posti Letto cui afferiscono le prestazioni di ben 9 UOC, con limiti di massimo 24 accessi giornalieri.

Per effetto della recente riorganizzazione i posti letto sono così determinati;

Posti letto totali 2014: 516

Posti letto di degenza ordinaria: 460 + 20 di nido,

Posti letto di day hospital: 56

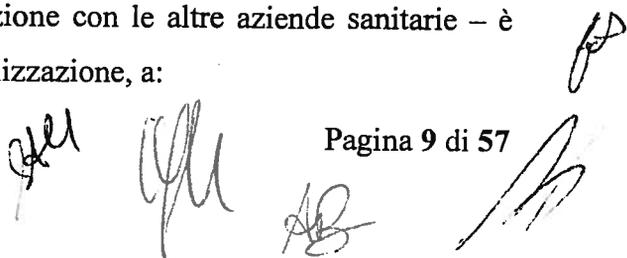
L'Azienda Ospedaliera è sede di Dipartimento di Emergenza–Urgenza e Accettazione (D.E.A.) di II Livello.

Inoltre, essendo Centro HUB assicura le funzioni di alta specializzazione legate all'emergenza e pertanto coordina l'attività della rete traumatologica al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia, fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutiche non eseguibili nei centri SPOKE.

La sua missione istituzionale è quella di garantire ad ogni utente la cura più idonea, senza alcun tipo di discriminazione, offrendo soluzioni a problematiche che, per la loro complessità, non possono che essere gestite in centri integrati di alta professionalità.

L'Azienda Ospedaliera deve garantire, in coerenza con gli obiettivi del PSN e PSR, l'efficacia della cura, la centralità della persona nell'assistenza, l'etica e l'efficienza della gestione, assicurando la qualità delle prestazioni erogate.

L'azione aziendale - realizzata sulla base delle risorse a disposizione e/o acquisibili, in linea con la programmazione sanitaria regionale ed anche in collaborazione con le altre aziende sanitarie – è finalizzata, sul piano dei servizi/out come/output e dell'organizzazione, a:

 Four handwritten signatures in black ink are located at the bottom right of the page. The first signature is on the left, followed by a second, then a third, and a fourth on the far right.

- potenziare le aree di alta specialità che caratterizzano l'Azienda, nel rispetto dei principi di appropriatezza e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;
- rafforzare la vocazione per acuti dell'Azienda garantendo la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del territorio;
- garantire la continuità assistenziale ai pazienti definendo accordi e convenzioni con le strutture socio sanitarie del territorio e favorendo lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno ed all'esterno;
- costituire il riferimento nell'area dell'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale,
- promuovere il miglioramento continuo, nel ciclo della performance aziendale ed individuale, attraverso la formazione permanente, il rafforzamento dell'etica e l'implementazione delle buone prassi nell'amministrazione
- promuovere la reale modernizzazione dell'azienda, rafforzando il percorso di e-government nel sistema aziendale ed il processo di digitalizzazione delle attività amministrative, per efficientare l'organizzazione ed ottimizzare i servizi, attraverso l'implementazione delle azioni tecnologiche - organizzative indicate dal Codice dell'Amministrazione digitale (CAD, D. lgs. n. 82/2005 così come aggiornato ed integrato dal D. lgs. n. 235/2010), per trasformare, infine, le potenzialità dell'innovazione tecnologica in maggiore efficienza, efficacia e soddisfazione degli utenti.

In questa ottica si è provveduto ad un nuovo piano di riassetto organizzativo, sancito nello specifico da due Decreti del Presidente della Giunta Regionale nella qualità di *“Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro”*, che sono stati recepiti da parte del management Aziendale con Delibera n° 652 del 28/06/2013, avente come oggetto: *“Preso Atto DPRG n° 59 del 9/05/2013 e DPRG n° 73 del 30/05/2013”*, e che hanno apportato profonde modifiche strutturali nell'assetto organizzativo aziendale. Tali modifiche, che disegnano quindi un nuovo assetto strutturale relativo alle UOC – SSD – UOS, sono riportate nell'Atto Aziendale dell'Azienda *“Bianchi – Melacrino – Morelli”* regolarmente approvato dal Commissario ad acta e attivo dal 1° luglio 2013.

Si riportano le modifiche più rilevanti:

A) Il Dipartimento Materno infantile viene istituito esclusivamente come Dipartimento funzionale interaziendale (Delibera Direttore Generale n° 1201 del 26/11/2012 di concerto con l'ASP di Reggio Calabria), perdendo la valenza strutturale;

B) Il Dipartimento Emergenza-Urgenza perde la valenza funzionale interaziendale e viene individuato come Dipartimento esclusivamente strutturale;

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials. From left to right, there is a signature that appears to be 'S. M.', followed by a large, stylized signature, and then the initials 'AB' and another signature.

- C) vengono “cassati” i Dipartimenti funzionali Trapianti – Centro Cuore – Neuroscienze;
- D) viene “cassata” la tipologia Complessa dell’UO Chirurgia d’Urgenza;
- F) viene istituita l’UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza;
- E) viene trasformata l’UOC di Anestesia in UOS e viene accorpata alla UOC di Rianimazione;
- F) l’UOC di Chirurgia Vascolare viene trasferito nell’ambito del Dipartimento Emergenza – Urgenza;
- G) viene rinominata la SSD di “Chirurgia Vitreoretinica, diagnostica e trattamento delle malattie della retina” in UOSD “Chirurgia Vitreoretinica e Neuroftalmologia;
- H) si cassa la valenza dipartimentale dell’UOS di Emofilia accorpandola come struttura semplice all’UOC di Servizio Immunotrasfusionale;
- I) mantiene la valenza dipartimentale la SSD di Microcitemia;
- L) la Genetica Medica e la Diagnostica per Immagini del Presidio Morelli vengono trasformate in Unità Operative Semplici;
- M) vengono cassate le UU.OO.SS. Diagnostica per immagini Urgenza e Pronto Soccorso, Pronto Soccorso Pediatrico, Pronto Soccorso Cardiologico, Chirurgia Epatobiliopancreatica d’Urgenza, Organizzazione Triage;
- N) viene validato il Dipartimento funzionale interaziendale Orto-Traumatologico istituito con Delibera del Direttore Generale n° 900 del 9/08/2012, già trasmesso al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie;
- O) vengono rimodulati alcuni Dipartimenti con UOC che cambiano Struttura Dipartimentale.

The image shows several handwritten signatures and initials in black ink. There are four distinct marks: a large, stylized signature on the left; a smaller signature or set of initials to its right; a large, bold signature below the first one; and a small, simple signature or initial at the bottom right.

II PARTE

CONTENUTI – METODOLOGIA

Il Piano della performance dell'Azienda Ospedaliera individua, in attuazione del sistema di norme richiamate in premessa ed in conformità alle Linee guida regionali (Decreto Dipartimento Salute Regione Calabria n. 3957 del 27 marzo 2012),

- A. Gli obiettivi strategici ed organizzativi/operativi.
- B. Gli indicatori per la misurazione e valutazione delle Performance.
- C. Gli obiettivi assegnati al personale dirigente ed al comparto con le schede tipo (negli allegati).

E' oggetto di questa II Parte l'esame della metodologia utilizzata:

1. Per la formulazione degli obiettivi, con gli indicatori, target ecc... ;
2. per la distinzione delle fasi in cui si articola il processo "a cascata";
3. e per l'indicazione della tempistica d'attuazione e degli attori protagonisti nelle varie fasi.

In conformità alla disciplina citata in premessa, della quale il presente Piano è attuativo, i livelli di performance attribuiti ai valutati, "processo di misurazione e valutazione delle prestazioni delle strutture e degli individui" sono rilevanti ai fini dei percorsi di carriera e incidono sull'attribuzione del trattamento accessorio (per il personale non dirigente) e sulle retribuzioni di risultato (per il personale dirigente), improntato al rigoroso rispetto del vincolo della differenziazione del merito e del divieto di erogazioni di premialità c.d. "a pioggia" (art. 19 D.lgs. n. 150/2009 cit.).

L'Azienda ospedaliera adeguerà il sistema di valutazione alle ulteriori prescrizioni che deriveranno in combinato disposto dal nuovo contratto di lavoro dei dipendenti, alla cui entrata in vigore il D. Lgs. 1 agosto 2011, n. 141 ha rinviata l'attuazione delle modalità di applicazione dell'articolo 19 del D.lgs. n. 150/2009 cit. nella sua interezza.

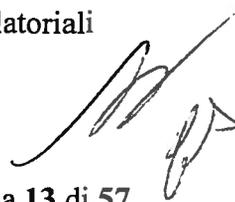
In linea con l'art. 5 comma 1 del D. Lgs. n. 150/2009 cit. ed in attuazione delle linee guida regionali (Decreto regionale N.n. 3957 del 27 marzo 2012) cit., nel Piano si pone l'attenzione sull'articolazione degli obiettivi rispettivamente in strategici ed operativi. Definisce la natura dell'obiettivo non il livello organizzativo a cui esso è stato assegnato, ma la rilevanza del risultato finale (outcome) rispetto ai bisogni della collettività (stakeholder) e dall'orizzonte temporale di riferimento, in base ai quali, l'obiettivo si qualifica, per l'appunto, in strategico e/o operativo.

Difatti, in linea generale, gli obiettivi strategici si sviluppano su orizzonti temporali pluriennali (in genere il triennio), mentre gli obiettivi operativi (di OUTPUT, di competenze conseguite e comportamento dimostrato), rendicontati nella Relazione delle Performance, si declinano, nell'ambito della valutazione strategica dei singoli esercizi, nei Dipartimenti ed Unità operative secondo una temporalità/cronoprogramma di breve periodo cioè annuale.

Per ogni obiettivo strategico/operativo sono stati assegnati indicatori che ne consentano la misurazione, il "peso" - ossia l'incidenza in percentuale sull'intero risultato di valutazione -, un valore "target" ovvero un valore programmato o atteso (vicino al valore BENCHMARK ideale), tratto dal confronto con le migliori pratiche nazionali ed internazionali) ed indicatori di scostamento nel trend rispetto ad un valore storico (riferito all'anno precedente).

A proposito degli indicatori, occorre segnalare che il 3 febbraio 2014 il Dipartimento della Salute ha emanato un nuovo Decreto (DPGR-CA n° 5) di importanza strategica ai fini dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Tale decreto contempla il trasferimento di una serie di DRG CHIRURGICI e DRG MEDICI in altri "setting assistenziali", determinando per ogni singolo intervento chirurgico la percentuale massima ammissibile di Ricovero Ordinario, e abolendo qualunque possibilità di ricovero per quelli medici. Questo indicatore di appropriatezza sarà inserito negli obiettivi di outcome delle UOC Sanitarie, rappresentando un obiettivo di outcome strategico, per questo triennio, dal momento che impone, secondo decreto, la riduzione dei ricoveri in acuzie ed il trasferimento degli stessi in parte in ricoveri diurni ed in parte in prestazioni ambulatoriali, secondo le importanti indicazioni di seguito riportate:

- 1) trasferimento dell'erogazione delle prestazioni relative ai DRG di tipo chirurgico riportati nel Decreto, dal regime di ricovero ordinario al regime di DAY-SURGERY, mantenendo una percentuale di ammissibilità di RO riportata per ogni singolo intervento;
- 2) trasferimento dei DRG di tipo medico riportati nel Decreto, dal regime di ricovero al regime ambulatoriale senza alcuna percentuale di ammissibilità (tout court);
- 3) trasferimento dell'erogazione delle prestazioni per scompenso cardiaco identificate col DRG 127, dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (tout court);
- 4) trasferimento dell'80% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale (con relativa documentazione del consumo dei farmaci nel File F), mantenendo il 20% in RO per i soggetti ritenuti particolarmente "fragili";
- 5) trasferimento dei ricoveri in discipline mediche di pazienti di età maggiore ai 65 anni con degenza uguale o superiore a 12 giorni, ritenuti quindi non appropriati, nei setting ambulatoriali e territoriali.



Il DPGR n° 5/2014 segnala inoltre che nel caso venga superata la soglia di ammissibilità, determinandosi l'inappropriatezza del DRG CHIRURGICO O MEDICO, si ricorrerà ad una valorizzazione dei ricoveri chirurgici sostituendo la tariffa del ricovero ordinario con quella del DAY-SURGERY, mentre tutti i RO Medici inappropriati verranno remunerati con tariffe relative alle prestazioni ambulatoriali. Il DPGR sancisce altresì che l'effettuazione delle prestazioni in regime di Ricovero Ordinario, benché comprese nella soglia di ammissibilità, verranno ugualmente decurtate del 20% sul valore tariffario del DRG, causando conseguentemente ed ugualmente un danno economico per AZIENDA.

Risultano validi peraltro, anche per il triennio 2015-2017, i due indicatori di appropriatezza sanciti dal DPGR n. 25 del 16/11/2010, inerenti: il primo, alla percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti che non deve superare il 25%, ed il secondo alla percentuale di interventi di frattura del femore effettuati entro 2 giorni dal ricovero per i pazienti ≥ 65 anni, che deve essere almeno del 30% sul totale degli interventi in oggetto.

Il Piano poi contiene gli obiettivi individuali assegnati al personale dirigenziale ed al comparto con i relativi indicatori e pesi.

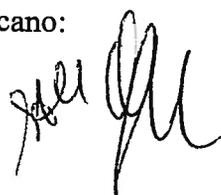
I sistemi di misurazione e la correlata valutazione individuale garantiscono la misurazione e valorizzazione del contributo fornito dal singolo in termini di comportamenti organizzativi espressi, oltre che di risultati raggiunti in relazione agli obiettivi di budget di Struttura secondo quanto indicato dalle citate Linee Guida regionali per la Definizione degli Atti Aziendali.

Pertanto, a tal proposito, il sistema di misurazione e valutazione individuale del nostro Piano delinea un "modello delle competenze" per cui si sono considerati rilevanti i comportamenti individuali finalizzati al raggiungimento degli obiettivi incidenti sulle competenze organizzative del soggetto e non sulle competenze professionali del singolo che sono oggetto di verifica periodica e di fine incarico, nelle sedi contrattualmente previste e da parte dei Collegi Tecnici.

Per garantire la migliore comprensibilità dei modelli di misurazione e valutazione delle Performance (schede di valutazione), che fanno parte integrante del presente documento (v. allegati), occorre brevemente soffermarsi sul significato e distinzione degli obiettivi da assegnare alle varie organizzazioni Aziendali, declinandone alcuni esempi che esplicano la Strategia e sono improntati alla forte volontà dell'Azienda Ospedaliera di garantire la modernizzazione, il miglioramento continuo ed il potenziamento sensibile dei valori e livelli di efficacia e di efficienza, secondo etica e qualità.

Nel dettaglio si evidenziano le caratteristiche che differenziano i vari obiettivi, strategici ed operativi, e gli indicatori di riferimento, dettagliati nelle singole schede (allegati).

Le principali linee di differenziazione tra gli obiettivi si demarcano:



- a. nell'importanza o rilevanza dell'obiettivo nel management o strategia dell'Azienda (obiettivo strategico di outcome)
- b. nella temporalità necessaria per la realizzazione condizionata dei miglioramenti circa la disponibilità delle risorse umane ed economiche.

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large signature on the left, a smaller one in the middle, and a large signature on the right with a small mark below it.

**DESCRIZIONE OBIETTIVI ED INDICATORI DI OUTCOME (CON ESEMPI)
CARATTERISTICHE**

L' OUTCOME è L'IMPATTO PRODOTTO da una azione o da una combinazione di esse.

E' un obiettivo che è orientato dal Destinatario che è il Cittadino/Paziente il cui fine ultimo è il miglioramento dello stato di salute.

Gli obiettivi di out come sono dunque relevantissimi e quindi strategici per l'Azienda che se ne propone la realizzazione sostenibile in un arco di tempo che può essere ampio (triennale come la durata del Piano), scandito da periodi intermedi (nell'arco di un anno), secondo le attribuzioni di azioni connesse alle scelte necessarie di gestione e di management (ad esempio, accorpamenti, risparmi di spesa ecc...) che creano condizioni favorevoli per il loro raggiungimento.

TABELLA 1

TIPO DI OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORI
<u>SICUREZZA DEL PAZIENTE</u>	Minimizzazione dei rischi di salute per il paziente in sede di erogazione dei servizi assistenziali (diagnosi - terapia)	Numero casi di MALPRACTICE TASSO di infezioni ospedaliere MORTALITÀ POST INTERVENTO
<u>ACCESSIBILITÀ</u>	Rispetto degli standard di servizio che caratterizzano la struttura organizzativa.	RIDUZIONE DEI TEMPI e quindi delle LISTE DI ATTESA in tutte le attività diagnostiche - cliniche <ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione e trasparenza per orientare meglio il cittadino/paziente ammalato • Ora di apertura degli sportelli pagamento ticket ed informazioni
SODDISFAZIONE (CUSTOMER SATISFACTION)	Livello di qualità percepito dal cittadino.	Indice di soddisfazione calcolato su questionario
EFFICACIA ED EFFICIENZA	Attuazione di azioni atte ad ridurre il fenomeno della presenza di barelle in corsia. Numero di prestazioni erogate rispetto alle risorse impiegate.	<ul style="list-style-type: none"> • Velocizzazione delle diagnosi dell'azione sanitaria (diagnosi e terapia) • Velocizzazione di tutte le attività amministrative • TURNOVER dei posti letto
RISULTATI DI SALUTE	Esiti delle cure (outcome clinici), ossia il risultato intermedio o finale di un trattamento diagnostico, terapeutico, assistenziale erogato ai pazienti/cittadini.	Indice di Mortalità o di Remissione nelle varie patologie etc...

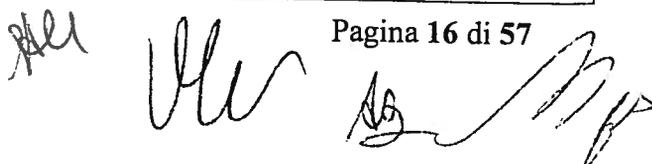


TABELLA 2

DESCRIZIONE OBIETTIVI DA INDICATORI DI OUTPUT CON ESEMPI

L'output è il risultato immediato di una attività o processo.

Gli obiettivi di output sono orientati all'EROGATORE quindi sono quelli sui quali si concentrano le azioni di programmazione dell'Azienda per poter conseguire gli obiettivi di OUTCOME.

TIPO DI OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORI (ESEMPI)
PRODUZIONE	Volume delle prestazioni erogate	Numero di interventi Numero di prestazioni ambulatoriali ecc...
EQUILIBRIO RICAVI/COSTI	Conseguenze economiche associate alla gestione delle attività sanitarie	Risparmio attraverso un buon uso dei farmaci con riduzione delle spese per i beni sanitari
PROGETTI SPECIFICI	Conseguimento degli obiettivi relativi a progetti specifici se concordati con la Direzione	Attivazione telemedicina Attivazione WEEK SURGERY Attivazione di un BENCHMARKING sulla gestione del rischio clinico

TABELLA 3

DESCRIZIONE OBIETTIVI OUTPUT DEL RISPETTO DEI VINCOLI CON ESEMPI

Sono obiettivi di output che sono vincolati ad alcune condizioni da rispettare nell'erogazione dei servizi sia cogenti (cioè legati ai decreti legislativi) sia dettati dalle buone prassi di gestione dei servizi sanitari.

TIPO DI OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORI
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVE	Rispetto dei vincoli relativi all'erogazione delle prestazioni	Appropriatezza dei Ricoveri Tasso di parti cesarei
STANDARD OPERATIVI DI PROCESSO	Rispetto dei vincoli nella gestione dei processi assistenziali ed amministrativi previsti dai sistemi di qualità adottati dall'Azienda	Presenza di sistemi di qualità nell'UOC Consegne SDO
Impiego strumenti CLINICAL GOVERNANCE	Adozione di aggiornamenti continui atti al miglioramento dell'attività assistenziale	Elaborazione report annuali Eventi formativi Incontri e seminari periodici

TABELLA 4

DESCRIZIONE OBIETTIVI DA INDICATORI SULLE COMPETENZE CON ESEMPI

Sono obiettivi legati alle caratteristiche individuali che determinano comportamenti direttamente correlati da un profilo professionale e necessarie per conseguire obiettivi di OUTPUT e di rispetto dei VINCOLI.

TIPO DI OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORI
TECNICO PROFESSIONALE	Insieme di conoscenze e tecniche che consentono di operare nel modo più efficace rispetto al ruolo	Valutazione individuazione basata sulle competenze: Tecnico-scientifiche Tecnico-assistenziali Etc...
MANAGERIALI	Capacità che implicano le abilità di persuasione, influenzamento, guida degli altri	VALUTAZIONE individuale basata sulle competenze: - decisionali - di guida e sviluppo degli altri - di gestione conflitti etc...
RELAZIONALI	Competenze che hanno come comune denominatore: 1. la relazione con colleghi collaboratori, assistiti etc. 2. La collaborazione ed il lavoro di gruppo	VALUTAZIONE INDIVIDUALE BASATA SULLE COMPETENZE: - Comunicazione - Integrazione interfunzionale - etc..
REALIZZATIVE	Capacità direttamente correlata allo svolgimento del lavoro sotto l'aspetto dell'iniziativa dell'organizzazione della tensione ai risultati e del controllo	VALUTAZIONE INDIVIDUALE BASATA SULLE COMPETENZE: - Iniziativa - Sensibilità economica/efficienze - Orientamento al risultato etc..
COGNITIVE	Capacità di analisi ed apprendimento che consentono di affrontare autonomamente tutte le attività correlate al ruolo	VALUTAZIONE INDIVIDUALE BASATA SULLE COMPETENZE: Analisi Soluzione problemi Consapevolezza organizzativa etc...
EFFICACIA PERSONALE	Capacità che hanno come denominatore l'autocontrollo, la sicurezza di sé e la capacità di adeguamento al contesto operativo	VALUTAZIONE INDIVIDUALE BASATA SULLE COMPETENZE: Tolleranza dello stress Sicurezza di sé Flessibilità ect

Occorre infine precisare che la misurazione e valutazione delle performance individuali è collegata fortemente a quella della misurazione della performance organizzativa e coinvolge tutto il personale della struttura. Infatti il sistema di misurazione e valutazione comprende obbligatoriamente le schede della struttura organizzativa e le schede individuali del personale afferente alla stessa.

Ricordiamo, altresì,

- a. che la valutazione della competenza dimostrata è applicata a tutte le risorse, direttori, dirigenti e personale di comparto differenziata per tipologia di figura professionale;
- b. che il contributo del singolo al conseguimento degli obiettivi della struttura viene derivato dalle valutazioni delle competenze dimostrate dalla singola risorsa come esplicitato nella tabella.

The image shows several handwritten signatures and initials in black ink. On the left, there is a small, stylized signature. In the center, there is a larger, more fluid signature. To the right of this, there are the initials 'AB'. Below these, there is another large, sweeping signature that spans across the bottom right of the page, with a small 'B' or similar mark at its end.

FASI E ATTORI E PROCEDURE DEL PIANO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Il Piano della Performance 2012-2014 dell'Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli segue rigorosamente le procedure indicate dalle Linee guida Regionali, attraverso varie fasi di tutto l'iter del ciclo della Performance, dall'assegnazione degli obiettivi fino alla valutazione di tutte le strutture ed individui afferenti all'Azienda. Infatti il sistema di assegnazione degli obiettivi segue il sistema a "cascata", cioè dalla Regione al Direttore Generale dell'Azienda, alla struttura ed al personale dirigente a partire dai Direttori di Dipartimento, di Strutture Complesse (SSD – SS) fino al Personale del comparto. Nel caso in cui gli obiettivi regionali siano assegnati in ritardo, al fine di assicurare il rispetto della tempistica fissata dal ciclo della Performance, è ugualmente necessario avviare la fase Gestionale indipendentemente da quella della certificazione formale della programmazione aziendale e dell'ammesso bilancio economico. Gli obiettivi aziendali, in questo caso, saranno rimodulati in coerenza con quelli regionali non oltre il limite del 30 settembre (V. fase del Monitoraggio).

Tutto il sistema prevede varie fasi (come si evince dalla tabella A riportata) e precisamente:

- A – FASI GESTIONALI;
- B - FASI DELLE CERTIFICAZIONI FORMALI;
- C - FASI DEL MONITORAGGIO.

A. FASI GESTIONALI

Il controllo di Gestione provvede alle attività di rendicontazione riferite all'anno precedente stabilendo le possibilità operative dell'Azienda rispetto al budget Generale.

Questo avviene nelle prime due fasi gestionali:

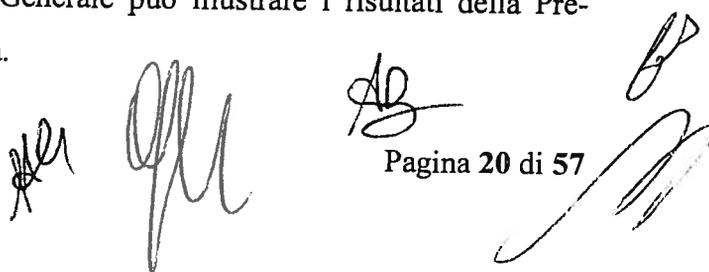
FASE 1_ Pre-consuntivazione

FASE 2_ Consuntivazione

che si completano tra Novembre e Dicembre dell'anno precedente. Gli obiettivi aziendali sono dunque definiti entro Febbraio, nel rispetto del bilancio economico con eventuale rimodulazione, correlata agli obiettivi regionali anche aggiuntivi o intervenuti successivamente.

Le fasi previste per quanto detto sono:

FASE 3_ Consultazione della Regione con i Direttori Generali dove si stabiliscono gli obiettivi da assegnare alle Aziende. In questo caso il Direttore Generale può illustrare i risultati della Pre-consuntivazione e della Consuntivazione dell'Azienda.



FASE 4_ Relazione Annuale da parte dei Direttori di Struttura, entro il 31 Gennaio di ogni anno circa i risultati ottenuti e prima valutazione del D.G.

FASE 5_ Fase gestionale importante nella quale il Controllo di Gestione individua una prima proposta di Budget. Contemporaneamente, entro Febbraio, previa acquisizione delle relazioni annuali delle UOC e dei Report delle attività delle Strutture e dei Consuntivi da parte del Controllo di Gestione, si procede ad una prima valutazione dei risultati circa il raggiungimento degli obiettivi di struttura da parte del Direttore Generale circa la relazione annuale dei direttori di struttura e ad una seconda valutazione della relazione annuale sui report di attività delle strutture e sui consuntivi da parte del Nucleo di Valutazione (NV) e/o dell'OIV.

FASE 6_ Seconda Valutazione da parte del NV/OIV dei risultati di struttura sulla base delle relazioni annuali, consuntive e report d'attività e successive informazioni al D.G. Quindi contemporaneamente o subito dopo (MARZO) il D.G. assegna con Delibera gli obiettivi della struttura e quelli individuali per l'anno in corso.

FASE 7_ Assegnazione Formale (con Delibera) degli obiettivi della struttura;

FASE 8_ Assegnazione Formale degli obiettivi ai Dirigenti ed al personale del Comparto; queste due ultime fasi gestionali prevedono schede di valutazione e misurazione apposite che vengono opportunamente allegate.

Si fa presente altresì che i Dipartimenti strutturali che costituiscono il livello intermedio tra la Direzione Generale e le strutture rappresentano lo snodo nell'assegnazione degli obiettivi tra Direzione Generale e Strutture.

B. FASI DELLE CERTIFICAZIONI FORMALI

Finita la parte gestionale si passa alle fasi delle certificazioni formali che seguono i tempi della formalizzazione ultima dei bilanci, dei definitivi risultati della valutazione ed assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale da parte della Regione. Di solito queste ultime due fasi intervengono da Maggio fino a Giugno:

FASE 9_ Valutazione Definitiva e Formale dei risultati del raggiungimento degli obiettivi e dei consuntivi di budget della Struttura eseguita e certificata dal NV/OIV;

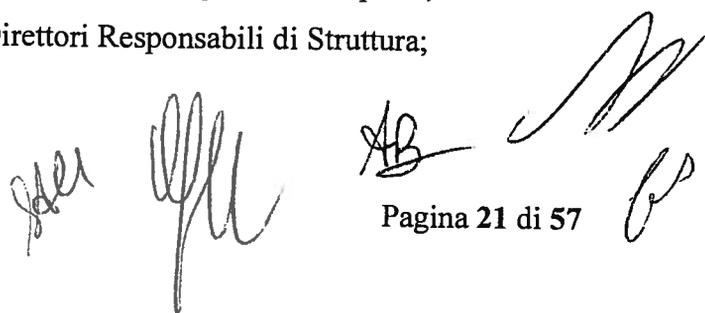
FASE 10_ Pubblicazione sul Sito;

FASE 11_ Assegnazione degli obiettivi da parte della Regione;

FASE 12_ Valutazione individuale su schede differenziate per dirigenza e comparto;

FASE 13_ Valutazione individuale - su schede - per i Direttori Responsabili di Struttura;

FASE 14_ Valutazione annuale definitiva del D.G.

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials. On the left, there are two distinct signatures. In the center, there are initials that appear to be 'AB'. To the right, there is a large, stylized signature, and below it, another set of initials.

C. FASI DEL MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio deve essere costante, scandita in fasi trimestrale e semestrale, in quanto finalizzata ad una tempestiva individuazione di scostamento/criticità ed all'implementazione di azioni correttive con eventuale rimodulazione degli stessi obiettivi di struttura e individuali ed eventuale integrazione e correzione di alcuni obiettivi da parte della Regione; a Novembre si segna la Pre-consuntivazione per l'anno in corso con la raccolta dei dati di budget da parte del Controllo di Gestione. Queste fasi del monitoraggio ed il corretto funzionamento del sistema è svolto principalmente dagli organismi di controllo e valutazione interni Nucleo Valutazione Strategica/Organismo Interno di Valutazione.

Le fasi del monitoraggio sono le FASI 15, 16, 17 e 18 della tabella A.

E' di recente istituzione l'Organismo Regionale di Coordinamento del Sistema di Valutazione della Performance presso il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie con il compito di garantire la GOVERNANCE DEL SISTEMA e la verifica della piena attuazione nell'Azienda delle linee guida regionali, con particolare attenzione a procedura e crono programma.

The image shows several handwritten signatures and initials in black ink. There are four distinct marks: a small signature on the left, a larger signature in the center, a signature with a large 'B' on the right, and a signature at the bottom right.

TABELLA A

Fasi, attori e procedure del piano per l'assegnazione degli obiettivi e delle valutazioni									
	FASI/ATTORI ¹	R	DG	DS	I	CG	RU ²	NV - OIV	TEMPI (entro)
FASI GESTIONALI	1 - Pre - consuntivazione			<input type="checkbox"/>		•			Nov.
	2 - 1° consuntivazione		•	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			Dic.
	3 - Condivisione obiettivi regionali di piano con DG	•	<input type="checkbox"/>						Gen.
	4 - 1° proposta di budget			<input type="checkbox"/>		•			Gen.
	5 - 1° valutazione obiettivi di struttura con eventuale rapporto		•	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			Feb.
	6 - 2° valutazione obiettivi, misurazione e verifica con rapporto			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			•	Feb.
	7 - Assegnazione obiettivi alle strutture		•	<input type="checkbox"/>					Mar.
	8 - Assegnazione obiettivi individuali (non resp. struttura)				•	<input type="checkbox"/>			Mar.
CERTIFICAZIONE FORMALE	9 - 3° valutazione risultati di struttura - certificazione formale finale: budget e risultati		<input type="checkbox"/>					•	Mag.
	10 - Pubblicazione sul sito		•						Mag.
	11 - Obiettivi regionali	•	<input type="checkbox"/>						Giu.
	12 - Valutazione individuale su scheda per dirigenza e comparto			•	<input type="checkbox"/>				Giu.
	13 - Valutazione individuale su scheda per Direttori / Responsabili di struttura			•	<input type="checkbox"/>				Giu.
	14 - Valutazione certificata D.G.	•	<input type="checkbox"/>						Giu.
MONITORAGGIO	15 - Monitoraggio			<input type="checkbox"/>		•			Giu.
	16 - Revisione			•		<input type="checkbox"/>			Sett.
	17 - Integrazione regione finale	•	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			Sett.
	18 - Pre consuntivazione			<input type="checkbox"/>		•			Nov.

¹ Legenda: R = Regione; DG = Direttore Generale; DS = Direttore di Dipartimento, di Struttura complessa e di Struttura semplice; I = individuo; C.G. = Controllo di Gestione o Programmazione e Controllo; R.U. = Risorse Umane; NV/OIV = Nucleo di Valutazione / Organismo indipendente di Valutazione; Tempi.

² Risorse Umane (R.U.): includono tutti i servizi di staff per la gestione del personale (Amministrazione del personale, Relazioni sindacali e con il personale, Organizzazione del lavoro e del personale, ecc.).

• ATTORE PRINCIPALE: ruolo di responsabile che, nella fase indicata, interviene in prima istanza.

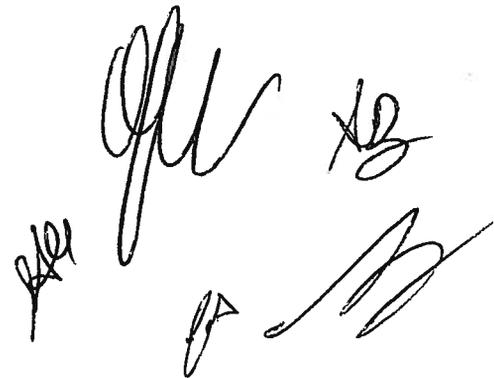
□ ATTORE RICEVENTE: ruolo al quale è diretta l'azione dell'agente principale o ruolo di supporto all'azione.

Il Piano della Performance con i suoi sistemi di misurazione rappresenta uno strumento essenziale per il miglioramento quantitativo e qualitativo dell'Azienda. Infatti se i sistemi vengono con costanza sviluppati ed implementati possono svolgere, attualizzando le performance dell'Azienda, un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi strategici (outcome) e nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti e attitudini organizzative.

La capacità di influenzare l'efficacia dei Sistemi di misurazione della Performance dipende non solo dai sistemi in quanto tali ma anche e soprattutto dalla cultura organizzativa che devono seguire i protagonisti del Ciclo della Performance ed è proprio per questo che l'Azienda ha attivato un piano o percorso formativo con crediti ECM per preparare dirigenti e coordinatori alla corretta implementazione dei piani di valutazione della performance organizzativa ed individuale in ambito sanitario.

Il percorso formativo per i dirigenti è strutturato con varie sezioni:

- A) IL CICLO DELLA PERFORMANCE IN SANITÀ;
- B) La Gestione ed il Coordinamento dei Collaboratori e la gestione delle risorse economiche;
- C) La Gestione per obiettivi;
- D) Il Sistema degli Indicatori e dei Pesi con esplicitazione dei valori Target e di Benchmark.

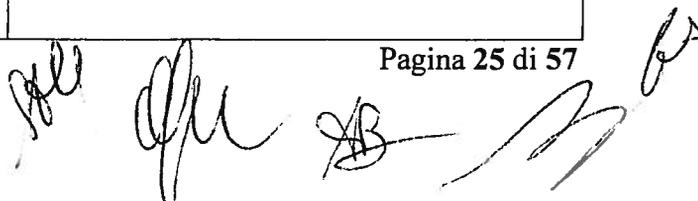
A collection of handwritten signatures and initials in black ink, located in the lower right quadrant of the page. There are approximately five distinct marks, including a large, stylized signature and several smaller initials.

ANALISI SWOT DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

E' stato fondamentale , per lo sviluppo del Piano della Performance, nell'ambito delle attività di monitoraggio lo sviluppo dell'analisi swot che ha evidenziato i punti di forza e di debolezza dell'Azienda nonché le opportunità e le minacce future, quale strumento per programmare le azioni di miglioramento finalizzate all'evoluzione e modernizzazione dell'azienda.

La SWOT: STRENGTH (forza), WEAKNESS (debolezza), OPPORTUNITY (opportunità), THREAT (minaccia), con l'individuazione dei punti di forza su cui agire consente di arginare le minacce mentre con le opportunità da sfruttare riesce a rimuovere le debolezze del sistema, come si rileva dalla sottostante tabella:

	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
A N A L I S I P R E S E N T E	<p>① Sistema di valutazione della dirigenza basato oltre che sui report anche sui risultati del Controllo di Gestione.</p> <p>② Avvio di un sistema di misurazione economico-analitica della gestione, con implementazione del cruscotto direzionale e del sistema di ribaltamento dei costi indiretti ai vari CDC (Full Costing - v. allegato)</p> <p>③ Attuazione dei monitoraggi costanti triennali e semestrali del Sistema.</p> <p>④ Avvio di Corsi di Formazione per indurre nel personale la cultura della misurazione e valutazione della performance.</p> <p>⑤ Implementazione del Sistema Informatico utile sia per l'acquisizione di report sia per la contabilità analitica.</p> <p>⑥ Grande professionalità ed abnegazione di tutto il personale dirigente e del comparto, sanitario ed amministrativo, che attutisca la criticità legata soprattutto alla carenza di personale persistente visto i blocchi di assunzioni dettate dal Piano di Rientro.</p> <p>⑦ Attivazione dei sistemi per la trasparenza ed il customer satisfaction rivolto agli Stakeholder esterni ed interni.</p>	<p>① Cultura assente del monitoraggio e dei sistemi di valutazione (Ciclo della Performance).</p> <p>② Cultura amministrativa basata sulla misurazione e valutazione esclusivamente su dati finanziari,</p> <p>③ Scarsa consapevolezza della importanza del sistema di valutazione sull'assegnazione di risorse economiche (budget) e finanziarie per l'unità organizzativa, e sulla progressione di carriera ed economica individuale.</p> <p>④ Forte carenza di risorse umane e difficoltà di aggiornamento tecnologico.</p> <p>⑤ Allungamento liste d'attesa per prestazioni diagnostiche strumentali e presenza nelle UOC di degenza del "barellaggio".</p>



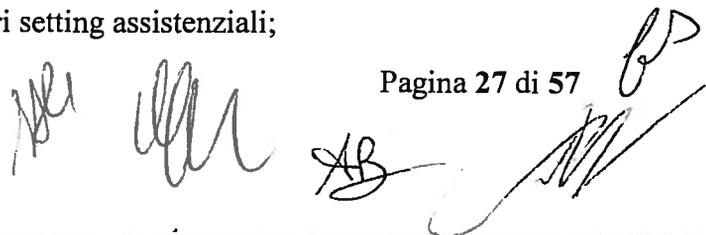
	OPPORTUNITA'	MINACCE
A N A L I S I F U T U R E	<p>① L'opportunità maggiore è quella di poter usufruire di una maggiore disponibilità finanziaria raggiungibile sia con progetti manageriali di accorpamenti e migliore utilizzazione di risorse umane e tecnologiche, sia con l'attuazione del Piano di Rientro e di riorganizzazione del sistema sanitario che creerebbe sicuramente le condizioni economiche per l'acquisizione di risorse umane e tecnologiche.</p> <p>② Migliore funzionamento dell'ASP anche attraverso accordi interaziendali che possano creare un filtro per l'Azienda Ospedaliera al fine, sia di garantire l'abbattimento delle liste d'attesa soprattutto per gli esami diagnostico-strumentali, sia di eliminare il fenomeno del "barellaggio" che rappresenta veramente una forte criticità per l'Azienda Ospedaliera.</p> <p>③ Formalizzazione ed attivazione dei ribaltamenti dei costi (v. Full Costing.)</p>	<p>① La Stagnazione delle procedure per l'attuazione del Piano di Rientro e di riorganizzazione del Sistema Sanitario della Regione.</p> <p>② Difficoltà a diffondere e far comprendere la cultura della misurazione e della valutazione nelle varie aree strategiche dell'Azienda.</p> <p>③ Persistenza della cultura dell'adempimento (far qualcosa perché si è obbligati) a scapito della cultura del risultato.</p> <p>④ La non realizzazione di accordi e protocolli con l'ASP per evitare le lunghe liste d'attesa ed il barellaggio nelle varie UOC dell'Azienda.</p>

Dall'analisi SWOT emergono, quindi, alcuni spunti sulla possibilità che le opportunità agiscano come fattori per rispondere ad alcune debolezze e che alcuni punti di forza attuali possano risultare utili per affrontare le minacce.

Concludendo si può dire che il PIANO redatto con questo documento deve essere considerato anche come "Regolamento interno del sistema Performance", dal momento che in funzione delle proprie specificità (missione, risorse e assetto organizzativo) esplicita e regola gli aspetti organizzativi, la metodologia applicativa dei sistemi di misurazione e valutazione, l'articolazione, le fasi e la tempistica e tutto il funzionamento del sistema stesso.

NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Legge 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge delega 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" Pubblicato nella Gazz. Uff. 31 ottobre 2009, n. 254, S.O.
- Legge Regionale della Calabria 3 febbraio 2012 n. 3 contenente "Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubblica amministrazione regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nei decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150", pubblicata nel B.U. Calabria 1° febbraio 2012, n. 2, S.S. 10 febbraio 2012, n. 2.
- Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria n. 3957 del 27 marzo 2012, contenente le "Linee Guida regionali in materia di valutazione della Performance nel Servizio Sanitario Regionale"
- DELIBERA CIVIT N° 88/2010: Linee guida per la definizione degli standard di qualità;
- DELIBERA CIVIT N° 89/2010: Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;
- DELIBERA CIVIT N° 112/2010: STRUTTURA E MODALITÀ DI REDAZIONE del Piano della Performance;
- DELIBERA CIVIT N° 1/2012: Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di valutazione della performance e dei Piani della Performance;
- DELIBERA CIVIT N 113/2010: APPLICABILITÀ agli enti del SSN del D.Lgs. 150/2009;
- Decreto Commissario ad Acta Regione Calabria n. 5 DEL 05/07/2011, avente per oggetto: Linee guida per la Definizione degli Atti Aziendali, per l'attuazione del Piano di Rientro;
- Decreto del Dipartimento Salute Regione Calabria – Direttore Generale n° 3957 del 27 Marzo 2012: Linee guida Regionali in materia di valutazione della Performance nel Servizio Sanitario Regionale:
- Delibera della Direzione Strategica Aziendale n° 672 del 15/06/2012 avente come oggetto: "Rideterminazione Posti Letto – DPRG n° 106 del 20 ottobre 2011" (rettificata nell'allegato A con Del. N° 701 del 26/06/2012);
- Delibera n° 652 del 28/06/2013, avente come oggetto: "Preso Atto DPRG n° 59 del 9/05/2013 e DPRG n° 73 del 30/05/2013";
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale (nella qualità di Commissario *ad acta*) DPGR - CA n. 5 del 3 Febbraio 2014, avente per oggetto: Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliere in altri setting assistenziali;

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there are three distinct signatures, followed by the initials 'AB' and a large, stylized signature that appears to be 'BP'.

- DPGR n. 25 del 16/11/2010, avente per oggetto: “Linee guida per il processo di compilazione e controllo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Obiettivo G.1S.3.3
- Delibera Direttore Generale n. 1290 del 27/12/2013: “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la Trasparenza e l’Integrità 2013 – 2015”
- Delibera ANAC n. 50/2013: “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014 – 2016”
- Legge n. 125 del 10/4/1991 “Azioni Positive per la realizzazione delle parità uomo-donna nel lavoro”
- Decreto Legislativo n. 196 del 23/05/ 2000: “Disciplina dell'attività' delle consigliere e dei consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive.



LA COMMISSIONE PREPOSTA ALLA FORMULAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE:

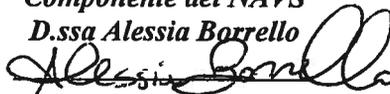
Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane
Dr. Giuseppe Neri



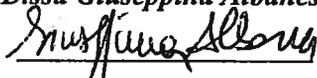
Presidente del NAVS
Dr. Francesco Meduri



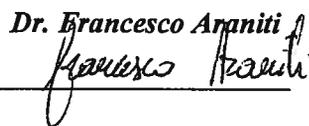
Componente del NAVS
D.ssa Alessia Borrello



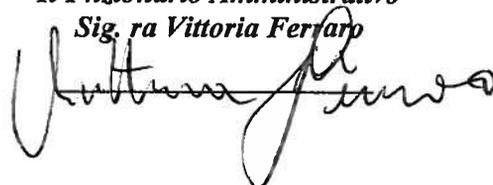
Direttore f.f. U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione
D.ssa Giuseppina Albanese



Direttore U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie

Dr. Francesco Araniti


Il Fnzionario Amministrativo
Sig. ra Vittoria Ferraro



ALLEGATI

Sono necessarie alcune considerazioni ulteriormente esplicative degli obiettivi assegnati e della scelta dei documenti/schede allegati.

Le schede riportate contengono obiettivi di outcome, output operativi, output individuali, e output individuali prestazionali, qualitativi e comportamentali. È evidente che gli obiettivi assegnati in linea generale sono riferibili, in base alla loro connotazione e valenza, a quelli outcome e a quelli output come esplicitato nelle tabelle riportate nel Piano.

È anche però chiaro che la caratterizzazione degli obiettivi in outcome ed output dipendono, come abbiamo riferito, dalla strategia aziendale ossia dalle risorse umane ed economiche disponibili; in considerazione di tale specificità, si rileva che alcuni obiettivi che per altre Aziende sono di outcome, per la nostra Azienda sono considerate di output (o viceversa).

Per rappresentare le schede di valutazione delle UOC, si allegano al Piano la scheda tipo sanitaria chirurgica e la scheda tipo sanitaria medica e la scheda tipo amministrativa.

Si precisa che a ciascuna U.O.C, sono assegnati i obiettivi comuni ed obiettivi precipui relativi alla propria specialità che caratterizzano nella nomenclatura ciascuna scheda.

Gli obiettivi individuali dei *C D.* - Direttori di UOC-SSD - Dirigenti e Comparto sia sanitario che amministrativo sono uguali nei rispettivi ruoli.

Infine, per quanto riguarda l'obiettivo dell'equilibrio costo/ricavi che riguarda, ovviamente, tutte le UU.OO.CC, si evidenzia che esso è ritenuto "strategico"(outcome) e realizzabile nel triennio in corso. Infatti, in funzione della sua effettività, l'obiettivo deve essere strutturato anche con il ribaltamento dei costi indiretti (Full Costing, in corso di implementazione): i consuntivi di ogni U.O.C, comprendono di fatto, oltre ai costi diretti anche quelli "indiretti", derivati dalle prestazioni che ogni U.O.C, subisce da parte di altri centri di costo, per ottenere il costo pieno e, nello stesso tempo, oltre ai ricavi delle attività ambulatoriali esterne, anche i ricavi derivanti dalle prestazioni erogate ai pazienti interni. Tutte le schede degli obiettivi assegnati a ciascuna U.O. sono sottoposti alle forme di pubblicità prescritta dal D.lgs. 150/2009 e accessibili sul Sito internet Aziendale.

ELENCO ALLEGATI

- 1) *Scheda tipo U.O.C. Sanitaria Chirurgica*
- 2) *Scheda tipo U.O.C. Sanitaria Medica*
- 3) *Scheda Tipo U.O.C. Amministrativa*
- 4) *Scheda di valutazione Dipartimento Sanitario*
- 5) *Scheda di valutazione Dipartimento Amministrativo*
- 6) *Scheda di valutazione Direttore U.O.C. Sanitario*
- 7) *Scheda di valutazione Direttore U.O.C. Amministrativo*
- 8) *Scheda di valutazione Dirigenti Sanitari*
- 9) *Scheda di valutazione Dirigenti Amministrativi*
- 10) *Scheda di valutazione Coordinatore Tecnico Dipartimentale*
- 11) *Scheda di valutazione Coordinatore Infermieristico Dipartimentale*
- 12) *Scheda di valutazione Capo Sala*
- 13) *Scheda di valutazione Infermieri*
- 14) *Scheda di valutazione Tecnici di Radiologia*
- 15) *Scheda di valutazione Tecnico di Laboratorio*
- 16) *Scheda di valutazione Personale Amm.vo e Tecnico (con Pos.ne Org.va)*
- 17) *Scheda di valutazione Personale del comparto Amm.vo e Tecnico*
- 18) *Descrizione del Full Costing*
- 19) *Delibera Direttore Generale n. 1290 del 27/12/2013: "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma per la Trasparenza e l'Integrità 2013 – 2015"*





REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

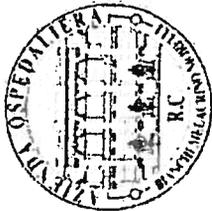
Scheda tipo U.O.C. Chirurgica
Macrostruttura DIPARTIMENTO CHIRURGICO
Centro di Responsabilità:
Responsabile: dr. _____

Piano degli Obiettivi
Obiettivi Specifici e Indicatori

Obiettivo Specifico	Peso	Indicatore	100% Valore Atteso	0% Valore Minimo
Definizione ed adozione di Linee Guida, Protocolli Operativi, Percorsi Diagnostico-Terapeutici	5%	Si/No	Si	Si
Elaborazione report annuale inerente le attività formative seguite dal personale della U.O.C.	5%	Fatto si/no N. giorni di ritardo per la consegna dei report annuale delle attività formative (scadenza 31 dicembre)	Si	Si
Celerità di inserimento e validazione delle SDO nel sistema informatico dedicato	10%	N. giorni dalla data di dimissione del paziente	0	30
Incremento attività chirurgica ambulatoriale (APA)	10%	Si/No	Si	7
Incremento del livello di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime ordinario	10%	(n. DRG ad elevato rischio di inappropriatazza/n. tot. DRG) x 100	10%	15%
Incremento del livello di complessità media dei ricoveri	10%	Peso medio DRG (Case mix)	Si	Si
Aumento percentuale dei ricoveri ordinari con DRG chirurgico	10%	% ricoveri ordinari con DRG chirurgico sul tot. dei ricoveri	≥36%	<33% in aumento
Raggiungimento standard definito dal DPGR 25/2010 per la degenza media preoperatoria dei ricoveri programmati	10%	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati (n.giorni compresi tra data di ricovero e data di intervento)	0	>1 g ma in diminuzione
Rispetto orario inizio attività chirurgica	10%	Si/No	h. 8:00	h. 8:30
Rispetto dell'Equilibrio del Consuntivo (monitoraggio trimestrale)	5%	Si/No: valutazione discrepanza rispetto ai valori attesi (Costi/Ricavi)	10%	15%
Rispetto dei dettami imposti dalla Legge n. 150/2009, detta "Brunetta", dall'art. 5 comma 11 del Decreto Ministeriale sulla Spending Review, e dal Decreto Regionale n. 3957 del 27/03/2012, riguardo la differenziazione del merito sulle valutazioni individuali di tutto il personale afferente alle singole UOC/SSD onde evitare "fermamente l'erogazione di premialità a pioggia".	10%	Fatto si/no	Si	Si
Distribuzione del questionario di Customer Satisfaction	5%	(n. questionari somministrati/n. degenti) x 100	20%	10%







REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda tipo U.O.C. Medica

Macrostruttura DIPARTIMENTO MEDICO

Centro di Responsabilità: _____

Responsabile: dr. _____

Piano degli Obiettivi
Obiettivi Specifici e Indicatori

Obiettivo Specifico	Peso	Indicatore	100%		0%	
			Valore Atteso	Valore Minimo	Valore Atteso	Valore Minimo
Definizione ed adozione di Linee Guida, Protocolli Operativi, Percorsi Diagnostico-Terapeutici	5%	Si/No	Si	Si	Si	Si
Elaborazione report annuale inerente le attività formative seguite dal personale della U.O.C.	10%	Fatto si/no	Si	Si	Si	Si
Redazione ed adozione Manuale delle Procedure		N. giorni di ritardo per la consegna dei report annuale delle attività formative (scadenza 31 dicembre)	0	0	30	30
Celerità di inserimento e validazione delle SDO nel sistema informatico dedicato	15%	N. giorni dalla data di dimissione del paziente	0	0	7	7
Incremento/mantenimento dei livelli di attività in regime ordinario	15%	Tasso Utilizzo Posti Letto	85%	75%	≤TU≥95%	75%
Appropriatezza nell'uso dei posti letto	15%	Degenza media in giorni	9	10	10	10
Riduzione liste d'attesa attività ambulatoriale	15%	Si/No	Si	Si	Si	Si
Rispetto dell'Equilibrio del Consuntivo (monitoraggio trimestrale)	5%	Si/No: valutazione discrepanza rispetto ai valori attesi (Costi/Ricavi)	10%	10%	15%	15%
Rispetto dei dettami imposti dalla Legge n. 150/2009, detta "Brunetta", dall'art. 5 comma 11 del Decreto Ministeriale sulla Spending Review, e dal Decreto Regionale n. 3957 del 27/03/2012, riguardo la differenziazione del merito sulle valutazioni individuali di tutto il personale afferente alle singole UOC/SSD onde evitare "fermamente l'erogazione di premialità a pioggia".	10%	Fatto si/no	Si	Si	Si	Si
Distribuzione del questionario di Customer Satisfaction	5%	(n. questionari somministrati/n. degenti) x 100	20%	20%	10%	10%



**REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI**

Scheda tipo U.O.C. Amm.va

Macrostruttura Dipartimento Amministrativo

Centro di Responsabilità:

Responsabile: dr. _____

**Piano degli Obiettivi
Obiettivi Specifici e Indicatori**

Obiettivo Specifico	Peso	Indicatore	Valore Storico	100%		0%	
				Valore Atteso	Valore Minimo		
Rispetto dei dettami imposti dalla legge n. 150/2009 detta "Brunetta", dall'art. 5 comma 11 del Decreto Ministeriale sulla "SPENDING REVIEW" e dal Decreto Regionale n. 3957 del 27/03/2012, riguardo la differenziazione del merito sulle valutazioni individuali di tutto il personale afferente alle singole UOC/SSD onde evitare "FERMAMENTE L'EROGAZIONE DI PREMIALITA' A PIOGGIA".	5%	Fatto si/no					
Implementazione delle procedure relative alle attività legali ed assicurative ed elaborazione report annuale inerente le attività formative seguite dal personale della UU.OO. (ENTRO 31 DICEMBRE).	20%	Fatto si/no					
Cura delle procedure e formalità relative all'adozione degli atti deliberativi	20%	Fatto si/no					
Celere istruzione delle pratiche sui ricorsi amministrativi	20%	Fatto si/no					
Attivazione delle procedure di convenzione con vari enti ed associazioni pubbliche e private	15%	Fatto si/no					
Attivazione delle procedure relative agli accessi agli atti (L.24/1/90)	20%	Fatto si/no					

[Handwritten signatures]



Regione Calabria
Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli" Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Direttori Dipartimento Sanitario

Dipartimento	
Direttore Dipartimento	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Verifica con cadenza annuale dei risultati conseguiti dalle UU.OO.CC., rispetto agli obiettivi assegnati, con relativa reportistica, e, per quanto concerne le valutazioni individuali di tutto il Personale afferente alle stesse singole UOC, verifica del rispetto della legge 150 detta "Brunetta" e dell'art 5 comma 11 del Decreto Ministeriale sulla SPENDING REVIEW che sancisce il vincolo della differenziazione del merito onde evitare "FERMAMENTE L'EROGAZIONE DI PREMIALITA' A PIOGGIA".	0-25%	
2	Obbligo di redigere, previo accordo con la Direzione Strategica, il Regolamento del Dipartimento con linee guida programmatiche finalizzate al governo delle attività cliniche e delle risorse dipartimentali.	0-25%	
3	Collaborazione con gli altri Dipartimenti dell'Azienda attraverso l'elaborazione sia di percorsi diagnostici terapeutici sia di protocolli di gestione di tecnologie e risorse umane attraverso accordi integrativi, al fine ultimo di garantire la qualità e l'efficacia dell'azione assistenziale.	0-25%	
4	Valorizzazione professionale delle risorse umane afferenti al Dipartimento attraverso la promozione di programmi coordinati di formazione e ricerca.	0-25%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

[Handwritten signatures and initials]



Regione Calabria
Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli" –Reggio Calabria
**Scheda di Valutazione Direttori Dipartimento
Amministrativi**

Dipartimento	
Direttore Dipartimento	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Verifica con cadenza annuale dei risultati conseguiti dalle UU.OO.CC., con relativa reportistica , e ,per quanto riguarda le valutazioni individuali di tutto il Personale afferente alle stesse singole UOC, verifica del rispetto della legge 150 detta "Brunetta" e dell'art. 5 comma 11 del Decreto Ministeriale sulla SPENDING REVIEW che sancisce il vincolo della differenziazione del merito onde evitare "FERMAMENTE L'EROGAZIONE DI PREMIALITA' A PIOGGIA".	0-25%	
2	Obbligo di redigere, previo accordo con la Direzione Strategica,il Regolamento del Dipartimento con linee guida programmatiche finalizzate al governo delle attività amministrative.	0-25%	
3	Organizzazione ed ottimale distribuzione delle risorse umane al fine di garantire livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa di tutte le UU.OO.CC. afferenti il Dipartimento.	0-25%	
4	Attuazione dell'integrazione e coordinamento tra le diverse funzioni amministrative e fra queste e le Strutture Sanitarie, mediante la promozione sistematica di collaborazioni finalizzate alla celerità ed appropriatezza dell'iter procedurale.	0-25%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE

AB *AB* *AB* *AB*



Regione Calabria Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli"
Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Primari e/o Direttori di SSD

Dipartimento	
Direttore Dipartimento	
Unità Operativa Complessa O SSD	
Direttore UOC / SSD	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Attuazione e realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica con monitoraggio annuale rilevato e certificato dal Nucleo di Valutazione (NAVS/OIV)	0-25%	
2	Valutazione annuale dell'attività dei Dirigenti, con consequenziale compilazione ed invio delle schede di valutazione al Nucleo di Valutazione (NAVS/OIV) e all'Ufficio Risorse Umane entro il termine obbligatorio del 31 Gennaio di ogni anno.	0-25%	
3	Grado di partecipazione e coinvolgimento alle attività e decisioni del Dipartimento ed implementazione dell'attività formativa.	0-25%	
4	Collaborazione con i Primari e/o Direttori di UOC, ai fini della razionalizzazione delle risorse umane e tecnologiche in dotazione, finalizzata all'efficienza e qualità delle prestazioni assistenziali.	0-25%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

Il Dirigente

Il Direttore

[Handwritten signatures and initials]



Regione Calabria Azienda Ospedaliera "Bianchi – Melacrino – Morelli"
Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Direttore UOC Amministrativa

Dipartimento	
Direttore Dipartimento	
Unità Operativa Complessa	
Direttore UOC	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Attuazione e realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica con monitoraggio annuale rilevato e certificato dal Nucleo di Valutazione (NAVS/OIV)	0-20%	
2	Partecipazione assidua e coinvolgimento nelle attività e decisioni del Dipartimento.	0-20%	
3	Collaborazione con gli altri Direttori di UOC per l'attuazione di progetti e percorsi finalizzati alla celerità della istruzione e definizione degli atti deliberativi.	0-20%	
4	Disponibilità alla razionalizzazione delle risorse umane attraverso l'interscambiabilità del personale dipendente e/o invio, anche provvisorio, di unità nei Settori di attività carenti.	0-20%	
5	Valutazione annuale dell'attività dei Dirigenti, con consequenziale compilazione ed invio delle schede di valutazione al Nucleo di Valutazione (NAVS/OIV) e all'Ufficio Risorse Umane entro il termine obbligatorio del 31 Gennaio di ogni anno.	0-20%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

Il Dirigente

Il Direttore



Regione Calabria Azienda Ospedaliera "Bianchi - Melacrino - Morelli"
Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Dirigenti Sanitari

Unità Operativa	
Dipartimento	
Direttore	
Cognome e Nome del Dirigente	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi prestazionali	Peso attribuibile	Autovalutazione	Valutazione
1	Livello di interesse alla formazione permanente nell'ambito della disciplina	0-5%		
2	Indice di soddisfazione per la qualità ed efficienza delle prestazioni desunto dai questionari di Customer satisfaction distribuiti	0-5%		
3	Consegna nei limiti temporali indicati dagli obiettivi delle SDO (strutture con degenza), dei referti (strutture diagnostiche), dei farmaci (UOC Farmacia)	0-10%		
4	Rispetto delle disposizioni e delle procedure organizzative interne	0-5%		
5	Rispetto delle disposizioni e delle procedure aziendali	0-5%		
6	Coinvolgimento nel raggiungimento degli obiettivi dell'UOC sia in termini professionali che temporali	0-15%		
7	Approccio nei confronti delle innovazioni tecnologiche e procedurali	0-5%		

	Obiettivi qualitativi e comportamentali	Peso attribuibile	Autovalutazione	Valutazione
1	Grado di appropriatezza degli interventi e delle prestazioni finalizzato al miglioramento della qualità	0-10%		
2	Utilizzo appropriato risorse	0-10%		
3	Capacità organizzativa riferita alla propria attività e alle funzioni assegnate	0-10%		
4	Rispetto orario di lavoro	0-5%		
5	Relazione con l'utenza interna ed esterna	0-5%		
6	Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre strutture	0-5%		
7	Disponibilità alla interscambiabilità operativa (disponibilità al cambio o supplenza nei turni di servizio)	0-5%		

Data

Il Dirigente

Il Direttore

[Handwritten signatures and initials]



Regione Calabria Azienda Ospedaliera "Bianchi - Melacrino - Morelli"
Reggio Calabria

Scheda di Valutazione Dirigenti Amministrativi

Dipartimento	
Direttore UOC	
Unità Operativa Complessa	
Dirigente amministrativo	
Periodo di riferimento	

	Obiettivi	Peso attribuibile	Valutazione
1	Livello di interesse alla formazione permanente	0-20%	
2	Coinvolgimento del raggiungimento degli obiettivi dell'UOC di appartenenza	0-20%	
3	Rispetto dell'orario di lavoro ed approccio e rispetto delle procedure organizzative interne	0-20%	
4	Capacità organizzativa riferita alla propria attività ed alle funzioni assegnate e disponibilità all'interscambio o supplenza in altri Settori.	0-20%	
5	Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre Strutture	0-20%	

Eventuali contestazioni e/o note

Data

Il Dirigente

Il Direttore

[Handwritten signatures and initials]



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Coordinatore Tecnico Dipartimentale (P.O.)

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

		Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
		Min/Max	
a)	Coinvolgimento, attraverso riunioni periodiche, di tutti i tecnici afferenti al dipartimento, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi dipartimentali ed al consolidamento dello spirito di collaborazione e di gruppo che contribuisca a migliorare l'efficienza dei servizi erogati.	0 - 30	
b)	Collaborazione assidua con i coordinatori infermieristici degli altri Dipartimenti per aumentare nella routine e nell'emergenza l'efficacia della risposta diagnostica, concordando, previo parere favorevole dei C.D., percorsi diagnostici agili, finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa per la routine e alla riduzione dei tempi nell'esecuzione degli esami diagnostici per l'emergenza.	0 - 30	
c)	Promozione di programmi coordinati di formazione e ricerca.	0 - 25	
d)	Registro per la verifica dei controlli di qualità delle prestazioni erogate dalle varie diagnostiche	0 - 15	

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Coordinatore Infermieristico Dipartimentale (P.O.)

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI	Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
	Min/Max	
a) Coinvolgimento, attraverso riunioni periodiche, di tutti i tecnici afferenti al dipartimento, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi dipartimentali ed al consolidamento dello spirito di collaborazione e di gruppo che contribuisca a migliorare l'efficienza dei servizi erogati.	0 - 30	
b) Collaborazione costante sia con i coordinatori infermieristici degli altri Dipartimenti sia con il coordinatore tecnico del Dipartimento dei Servizi rispettivamente per migliorare nei tempi e nella qualità gli interventi su patologie polivalenti.	0 - 30	
c) Promozione di programmi coordinati di formazione e ricerca.	0 - 25	
d) Verifica dell'attuazione nelle varie UU.OO.CC. di protocolli nella routine e nell'emergenza per garantire una pronta ed efficace prestazione diagnostica attribuendo priorità d'interventi e percorsi diagnostici agili al fine di rispettare i tempi di degenza media.	0 - 15	

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



**REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI**

Scheda di valutazione Capo Sala

Unità Operativa

Dipendente sig./sig.ra

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI	Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
	Min/Max	
a) Emanazione di disposizioni e procedure organizzative interne inerenti i turni di lavoro.	0 - 10	
b) Controllo dei consumi dei farmaci e materiale sanitario (attraverso la corretta tenuta dei registri di carico e scarico)	0 - 15	
c) Approccio nei confronti delle innovazioni tecnologiche e procedurali	0 - 10	
d) Corretta gestione delle risorse umane finalizzata alla qualità del ciclo operativo in collaborazione con il Responsabile dell'U.O.C.	0 - 10	
e) Redazione nella routine ed emergenza di protocolli atti a garantire una pronta ed efficace prestazione diagnostica e terapeutica finalizzata al rispetto dei tempi di degenza media	0 - 10	
OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI		
a) Rispetto orario di lavoro	0 - 10	
b) Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre UU.OO.CC.	0 - 15	
c) Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria	0 - 10	
d) Verifica del Customer Satisfaction nei pazienti con particolare attenzione al rapporto umano e professionale degli infermieri.	0 - 10	

Il Coordinatore Dipartimentale

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Infermieri

Unità Operativa

Dipendente sig./sig.ra

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI	Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
	Min/Max	
a) Congruo impiego del materiale consumabile	0 - 10	
b) Rispetto delle disposizioni e procedure organizzative interne in relazione a turni di lavoro.	0 - 10	
c) Approccio nei confronti delle innovazioni tecnologiche e procedurali	0 - 10	
d) Rispetto dell'orario di lavoro.	0 - 10	
e) Osservanza ed attuazione dei protocolli diagnostici e terapeutici da applicare, sia nella routine come nella emergenza.	0 - 10	
OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI		
a) Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre UU.OO.CC.	0 - 15	
b) Disponibilità alle interscambiabilità operative (disponibilità al cambio o supplenza nei turni di servizio) e disponibilità allo spostamento in altre UU.OO.CC. Per motivi legati alla carenza di personale previo parere dei rispettivi Direttori di U.O.C.	0 - 15	
c) Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria	0 - 10	
d) Approccio umano e professionale nei confronti dei pazienti.	0 - 10	

Il Coordinatore

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Tecnici di Radiologia

Unità Operativa

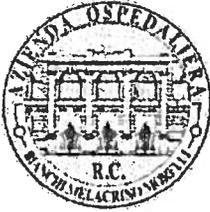
Dipendente sig./sig.ra

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI	Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
	Min/Max	
a) Nell'emergenza: capacità organizzative e rapidità di esecuzione	0 - 10	
b) Rispetto delle disposizioni e procedure organizzative interne.	0 - 10	
c) Rispetto dell'orario di lavoro.	0 - 10	
d) Attuazione in collaborazione con la Fisica Sanitaria dei controlli di qualità sulle apparecchiature in dotazione.	0 - 10	
e) Capacità di utilizzazione di tutte le apparecchiature presenti dimostrando professionalità anche nell'approccio alle innovazioni tecnologiche.	0 - 10	
OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI		
a) Mantenimento di relazioni funzionali con colleghi e collaboratori	0 - 20	
b) Disponibilità all'interscambiabilità operativa nell'ambito di tutte le UU.OO.CC. afferenti alle Diagnostiche per immagini soprattutto nelle supplenze dei turni di servizio anche in caso di improvvisa indisponibilità del titolare di turno.	0 - 20	
c) Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria	0 - 5	
d) Attenzione alla manutenzione giornaliera e periodiche della manutenzione delle strumentazioni in dotazione.	0 - 5	

Il Coordinatore

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



**REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI**

Scheda di valutazione Tecnici di Laboratorio

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI	Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
	Min/Max	
a) Corretta utilizzazione dei reattivi rispetto ai numeri dei test richiesti, finalizzata all'azzeramento degli sprechi.	0 - 15	
b) Rispetto dell'orario di lavoro	0 - 10	
c) Capacità di utilizzazione di tutte le apparecchiature presenti nei vari settori di laboratorio dimostrando professionalità anche nell'approccio alle innovazioni tecnologiche e procedurali	0 - 15	
d) Attenzione alla manutenzione. rispetto delle procedure inerenti i controlli di qualità.	0 - 10	
e) Capacità di utilizzazione di tutte le apparecchiature presenti dimostrando professionalità anche nell'approccio alle innovazioni tecnologiche		
OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI		
a) Mantenimento di relazioni funzionali con colleghi e collaboratori	0 - 15	
b) Disponibilità all'interscambiabilità operativa nell'ambito di tutte le UU.OO.CC. Afferenti ai Laboratori soprattutto nelle supplenze dei turni di servizio anche in caso di improvvisa indisponibilità del titolare di turno	0 - 15	
c) Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria	0 - 5	
d) Massima attenzione ai controlli delle tecnologie finalizzate alla qualità delle prestazioni.	0 - 5	
e) Attenzione alla manutenzione delle strumentazioni.	0 - 10	

Il Coordinatore

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Personale Amministrativo / Tecnico
Titolare di posizione organizzativa

Obiettivi anno _____

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI	Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
	Min/Max	
a) Capacità di orientare i collaboratori verso i risultati stimolando la responsabilizzazione e la partecipazione, dimostrando disponibilità nell'eventualità di necessità di interscambiabilità in altre U.O.C.. Capacità di generare un clima organizzativo favorevole mantenendo elevate le motivazioni e il senso di appartenenza all'interno del gruppo di lavoro.	0 - 25	
b) Capacità di ascolto e di comprensione verso le esigenze delle altri componenti del sistema, offrendo disponibilità a collaborare mettendo a disposizione esperienza amministrativa, conoscenze anche in campo informatico, accettando il confronto ed il lavoro di gruppo.	0 - 25	
c) Attivazione di procedure inerenti al proprio incarico, finalizzate all'efficienza e alla fluidità dell'azione amministrativa ed al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'U.O.C. di appartenenza.	0 - 25	
d) Partecipazione a tutte le azioni formative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria, finalizzate all'aggiornamento e al miglioramento delle professionalità precipue dell'incarico assegnato.	0 - 25	

Eventuali contestazioni e/o note

Il Direttore U.O.C.

Il Direttore Dipartimento

Il Dipendente per Presa Visione



REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA
BIANCHI MELACRINO MORELLI

Scheda di valutazione Personale del comparto Amministrativo e Tecnico

Obiettivi anno _____

Unità Operativa _____

Dipendente sig./sig.ra _____

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI PRESTAZIONALI	Valutazione max 100	Punteggio Assegnato
	Min/Max	
a) Predisposizione alla collaborazione riferita alla propria attività ed alle funzioni assegnate	0 - 20	
b) Disponibilità all'interscambio e/o in attività proprie o simili secondo principi di flessibilità	0 - 15	
c) Rispetto dell'orario di lavoro, delle disposizioni e procedure organizzative	0 - 20	
d) Capacità di attuazione, nell'ambito dei compiti assegnati, alle procedure di informatizzazione aziendale di pertinenza dell'Ufficio e/o della Struttura di appartenenza	0 - 20	
e) Disponibilità a partecipare a tutte le azioni formative ed innovative organizzate dall'Azienda nell'ambito della formazione obbligatoria e in generale	0 - 10	
f) Relazioni funzionali con i colleghi anche di altre UU.OO. e con l'utenza in generale secondo umanità ed etica	0 - 15	

Il Coordinatore

Il Direttore U.O.C.

Il Dipendente per Presa Visione

IL FULL COSTING:
IL RIBALTAMENTO DEI COSTI INDIRECTI
Descrizione

Premessa:

La contabilità analitica per centri di costo, da parte delle Aziende Sanitarie, è stata resa obbligatoria dal D. Lgs 502/92 e ribadita dall'Intesa Stato Regione del 23/03/2005 art. 3 comma 7 che recita così: "le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna Azienda Sanitaria".

Si precisa, altresì, che per contabilità analitica si intende un complesso di rilevazioni sistematiche, a periodicità tri-semestrale ed annuale, volte alla determinazione dei costi, dei ricavi e dei risultati analitici complessivi di tutti i centri di costo aziendali finalizzate anche alle valutazioni dirigenziali e del Comparto.

Si sottolinea che elemento indispensabile per poter implementare un sistema di contabilità analitica è l'esistenza di procedure e tecnologie informatiche adeguate, per efficienza ed attendibilità al fine di consentirne l'attuazione.

E' evidente che sarebbe fondamentale e necessaria la presenza di uno schema regionale di riferimento unico sia per le ASP sia per Aziende Ospedaliere che abbia lo scopo di assicurare omogeneità delle rilevazioni contabili, dei driver e dei metodi di ripartizione e allocazione soprattutto dei costi indiretti (ribaltamento) garantendo una completa e reale pesatura dei centri di costo.

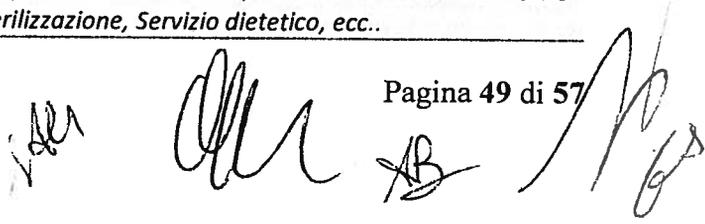
In assenza quindi di linee guida regionali la nostra Azienda deve, ai fini della realizzazione del full costing, adottare propri sistemi di misurazione soprattutto dell'attribuzione e l'allocazione dei costi indiretti e quindi dei conseguenti ricavi, che, comunque, non potranno prescindere dagli orientamenti, peraltro quasi uniformi, delle altre Regioni che già da anni hanno applicato e redatto il Piano dei Centri di costo

Il punto di partenza è la classificazione e connotazione dei centri di costo e della formazione dei costi e ricavi delle singole UU.OO.CC.

All'uopo si riportano n. 2 tabelle:

CLASSIFICAZIONE CENTRI DI COSTO (Tab. n. 1)

Finali	<i>Centri che erogano prestazioni di tipo sanitario direttamente all'utente finale (paziente ricoverato) es. Reparti</i>
Intermedi	<i>Centri che erogano prestazioni diagnostiche terapeutiche sia ai centri finali che direttamente all'utente esterno (Servizi di diagnostica per immagine, di Laboratorio, ecc...)</i>
Di supporto sanitario e non	<i>Sono Unità Operative che erogano prestazioni di natura sanitaria e non ad altri centri di costo come avviene nel caso dei servizi generali (Elettricità, Lavanderia, servizi alberghieri - Cucina, ecc.), servizi di supporto non sanitario (Direzione generale, servizi amministrativi, tecnici, ecc.), servizi di supporto sanitario (Anestesia, Terapia Intensiva generale/Rianimazione) e dedicate (UTIC, Terapia Intensiva Neonatale), Radioterapia, Fisica Sanitaria, Farmacia con Laboratorio preparazione chemioterapici, Sterilizzazione, Servizio dietetico, ecc..</i>



FORMAZIONE DEI COSTI E DEI RICAVI (Tab. n. 2)

COSTI INDIRETTI:

Da Centri di supporto non sanitario (Generali - Alberghieri) *Alberghieri, CUP, Riscaldamento, Energia elettrica, Pulizia, Gestione rifiuti, Utenze telefoniche, Vigilanza armata, Buoni pasto, Lavanderia, ecc..*

Da prestazioni dei servizi di supporto sanitario (Generali si struttura) *Anestesia, Rianimazione, Fisica Sanitaria, Radioterapia, Farmacia, ecc...*

Da prestazioni dei servizi di Centri di costo intermedi *Prestazioni diagnostiche di laboratorio, Radiologia, Anatomia PATOLOGIC, Medicina Nucleare, SSD Citologia, SSD Tipizzazione Tissutale, ecc..*

Da ribaltamenti passivi *Consulenze e prestazioni diagnostiche ricevute dalle altre UU.OO.CC (centri di costo finali)*

COSTI DIRETTI:

Prodotti farmaceutici, materiali diagnostici e prodotti chimici, presidi chirurgici e materiale sanitario, materiali protesici, personale (ruolo sanitario, tecnico e amministrativo)

RICAVI:

Da produttività in regime di ricovero ed attività ambulatoriale *DRG Ordinario, DRG DH/Day service, Attività Ambulatoriale per utenti esterni*

Da ribaltamenti attivi *Consulenze e prestazioni diagnostiche interne erogate tra centri di costo finali (Reparti).*

Da quanto evidenziato, si comprende come sia necessario ed ambizioso pervenire alla definizione del costo pieno di prodotto per ogni UOC attraverso l'individuazione oltre che dei costi direttamente attribuibili ad ogni CDC, della quota dei costi indiretti che possono e devono essere ragionevolmente allocati nella varie UU.OO.CC.

Però, mentre per i costi diretti l'attribuzione ai diversi CDC è semplice, per i costi indiretti occorre impostare un sistema di ribaltamento che permetta di configurare il full costing.

Infatti, la configurazione del costo pieno per ogni UOC è la più idonea misurazione volta ad effettuare valutazioni sui livelli di prestazioni prodotti dal momento che consente di rilevare la capacità di assorbimento di tutte le risorse impegnate in tutto il processo produttivo. Questo metodo contemporaneamente consente di redigere la valutazione circa l'efficienza delle singole UU.OO.CC.

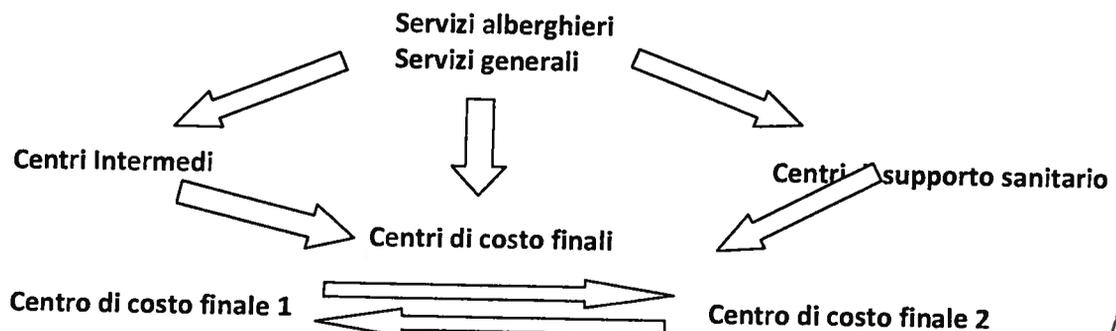
La realizzazione del full costing si ottiene applicando sui costi indiretti la tipologia del ribaltamento "a cascata", che è un procedimento che consente di giungere ad una configurazione per cui sui CDC finali si ribaltano i costi relativi alle prestazioni fornite da altri centri erogatori (CDC di supporti non sanitario e sanitario, CDC intermedi).

(vedi tabella)

RIALTAMENTO COSTI INDIRETTI

METODO "A CASCATA"

Centri di supporto non sanitario:



Handwritten signatures and initials: "see", "AB", and other illegible marks.

Consulenze tra Reparti

Ribaltamento attivo/passivo

Il ribaltamento dei costi a cascata è unidirezionale per cui i CDC una volta ribaltati, non possono a loro volta ricevere quote di ribaltamento; cioè la tecnica di imputazione a cascata non consente di fare imputazioni di costo a ritroso.

Al fine, quindi, di rendere semplice e più verosimile possibile l'attuazione del full costing e quindi l'attribuzione dei costi indiretti occorre per ogni UOC conformare uno schema dove si segnala, per ciascuna tipologia di costo da allocare le specifiche del ribaltamento per come appresso indicato (vedi tabella):

Tipologia:	E' il CDC da ribaltare in cui si sta descrivendo la procedura di ribaltamento
Driver adottabile	Parametro da utilizzare che misura l'attività prestata dal CDC in favore di altri CDC: un maggiore o minore valore del driver di ribaltamento comporta, una maggiore o minore quota di costi indiretti
Conto ricevente	Specifica il conto (classificato tra le diverse tipologie di costo indiretto) all'interno del conto economico del Centro su cui lo scarico del costo indiretto del servizio in questione deve essere allocato
Centro di destinazione	Indica l'unità operativa in cui viene allocato il costo indiretto

Tale tabella dovrà essere utilizzato per ogni CDC da ribaltare.

I driver di ribaltamento cambiano in base alla tipologia del CDC; infatti quelli classificati di supporto non sanitario e sanitario sono di volta in volta diversi a seconda delle caratteristiche delle prestazioni del centro in esame, mentre per i CDC intermedi (centri diagnostici – terapeutici) il driver è unico e nella fattispecie, a nostro avviso, deve essere individuato per la nostra azienda nel **TRANSFER PRICE**, ossia nel metodo del trasferimento del prezzo che comporta la seguente metodologia operativa:

1. abbattimento di tutti i prezzi concernenti le prestazioni diagnostiche e terapeutiche del tariffario nazionale o regionale (quello utilizzato per gli ambulatoriali esterni), a nostro avviso, del 50%;
2. quantificazione del numero e del costo totale delle prestazioni richieste ed effettuate dalle singole UU.OO.CC. relative alle diagnostiche erogatrici;
3. scarico del costo totale delle prestazioni eseguite dal CDC intermedio al CDC (erogatore delle stesse – conto ricevente) al centro di destinazione.

La proposta di abbattimento del tariffario di cui sopra deve essere concordata attraverso valutazioni negoziate sia con i servizi erogatori sia con gli organi di direzione strategica che comunque tengano conto dei pesi delle prestazioni ossia del grado di impiego di risorse (personale, materiale di consumo, ammortamento delle tecnologie, ecc..) di ogni servizio o centro erogatore.

Quanto esposto ci consente di stabilire, elencare e quindi ratificare le varie tabelle dei Centri di Costo (erogatori di prestazioni) seguendo il metodo a "cascata", dove sono indicati per ciascuna tipologie di costo da allocare, secondo la logica del Full costing aziendale, le specifiche di ribaltamento i driver adottabili ed i centri destinazione.

Si inizia quindi secondo la seguente sequenza:

- A) Centri di costo di supporto non sanitario:
 - A1) Generali Alberghieri
 - A2) Generali di Struttura
- B) Centri di costo di supporto sanitari
- C) Centro di costo intermedi (diagnostici terapeutici)
- D) Centri di costo finali



A) SERVIZI DI SUPPORTO NON SANITARIO

Il costo indiretto per i Centri di supporto non sanitario viene desunto utilizzando il driver che stabilisce, in percentuale, la quantità di prestazioni che il centro in esame eroga ad ogni singolo Centro "a valle" rispetto al totale delle prestazioni erogate. Successivamente, per trasformare in costo le attività svolte dal centro di supporto non sanitario in esame, occorre applicare ed utilizzare la stessa percentuale trasferendola sul costo totale dello stesso servizio erogatore.

A1) SERVIZI ALBERGHIERI

ACCETTAZIONE RICOVERI

Tipologia: servizi alberghieri

Driver di ribaltamento: numero dei ricoveri

Conto ricevente: Servizi alberghieri: accettazione ricoveri

CdC di destinazione: reparti (UU.OO.CC)

CENTRALE TERMICA/RISCALDAMENTO

Tipologia: servizi alberghieri

Driver di ribaltamento: volumi occupati (metri cubi): questa sarebbe la scelta ottimale; in alternativa, è possibile utilizzare le superfici occupate (metri quadrati)

Conto ricevente: Centrale termica

CdC di destinazione: tutti centri "a valle"

CENTRALE ELETTRICA

Tipologia: servizi alberghieri

Driver di ribaltamento: volumi occupati (metri cubi): questa sarebbe la scelta ottimale; in alternativa, è possibile utilizzare le superfici occupate (metri quadrati)

Conto ricevente: Servizi alberghieri: centrale elettrica

CdC di destinazione: tutti centri "a valle"

CENTRALINO E TELEFONO

Tipologia: servizi alberghieri

Driver di ribaltamento: numero di scatti telefonici: sarebbe l'unico driver che consenta una corretta ripartizione dei costi, ma è raramente disponibile.

n. dipendenti : è una possibile alternativa, anche se presuppone un utilizzo non differenziato del telefono da parte del personale.

Conto ricevente: Servizi alberghieri: centralino

CdC di destinazione: tutti i centri "a valle"

CUCINE E MENSA

Tipologia: servizi alberghieri

Driver di ribaltamento

Numero di pasti e/o buoni pasto erogati a dipendenti ed a pazienti ricoverati: è il driver più adatto in quanto connesso alla destinazione funzionale dell'UO: si parte dall'assunto che ogni dipendente del comparto sanitario riceve tre buoni pasto a settimana, ogni dipendente del comparto amministrativo e i dirigenti (sanitari ed amministrativi) ne ricevono due, e che per ogni giornata di degenza il paziente usufruisce di una giornata alimentare (colazione, pranzo, cena).

Conto ricevente: Servizi alberghieri: cucina e mensa

CdC di destinazione: tutti i centri "a valle"

CUP e CASSA

Tipologia: servizi alberghieri

Driver di ribaltamento: numero di pazienti accettati: con questo driver è possibile ripartire l'attività di prenotazione, accettazione e pagamento ticket effettuata sulla base dei pazienti che effettivamente hanno usufruito dei servizi diagnostici.

Conto ricevente: Servizi alberghieri: Cup e Cassa

CdC di destinazione: servizi diagnostici e reparti.

LAVANDERIA E GUARDAROBA

Tipologia: servizi alberghieri;

Driver di ribaltamento:

1. Kg di biancheria. È sicuramente il driver migliore per il ribaltamento dei questo costo:tuttavia occorre che il dato sia sempre disponibile;
2. numero di capi lavati: può essere utilizzato in alternativa al precedente;
3. giornate di degenza: offre il vantaggio di essere sempre disponibile ma lascia fuori ribaltamento tutti quei servizi (quali ad esempio le sale operatorie) cui non è possibile attribuire giornate di degenza.

Conto ricevente: Servizi alberghieri: Lavanderia e guardaroba

CdC di destinazione: tutti i centri "a valle"

PULIZIE

Tipologia: servizi alberghieri;

Driver di ribaltamento: superfici pulite (metri quadrati)

Conto ricevente: Servizi alberghieri: Pulizie

CdC di destinazione: tutti i centri "a valle"

B) SERVIZI DI SUPPORTO SANITARI

Prima di redigere le tabelle di ribaltamento dei costi indiretti di questo importante gruppo di servizi, occorre introdurre l'argomento sulle cosiddette "funzioni (attività) non tariffabili" che rappresentano una voce importante del bilancio aziendale finalizzata alla copertura e quindi al relativo finanziamento di alcune attività di vitale importanza strategica per l'Azienda Ospedaliera, i cui costi non possono essere ribaltati ad alcun centro:

(A) o per motivi deontologici dal momento che vengono attuate funzioni salvavita (vedi Terapie intensive)

(B) o per difficoltà di individuazione, per alcuni centri di supporto sanitari, di driver di ribaltamento plausibili ed equilibrati (vedi Farmacia-Fisica Sanitaria, etc.), anche per mancanza di un tariffario predefinito di riferimento delle prestazioni.

TERAPIA INTENSIVA GENERALE (RIANIMAZIONE)

Tipologia: servizi di SUPPORTO SANITARI

Driver di ribaltamento: numero di gg di degenza in rianimazione

Conto ricevente: rianimazione

CdC di destinazione: attività /funzioni non tariffabili

TERAPIE INTENSIVE DEDICATE: UTIC - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Tipologia: servizi di SUPPORTO SANITARI

Driver di ribaltamento: essendo questa unità dedicate e peculiari della Cardiologi e della Neonatologia i costi delle degenze, pur conteggiate separatamente, dovrebbero essere interamente attribuite al reparto di appartenenza e/o ricevere copertura dal conto attività non tariffabili.

Conto ricevente: servizi di supporto sanitari: terapie intensive dedicate

CdC di destinazione: attività non tariffabili

FARMACIA

Tipologia: servizi di SUPPORTO SANITARI

Driver di ribaltamento: per quanto concerne la Farmacia occorre dire che questa UOC effettivamente non possiede ricavi per cui come già espresso nelle considerazioni per il monitoraggio trimestrale e semestrale, la valutazione della sua attività è misurabile sia dalla relazione annuale redatta dal Direttore dell'UOC sia dal grado di efficienza ed efficacia nell'azione di distribuzione dei farmaci e dei materiali sanitari, evidenziabile dal grado di customer satisfaction da parte dei Primari delle UOC. D'altronde i costi della farmacia sono esclusivamente diretti, infatti a parte i farmaci e i numerosi materiali sanitari, che invece rappresentato costi diretti per ogni UOC, si riducono esclusivamente al personale, per cui i costi devono essere allocati nella voce di bilancio delle "funzioni (attività) non tariffabili" per mancanza di un tariffario predefinito delle prestazioni.

Conto ricevente: servizi di supporto sanitari: farmacia

CdC di destinazione: attività non tariffabili

FISICA SANITARIA**Tipologia:** servizi di SUPPORTO SANITARI**Driver di ribaltamento:** non è possibile identificare un parametro di ribaltamento per mancanza di tariffario circa la prestazioni effettuate.**Conto ricevente:** servizi di supporto sanitari: fisica sanitaria**CdC di destinazione:** attività /funzioni non tariffabili**STERILIZZAZIONE****Tipologia:** servizi di SUPPORTO SANITARI**Driver di ribaltamento:** Percentuali stimate: la stima della percentuale del servizio viene fornita dal Responsabile del Servizio stesso facendo riferimento all'attività della UOC usufruttuaria, per cui in base alla pesatura della attività si distribuisce il costo totale (personale più consumabili) in percentuale sui vari centri (vedi considerazione preliminare dei servizi di supporto non sanitario)**Conto ricevente:** servizi di supporto sanitari: sterilizzazione**CdC di destinazione:** reparti, centri diagnostici terapeutici (intermedi) e di supporto sanitari**SERVIZIO DIETETICO****Tipologia:** servizi di SUPPORTO SANITARI**Driver di ribaltamento:** Vedi Sterilizzazione**Conto ricevente:** servizi di supporto sanitari: servizio dietetico**CdC di destinazione:** reparti**SERVIZIO DI ANESTESIA****Tipologia:** servizi di SUPPORTO SANITARI**Driver di ribaltamento:** ore di turno degli anestesisti + ore di chiamata di pronta disponibilità e d'urgenze. Il costo complessivo del personale anestesista deve essere ripartito sui centri i cui prestano attività in funzione della relativa turnistica, tenendo anche conto delle chiamate di pronta disponibilità per urgenze operatorie. Questo è l'unico driver possibile dal momento che non esiste un tariffario applicabile per l'assistenza anestesiologicala ne sarebbe plausibile desumere il costo delle prestazioni come percentuale del ricavo del DRG. Per questo è più opportuno che le UOC chirurgiche in base al peso delle prestazione anestesiologicalhe determinate dalla durata degli interventi e quindi dalla complessità degli stessi e dal numero di ore impegnate nell'assistenza di routine e di emergenza, coprano i costi di uno o più dirigenti e/o infermieri come se fossero, anche se in maniera virtuale, in pianta organica nelle UU.OO.CC. in cui operano.**Conto ricevente:** centri di supporto sanitari: anestesia**CdC di destinazione:** UU.OO.CC. Chirurgiche ed altre dove è richiesta la prestazione di anestesia.Handwritten signatures and initials in black ink, including a large signature at the top, and initials 'AB' and 'C' below it.

**CENTRI DI COSTI INTERMEDI
(DIAGNOSTICO- TERAPEUDICI)**

RADIOLOGIE	MEDICINE NUCLEARE	LABORATORI
Tipologia: servizi INTERMEDI Driver di ribaltamento: "TRANSFER PRICE" Conto ricevente: <ul style="list-style-type: none">• RADIOLOGIE• MEDICINA NUCLEARE• LABORATORI• ANATOMIA PATOLOGICA• SSD CITOLOGIA• SSD CENTRO DI TIPIZZAZIONE TISSUTALE CdC di destinazione: CENTRI DI COSTI FINALI/REPARTI		

CENTRO DI COSTO FINALI

Si coglie l'occasione per proporre che anche i costi per le terapie molto complesse effettuate con farmaci derivanti da nuove tecnologie (farmaci biologici) inseriti nel file F, compresi i farmaci orfani e "off label", utilizzati "quad valetudinem", da alcune UU.OO.CC. (centri di costo finali afferenti al Dipartimento Emato-oncologico ed altre UU.OO.CC. come Malattie Infettive e Neurologia, ecc.) trovino copertura nella voce di bilancio "funzioni (attività) non tariffabili", alleggerendo così i costi dei Drg e consentendo di ridurre il gap costi-ricavi. E' evidente che applicando queste procedure alle varie UU.OO.CC. interessate si alleggerirebbero i costi dei Drg e contemporaneamente si consentirebbe una valutazione più veritiera che metterebbe in evidenza la maggiore o minore efficienza e produttività delle stesse. Stesso discorso vale per il Centro Trapianti, e per il Centro Trasfusionale, soprattutto per la procedura NAT (diagnostica per HCV, HBV ed HIV) finalizzata alla sicurezza trasfusionale di sangue e derivati.

REPARTI

Anche i reparti, sebbene siano considerati centri finali tout court, possono essere interessati al processo di ribaltamento se attuano consulenze o prestazioni diagnostiche per pazienti di altri reparti

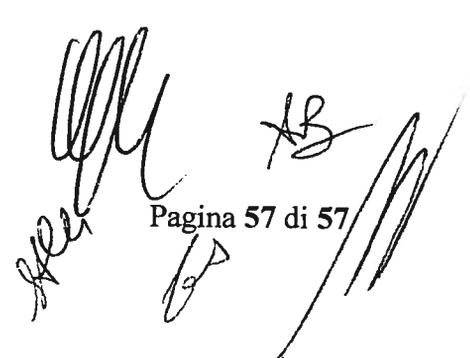
Tipologia: prestazioni (consulenze o diagnostiche) per interni di altre UOC

Driver di ribaltamento: "TRANSFER PRICE"

Conto ricevente: costi indiretti da reparti

CdC di destinazione: REPARTI – RIANIMAZIONE – PRONTO SOCCORSO

Tale ribaltamento è subordinato all'attivazione di un'applicazione informatica dedicata.


Pagina 57 di 57



Azienda Ospedaliera

BIANCHI MELACRINO MORELLI

Reggio Calabria

Sede legale: Via Prov.le Spirito Santo, 24, Pal. Gangeri

Tel.: 0965/397705 - Fax: 0965/21726 -

Email: direzione.generale@ospedalerc.it

P. IVA: 01367190806

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'
(2013 - 2015)**

Prima attuazione Legge 06/11/2012 n. 190

**"...Perché dal peccato si può essere perdonati,
dalla corruzione no: se ne deve guarire,
proprio come da un male..."**

**Jorge Mario Bergoglio Buenos Aires, 2005
da "Guarire dalla corruzione" Editrice missionaria italiana**

Piano di Prevenzione della corruzione

Il presente piano si propone, nel dare attuazione agli obblighi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.", di costituire lo strumento adottato dall'Azienda Ospedaliera "Bianchi - Melacrino - Morelli" di Reggio Calabria per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo.

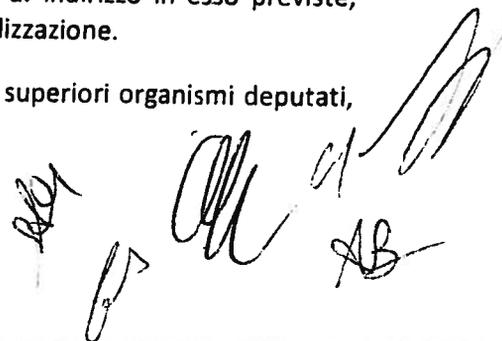
Esso accoglie il concetto di corruzione in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie della fattispecie penalistica e di quella disciplinata dall'art. 2635 c.c. e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I-II, del codice penale, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Il suo fine è quello di prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla citata normativa, il fenomeno dell'illegalità consistente nello sviamento di potere per fini illeciti mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiornamento fraudolento delle norme e, più in generale, lo sviamento delle funzioni pubbliche.

Nella fase di prima attuazione della normativa il presente documento è inteso come strumento a valenza triennale, il quale, mediante un crono programma contenuto nel medesimo periodo temporale, sia atto a fungere da linea guida per la costituzione all'interno dell'Azienda Ospedaliera di una sinergica organizzazione finalizzata agli scopi predetti, così che quanto in esso programmato si trasformi in attività permanente organizzata a valenza aziendale.

Il presente Piano ha valenza provvisoria e viene predisposto nell'attuale vacanza delle decretazioni implementative come previste nella legge n. 190/2012 e nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1/2013 e pertanto, fatti salvi i capisaldi di principio e le linee di indirizzo in esso previste, indicherà la cronologia attuativa delle attività che presuppongono alla sua realizzazione.

Il Piano stesso verrà definito successivamente con le direttive, impartite dai superiori organismi deputati, che si susseguiranno nella loro emanazione.

The bottom right corner of the page contains several handwritten signatures and initials. There are approximately five distinct marks, including what appears to be a large signature, a smaller signature, and several sets of initials or abbreviations.

Introduzione

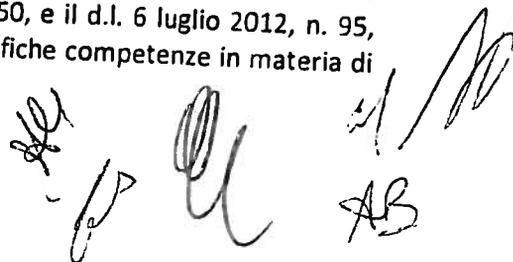
Per quanto sopra esposto si anticipano schematicamente le materie che saranno oggetto del presente piano e della conseguente attività dallo stesso scaturente:

In ambito regolamentare:

- a. Piano di Organizzazione Aziendale;
- b. Esame ed attualizzazione permanente del Codice etico vigente e delle linee guida sul comportamento di contrasto alla corruzione;
- c. Esame ed attualizzazione periodica del Piano delle Performance in collegamento con il presente Piano;
- d. Esame ed attualizzazione permanente del Piano della Trasparenza in collegamento con il presente Piano;

In ambito attuativo:

- a. Esame dell'organizzazione aziendale nell'ottica della finalità della normativa in argomento;
- b. Rilevazione, istituzione e aggiornamento delle procedure;
- c. Rilevazione, istituzione e aggiornamento dei protocolli;
- d. Individuazione delle aree a rischio;
- e. Valutazione del rischio;
- f. Conseguente aggiornamento e adeguamento delle procedure e dei protocolli;
- g. Manutenzione delle procedure e dei protocolli e del presente Piano;
- h. Procedure di comunicazione dei fatti illeciti, di segnalazione dei fatti anomali e procedure di reazione;
- i. Indirizzi ed istruzioni, con modalità dettagliate, da parte della Direzione affinché tutte le unità organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione della corruzione per l'attuazione del Piano;
- j. Sistemi sinergici di comunicazioni finalizzate all'assolvimento degli obblighi correlati alle funzioni dei dirigenti di livello generale in tema di prevenzione della corruzione introdotti dalle modifiche al testo dell'art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, di cui al d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, e il d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in l. n. 135 del 2012, in base al quale sono state introdotte specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including the initials 'AB'.

Infatti i dirigenti di ufficio dirigenziale generale:

"l-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti.

l-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali e' più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo.

l-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali e' più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva."

k. Sanzioni disciplinari;

In ambito organizzativo:

a. Ufficio del Responsabile;

b. Formazione;

c. Audit e test;

d. Sistema dei controlli;

e. Individuazione dei Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione;

f. Gruppi di lavoro interdisciplinari.

g. Procedure di interazione (di primo livello), con OIV, Pianificazione Programmazione e Controllo, Risk Management, Qualità e accreditamento;

h. Procedure di interazione (di secondo livello), con URP, Formazione aziendale, Servizio Prevenzione e Protezione, Sistemi informativi aziendali;

i. Procedure di interazione (di terzo livello) con gli Organismi istituzionali e tecnici di consultazione della Direzione, Servizi di supporto in staff alla Direzione, Strutture aziendali (tutte come definite ed individuate nel Piano di Organizzazione aziendale);

j. Individuazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie a disposizione per l'attuazione.

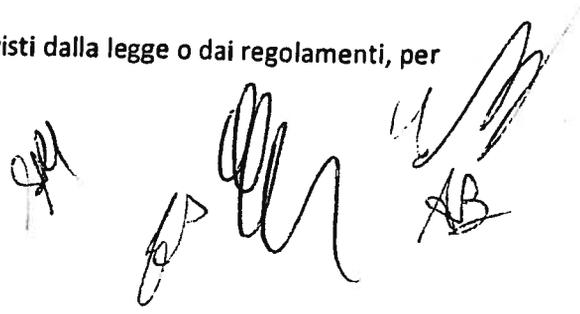
In particolare, comunque, il presente Piano, sulla base di quanto previsto dalla L. 190/2012, dovrà contenere quanto segue:

a) l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali e' più elevato il rischio di corruzione,

b) la previsione, per le attività individuate ai sensi della lettera a), di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;

c) la previsione, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione;

d) la previsione di sistemi di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

The bottom right of the page contains several handwritten signatures and initials. From left to right, there is a small signature, a larger signature, a signature that appears to be 'M', and a signature with the initials 'AB' written below it.

e) la previsione di sistemi di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci ed i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti o i dipendenti dell'amministrazione;

f) l'individuazione di specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Dovrà inoltre prevedere:

a) sistemi di verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché la modifica dello stesso soprattutto quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione o in caso di significative violazioni;

b) sistemi di verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

c) sistemi e procedure di selezione ed individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione con particolare riferimento ai dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;

Programmazione Piano di Organizzazione Aziendale.

Si premette che il caposaldo imprescindibile di tutta l'attività anticorruzione è fissato nel Piano di Organizzazione Aziendale, relativamente al quale sussiste l'impegno della Direzione di mantenerlo aggiornato e di comunicare detti aggiornamenti al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Codice Etico Comportamentale.

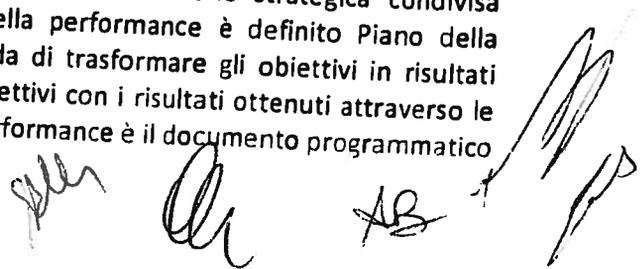
Contiene il complesso delle regole di valore etico cui devono attenersi i dipendenti ed i collaboratori nonché tutti i soggetti che hanno rapporti con l'Azienda nello svolgimento delle attività di competenza ed è basato sui seguenti valori etici, come nello stesso individuati: Legalità, Onestà e correttezza, Centralità della persona, Responsabilità verso la collettività, Riservatezza, Qualità dei servizi, Tutela del patrimonio, Trasparenza degli atti sanitari ed amministrativi, Equità dell'autorità.

Costituisce fonte primaria ed attuativa del Piano di Organizzazione Aziendale e contiene la dichiarazione d'intenti dell'Azienda sui suoi obblighi, i principi inerenti l'amministrazione dell'Azienda, il sistema di comunicazione e di rapporto con gli utenti, con i destinatari e con i terzi.

La sua applicazione è demandata al Comitato di Valutazione apposito e prevede indirizzi per la sua comunicazione, per la formazione ed il sistema sanzionatorio ad esso connesso. È consultabile sul sito internet aziendale e la sua revisione è periodica. La sua contestualizzazione con le norme di contrasto alla corruzione dovrà essere aggiornata entro tre mesi dall'adozione del Piano di Prevenzione definitivo e mantenuta costantemente aggiornata.

Piano delle Performance.

L'Azienda Ospedaliera, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009), intende sviluppare un ciclo della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della missione aziendale e della visione strategica condivisa aziendale. Lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance è definito Piano della Performance. S'intende per Performance la capacità dell'Azienda di trasformare gli obiettivi in risultati attraverso azioni concrete. Misura la capacità di correlare gli obiettivi con i risultati ottenuti attraverso le azioni adottate dalle Strutture/Servizi interessati. Il Piano delle Performance è il documento programmatico



triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della performance stessa. Lo scopo del Piano delle Performance è assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità della sua rappresentazione agli stakeholders individuati (clienti interni/esterni, ASL e Regione Calabria), nonché l'attendibilità della stessa misurazione. Il Piano delle Performance sviluppa dunque quali elementi fondamentali:

- i livelli decisionali (pianificazione strategica, programmazione annuale e obiettivi di gestione) su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;
- le dimensioni rilevanti da monitorare per ogni livello di pianificazione;
- gli indicatori di misurazione relativi ad ogni dimensione.

E' consultabile sul sito internet aziendale e la sua revisione è periodica. La sua contestualizzazione con le norme di contrasto alla corruzione dovrà essere aggiornata entro tre mesi dall'adozione del Piano di Prevenzione definitivo e mantenuta costantemente aggiornata.

Piano della Trasparenza.

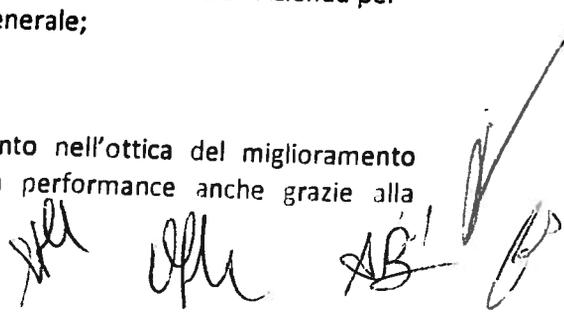
La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico ed i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La trasparenza favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività delle pubbliche amministrazioni ed è funzionale a tre scopi:

- a) sottoporre al controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento;
- b) assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
- c) prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.

In tale direzione, il Piano della Trasparenza si propone di dare attuazione alla disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione sia di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità. Con lo stesso s'intende perciò, garantire un duplice profilo di trasparenza dell'azione amministrativa:

1 - Profilo statico: consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale;

2 - Profilo dinamico: consistente nel monitoraggio ed aggiornamento nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi pubblici: direttamente collegato al ciclo della performance anche grazie alla



partecipazione dei portatori di interesse (stakeholder). L'aggiornamento del Piano della Trasparenza, a seguito della pubblicazione in G.U. del Decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A. dell'anno 2013, nonché la sua contestualizzazione con le norme di contrasto alla corruzione dovrà essere attualizzata entro tre mesi dall'adozione del Piano di Prevenzione definitivo e mantenuta costantemente aggiornata.

Organizzazione aziendale:

Il presente Piano prevede lo sviluppo dell'attività di prevenzione della corruzione in senso trasversale rispetto all'organizzazione aziendale e pertanto tutta la relativa attività, qui di seguito descritta dovrà coinvolgere ogni livello dell'organizzazione aziendale, affinando, sulla base della realizzazione delle attività e scadenze come qui di seguito proposte, le specificità peculiari inerenti ad ogni singolo settore.

Rilevazione delle procedure.

L' Azienda Ospedaliera attiva la rilevazione ed il censimento delle procedure vigenti nell'ambito aziendale, a cura dei singoli Responsabili di Unità operativa di competenza, mediante una sintetica descrizione delle stesse con l'indicazione dei tempi procedurali intermedi e dei tempi di conclusione, con l'indicazione del singolo responsabile per ogni fase procedimentale compresa quella conclusiva, con l'indicazione della forma del provvedimento di definizione e dell'organo competente ad emetterlo. In caso di procedimenti interdisciplinari la rilevazione dovrà essere adempiuta in coordinamento tra le U.O. interessate. La rilevazione sarà avviata entro il 30.06.2014 e le risultanze dovranno pervenire al Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 30.07.2014.

Rilevazione dei protocolli

L' Azienda Ospedaliera attiva la rilevazione ed il censimento dei protocolli operativi riferiti a ciascuna delle procedure vigenti nell'ambito aziendale, a cura dei singoli Responsabili di Unità operativa di competenza. In caso di procedimenti interdisciplinari la rilevazione dovrà essere adempiuta in coordinamento tra le UU.OO. interessate. La rilevazione sarà avviata entro il 30.06.2014 e le risultanze dovranno pervenire al Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 30.07.2014.

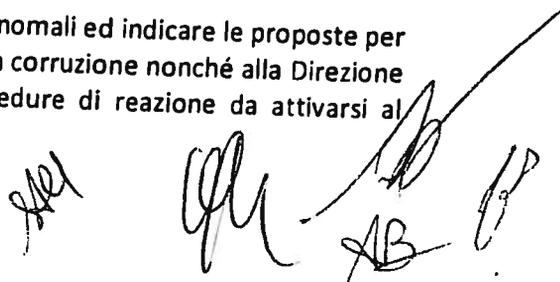
Individuazione delle aree a rischio Valutazione del rischio. Aggiornamento delle procedure e protocolli Manutenzione delle procedure, dei protocolli e del Piano.

Indipendentemente dalle aree a rischio già individuate dalla legge 190/2012, che qui vengono richiamate e confermate, ulteriori eventuali aree a rischio saranno individuate entro il 30.06.2014 in collaborazione con i Responsabili di U.O. Congiuntamente agli stessi ed ai gruppi di lavoro sarà effettuata entro il 30.06.2014 la valutazione del rischio ed il conseguente aggiornamento e adeguamento delle procedure e dei protocolli dovrà essere effettuato e comunicato al Responsabile per la prevenzione della corruzione entro il 15.07.2014.

Conseguentemente alla mappatura delle aree a rischio che contenga l'analisi di ciascun rischio dovrà seguire un'ulteriore analisi che permetta di individuare e valutare eventuali carenze organizzative rispetto ai rischi analizzati. Saranno, pertanto, mantenuti aggiornati: procedure, protocolli ed il presente Piano su iniziativa dei Responsabili di U.O.

Procedure di comunicazione di fatti illeciti, di fatti anomali e procedure di reazione.

E' compito dei Responsabili di U.O. segnalare eventuali fatti illeciti, fatti anomali ed indicare le proposte per attivare le procedure di reazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione nonché alla Direzione strategica. I gruppi di lavoro individuati daranno conferma delle procedure di reazione da attivarsi al riguardo.



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature and the initials 'AB'.

Indirizzi ed istruzioni:

La Direzione strategica impartirà indirizzi ed istruzioni, con modalità dettagliate, affinché tutte le unità organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione della corruzione per l'attuazione del Piano.

Al riguardo saranno oggetto di tali istruzioni anche sistemi sinergici di comunicazioni finalizzate all'assolvimento degli obblighi correlati alle funzioni dei dirigenti di livello generale in tema di prevenzione della corruzione introdotti dalle modifiche al testo dell'art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, di cui al d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, e il d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in l. n. 135 del 2012, in base al quale sono state introdotte specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.

Infatti i dirigenti di ufficio dirigenziale generale:

"l-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti.

l-ter) forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali e' più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo.

l-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali e' più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva."

L'aggiornamento del presente Piano, sulla base degli indirizzi ed istruzioni sopramenzionate dovrà avere le caratteristiche dell'effettività e della dinamicità e deve essere debitamente documentato in modo da garantire la tracciabilità delle valutazioni operate.

Sanzioni disciplinari:

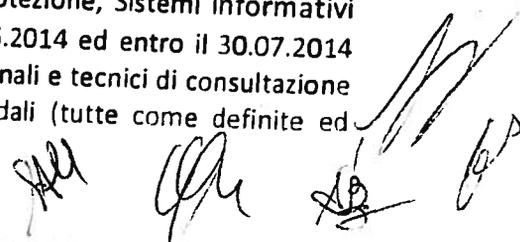
Conseguentemente all'attività collaborativa di cui sopra, potranno essere previste ipotesi di sanzioni disciplinari, specificatamente idonee a sanzionare il mancato rispetto delle regole aziendali sotto il profilo dell'illegalità anche nella prospettiva della prevenzione in funzione deterrente. Ciò in accordo con le OO.SS. aziendali di categoria.

Ufficio del Responsabile della prevenzione della corruzione. Flussi informativi. Sistemi di controllo.

Al riguardo si richiama e si ritrascrive qui tutto quanto previsto in materia nella normativa di cui alla legge 190/2012 e di cui alla circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Lo stesso dovrà procedere alla predisposizione:

a) delle Procedure di interazione (di primo livello), con OIV, Pianificazione Programmazione e Controllo Risk Management, Qualità e accreditamento, mediante la costituzione di un gruppo di lavoro all'uopo predisposto (e costituito dalle medesime) che dovrà essere costituito entro il 30.03.2014 e dovrà definire dette procedure entro il 30.06.2014. Il medesimo gruppo di lavoro definirà le procedure di interazione (di secondo livello), con URP, Formazione aziendale, Servizio Prevenzione e Protezione, Sistemi informativi aziendali, in collaborazione con i medesimi Servizi interessati entro il 30.06.2014 ed entro il 30.07.2014 definirà le procedure di interazione (di terzo livello) con gli Organismi istituzionali e tecnici di consultazione della Direzione, Servizi di supporto in staff alla Direzione, Strutture aziendali (tutte come definite ed



individuare nel Piano di Organizzazione aziendale) previa consultazione degli stessi. Tali procedure di interazione hanno la finalità di definire la metodologia, la tempistica ed i contenuti dei flussi informativi e documentali tra i responsabili di ogni settore ed il Responsabile della prevenzione della corruzione nonché anche verso il gruppo stesso di lavoro e la Direzione aziendale. Salvo ulteriore implementazione nonché eventuali correttivi scaturenti dall'attività sopradescritta, nell'ambito dei flussi informativi tra i Responsabili di U.O. , la Direzione ed il Responsabile della prevenzione della corruzione, sono previste le linee di riporto seguenti :

- continuativa nell'ambito dell'informativa sull'esercizio delle deleghe conferite;
- almeno semestrale, relativamente all'attività svolta, mediante segnalazione statistica e comunicazione dell'esito delle verifiche sulla stessa;
- immediata, ove risultino accertati fatti di particolare significatività;

inoltre:

- ciascun Responsabile comunica una informativa almeno semestrale sullo stato di attuazione del Piano presso la sua U.O. con particolare riferimento al recepimento dei presidi di controllo, alle procedure di riferimento e alle attività di formazione dedicate;
- il Responsabile preposto alla redazione dei documenti contabili riferisce, su base almeno semestrale, al fine dell'esame dei controlli inerenti la gestione delle risorse finanziarie;
- trimestralmente: i Responsabili degli Affari Generali e legali, delle Risorse Umane, della Gestione degli approvvigionamenti, della Gestione Tecnico patrimoniale, ciascuno per le proprie competenze, trasmettono un report sulla gestione e stato delle vertenze giudiziali e stragiudiziali nonché le valutazioni e i monitoraggi di competenza. Sempre trimestralmente l'U.R.P. trasmette un report sulle comunicazioni e segnalazioni ricevute nonché le valutazioni e i monitoraggi di competenza;
- ciascun Responsabile o dipendente deve segnalare tempestivamente i comportamenti non in linea con i principi del Piano.

Saranno istituiti "canali informativi dedicati" per facilitare il flusso di comunicazioni e informazioni. In particolare, ogni flusso informativo sarà indirizzato alla apposita predisposta casella di posta elettronica.

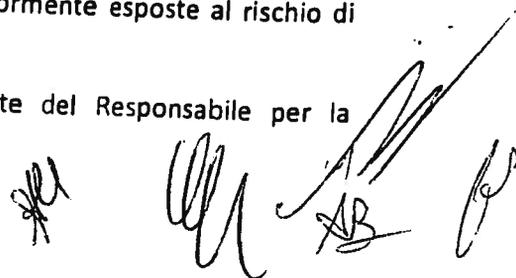
b) dell'individuazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie che la Direzione preventiverà di mettere a disposizione per l'attuazione del Piano.

Ciascun Responsabile dovrà comunicare al Responsabile per la prevenzione della corruzione il nominativo del referente dello stesso, nell'ambito dell'Area di competenza, entro il 30.03 .2014.

In particolare, comunque, il presente Piano, individua le attività nell'ambito delle quali e' piu' elevato il rischio di corruzione, e precisamente quelle relative a:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n.150 del 2009;
- oltre a quelle definite dalla medesima legge 190/2012 come maggiormente esposte al rischio di infiltrazione mafiosa;

e deve individuare, tramite l'implementazione del Piano stesso da parte del Responsabile per la prevenzione della corruzione per le attività individuate come sopra:



- 1) meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione, in collaborazione con i Responsabili dei settori interessati, definendoli entro il 30.04.2014 in concomitanza con il termine previsto per la valutazione del rischio in modo da consentire l'adeguamento delle procedure e dei protocolli previsto per il 15.07.2014;
- 2) obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, sempre definendoli entro il termine massimo del 30.04.2014;
- 3) sistemi di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti, definendoli entro il termine massimo del 30.06.2014;
- 4) sistemi di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, sempre definendoli entro il termine massimo del 30.06.2014;
- 5) specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge sempre entro il termine massimo del 15.07.2014;
- 6) sistemi di verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso soprattutto quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione o in caso di significative violazioni;
- 7) sistemi di verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, con costante e dinamico aggiornamento;
- 8) sistemi e procedure di selezione ed individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione con particolare riferimento ai dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione con costante e dinamico aggiornamento.

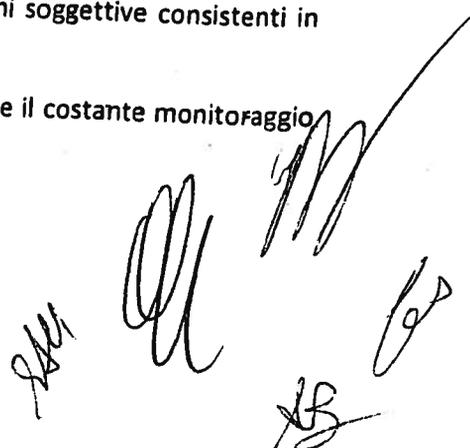
Tali meccanismi, obblighi, sistemi di monitoraggio e verifica, sistemi e procedure dovranno essere determinati ed affinati conseguentemente all'approfondito esame delle problematiche scaturenti dall'attività fin qui descritta nel presente Piano in relazione alla concreta complessità dell'attività e dell'organizzazione aziendale. Pertanto, per la rimanente parte temporale della vigenza del Piano, si provvederà all'approfondimento delle criticità che avverrà mediante:

- o l'implicazione di un'attività di audit e dall'esecuzione di test, anche personali, tra cui test di consapevolezza, questionari, workshop che permettano di guidare e massimizzare i contributi;
- o lo sviluppo e l'analisi di statistiche sulle attività settoriali;
- o eventuali specifiche verifiche ispettive documentali;
- o lo studio settoriale delle criticità affidato a gruppi di lavoro appositamente costituiti;
- o un approccio auto diagnostico, da parte dei titolari dei vari processi, all'identificazione dei rischi, dei controlli e delle azioni preventive e correttive, basato su valutazioni soggettive consistenti in conoscenze, esperienze, competenze, ecc.

L'individuazione delle criticità avverrà nell'ambito dei processi aziendali mediante il costante monitoraggio di:

a) fonti informative interne:

- deliberazioni;
- verbali del Collegio sindacale;
- variazioni dell'impianto normativo aziendale;
- variazioni al sistema dei poteri e delle deleghe;



> variazioni del modello di business, degli obiettivi aziendali e dei piani per conseguirli variazioni organizzative;

b) fonti esterne quali normative e linee guida;

c) segnalazioni e flussi informativi interni ed esterni.

Il fine è quello di monitorare:

1) i processi aziendali in cui si annidano i rischi-reato;

2) i dati qualitativi e quantitativi relativi alle operazioni compiute, nell'ambito dei processi, che consentano di rilevare indici di anomalia e segnali di rischio;

3) il funzionamento dei presidi preventivi;

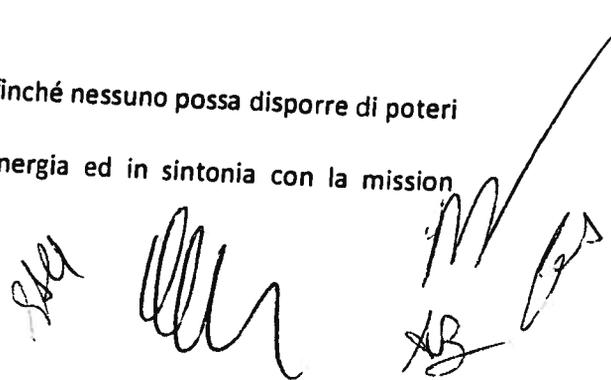
4) i procedimenti disciplinari;

Le attività sensibili, oggetto di monitoraggio, sono individuate nei seguenti processi, che si ritengono maggiormente interessati dalle fattispecie di reato in argomento, comunque gli stessi si inseriscano nell'organizzazione di ogni settore aziendale:

- > Investimenti;
- > Ciclo passivo;
- > Gestione della produzione;
- > Assunzione e Gestione del personale;
- > Ciclo attivo;
- > Gestione economica: contabilità, amministrazione, finanza (compresi acquisti con cassa economica ed acquisti urgenti, nonché attività di maneggio denaro);
- > Gestione ed esecuzione dei contratti;
- > Gestione delle garanzie;
- > Liberalità e utilità;
- > Spese di rappresentanza;
- > Gestione incentivi e premi;
- > Gestione contenziosi;
- > Incarichi professionali (comprese convenzioni, contratti d'opera e borse di studio);
- > Rapporti con "esterni": collaboratori, fornitori, destinatari dell'attività aziendale ed anche con il "mercato", mezzi di informazione;
- > Accesso alle prestazioni sanitarie, modalità di compartecipazione, prestazioni ambulatoriali;
- > Prestazioni sanitarie presso strutture non convenzionate;
- > Erogazione delle attività di assistenza;
- > Rapporti con informatori scientifici ed attività di sperimentazione.

Conseguentemente nell'ambito dei Sistemi di controllo sarà necessario assicurare che lo svolgimento delle attività a rischio vengano condotte nel rispetto di:

- > Principi di integrità e di valori etici;
- > Principi di segregazione delle attività, dei ruoli e dei poteri affinché nessuno possa disporre di poteri illimitati e svincolati dalla verifica di altri soggetti;
- > Gestione, competenze, organizzazione e prassi, tutte in sinergia ed in sintonia con la mission aziendale ed il codice etico;
- > Conformità delle attività a norme e disposizioni;
- > Rispetto dei poteri organizzativi e deleghe interne;



- Tracciabilità;
- Affidabilità e integrità delle informazioni;
- Salvaguardia del patrimonio (economico, strumentale e professionale) aziendale;
- Efficacia ed efficienza delle operazioni.
- Verifica ed eliminazione di potenziali conflitti di interessi.

In quest'ottica assumono particolare importanza:

- l'adozione di specifici protocolli anti corruzione;
- la predisposizione di un sistema di rilevazione dei segnali premonitori ed indicatori;
- la previsione, nel piano formativo aziendale, di specificità con riguardo alla materia.

Tutte le predette attività, facenti capo all'Ufficio del Responsabile della prevenzione della corruzione, che dovrà relativamente alle stesse rappresentare organo di impulso e di coordinamento, saranno svolte da soggetti od organismi, interni od esterni, di volta in volta individuati, forniti di specifiche competenze e da gruppi di lavoro appositamente costituiti.

L'attuazione del presente Piano impegna l'Azienda Ospedaliera, subordinatamente agli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale anticorruzione, una volta approntato:

- al coinvolgimento di tutto il personale per la conoscenza e l'attuazione del Piano;
- all'attivazione effettiva della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, di cui al comma 51 della legge n. 190, con le necessarie forme di tutela, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- all'adozione di misure che garantiscano il rispetto delle norme del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, nonché delle prescrizioni contenute nel Piano Triennale;
- all'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;
- all'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico;
- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni;
- all'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo;
- all'adozione di adeguati sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture.

Al riguardo, il Piano Nazionale prevederà:

- indirizzi alle amministrazioni per evitare che possano consolidarsi delle rischiose posizioni "di privilegio" nella gestione diretta di certe attività correlate alla circostanza che lo stesso funzionario si occupi personalmente per lungo tempo dello stesso tipo di procedimenti e si relazioni sempre con gli stessi utenti;
- l'adozione delle misure in materia di trasparenza come disciplinate dal T.U. trasparenza «Riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, da parte delle pubbliche amministrazioni», ivi comprese l'adozione del Piano della Trasparenza (come articolazione dello stesso Piano triennale anticorruzione), l'attivazione del sistema di trasmissione

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature and several smaller initials.

- delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso civico;
- l'adozione di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al responsabile anticorruzione dell'amministrazione e ai dirigenti amministrativi competenti per le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;
 - l'individuazione di forme di integrazione e di coordinamento con il Piano triennale della performance;
 - la previsione di forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica.



Handwritten signature, possibly reading 'M'.



Handwritten signature, possibly reading 'P'.



Handwritten signature, possibly reading 'M'.



Handwritten signature, possibly reading 'AB'.



Handwritten signature, possibly reading 'P'.