

# 2012



**OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO**

AZIENDA OSPEDALIERA

di rilievo nazionale e di alta specializzazione

Sistema Sanitario



Regione  
Lombardia

## PIANO DELLA PERFORMANCE dell'Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo anno 2012



## Ospedali Riuniti di Bergamo

24/04/2012

USSA Valutazione e gestione  
attività strategiche

## Sommario

1. Premessa .....	2
2. Mandato istituzionale e Missione .....	2
3. L'Azienda Ospedaliera .....	2
3.1 Chi siamo .....	2
3.2 Cosa facciamo .....	3
3.3 Come operiamo .....	3
4. Le strategie .....	5
5. La programmazione dei progetti aziendali .....	5
6. La programmazione operativa .....	11
6.1 Assegnazione obiettivi aziendali e di struttura .....	12
6.2 Obiettivi assegnati al personale .....	16
7. La Misurazione delle Performance: gli indicatori di risultato .....	17
8. Dalla performance aziendale alla performance organizzativa e individuale .....	19
8.1 Assegnazione e Valutazione obiettivi di interesse regionale .....	19
8.2 Valutazione dei Direttori di Dipartimento .....	19
8.3 Assegnazione e Valutazione obiettivi aziendali e di struttura .....	19
8.3.1 Contrattazione di budget .....	19
8.3.2 Elementi in ingresso al Riesame di Direzione Aziendale e propedeutici all'avvio della negoziazione di Budget .....	20
8.3.3 Esame degli elementi in ingresso e avvio pre-contrattazione di Budget .....	21
8.3.4 Valutazione degli esiti degli incontri di pre-contrattazione di Budget .....	21
8.3.5 Contrattazione Budget .....	21
8.3.6 Chiusura del percorso di Contrattazione di Budget .....	21
8.3.7 Comunicazione interna di chiusura della Contrattazione e avvio processo attribuzione obiettivi individuali .....	21
8.3.8 Monitoraggio e valutazione raggiungimento obiettivi .....	22
8.3.9 Valutazione degli obiettivi aziendali da parte della Direzione Generale Sanità .....	22
8.3.10 Approvazione del verbale da parte del Nucleo di Valutazione e comunicazione degli esiti di valutazione .....	22
8.3.11 Chiusura del riesame di Direzione Aziendale .....	22
8.4 Assegnazione e Valutazione obiettivi individuali .....	22
8.4.1 Fasi del processo .....	22
8.4.2 Assegnazione e Valutazione obiettivi individuali .....	23
8.4.3 Obiettivi .....	23
8.4.4 Attribuzione dei punteggi e conseguente valutazione .....	24
8.5 La Valutazione dei comportamenti .....	24
8.5.1 La scheda di valutazione .....	24
8.5.2 Diagramma di flusso .....	27
9 La valutazione della performance individuale del personale del comparto .....	28

## **1. Premessa**

Il Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 (cd. Decreto Brunetta) prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente “...un documento programmatico, denominato Piano della performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che 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”;

L’Organismo Indipendente di Valutazione di Regione Lombardia, al fine di dare seguito a quanto richiesto dal Decreto, ha tracciato le linee guida relative alla redazione del Piano delle Performance delle Aziende Sanitarie.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell’Azienda, nel suo ruolo di supporto alla Direzione nella definizione delle linee guida della gestione aziendale e nell’esercizio della funzione strategica, verifica la correttezza metodologica relativa alla stesura del Piano della Performance, oltre alla coerenza della programmazione aziendale agli indirizzi regionali, nonché il corretto rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in merito alle modalità di quantificazione e liquidazione dei compensi incentivanti riconosciuti dall’Azienda ai dipendenti della stessa.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della performance. E’ un documento programmatico che definisce quindi gli elementi fondamentali su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Il Piano viene redatto con lo scopo di assicurare ai Cittadini la qualità, la comprensibilità e l’attendibilità dei documenti di presentazione della performance.

La qualità e la comprensibilità sono assicurate dalla formulazione degli obiettivi strategici dell’Azienda Ospedaliera in modo che il loro raggiungimento possa essere verificato anche dalla Collettività e dai Cittadini che si rivolgono all’ospedale per ottenere servizi di cura e prevenzione. L’attendibilità è garantita dalla correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze.

## **2. Mandato istituzionale e Missione**

Gli Ospedali Riuniti di Bergamo sono un’azienda del sistema sanitario regionale. Rispondono ai bisogni di salute della popolazione, erogando prestazioni e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione alla persona, in tutti i settori della medicina, utilizzando le conoscenze più avanzate.

Grazie a servizi di alta qualità e innovazione e allo sviluppo di ricerca e formazione, l’azienda ha raggiunto dati d’attività e risultati che la collocano tra le strutture di maggior rilievo a livello nazionale

## **3. L’Azienda Ospedaliera**

Il Piano della Performance costituisce lo strumento integrato di comunicazione dell’Azienda con i soggetti coinvolti collegato agli altri strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale. Tali strumenti, da cui è stata tratta una sintesi dei dati che seguono, sono sostanzialmente il Piano di Organizzazione Aziendale e il Bilancio Sociale dell’Azienda.

### **3.1 Chi siamo**

L’azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo (OORR di Bergamo) è un’azienda del sistema regionale previsto dall’art. 1, comma 1, della l.r. 27 dicembre 2006, n. 33, finalizzata a dare risposta

ai bisogni di salute della popolazione, attraverso l'erogazione di prestazioni e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione alla persona.

Gli Ospedali Riuniti di Bergamo approfondono il loro impegno e le proprie risorse in tutti i settori della medicina utilizzando le conoscenze più avanzate. I dati dell'attività e i risultati ottenuti collocano l'azienda tra le strutture di maggior rilievo a livello nazionale.

L'Ospedale, nel territorio in cui è collocato, concorre alla realizzazione di una rete integrata di strutture e di servizi finalizzata ad offrire la migliore risposta ai bisogni di salute dell'utenza proveniente dalla provincia di Bergamo, dalla regione Lombardia e, per particolari competenze, da tutto il territorio nazionale.

### **3.2 Cosa facciamo**

L'Azienda esplica la propria leadership:

- perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di elevata specializzazione,
- contribuendo alla attivazione della rete provinciale organizzata secondo i network di patologia, svolgendo al riguardo il ruolo di struttura di riferimento provinciale per l'alta specialità e collaborando alla continuità ospedale-territorio in stretta sinergia con l'ASL provinciale.
- confermando il proprio ruolo di riferimento nell'area dell'emergenza-urgenza di alta specializzazione, operando in stretta collaborazione funzionale con l'Agenzia regionale per l'emergenza e urgenza (AREU);
- consolidando la collaborazione ormai pluriennale con Istituti di Ricerca e Università Italiane e Straniere,
- svolgendo attività di formazione finalizzata a trasferire alla clinica le conoscenze e i metodi della ricerca,
- mantenendo in piena efficienza e potenziando il proprio patrimonio tecnologico.

L'Azienda Ospedaliera di Bergamo intende promuovere la salute, anche attraverso il confronto con Organizzazioni Sanitarie Europee e a tal fine aderisce alla rete internazionale HPH (Health Promoting Hospitals) nell'ambito del programma dell'Ufficio Europeo dell'OMS.

### **3.3 Come operiamo**

Nei processi di erogazione delle attività sanitarie, tecniche ed amministrative l'Azienda Ospedaliera di Bergamo si ispira ai seguenti principi:

#### **a. Qualità delle cure e verifica dei risultati**

Prestare massima attenzione alla qualità delle cure perseguendo con determinazione l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, sulla base dei principi e della metodologia della medicina fondata sulle prove di efficacia. Introdurre nella gestione corrente, ad ogni livello di responsabilità, i principi del miglioramento continuo della qualità. Consolidare la realizzazione di un sistema di indicatori orientato alla valutazione delle prestazioni offerte e alla verifica dei risultati raggiunti.

#### **b. Integrazione e continuità delle cure**

Assicurare integrazione e coordinamento tra le diverse professionalità e le varie unità organizzative, garantendo la continuità delle cure attraverso l'organizzazione dipartimentale e la formalizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici orientati alla soluzione globale dei problemi di salute delle persone; "riorientare" i servizi sanitari anche rispetto all'idea della promozione della salute, tramite la rete degli Health Promoting Hospitals.

#### **c. Innovazione scientifica e ricerca**

Promuovere l'innovazione, la formazione, l'aggiornamento e la ricerca clinica in linea con la vocazione di un ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione e in stretto collegamento con le attività di assistenza, avvalendosi anche della Fondazione Ospedale Maggiore di Bergamo e delle Università Italiane e Straniere.

**d. Equità**

Garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie, secondo criteri espliciti e coerenti con la mission aziendale, curando la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona.

**e. Sicurezza**

Assicurare una adeguata qualità di vita lavorativa agli operatori che, a vario titolo, prestano la loro attività negli ambienti ospedalieri, garantendo luoghi di lavoro salubri e sicuri; riducendo il più possibile i rischi al fine di evitare possibili danni agli operatori e alle persone assistite.

**f. Coordinamento e rete di servizi**

Promuovere l'integrazione ospedale-territorio, anche attraverso l'avvio di sperimentazioni finalizzate all'attivazione di un livello intermedio tra ospedale e domicilio e all'utilizzo appropriato ed efficiente dei reparti ospedalieri e sviluppare nuove modalità di assistenza domiciliare.

**g. Partecipazione e volontariato**

Sostenere le Associazioni di tutela dei diritti del cittadino e di volontariato che operano in campo sanitario, coinvolgendole nel raggiungimento delle finalità dell'Azienda e favorendo le azioni di sensibilizzazione che le Associazioni vorranno promuovere in maniera integrata e coerente con la strategia e la mission aziendali.

**h. Rapporto con le istituzioni**

Mantenere un alto livello di confronto con le Istituzioni locali e con le rappresentanze sindacali in modo da rendere esplicite le scelte organizzative e la politica sanitaria perseguita.

**i. Efficienza e responsabilità**

Eliminare gli sprechi e le inefficienze organizzative e gestionali, assegnando ai dirigenti l'autonomia circa l'utilizzo delle risorse loro attribuite e la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi loro assegnati. Attivare forme concrete di verifica dei comportamenti aziendali.

**j. Sviluppo della qualità professionale**

Promuovere, ad ogni livello funzionale, opportunità di qualificazione e di sviluppo professionale, attraverso la pianificazione e la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento continuo finalizzati alle specifiche esigenze di sviluppo e miglioramento di ogni singolo settore.

**k. Sviluppo dell'etica aziendale**

Creare una cultura aziendale ispirata a principi e valori etici condivisi, al fine di garantire un'equa ed efficace gestione delle relazioni umane e delle transazioni, promuovere un'immagine positiva dell'azienda e creare fiducia verso l'esterno, definendo le responsabilità etiche e sociali dei propri dirigenti e dipendenti nonché dei fornitori, verso i diversi gruppi di stakeholders.

**l. Cooperazione internazionale**

Promuovere e sostenere iniziative a favore di Paesi in via di sviluppo, con l'obiettivo di migliorare le capacità di intervento da parte delle strutture sanitarie, sia attraverso missioni in loco di équipes multidisciplinari, sia attraverso la formazione presso l'azienda ospedaliera di personale proveniente dai Paesi stessi

L'Ospedale è sempre di più organizzato per essere luogo a misura d'uomo, centrato sulla persona e sulle sue esigenze, luogo dell'accoglienza e della cura.

Gli OO.RR. di Bergamo sono deputati all'assistenza sanitaria polispecialistica per patologie acute di alto e medio livello di complessità: intendono quindi concorrere allo sviluppo della rete sanitaria provinciale nel rispetto delle indicazioni, della programmazione e degli indirizzi regionali.

Obiettivi prioritari sono il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi, l'aumento dell'appropriatezza nell'uso delle risorse, la messa a punto di strumenti e modelli innovativi attraverso cui sostenere un sistema di qualità e di valutazione delle azioni intraprese per la tutela del benessere oltre che della salute dei cittadini, la promozione di strategie di confronto e la ricerca di sinergie, il superamento di servizi settoriali e l'introduzione di servizi integrati, che considerino la globalità delle persona in tutte le sue dimensioni, in aderenza alle linee di sviluppo fissate dal Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2015..

All'interno di tale rete l'Azienda OORR si propone quale nodo primario di riferimento assicurando la collaborazione, il confronto e l'integrazione delle competenze specifiche, nel rispetto del ruolo e della mission propria di ogni Struttura.

#### **4. Le strategie**

Le strategie che l'Azienda intende attuare, coincidono in larga parte con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale. Gli stessi, direttamente collegati alla programmazione regionale si sostanziano nel:

- rispetto della normativa Nazionale e Regionale; Intesa Stato Regioni del 23 Marzo 2005 e Patto della Salute del 28 Settembre 2006 e successive modifiche e/o Integrazioni
- rispetto delle regole di gestione socio-sanitaria definite annualmente dalla Giunta Regionale
- rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi
- controllo, appropriatezza
- progetto CRS-SISS
- edilizia sanitaria

Al fine di rispettare i suddetti obiettivi strategici, l'Azienda profonde il proprio impegno per proseguire nei progetti definiti nel capitolo successivo.

#### **5. La programmazione dei progetti aziendali**

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2015 (PSSR) è il documento, approvato dalla Giunta regionale, che detta le linee programmatiche per il settore sanitario e sociale per i prossimi anni. In sintesi gli obiettivi del PSSR che l'Azienda si impegna a perseguire sono relativi a:

**SEMPLIFICAZIONE** - Attraverso lo sviluppo del Sistema Informativo Socio Sanitario, deve essere data la possibilità ai cittadini di prenotare e pagare una prestazione senza la necessità di doversi recare fisicamente in ospedale o nelle strutture dove vengono erogate le prestazioni. Sarà garantito ai pazienti l'accesso ai propri referti clinici evitando di recarsi presso la struttura sanitaria. Anche il medico riceverà in tempo reale gli esiti di un esame clinico relativo ad un proprio assistito. Altro obiettivo è la riduzione delle liste e dei tempi di attesa attraverso l'eliminazione di errori o doppie prenotazioni.

**SISTEMA INFORMATIVO** - Il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) deve essere implementato per realizzare la completa integrazione degli enti socio sanitari, sviluppare il Fascicolo Sanitario Elettronico, dematerializzare i documenti sanitari e ampliare e perfezionare il servizio di prenotazione nei suoi diversi canali (CUP regionale, internet, farmacie, medici di

medicina generale). Sarà data dunque la possibilità di consultare, attraverso questi canali, le agende di tutte le strutture collegate con il SISS.

**PIANI DI SVILUPPO** – E' prevista la messa a regime delle reti di patologia: già attive quelle sulle patologie rare e oncologiche, oltre alle reti trasfusionale, ematologica e nefrologica. Lo sviluppo della telemedicina si realizzerà attraverso l'attivazione di programmi su scala provinciale e regionale, dopo una prima fase di sperimentazione locale. Nuovo impulso sarà dato anche alla ricerca e alle relazioni internazionali. Proseguirà il dialogo e la collaborazione con le imprese, le Università e Finlombarda per lo sviluppo di progetti di innovazione tecnologica e per l'acquisizione e l'attuazione di progetti europei di Ricerca e Sviluppo. Una particolare attenzione verrà accordata alla diffusione della telemedicina, della tele diagnostica e del teleconsulto.

**RETE OSPEDALIERA** - Gli ospedali dovranno diventare sempre più luoghi tecnologicamente avanzati, dotati della strumentazione di eccellenza, nei quali i pazienti dovranno permanere il tempo strettamente necessario alla cura della fase acuta. La funzione territoriale dell'ospedale, attuata dai suoi bracci operativi sul territorio, riguarderà l'attività di diagnosi e cura di primo e secondo grado di complessità e l'erogazione di servizi post-acuzie intermedi fra l'ospedale e il domicilio (per esempio low care hospital). Dovranno anche essere implementati modelli organizzativi e gestionali in rete per funzioni, con lo scopo di realizzare forme di continuità assistenziale comprendendo anche l'ospedalizzazione domiciliare e forme alternative al ricovero.

Da quanto sopra riportato risulta evidente come il Piano Sociosanitario Regionale 2010-2014 abbia confermato l'impegno assunto dalla legge regionale 33 del 2009 che, assecondando l'evoluzione dei bisogni della popolazione, ha sviluppato un sistema di strutture sanitarie pubbliche e private complesso e articolato. Oggi la criticità delle risorse induce a focalizzare prioritariamente due fabbisogni del sistema regionale: l'integrazione tra aziende e l'innovazione nei processi tecnico-sanitario-amministrativi.

Per rispondere a queste esigenze il sistema regionale concentri l'attenzione sui portatori di interesse: le persone, i professionisti e le Aziende Sanitarie pubbliche e private.

Il sistema delle regole del 2012 chiede alla Azienda ospedali Riuniti di Bergamo di:

- differenziare i percorsi di accesso “accelerati” dalle prestazioni d’urgenza ospedaliera, con orari prolungati e diversificati in grado di incontrare da un lato le necessità delle famiglie e i bisogni dei cittadini e dall’altro l’appropriatezza delle cure e il miglior utilizzo del personale e degli spazi;
- confrontare e valutare l’efficacia della comunicazione e diffondere unitariamente e sistematicamente i contenuti e le esperienze di eccellenza che valorizzano le professionalità e qualificano il Sistema sanitario regionale e la “rete” di servizi locale.  
favorire le attività che coinvolgono diversi operatori della sanità e delle comunità per prendere in carico il paziente, sperimentando procedure comuni in un’ottica di umanizzazione delle cure;
- promuovere la razionalizzazione dei processi tecnico amministrativi, utilizzando i principi dell’efficienza e dell’economicità della gestione procedendo alla rilevazione dei costi standard;
- sviluppare le competenze professionali (conoscenze, abilità tecniche, capacità e comportamenti etici) utilizzando anche sistemi informativi integrati di natura sanitaria e amministrativa;
- razionalizzare e/o organizzare i servizi “a rete”, rispettando il fabbisogno della multidimensionalità e della differenziazione per tipologia: di pazienti (bambini, adulti, anziani, donne), di finalità (prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione), di prestazioni (urgenti, differite, programmabili), di percorso (emergenza, ambulatoriale, ricovero), ecc.
- dare impulso alla ricerca, alla formazione e allo sviluppo sostenibile accompagnati da un’azione di coordinamento, implementazione e divulgazione dei risultati ottenuti.

- migliorare il patrimonio sanitario, per facilitare il rapporto fiduciario paziente-professionista, ricercare un efficiente uso delle risorse e assicurare la sicurezza dei pazienti e del personale;
- rafforzare il ruolo di governo strategico e di promotore dell'eccellenza per realizzare nuove modalità di erogazione delle cure, dove l'integrazione e l'innovazione sono responsabilmente a favore della dignità della persona, della sua crescita umana e civile.

Il sistema delle regole 2012, nel definire le linee di indirizzo per l'Azienda Ospedaliera, orienta anche la ASL al fine di migliorare in modo organico le esigenze di salute dei cittadini attraverso riorganizzazioni orientate a:

- accompagnare l'evoluzione di quelle istituzioni/associazioni/aziende che esercitano il loro ruolo a contatto con i bisogni delle persone, promuovendo anche azioni di decentramento e di semplificazione delle procedure amministrative collegati alle attività sanitarie con l'obiettivo di agevolare l'accesso in fasce orarie estese o in ambiti diversificati (uffici comunali, farmacie, ambulatori specialistici, Unità di Cure Primarie complesse, ecc.);
- far accedere a prestazioni sanitarie di complessità medio-bassa a domicilio, in particolare soggetti con problemi di mobilità, garantendo la completa qualità delle prestazioni.

La programmazione regionale svolge la funzione strategica di rilevare necessità e aspettative delle persone e di tradurle in obiettivi specifici da assegnare al sistema delle aziende sanitarie presenti sul territorio, definendone priorità di obiettivi e le risorse per raggiungerli tenuto conto che resta fondamentale il mantenimento dell'equilibrio economico coerentemente con le necessità e le aspettative dei cittadini, dei professionisti e più in generale del sistema delle aziende sanitarie pubbliche e private.

Le aree di priorità degli obiettivi sono:

- da un lato gli interventi che migliorano l'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure,
- dall'altro gli interventi organizzativi e gestionali, capaci di integrare le attività delle Aziende stesse per ottenere una diffusione delle buone pratiche dei diversi processi tecnico-professionali e amministrativi a livello di sistema.

Gli elementi caratterizzanti del SSR e le aree di priorità degli obiettivi portano a configurare sempre di più il Servizio Sanitario Regionale in un sistema integrato "a rete". Le "reti" rispondono alle esigenze di integrazione e innovazione, derivanti dalle conoscenze e dai bisogni delle persone e comportano la necessità per Regione Lombardia di potenziare le relazioni di collaborazione "strategica e operativa" tra i diversi attori del sistema.

Si attribuisce, altresì, una particolare attenzione alla razionalizzazione delle reti della emergenza-urgenza ospedaliera, delle patologie, della cronicità anche attraverso l'introduzione di modalità di accesso differenziate e di progettazione e realizzazione di percorsi di cura a livello locale.

Particolare attenzione viene posta all'ulteriore sviluppo del Sistema Informativo Socio sanitario attraverso l'implementazione di:

- ✓ Ricetta elettronica e invio delle prescrizioni

La legge 30 luglio 2010, n. 122 recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica, sancisce la completa sostituibilità del documento prescrittivo cartaceo, e l'attuazione, in ambito regionale, delle disposizioni di cui al DPCM del 26 marzo 2008, riguardanti la trasmissione telematica dei dati delle ricette dei medici a carico del SSN. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con Decreto del 14 luglio 2010, ha stabilito al 1° ottobre 2010 la

data di avvio a regime del sistema informativo socio-sanitario della Regione Lombardia, rendendo esecutive le disposizioni di cui agli accordi collettivi nazionale con i medici convenzionati inerenti l'obbligo di trasmissione per i medici, attraverso il sistema regionale, dei dati delle ricette e le sanzioni, in caso di inadempienza o a fronte di trasmissione inferiore all'80% del totale.

In tale contesto normativo sulla scia di quanto già evidenziato nelle Regole dell'anno scorso, diventa prioritario promuovere e monitorare i livelli prescrittivi nei diversi territori e dall'altro registrare con maggiore attenzione, al momento dell'erogazione, il corretto valore del codice IUP presente sulla prescrizione, nonché diffondere l'utilizzo del SISS anche per le prescrizioni effettuate da specialisti.

Altro obiettivo prioritario sarà l'immediata registrazione delle assegnazioni dei ricettari medici al fine di evitare incongruenze nei flussi da inviare al Ministero dell'Economia

✓ Fascicolo Sanitario Elettronico: i referti

Rendere disponibili sul FSE un numero sempre più rilevante di referti, nell'ottica della completezza dell'FSE e della sua valorizzazione a supporto della diagnosi e cura (evoluzione del sistema delle reti di patologia e dei piani diagnostici terapeutici, integrazione con i sistemi di emergenza/urgenza).

In particolare le aziende dovranno:

per quanto riguarda la completezza del FSE, sensibilizzare i propri operatori sia sulla pubblicazione di tutte le tipologie di referti sia sulla comunicazione ai cittadini delle modalità di consultazione dei referti on-line. Questo implicherà adeguamenti dell'assetto organizzativo aziendale rispetto all'attuale fase/processo di consegna del referto cartaceo.

Continuare a promuovere l'opportunità, con le diverse attività di comunicazione, in sinergia con le ASL, per il cittadino della costituzione del proprio FSE attraverso il semplice rilascio del "consenso". Sulla base delle esperienze migliori si ritiene che il livello ottimale a cui tendere sia il 65% dei consensi.

Continuare la promozione del rilascio dei PIN secondo obiettivi definiti a livello locale in funzione delle iniziative presenti sui singoli territori

Per l'anno 2012 diventa obbligatorio digitalizzare i referti, con l'obiettivo di incrementare quindi le attuali percentuali di pubblicazione dei referti e l'estensione del patient summary sulla base dello schema emesso dal Ministero della Salute.

✓ Dematerializzazione

Fortemente collegate ai due obiettivi precedenti sono le attività volte alla creazione ed alla gestione di un sempre maggior numero di documenti sanitari in formato elettronico. Dovranno essere incrementate nel tempo le tipologie di documenti dematerializzati, anche sulla base delle sperimentazioni realizzate.

La Giunta approverà entro il 2011 il piano pluriennale di sviluppo e diffusione della dematerializzazione presso le diverse aziende sanitarie

✓ Compartecipazione alla spesa sanitaria

Le nuove modalità di gestione della verifica delle esenzioni ticket sulla base del reddito, hanno avuto un forte effetto sulla popolazione e sulle strutture organizzative del territorio che ne hanno dovuto gestire l'impatto.

Per diminuire tali situazioni di disagio la Regione Lombardia sta valutando la possibilità dal punto di vista giuridico di far valere le esenzioni fino a che non intervenga un cambiamento di condizione/reddito da parte del cittadino, superando in tal modo la necessità di rimandare i cittadini ogni anno a rinnovare l'autocertificazione del diritto all'esenzione.

E' previsto inoltre un progetto sperimentale con Finlombarda per la verifica della correttezza delle esenzioni dal pagamento dei ticket sanitari concesse ai cittadini. In particolare, l'obiettivo è quello di far emergere e recuperare, attraverso controlli specifici e mirati, il credito per esenzioni non

dovute. Altra indicazione prioritaria ribadita è il pagamento anticipato del ticket, in coerenza alla rivisitazione dei processi interni funzionali alla consegna on line dei referti.

✓ Certificati medici on line

Il Decreto del 26 febbraio 2010 (GU n. 65 del 19/03/2010) del Ministero della Salute di concerto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, attuativo dell'art. 8 del DPCM del 26 marzo 2008, ha definito le modalità tecniche di predisposizione ed invio telematico, da parte dei Medici all'INPS, dei dati delle certificazioni di malattia.

A valle dell'attività di istruttoria e condivisione con tutti i Ministeri e le Regioni è in fase di emissione il nuovo disciplinare tecnico che ridefinisce la struttura del certificato di malattia e le situazioni in cui dovrà essere compilato.

Si sta altresì valutando l'introduzione della modalità di trasmissione informatica anche per i certificati medici di infortunio sul lavoro secondo uno specifico accordo tra Regione Lombardia e INAIL.

Si dovranno quindi implementare le soluzioni informatiche specifiche per migliorare la fruizione dei servizi in particolare nell'ambito ospedaliero per agevolare al massimo l'attività dei medici.

✓ Rete regionale di prenotazione

Si ribadisce l'importanza anche per il 2012 di utilizzare in modo sempre più estensivo il sistema di gestione delle prenotazioni messo a disposizione dal SISS (il cosiddetto servizio SEB GP) incrementando l'esposizione delle agende al fine di renderle accessibili attraverso tutti i canali (farmacie, internet, call center).

Vista la riorganizzazione complessiva del servizio attualmente in corso che avvierà con alcune realtà aziendali una sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in funzione del nuovo sito lombardo, complessivamente per le aziende si prevede quale obiettivo per il 2012 il consolidamento degli attuali livelli quantitativi delle prenotazioni via call center.

✓ Piano annuale di sviluppo SISS

Sulla base delle nuove modalità di gestione del SISS definite dall'Incarico SISS a Lombardia Informatica (DGR VIII/10512/2009), le aziende dovranno predisporre entro il 29 febbraio 2012 il proprio Piano annuale SISS che conterrà:

gli obiettivi di diffusione /utilizzo dei servizi SISS alle aziende;

il piano di integrazione/evoluzione nel SISS dei propri SIA;

i livelli di servizio che l'azienda si impegnerà a rispettare relativamente ai servizi esposti sulla rete SISS;

la comunicazione ai cittadini e le attività di formazione degli operatori socio-sanitari coinvolti nei vari processi.

### Piani e programmi di sviluppo

Il Servizio Sanitario Regionale è composto da attori che agiscono per obiettivi indicati in interdipendenza con altri attori esprimendo matrici di responsabilità, assegnate per contratto, su diversi livelli di complessità nell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, assicurando l'accesso alle strutture, l'appropriatezza ed efficacia degli interventi e la continuità di processo delle cure.

Il percorso di Regione Lombardia in ambito di reti di patologia proseguirà verso una estensione quali-quantitativa dell'esistente e verso un ulteriore ampliamento delle patologie coinvolte, tenendo sempre presente che le reti sono un meccanismo di integrazione forte per migliorare l'appropriatezza degli interventi e l'efficienza gestionale e organizzativa delle aziende sanitarie. Le Reti attive e da implementare o ancora da attivare sono:

- Progetto ROL-3
- Cure Palliative e Terapia del Dolore
- Cardio Cerebro Vascolare
- Nefrologica Lombarda (ReNe)
- Ematologica Lombarda (REL)
- Emergenza Urgenza.
- Trauma
- Neonatologica Lombarda
- Screening Audiologico Neonatale
- Screening neonatale per le patologie visive
- BPCO e insufficienza respiratoria -
- Centri Antiveleni (Rete CAV)
- Gastroenterologica Lombarda
- Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
- Donazione e Trapianto
- Diabete
- Pronto soccorso
- Sepsi
- Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)
- Terapia Antitrombotica Orale (TAO)
- HPH Rete HPH (Health Promoting Hospital)
- Percorsi di accoglienza ospedaliera per persone fragili
- Medicina Complementare
- Medicina di genere

Nell'ottica dell'integrazione degli attori del Servizio Sanitario Regionale l'attenzione si concentrerà sui meccanismi di governo delle reti composta dal sistema di funzioni delle aziende sanitarie pubbliche e private.

- Ospedale-Territorio – Si svilupperanno sistemi operativi, con il supporto dell'informatizzazione e della telemedicina, per l'integrazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti,
- CREG: un sistema per la gestione della cronicità.
- EUOL: un sistema per la gestione delle emergenze -urgenze
- SiCura: un sistema per la gestione sub-acuti.

Proseguiranno i percorsi di teleconsulto specialistico al MMG nelle aree disagiate e/o montane e i percorsi di teleconsulto su immagini e di controllo in remoto di pacemaker.

Indicatore: realizzazione di specifiche progettualità

- Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica - Con deliberazione n. 2203/2011 la Regione ha costituito la Fondazione, denominata "Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica" e nel 2012 si propone di promuovere, coordinare e sostenere, nell'ambito territoriale della Regione Lombardia: - lo studio, la ricerca, la conoscenza, l'innovazione nel settore scientifico con particolare riguardo alla farmacologia molecolare; - lo sviluppo tecnologico nei campi applicativi della produzione, la distribuzione ed utilizzazione di farmaci, in collaborazione strategica delle aziende del settore, - la ricerca scientifica finalizzata all'applicazione di nuove metodologie per la prevenzione, diagnosi e cura di forme patologiche. Indicatore: presentazione di un programma operativo.

## 6. La programmazione operativa

I principali obiettivi e i relativi indicatori che L'Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo vuole realizzare nell'arco del 2012 sono:

- Trasferimento dell'attuale Struttura ospedaliera presso la nuova sede con attuazione dell'organizzazione per intensità di cura. A tal fine i competenti uffici regionali proseguiranno nel 2012 l'attività dell'osservatorio per l'intensità di cura con l'obiettivo di proporre, attraverso Decreto della D.G. Sanità, le indicazioni per l'implementazione dei modelli per intensità di cure/assistenza e la loro valutazione attraverso indicatori di efficienza e efficacia attraverso la partecipazione attiva da parte del personale alle fasi di preparazione al trasferimento e avvio del nuovo ospedale "Papa Giovanni XXIII". A tal proposito dovranno essere seguite le indicazioni che verranno fornite nel corso dell'anno dalla Direzione relativamente alla parte documentale (partecipazione a riunioni, a gruppi di lavoro, eventuale produzione di documenti tecnici/protocolli/procedure/istruzioni operative). Deve inoltre essere assicurata la partecipazione ai corsi di formazione che l'AO organizzerà relativamente a: orientamento, ambientamento, confidenza d'uso, simulazioni, con partecipazione di tutto il personale ai sopralluoghi che verranno organizzati presso il Nuovo Ospedale
- Corretta e puntuale rendicontazione dei flussi ministeriali e regionali attraverso:
  - corretta codifica delle SDO: errore di codifica ai controlli interni < 10%
  - corretta: codifica SDO, appropriatezza di regime di ricovero, appropriatezza delle giornate di ricovero, completezza della documentazione sanitaria: < 5% del fatturato DRG dell'UO deve essere annullato/detratto/abbattuto ai controlli NOC
  - corretta compilazione della documentazione sanitaria secondo le indicazioni del "Manuale della cartella clinica" - edizione 2007 - Regione Lombardia e nel rispetto della check list estratta dalla DGR 9581 dell'11.6.2009 e ribadita dalla DGR n. 621 del 13.10.2010. Ai controlli di completezza interni il numero di cartelle che risultano non conformi ai requisiti richiesti deve essere < 5%
- Corretta tenuta della documentazione sanitaria e puntuale rendicontazione dei flussi ministeriali: rispetto della normativa nazionale e regionale vigente attraverso:
  - tempestivo invio dei flussi (SDO, 28 SAN, FILE F,...): tutti i flussi devono essere inviati secondo la tempistica indicata dalla normativa. In particolare le SDO di ogni mese devono essere chiuse entro 7 giorni dalla dimissione del paziente
  - puntuale risposta alle richieste provenienti dalla DAZ
  - corretta rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali: non più del 5% del fatturato ambulatoriale dell'UO deve essere annullato/detratto/abbattuto ai controlli NOC
- Attuazione del Progetto CRS-SISS attraverso
  - In base alle specifiche attività dell'UO viene chiesto:
  - 95% delle lettere di dimissione firmate e notificate con carta SISS (applicativo MONITOR/GALILEO) dopo avvio e collaudo positivo da parte dell'USC Sistemi Informativi dove non ancora avviato
  - 95% dei referti ambulatoriali firmati e notificati con carta SISS (applicativo GALILEO) dopo avvio e collaudo positivo da parte dell'USC Sistemi Informativi dove non ancora avviato
  - 95% delle ricette prescritte dai medici ospedalieri con utilizzo di carta SISS (applicativo GALILEO) dopo avvio e collaudo positivo da parte dell'USC Sistemi Informativi dove non ancora avviato
- Diffusione della Legge 15 marzo 2010, n. 38. "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";
  - Procedura Generale "Valutazione del dolore nel paziente ricoverato"

- Utilizzo di una scala di rilevazione del dolore nel paziente con deficit cognitivi, o impossibilitato ad esprimere il proprio dolore.
- Aderenza degli operatori alla procedura specifica “Prevenzione e gestione delle cadute nel paziente adulto”.
- Definizione di una procedura specifica “Rilevazione e gestione delle cadute nel paziente in area critica”.
- Migliorare l’efficienza di utilizzo delle sale operatorie. Il tema della sicurezza in Sala Operatoria riveste un’importanza internazionale. L’OMS, con il programma “Safe surgery saves lives”, ha evidenziato come l’utilizzo di check list pre-operatorie riduca del 50% il numero di eventi avversi. Il tema è quindi stato ripreso dal Ministero della Salute che nel 2009 ha realizzato il “Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list” con il quale si adattano le linee guida dell’OMS al contesto nazionale. Parallelamente anche la Regione Lombardia ha condiviso con l’OMS l’obiettivo prioritario della corretta identificazione del paziente e lo ha incluso nelle Linee Guida di Attività di Risk Management 2010. Viene quindi chiesto di utilizzare la “check list per la sicurezza in sala operatoria”.

Questo obiettivo sarà misurato attraverso i seguenti indicatori:

- a) il primo paziente in nota operatoria deve giungere presso il blocco operatorio entro le ore 7,20 almeno nel 90% dei casi. Almeno un chirurgo per singolo tavolo operatorio deve essere presente presso il blocco operatorio entro le 7,45, come indicato nelle “Istruzioni per il buon funzionamento del Blocco Operatorio”. I dati verranno rilevati con modalità random da operatori esterni
- b) l’UO programma l’attività chirurgica settimanale e giornaliera utilizzando il formato elettronico a disposizione secondo tempi e modi indicati nelle “Istruzioni per il buon funzionamento del Blocco Operatorio”
- c) la check list per la sicurezza in sala operatoria è presente e correttamente compilata in almeno il 90% delle cartelle cliniche controllate a campione
- Mantenimento del sistema gestione qualità attraverso l’effettuazione di 1 audit interno (a cura della struttura) + 2 autovalutazioni interne

## 6.1 Assegnazione obiettivi aziendali e di struttura

Il **processo di Contrattazione di Budget** ha lo scopo di elaborare la programmazione annuale dell’attività, determinando obiettivi e risorse nel rispetto di:

- normativa e indirizzi della Regione Lombardia;
- strategia aziendale;
- metodologia adottata dall’Azienda per il miglioramento continuo delle prestazioni erogate.

Il **processo di Monitoraggio e Valutazione** del raggiungimento degli obiettivi Aziendali e di Struttura ha lo scopo di monitorare l’andamento e il raggiungimento degli obiettivi assegnati attraverso gli indicatori definiti.

I processi coinvolgono sia la Dirigenza che il Comparto.

Il processo di negoziazione di budget avviene a due livelli:

- **di Struttura:** il Direttore/Responsabile riesamina l’organizzazione interna, valuta il raggiungimento degli obiettivi di Struttura, le criticità e propone le opportune azioni di miglioramento alla Direzione Aziendale.

**Aziendale:** il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni valuta il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenzia le criticità e supporta la Direzione nel definire i nuovi indirizzi ed obiettivi, gli indicatori e le responsabilità di realizzazione

A seguire si riporta un esempio di scheda di contrattazione degli obiettivi di una Struttura sanitaria dell'Azienda riportante gli obiettivi di qualità, di attività ed economici:

OBIETTIVI - INDICAZIONI OPERATIVE						
OBIETTIVO	CONTENUTO			PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPLESSIVI)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPLESSIVI)	
<b>GESTIONALE</b> Salvo diversa indicazione negli obiettivi di attività, il budget è stato quantificato sotto l'ipotesi di consolidamento delle attività 2011.	<b>ATTIVITA'</b>	Rispetto dei volumi e tipologie di attività programmati in sede di contrattazione di budget.			60	50
	<b>COSTO DEI BENI DI CONSUMO</b>	Utilizzo efficiente delle risorse coerentemente con i livelli di attività programmati.				
	<b>VALORE COSTI</b> ————— <b>VALORE PRODUZIONE</b>	Utilizzo efficiente delle risorse governate dal reparto.				
	<b>FLUSSI MINISTERIALI E RISPETTO NORMATIVA</b>	Corretta tenuta della documentazione sanitaria e puntuale rendicontazione dei flussi ministeriali: rispetto della normativa nazionale e regionale vigente				
<b>PROGETTI</b>	<b>PROGETTO CRS-SISS</b>	L'obiettivo "Progetto CRS-SISS" viene declinato nella pagina 5.			10	0
	<b>ALTRI PROGETTI</b>	Gli altri progetti vengono declinati nella pagina 6.			10	30
<b>NUOVO OSPEDALE</b>	L'obiettivo "Nuovo Ospedale" viene declinato nella pagina 6.			20	20	
<p><small>NOTA: E' possibile che nel corso dell'anno gli obiettivi siano ricontrattati dall'Azienda con l'Asl/Regione. In tal caso si provvederà alla ridefinizione degli obiettivi di ogni singola Struttura (con tempi e modalità che verranno definiti all'occorrenza).</small></p>						

**OBIETTIVI GESTIONALI  
INDICAZIONI OPERATIVE**

TIPOLOGIA	INDICATORE	PUNTI DIRIGENZA E COMPARTO (SU 100 COMPLESSIVI)	CONSUNTIVO Gennaio - settembre 2011	BUDGET Gennaio - settembre 2012	CONSUNTIVO Ottobre - Dicembre 2011 (reale)	BUDGET Ottobre - Dicembre 2012	NOTE
ATTIVITA'	VALORE DEI DRG A CONTRATTO	9	16.312.388	17.228.724	5.342.234	4.342.244	L'incremento di attività , periodo gennaio-settembre, pari a € 509.277 è legato all'incremento dell'attività di sala operatoria. Si richiedono almeno 2 casi in più alla settimana di cardiocirurgia (+321.030€) / chirurgia vascolare (+188.247€). Il budget è dimensionato per n. 125 defibrillatori, n. 31 valvole aortiche (incremento di n. 10: +6 nel primo periodo, +4 nel secondo periodo), n. 7 valvole polmonari e per l'incremento di n. 10 procedure di ablazione complessa. L'eventuale attività di day hospital che verrà trasformata in regime di tipo ambulatoriale complesso (MAC) verrà scorporata non appena saranno definitive le tariffe dei singoli pacchetti MAC. Stima riduzione attività nel secondo periodo pari a n. 29 casi di cardiocirurgia, n. 60 casi di chirurgia vascolare e n. 54 pazienti per la Cardiologia. Il budget sarà rideterminato in applicazione delle Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2012.
	VALORE DEI DRG FUORI TETTO E FUORI REGIONE (FT+FR)	6	3.882.836	3.882.836	1.562.204	1.562.204	
	VALORE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	5	1.404.526	1.418.571	544.895	518.320	Relativamente alla chirurgia ambulatoriale si richiedono almeno n. 244 casi di LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Il budget sarà rideterminato in applicazione delle Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2012.
COSTO DEI BENI DI CONSUMO	COSTO DEI BENI DI CONSUMO ESCLUSI RENDICONTI FILE_F	10	9.079.141	9.530.408	2.253.901	1.996.692	Il Budget 2012 è pari al consuntivo 2011 decrementato dell'1% ed integrato di € 345.600 a fronte dell'incremento richiesto per l'attività di sala operatoria. Il budget è dimensionato per n. 125 defibrillatori, n. 31 valvole aortiche (+6 nel primo periodo, +4 nel secondo periodo), n. 7 valvole polmonari e per l'incremento di n. 10 procedure di ablazione complessa. Il budget è dimensionato per n. 4 cuori artificiali e potrà essere adeguato nel corso dell'anno fino a un massimo di n. 8. Il Budget 2012, ottobre - dicembre, è decrementato di € conseguentemente al decremento di attività.
	COSTO DEI BENI DI CONSUMO RENDICONTATI IN FILE_F	5	404.412	412.777	183.660	189.379	Il Budget 2012 è pari al rendicontato dell'anno precedente decurtato di € 20.000 per l'entrata in commercio del MYFENAX in sostituzione del CELCEPT ed incrementato del 6%.
VALORE COSTI	COSTO (PERSONALE+BENI DI CONSUMO+PRESTAZ. RICEVUTE)	5		1,05		1,05	L'indicatore è pari a quanto contrattato nell'anno 2011 (Budget). Il budget sarà rideterminato in applicazione delle Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2012.
VALORE PRODUZIONE	VALORE DELLA PRODUZIONE						
<p>NOTA: E' possibile che nel corso dell'anno gli obiettivi siano ricontrattati dall'Azienda con l'Asl/Regione. In tal caso si provvederà alla ridefinizione degli obiettivi di ogni singola Struttura (con tempi e modalità che verranno definiti all'occorrenza).</p>							

## OBIETTIVI GESTIONALI MODALITA' DI VALUTAZIONE

Il raggiungimento degli obiettivi economici sarà valutato rapportando il valore CONSUNTIVO al valore CONTRATTATO per l'anno 2012 (qualora si manifestino situazioni di non confrontabilità sarà cura del Controllo di Gestione, anche su indicazione della Struttura, rielaborare i valori al fine di renderli effettivamente confrontabili).

La SCALA OBIETTIVO rappresenta il risultato del rapporto: CONSUNTIVO 2012 / BUDGET 2012

La % DI RAGGIUNGIMENTO indica la quota di PREMIO DI PRODUTTIVITA' / RISULTATO legato al rispetto degli obiettivi.

INDICATORE	SCALA OBIETTIVO	% DI RAGGIUNGIMENTO	SCALA OBIETTIVO	% DI RAGGIUNGIMENTO	SCALA OBIETTIVO	% DI RAGGIUNGIMENTO
<b>VALORE DEI DRG A CONTRATTO e VALORE DEI DRG FUORI TETTO E FUORI REGIONE</b>	Se budget 2012 inferiore a 500.001€		Se budget 2012 compreso tra 500.001€ e 2.000.000€		Se budget 2012 superiore a 2.000.001€	
	=> 1,00	100%	=> 1,00	100%	=> 1,00	100%
	=> 0,95	90%	=> 0,97	90%	=> 0,98	90%
	=> 0,90	50%	=> 0,95	50%	=> 0,96	50%
	=> 0,80	20%	=> 0,90	20%	=> 0,94	20%
	< 0,80	0%	< 0,90	0%	< 0,94	0%
<b>VALORE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>	Se budget 2012 inferiore a 150.001€		Se budget 2012 compreso tra 150.001€ e 1.000.000€		Se budget 2012 superiore a 1.000.001€	
	=> 1,00	100%	=> 1,00	100%	=> 1,00	100%
	=> 0,95	90%	=> 0,96	90%	=> 0,98	90%
	=> 0,90	50%	=> 0,93	50%	=> 0,96	50%
	=> 0,80	20%	=> 0,88	20%	=> 0,94	20%
	< 0,80	0%	< 0,88	0%	< 0,92	0%
<b>COSTO DEI BENI DI CONSUMO NON RENDICONTATI IN FILE_F</b>	Se budget 2012 inferiore a 300.001€		Se budget 2012 compreso tra 300.001€ e 2.000.000€		Se budget 2012 superiore a 2.000.001€	
	=< 1,00	100%	=< 1,00	100%	=< 1,00	100%
	=< 1,06	90%	=< 1,04	90%	=< 1,02	90%
	=< 1,12	50%	=< 1,06	50%	=< 1,04	50%
	=< 1,15	20%	=< 1,10	20%	=< 1,06	20%
	> 1,15	0%	> 1,10	0%	> 1,06	0%
<b>COSTO DEI BENI DI CONSUMO RENDICONTATI IN FILE_F</b>	=< 1,10	100%				
	=< 1,15	90%				
	=< 1,18	50%				
	=< 1,20	20%				
	> 1,20	0%				
<b>COSTO (PERSONALE+BENI DI CONSUMO+PRESTAZ. RICEVUTE)  VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	=< 1,00	100%				
	=< 1,03	90%				
	=< 1,06	50%				
	=< 1,10	20%				
	> 1,10	0%				

## OBIETTIVO FLUSSI MINISTERIALI - RISPETTO NORMATIVA e PROGETTO CRS-SISS INDICAZIONI OPERATIVE E MODALITA' DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPLESSIVI)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPLESSIVI)	MODALITA' DI VALUTAZIONE	VALUTAT ORE
Corretta tenuta della documentazione sanitaria e puntuale rendicontazione dei flussi ministeriali: rispetto della normativa nazionale e regionale vigente	a) corretta codifica delle SDO: errore di codifica ai controlli interni < 10% b) corretta: codifica SDO, appropriatezza di regime di ricovero, appropriatezza delle giornate di ricovero, completezza della documentazione sanitaria: < 5% del fatturato DRG dell'UO deve essere annullato/detratto/abbattuto ai controlli NOC c) corretta compilazione della documentazione sanitaria secondo le indicazioni del "Manuale della cartella clinica" - edizione 2007 - Regione Lombardia e nel rispetto della check list estratta dalla DGR 9581 dell'11.6.2009 e ribadita dalla DGR n. 621 del 13.10.2010. Ai controlli di completezza interni il numero di cartelle che risultano non conformi ai requisiti richiesti deve essere < 5% d) tempestivo invio dei flussi (SDO, 28 SAN, FILE F...): tutti i flussi devono essere inviati secondo la tempistica indicata dalla normativa. In particolare le SDO di ogni mese devono essere chiuse entro 7 giorni dalla dimissione del paziente e) puntuale risposta alle richieste provenienti dalla DAZ f) corretta rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali: non più del 5% del fatturato ambulatoriale dell'UO deve essere annullato/detratto/abbattuto ai controlli NOC g) corretta rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali: < del 10% di quelle oggetto di controllo interno devono essere contestate h) verranno inviati periodicamente gli indicatori di performance selezionati dalla Regione. Si chiede la condivisione dei dati, la pulizia degli stessi per gli aspetti di competenza e eventuali proposte di miglioramento	20	10	- conseguimento di tutti i punti indicati nell'obiettivo: 20 punti - un obiettivo tra quelli indicati non viene raggiunto: 10 punti - due o più obiettivi tra quelli indicati non vengono raggiunti: 0 punti	A
Progetto CRS-SISS	In base alle specifiche attività dell'UO si chiede: - 95% delle lettere di dimissione firmate e notificate con carta SISS (applicativo MONITOR/GALILEO) dopo avvio e collaudo positivo da parte dell'USC Sistemi Informativi dove non ancora avviato - 95% dei referti ambulatoriali firmati e notificati con carta SISS (applicativo GALILEO) dopo avvio e collaudo positivo da parte dell'USC Sistemi Informativi dove non ancora avviato - 95% delle ricette prescritte dai medici ospedalieri con utilizzo di carta SISS (applicativo GALILEO) dopo avvio e collaudo positivo da parte dell'USC Sistemi Informativi dove non ancora avviato	10	0	I 10 punti attribuiti all'obiettivo saranno assegnati in misura proporzionale al livello di soddisfacimento delle richieste	D

### VALUTATORI:

A\* La valutazione sarà espressa dal Direttore Sanitario sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Direzione Medica di Presidio e dalla Direzione delle Professioni Sanitarie

B\* La valutazione sarà espressa dal Direttore Sanitario sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Direzione Medica di Presidio.

C\* La valutazione sarà espressa dal Direttore Sanitario

D\* La valutazione sarà espressa dal Direttore Sanitario sulla scorta delle indicazioni espresse dall'USC Sistemi Informativi e Organizzativi

OBIETTIVI NUOVO OSPEDALE E PROGETTI INDICAZIONI OPERATIVE E MODALITA' DI VALUTAZIONE						
CODICE	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPLESSIVI)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPLESSIVI)	MODALITA' DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE
NUOVO OSPEDALE	L'UO partecipa attivamente alle fasi di preparazione al trasferimento e avvio del nuovo ospedale "Papa Giovanni XXIII". A tal proposito dovranno essere seguite le indicazioni che verranno fornite nel corso dell'anno dalla Direzione relativamente alla parte documentale (partecipazione a riunioni, a gruppi di lavoro, eventuale produzione di documenti tecnici/protocolli/procedure/istruzioni operative). Deve inoltre essere assicurata la partecipazione ai corsi di formazione che l'AO organizzerà relativamente a orientamento, ambientamento, confidenza d'uso, simulazioni, con partecipazione di tutto il personale ai sopralluoghi che verranno organizzati presso il Nuovo Ospedale	Il personale dell'UO partecipa attivamente alle fasi di preparazione al trasferimento e avvio del nuovo ospedale, rispetta le scadenze nella produzione della documentazione richiesta da parte della Direzione, partecipa attivamente alle fasi di orientamento, ambientamento, confidenza d'uso e alle simulazioni che verranno effettuate	20	20	- livello di collaborazione adeguato (partecipazione al 100% delle riunioni indette; rispetto delle scadenze nella produzione dei documenti richiesti; qualità dei documenti richiesti ritenuta adeguata; partecipazione ai corsi di formazione e ai sopralluoghi di orientamento, ambientamento, confidenza d'uso e simulazioni presso il Nuovo Ospedale che verranno organizzati); 100% dei punti a disposizione - livello di collaborazione parzialmente adeguato (partecipazione al 70-90% delle riunioni indette; ritardo nella produzione dei documenti richiesti inferiore a 10 giorni; qualità dei documenti prodotti non completamente soddisfacente; partecipazione ai corsi di formazione e ai sopralluoghi di orientamento, ambientamento, confidenza d'uso e simulazioni presso il Nuovo Ospedale che verranno organizzati); 50% dei punti a disposizione - livello di collaborazione inadeguato (partecipazione a meno del 70% delle riunioni indette; ritardo nella produzione dei documenti maggiore di 9 giorni; qualità dei documenti prodotti non soddisfacente; partecipazione ai corsi di formazione e ai sopralluoghi di confidenza d'uso del Nuovo Ospedale che verranno organizzati in misura < 60% calcolata su tutto il personale dell'UO); 0% dei punti a disposizione	A
ALTRO	a - b) Migliorare l'efficienza di utilizzo delle sale operatorie. c) Il tema della sicurezza in Sala Operatoria riveste un'importanza internazionale. L'OMS, con il programma "Safe surgery saves lives", ha evidenziato come l'utilizzo di check list pre-operatorie riduca del 50% il numero di eventi avversi. Il tema è quindi stato ripreso dal Ministero della Salute che nel 2009 ha realizzato il "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list" con il quale si adattano le linee guida dell'OMS al contesto nazionale. Parallelamente anche la Regione Lombardia ha condiviso con l'OMS l'obiettivo prioritario della corretta identificazione del paziente e lo ha incluso nelle Linee Guida di Attività di Risk Management 2010. Viene quindi chiesto di utilizzare la "check list per la sicurezza in sala operatoria".	a) il primo paziente in nota operatoria deve giungere presso il blocco operatorio entro le ore 7.20 almeno nel 90% dei casi. Almeno un chirurgo per singolo tavolo operatorio deve essere presente presso il blocco operatorio entro le 7.45, come indicato nelle "Istruzioni per il buon funzionamento del Blocco Operatorio". I dati verranno rilevati con modalità random da operatori esterni b) l'UO programma l'attività chirurgica settimanale e giornaliera utilizzando il formato elettronico a disposizione secondo tempi e modi indicati nelle "Istruzioni per il buon funzionamento del Blocco Operatorio" c) la check list per la sicurezza in sala operatoria è presente e correttamente compilata in almeno il 90% delle cartelle cliniche controllate a campione	10	10	conseguimento di tutti i punti (a, b, c) indicati nell'obiettivo: 10 punti un obiettivo tra quelli indicati non viene raggiunto: 5 punti due o più obiettivi non vengono raggiunti: 0 punti	A
ALTRI PROGETTI COMPARTO	Obiettivo A. Diffusione della: - Legge 15 marzo 2010, n. 38. "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"; - Procedura Generale "Valutazione del dolore nel paziente ricoverato" Obiettivo A1. Utilizzo di una scala di rilevazione del dolore nel paziente con deficit cognitivi, o impossibilitato ad esprimere il proprio dolore. Obiettivo B. Aderenza degli operatori alla procedura specifica "Prevenzione e gestione delle cadute nel paziente adulto". Obiettivo B1. Definizione di una procedura specifica "Rilevazione e gestione delle cadute nel paziente in area critica".	Risultato atteso A. Migliorare le conoscenze relative alla valutazione del dolore ed ai percorsi delineati per legge che garantiscono il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Risultato atteso A1. Identificazione ed applicazione di una scala di rilevazione del paziente non in grado di esprimere il dolore (non competente). Risultato atteso B. Il personale coinvolto applica la procedura. Risultato atteso B1. La procedura specifica è applicata.	0	20	Indicatore A. Stesura di una procedura aziendale specifica. Indicatore A1. Partecipazione agli incontri di diffusione della procedura del personale coinvolto. Report semestrale autocontrollo di almeno 50 cartelle. Indicatore B. Verifica dell'aderenza, del personale coinvolto, alle indicazioni fornite dalla procedura per la compilazione delle schede di rilevazione del rischio caduta, analisi del 10% delle cartelle per ogni USC. Indicatore B1. Stesura di una procedura aziendale specifica per l'area critica.	

VALUTAZIONE:

A= La valutazione sarà espressa dal Direttore Sanitario sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Direzione Medica di Presidio e dalla Direzione delle Professioni Sanitarie

B=La valutazione sarà espressa dal Direttore Sanitario sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Direzione Medica di Presidio.

C= la valutazione sarà espressa dal Direttore Sanitario

D= la valutazione sarà espressa dal Direttore Sanitario sulla scorta delle indicazioni espresse dall'USC Sistemi Informativi e Organizzativi

## 6.2 Obiettivi assegnati al personale

Nei primi mesi di ogni anno, sulla base dei dati consuntivi dell'anno precedente, gli obiettivi strategici del Piano Socio Sanitario Regionale e le direttive emanate dalla Giunta Regionale relativamente agli obiettivi aziendali di interesse regionale, vengono assegnati gli obiettivi operativi alle Strutture Organizzative dell'Azienda e, a cascata al personale dipendente. Dall'anno 2003 vengono assegnati gli obiettivi individuali al personale della Dirigenza, da quest'anno verranno assegnati obiettivi individuali anche al personale del comparto.

## 7. La Misurazione delle Performance: gli indicatori di risultato

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	DIMENSIONI DI ANALISI	INDICATORI ANNO 2011	RISULTATO ANNO 2011	OBBIETTIVO ANNO 2012
ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE	<b>“Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014” PRS Area sanità;</b> <b>Obiettivi di mandato del Direttore Generale Bilancio di previsione 2012;</b> <b>Documento Aziendale sul Sistema di Valutazione della Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa – anno 2011;</b> <b>Documento sul Sistema di Valutazione del Personale del Comparto – anno 2011</b>	<b>Economicità</b>	Valore della produzione / Costo totale aziendale	405822/416119 = 0,98	402176/402176 = 1
		<b>Efficacia esterna</b>	Incremento utilizzo Sintel: incremento di almeno + 20% in termini di n.procedure e di valore, rispetto all’anno precedente	Numero procedure = 22 Valore = 5.347.000 Euro	Numero procedure = 27 Valore = 6.416.400 Euro
		<b>Efficacia interna</b>	Adesione gare CRA: numero adesioni dell’anno su totale convenzioni di interesse per le A.O. attivate nel corso dello stesso anno	3 adesioni su 4 convenzioni attivate (75%)	75%
		<b>Efficacia organizzativa</b>	N. dipendenti ruolo amm.vo / N. totale dipendenti	329/3494= 9,41%	9,3%
			Investimenti in formazione, inteso come budget assegnato	780.450 Euro	780.000 Euro
			Tasso di obsolescenza tecnologie (valore benif.do amm.to / valore iniziale )	attrezzature sanitarie = 0,31 attrezzature informatiche=0,24 (computer, server, stampanti, ecc)	Miglioramento dell’indicatore
		ATTUAZIONE DELLA GESTIONE	<b>“Delibera delle Regole di sistema per l’anno 2012 – DGR n. IX/2633 del 6.12.2012”</b> <b>Documento di Budget 2012</b> <b>“Piano Organizzativo Aziendale – POA ;</b> <b>“Carta dei Servizi”</b>	<b>Efficienza</b>	N. ricoveri per infermiere
<b>Qualità dei processi e dell’organizzazione</b>	Costo medio farmaci per punto drg (costo dei farmaci al netto File-f/ peso dei DRG ordinari)			€ 280,60	Mantenimento dell’indicatore 2011
<b>Qualità dell’assistenza</b>	Joint Commission			Sono state effettuate: 3 autovalutazioni 1 valutazione esterna dei 298 elementi valutati risultano: 55% completamente raggiunti 16% spesso raggiunti 19% parzialmente raggiunti 3% raramente raggiunti 7% non raggiunti	Effettuare: 2 autovalutazioni 1 valutazione esterna Degli elementi valutati si propone obiettivo di mantenimento per “completamente raggiunti” e “spesso raggiunti”. Si propone obiettivo di miglioramento per “parzialmente raggiunti”, “raramente raggiunti” e “non raggiunti”
<b>Appropriatezza</b>	Customer satisfaction			5,87 in una scala da 1 (soddisfazione minima) a 7 (soddisfazione massima).	5,9
<b>Accessibilità e soddisfazione utente</b>	Gli indicatori di seguito indicati, riferiti all’anno 2011, sono calcolati solo sui ricoveri ordinari e utilizzando i criteri di esclusione sotto elencati, così come indicato nel documento prodotto dalla Regione Lombardia “Sistema di valutazione degli Ospedali				

		<p>Lombardi".</p> <p>I criteri di esclusione utilizzati sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i ricoveri di pazienti extra-regione</li> <li>- i ricoveri di pazienti di età inferiore ai 2 anni (alla data di ricovero)</li> <li>- i ricoveri appartenenti alle classi di finanziamento riabilitative, delle cure palliative o delle lungodegenze.</li> </ul>
Mortalità (%)	N. decessi durante il ricovero/Tot. Dimissioni = 2,2%	Mantenimento dell'indicatore 2011
Ritorni in sala operatoria (%)	N. dimessi con DRG chirurgico e un intervento successivo al principale/Tot. Dimessi con DRG chirurgico= 4,01%	Mantenimento dell'indicatore 2011
Ricoveri ripetuti (%)	N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro l'anno (01/01-31/12)/ Tot. Dimissioni = 9,69%	Mantenimento dell'indicatore 2011
Dimissioni volontarie (%)	N° dimissioni volontarie/ Totale dimissioni = 0,8%	Mantenimento dell'indicatore 2011
Trasferimenti tra strutture (%)	N° trasferiti (secondo codifica SDO)/ Totale dimessi = 4,3% N.B. La descrizione dei codici SDO relativi ai trasferimenti è stata modificata nell'aprile 2012.	Mantenimento dell'indicatore 2011
Upcoding (%)	N. dimessi con DRG con complicanze/N. dimessi con uno dei DRG che hanno la coppia con/senza complicanze=19,9%	Mantenimento dell'indicatore 2011
Cream Skimming	N. DRG erogati/N.reparti* = 13,38	Mantenimento dell'indicatore 2011
Ricoveri ripetuti entro 45 gg (%)	N. rientri con stessa MDC nello stesso reparto* entro 45 gg./Tot. Dimissioni = 3,86%	Mantenimento dell'indicatore 2011
Tasso di ospedalizzazione e ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti in provincia/Tot. residenti in provincia =28 per 1000 abitanti	Mantenimento dell'indicatore 2011
Tasso di ospedalizzazione e ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi dopo ricovero DH residenti in provincia/Tot. residenti in provincia = 11 per 1000 abitanti	Mantenimento dell'indicatore 2011
Tasso di ospedalizzazione e ricoveri totali (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi totali residenti in provincia/Tot. residenti in provincia = 29 per 1000 abitanti	Mantenimento dell'indicatore 2011
Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi = 51 per 1000 dimessi	Mantenimento dell'indicatore 2011
Tasso di attrazione ricoveri DH (n. pazienti per 1000 per anno)	N. dimessi dopo ricovero DH residenti fuori regione/ Tot. Dimessi = 39 per 1000 dimessi	Mantenimento dell'indicatore 2011
Tasso di attrazione ricoveri totali (n. pazienti per	N. dimessi totali residenti fuori regione/ Tot. Dimessi = 47 per 1000 dimessi	Mantenimento dell'indicatore 2011

		1000 per anno)	
--	--	----------------	--

\*Secondo codice ministeriale

## **8. Dalla performance aziendale alla performance organizzativa e individuale**

### **8.1 Assegnazione e Valutazione obiettivi di interesse regionale**

Annualmente la Giunta Regionale definisce gli obiettivi aziendali di interesse regionale e li assegna al Direttore Generale declinandone gli indicatori, i tempi e le modalità di valutazione.

Tali obiettivi sono articolati nelle seguenti aree:

1. Obiettivi di mandato
2. Obiettivi di Sviluppo
3. Obiettivi Urgenza ed Emergenza.

Gli stessi obiettivi vengono assegnati dal Direttore Generale al Direttore Amministrativo e Sanitario sia nei contenuti che nelle modalità di valutazione. L'attribuzione del punteggio finale è data dalla somma dei punteggi attribuiti dal Direttore Generale sulla base della verifica del raggiungimento degli obiettivi di sviluppo assegnati fino a un massimo di 80 punti su 100 e sulla base di una valutazione dei comportamenti manageriali, fino a un massimo di 20 punti su 100 prevedendo gli stessi parametri valutativi previsti per il Direttore Generale.

Ogni quadrimestre l'USSA Valutazione e Gestione Attività Strategiche procede al monitoraggio degli Obiettivi con la collaborazione degli uffici aziendali responsabili del raggiungimento degli obiettivi stessi e provvede all'invio in Regione della rendicontazione. La Regione, all'inizio dell'anno successivo, esprime una valutazione sul Direttore Generale relativamente al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo e ai comportamenti manageriali.

### **8.2 Valutazione dei Direttori di Dipartimento**

La valutazione dei Direttori di Dipartimento si svolge ogni anno nel mese di gennaio, riferita all'anno precedente, è effettuata dal Direttore Generale con il supporto dei Direttori Sanitario ed Amministrativo secondo competenza.

Al Direttore di Dipartimento viene chiesta una relazione di autovalutazione relativamente ai propri comportamenti manageriali nella quale mettere in evidenza anche i problemi incontrati, i motivi di successo e insuccesso, le soluzioni adottate per migliorare le proprie prestazioni.

Dopo che il Direttore Generale ha esaminato la relazione, convoca il Direttore di Dipartimento al quale comunica, attraverso un colloquio, la valutazione finale.

I comportamenti manageriali presi in considerazione riguardano:

- coerenza tra l'azione del Dipartimento e le linee strategiche aziendali;
- capacità di costruire un'immagine positiva dell'Azienda e del Servizio Socio Sanitario Regionale;
- capacità di creare un clima collaborativo all'interno del Dipartimento teso al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

A tal fine è stata predisposta una scheda di valutazione (sotto riportata), validata dal Nucleo di Valutazione Aziendale, che prevede una valutazione numerica: si è stabilito di destinare 20 punti su 100 per la verifica relativa ai comportamenti manageriali e 80 punti su 100 per il raggiungimento degli obiettivi della struttura complessa diretta dal Direttore.

### **8.3 Assegnazione e Valutazione obiettivi aziendali e di struttura**

#### **8.3.1 Contrattazione di budget**

Il processo di Contrattazione di Budget ha lo scopo di elaborare la programmazione annuale dell'attività, determinando obiettivi e risorse nel rispetto di:

- normativa e indirizzi della Regione Lombardia;
- strategia aziendale;
- metodologia adottata dall'Azienda per il miglioramento continuo delle prestazioni erogate.

Il processo di Monitoraggio e Valutazione del raggiungimento degli obiettivi Aziendali e di Struttura ha lo scopo di monitorare l'andamento e il raggiungimento degli obiettivi assegnati attraverso gli indicatori definiti.

I processi coinvolgono sia la Dirigenza che il Comparto.

Il processo di negoziazione di budget avviene a due livelli:

- di Struttura: il Direttore/Responsabile riesamina l'organizzazione interna, valuta il raggiungimento degli obiettivi di Struttura, le criticità e propone le opportune azioni di miglioramento alla Direzione Aziendale.
- Aziendale: la Direzione riesamina l'organizzazione nel suo complesso, valuta il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, le criticità, definisce i nuovi indirizzi ed obiettivi, gli indicatori e le responsabilità di realizzazione.

### **8.3.2 Elementi in ingresso al Riesame di Direzione Aziendale e propedeutici all'avvio della negoziazione di Budget**

Le Strutture di riferimento competenti predispongono i report necessari per l'avvio del Riesame di Direzione Aziendale e del processo di negoziazione di Budget, che prevedono di norma:

- le indicazioni/disposizioni Ministeriali, Regionali, di ASL raccolte a cura dell'USC Affari Generali e Legali nonché contenute in norme e leggi cogenti per l'attività dell'Azienda Ospedaliera;
- la rendicontazione aggiornata dei dati di attività e di consumo delle risorse, predisposta congiuntamente dall'USSA Controllo di Gestione e dall'USSA Epidemiologia;
- l'analisi delle risorse umane, tecnologiche e ambientali a disposizione;
- la rendicontazione dell'ultimo aggiornamento disponibile sullo stato di avanzamento dei progetti di miglioramento affidati alle Unità Strutturali e raccolto dalla Direzione Sanitaria (USSA Epidemiologia) e dalla Direzione Amministrativa;
- i verbali del Nucleo di Valutazione;
- i verbali e le proposte dei piani di miglioramento in uscita dai Riesami di Direzione di Struttura;
- il piano di formazione dell'anno in corso e aggiornamento dello stato di avanzamento delle iniziative di formazione programmate, a cura dell'USC Formazione e Aggiornamento;
- le segnalazioni di eventuali disservizi causati da Fornitori esterni di prestazioni/servizi/prodotti, rilevati dalle Strutture incaricate di tenere formalmente rapporti contrattuali con Fornitori esterni (Unità Strutturali: Tecnica, Approvvigionamenti, Ingegneria Clinica,...) o da Direttori/Responsabili di Strutture Sanitarie nell'ambito dei rapporti/relazioni interaziendali ed evidenziate nei verbali di Riesame di Struttura;
- i rapporti di sintesi delle indagini di Customer Satisfaction redatti a cura dell'URP;
- il rapporto di sintesi dell'aggiornamento dei documenti di Valutazione del Rischio e proposta del Piano della Sicurezza per l'anno successivo, redatti a cura del Responsabile USSA Prevenzione e Protezione Aziendale;
- il rapporto di sintesi della Società di consulenza per il rispetto della normativa della privacy, redatto a cura del Referente Aziendale;
- i rapporti degli audit interni ed esterni, redatti a cura dell'Ufficio Gestione Qualità Aziendale/altri Uffici competenti/Enti esterni;
- lo stato di avanzamento delle Azioni Preventive/Correttive Aziendali a cura dei Direttori/Responsabili delle Strutture interessate/Responsabile Ufficio Gestione Qualità/Funzioni Responsabili Preposte;

- le modifiche organizzative al sistema aziendale che possono avere impatto sulla qualità delle prestazioni.;
- l'analisi dei documenti del Sistema Gestione Aziendale con particolare riguardo a:
  - POFA
  - Manuale Qualità
  - Carta dei Servizi
  - Procedure Generali.

### **8.3.3 Esame degli elementi in ingresso e avvio pre-contrattazione di Budget**

La Direzione incontra le Funzioni Aziendali di riferimento, esamina gli elementi in ingresso e fornisce le indicazioni agli Uffici di Staff (Direzione Medica di Presidio, Controllo di Gestione, Valutazione e Gestione Attività Strategiche) per avviare gli incontri di pre-contrattazione predisponendo le apposite schede di pre-contrattazione budget che, se possibile, vengono anticipatamente trasmesse ai Direttori/Responsabili di Struttura.

### **8.3.4 Valutazione degli esiti degli incontri di pre-contrattazione di Budget**

La Direzione, con la collaborazione dei Responsabili degli Uffici di Staff esamina quanto emerso negli incontri di pre-contrattazione di Budget e prepara con gli stessi gli incontri di contrattazione, dando disposizione per la loro pianificazione, previo aggiornamento rispetto alle indicazioni Ministeriali/Regionali/di ASL eventualmente intervenute nel frattempo.

### **8.3.5 Contrattazione Budget**

Incontri di Contrattazione di Budget

La Direzione Aziendale, nel rispetto della normativa di riferimento, delle indicazioni ministeriali, regionali e di ASL, nonché nel rispetto dei propri indirizzi strategici enunciati nel POFA convoca ed effettua gli incontri di negoziazione di budget nel rispetto, di norma, dell'aggregazione dipartimentale delle Strutture.

Al termine degli incontri di contrattazione, per ogni Struttura vengono redatti un verbale e documenti (attuale scheda budget) che sintetizzano:

- gli obiettivi aziendali di interesse regionale
- gli obiettivi di attività
- gli obiettivi di qualità a monitoraggio aziendale
- gli eventuali obiettivi di qualità a monitoraggio interno di Unità Strutturale
- le risorse umane, strumentali, di consumo, formative e strutturali assegnate.

### **8.3.6 Chiusura del percorso di Contrattazione di Budget**

Terminati gli incontri di contrattazione di budget, la Direzione incontra i responsabili degli Uffici di Staff per sintetizzare quanto emerso dalla contrattazione stessa e per acquisire la conferma della compatibilità di quanto contrattato con le indicazioni e le risorse messe a disposizione dalla Regione e dall'ASL.

In caso di evidenza di discordanze, la Direzione formula ipotesi di correzione e riapre il confronto con le Strutture interessate. Al termine della verifica, constatata la compatibilità complessiva con il Bilancio preventivo Aziendale, approva con deliberazione i verbali e i documenti di contrattazione di budget.

### **8.3.7 Comunicazione interna di chiusura della Contrattazione e avvio processo attribuzione obiettivi individuali**

Approvata la deliberazione di cui al punto precedente, la Direzione ne dà comunicazione ai Direttori/Responsabili di Struttura, con richiesta di informare le proprie équipes, nonché di avviare il processo di attribuzione di obiettivi individuali ai Dirigenti e al Personale con funzione di coordinamento.

### **8.3.8 Monitoraggio e valutazione raggiungimento obiettivi**

Parallelamente al processo di attribuzione degli obiettivi d'anno, realizzato nell'ambito della Contrattazione di budget, non appena disponibili i dati di chiusura attività, costo, nonché rendicontazione dei progetti di miglioramento dell'anno precedente, la Direzione Aziendale, coadiuvata dalle Strutture Organizzative incaricate, predisponde la rendicontazione conclusiva di fine anno e in particolare:

- le Strutture Organizzative incaricate, a completamento del monitoraggio effettuato periodicamente in corso d'anno sulla base di reperti costruiti attingendo ai molteplici data base aziendali, predispongono la sintesi di chiusura dei dati di produzione e di costo;
- i Direttori/Responsabili di Struttura monitorano in corso d'anno e chiudono al termine dell'anno la valutazione del raggiungimento degli obiettivi interni di Struttura, nonché degli obiettivi assegnati ai singoli Dirigenti;
- i Direttori/Responsabili di struttura predispongono ed inviano semestralmente alle Strutture Organizzative incaricate dalla Direzione l'aggiornamento dello stato di avanzamento dei progetti di miglioramento e a fine anno la rendicontazione conclusiva degli stessi
- le Strutture Organizzative incaricate dalla Direzione Aziendale predispongono i report di sintesi dei dati relativi agli obiettivi di attività, di qualità e di costo correlati degli eventuali commenti/considerazioni di competenza, li analizzano, congiuntamente ai Direttori Amministrativo e Sanitario, e li trasmettono all'USSA Valutazione e Gestione Attività Strategiche;
- il Nucleo di Valutazione esamina i report presentati ed esprime la propria valutazione di competenza riguardo al raggiungimento degli obiettivi aziendali da parte delle singole Strutture e conseguentemente dell'Azienda.

### **8.3.9 Valutazione degli obiettivi aziendali da parte della Direzione Generale Sanità**

La Direzione Generale Sanità esprime annualmente, rispetto al report inviato dalla Direzione Generale e a seguito della valutazione dei dati in suo possesso, la propria valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi aziendali da Lei stessa assegnati alle singole Aziende, a seguito della emanazione delle regole di sistema.

### **8.3.10 Approvazione del verbale da parte del Nucleo di Valutazione e comunicazione degli esiti di valutazione**

La Direzione comunica per scritto ai Direttori/Responsabili di Struttura l'esito della valutazione.

I Direttori/Responsabili di Struttura possono richiedere chiarimenti per iscritto al Nucleo di Valutazione riguardo alle motivazioni che hanno portato alla valutazione stessa.

I Direttori/Responsabili di Struttura a loro volta comunicano alla propria equipe l'esito della valutazione.

### **8.3.11 Chiusura del riesame di Direzione Aziendale**

Elementi in uscita:

- Delibera di approvazione delle contrattazioni di budget;
- Delibera di recepimento del verbale del Nucleo di Valutazione;
- Valutazione della Direzione Generale Sanità in ordine al raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- Approvazione Bilancio di chiusura.

## **8.4 Assegnazione e Valutazione obiettivi individuali**

### **8.4.1 Fasi del processo**

L'assegnazione degli obiettivi individuali, improntata ai criteri della partecipazione e della trasparenza, si compone delle seguenti fasi:

- assegnazione da parte del Direttore/Responsabile degli obiettivi individuali a tutti i Dirigenti della Sua Struttura;
- valutazione finale e conseguente attribuzione dei punteggi.

Il sistema di misurazione si realizza attraverso la previsione di risultati quantificabili, misurabili e raggiungibili determinati con indicatori di risultato. Gli obiettivi devono rispondere a requisiti di chiarezza, precisione e sinteticità.

I parametri valutativi saranno preventivamente comunicati al dipendente dal soggetto preposto alla valutazione così da rendere esplicito “cosa ci si aspetta”.

#### **8.4.2 Assegnazione e Valutazione obiettivi individuali**

La fase di assegnazione degli obiettivi ai singoli Dirigenti si fonda sull’analisi dell’attività da svolgere in vista del risultato finale. Dopo lo svolgimento delle contrattazioni di budget, definiti gli obiettivi delle singole Strutture, il Direttore della Struttura, convoca i dirigenti e i titolari di posizione organizzativa della propria struttura e assegna loro gli obiettivi individuali corredati dai corrispondenti indicatori di risultato necessari per il grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi. Assegna gli obiettivi in base alle competenze presidiate e in rapporto alle risorse disponibili, individuando gli atti e le prestazioni da segnalare come snodi rilevanti rispetto al risultato finale atteso.

Ad ogni obiettivo deve essere attribuito un peso che varia a seconda dell’importanza/priorità dello stesso rispetto agli altri. La sommatoria dei pesi attribuiti a ciascun obiettivo deve essere uguale a 100.

Dell’obiettivo viene specificato il risultato finale atteso attraverso il quale si misura la performance, tenendo presente che deve essere chiaramente enunciato il valore preso a riferimento per la misurazione del risultato. Nell’assegnazione degli obiettivi il responsabile dovrà anche tener conto dei compiti assegnati al soggetto valutato e delle competenze specifiche richieste nella Struttura alla quale il soggetto è preposto.

Terminato il processo di assegnazione degli obiettivi il valutatore e il valutato appongono la propria firma sulla scheda in modo da certificare la condivisione e l’accettazione degli stessi.

Il Nucleo di Valutazione viene informato relativamente alla tipologia di obiettivi assegnati dai Direttori di Struttura ai singoli dirigenti.

#### **8.4.3 Obiettivi**

Con riferimento ai risultati, gli obiettivi rappresentano il contributo richiesto a ciascun dipendente per il raggiungimento degli obiettivi generali della Struttura.

Si ritiene che un obiettivo sia adeguato quando soddisfa i requisiti di seguito elencati:

- Coerenza con gli obiettivi programmatici dell’Azienda.
- Coerenza con le aree di responsabilità del valutato.
- Misurabilità: è indispensabile determinare i criteri di misura di ciascun obiettivo in quanto la responsabilità muta considerevolmente in funzione dei criteri utilizzati. Misurabilità significa anche definire uno standard attraverso il quale si stabilisce che il risultato al di sopra è positivo, al di sotto è negativo.
- Significatività: un obiettivo deve riferirsi e discendere da un’area di risultato proporzionalmente importante nell’economia complessiva della posizione organizzativa in questione, pertanto:
  - o si situa all’interno di aree critiche per la posizione e per l’Azienda,
  - o costituisce il frutto di un processo di definizione di priorità effettuato dal Responsabile con il valutato
  - o è corredato di un peso, che sintetizza quanto il livello di conseguimento di ciascun obiettivo concorrerà alla valutazione globale della performance. Il processo di ponderazione deve essere l’attribuzione di un peso a ciascun obiettivo in funzione di obiettivi/priorità dell’Unità Operativa di appartenenza e si esprime come percentuale rispetto al peso totale

(=100). Per quanto detto è importante ai fini di una corretta focalizzazione del collaboratore che gli obiettivi non abbiano mai pesi inferiori al 10%.

- Novità o innovazione: un obiettivo correttamente definito si differenzia dalle attività correnti, essenzialmente in quanto contiene elementi di novità: indica cioè dei traguardi nuovi (in termini di quantità/modalità/tempi/qualità). Tuttavia gli obiettivi di routine possono essere inseriti individuando differenze quantitative e qualitative al loro interno.
- Raggiungibilità: al fine di orientare efficacemente l'operato dei collaboratori occorre che l'obiettivo sia formulato a seguito di una discussione sufficientemente analitica su cui Responsabile e collaboratore abbiano potuto:
  - o confrontarsi sul contenuto dell'obiettivo,
  - o valutare modalità operative/attuative,
  - o discutere le condizioni entro cui l'obiettivo andrà conseguito.

Con riferimento ai comportamenti organizzativi, gli obiettivi assegnati avranno lo scopo di comunicare al valutato le attese dell'Amministrazione e del valutatore rispetto a specifici comportamenti ritenuti necessari ai fini dell'efficace presidio delle attività assegnate e dei livelli di prestazioni richieste, promuovendo lo sviluppo delle qualità possedute del valutato direttamente connesse agli obiettivi dell'Amministrazione.

#### **8.4.4 Attribuzione dei punteggi e conseguente valutazione**

Il sistema di valutazione prevede idonee garanzie per la partecipazione dei lavoratori al processo di valutazione in tutte le fasi. Ciò deve verificarsi anche nella fase finale, nella quale si procede alla valutazione vera e propria.

Le tappe della valutazione sono:

- il Responsabile valuta il risultato degli obiettivi/prestazioni prefissate. Nel corso del colloquio il soggetto valutato può fornire informazioni sui risultati raggiunti per consentire al valutatore di disporre di ulteriori elementi per la decisione;
- il Responsabile compila quindi la scheda attribuendo i punteggi e fornendone la motivazione (non obbligatoria), l'esito della valutazione verrà poi notificato al valutato.

Il colloquio previsto prima dell'attribuzione del punteggio costituisce l'occasione per riassumere l'andamento delle attività e il punto di vista dei due soggetti coinvolti (Valutatore - Valutato).

Al termine del periodo di riferimento per ogni soggetto valutato, il Responsabile compila la scheda determinando la percentuale di realizzazione di ciascun obiettivo, il software moltiplicherà il fattore di correzione (percentuale di raggiungimento) per il peso assegnato all'obiettivo e così si otterrà il risultato.

La sommatoria dei risultati darà la percentuale di raggiungimento totale degli obiettivi.

Al raggiungimento degli obiettivi è strettamente collegata la retribuzione di risultato (es: raggiungimento obiettivi individuali 80% - raggiungimento obiettivi di struttura 90% percentuale retribuzione di risultato 72%).

### **8.5 La Valutazione dei comportamenti**

#### **8.5.1 La scheda di valutazione**

Nell'intento di sviluppare condivisione tra i principali attori, il sistema di valutazione dei comportamenti è stato implementato attraverso un processo di sperimentazione degli strumenti di valutazione. Dalla sperimentazione è scaturita la necessità di utilizzare il sistema di autovalutazione ancor prima della valutazione affinché il Valutato potesse esprimere (a se stesso e al Valutatore) la percezione della propria performance e fornire utili elementi per un confronto franco e diretto, oltre che verificare il percorso del dirigente nella realizzazione dei progetti e dei risultati del proprio servizio.

Il delicato compito del Valutatore è quello di fornire al Valutato un ritorno sulla autovalutazione espressa dallo stesso e di far emergere i punti di forza e quelli soggetti a miglioramento.

La scheda utilizzata in Azienda dal 2003 si compone di tre sezioni:

**Sezione A** dati anagrafici

**Sezione B** valutazione dei comportamenti

**Sezione C** colloquio di valutazione

### **1. Dati anagrafici**

La prima sezione della scheda è destinata alla raccolta delle informazioni sull'anagrafica del valutato e del valutatore oltre al numero di matricola, le posizioni dirigenziali e la struttura di appartenenza.

### **2. Valutazione dei comportamenti:**

La seconda parte della scheda prevede la valutazione dei comportamenti e della professionalità espressa così come richiesto dal Contratto Collettivo Nazionale delle Aree relative alla Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa del SSN.

Tale valutazione deve essere intesa come un valore aggiunto per il singolo dirigente che può beneficiare del ritorno che questo sistema gli fornisce in ordine al proprio posizionamento nell'Azienda, alla misurazione delle proprie performance, ed alla possibilità di mettere in evidenza le proprie capacità dirigenziali, rapportandosi costantemente con il proprio Responsabile.

La scheda di valutazione dei comportamenti è frutto della rielaborazione delle indicazioni fornite dall'art. 32 del CCNL 08/06/2000 Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa del SSN. Comprende per i Dirigenti Responsabili di Struttura Complessa e Semplice cinque macro-aree così ripartite:

- A. Politiche e Strategie. L'obiettivo dei due item descritti in quest'area è di valutare da una parte se il dirigente ha espletato la propria funzione di Responsabile in linea con le linee strategiche e gli obiettivi dell'Azienda, dall'altra se abbia guidato l'attività della Struttura in modo flessibile in relazione alle esigenze contingenti del servizio.
- B. Gestione del Personale. Vengono valutate le azioni volte alla migliore integrazione del personale della Struttura e alla distribuzione equilibrata dei carichi di lavoro di tutti i Dirigenti.
- C. Capacità relazionali. Viene valutata la capacità di comunicazione, ascolto e comprensione verso i collaboratori e verso l'utenza oltre che la capacità di favorire il lavoro di equipe.
- D. Partnership e Risorse. I due item di questa area si riferiscono alla capacità del Dirigente di creare condizioni favorevoli al miglioramento dei rapporti tra la propria Struttura e le altre componenti organizzative dell'Azienda considerando anche le implicazioni economiche derivanti dai propri comportamenti e da quelli dei propri collaboratori
- E. Processi. In quest'ultima area il dirigente viene valutato su tre item relativi alla funzione di guida della sua Struttura inerente l'efficacia clinica delle attività assistenziali e alla loro appropriatezza clinica e organizzativa, ponendo attenzione alla qualità percepita e alla promozione dell'innovazione tecnologica e sanitaria.
- F. Leadership. In questa area vengono valutate le azioni di motivazione, sostegno e guida nei confronti dei Dirigenti e le azioni volte al miglioramento continuo della qualità professionale, organizzativa e relazionale messe in atto nella struttura di appartenenza. Questa area è contemplata soltanto nella scheda dedicata ai Direttori di Struttura e ai Responsabili di Strutture Semplici.

“Il grado di raggiungimento” viene espresso con “valore nominale” e non numerico in quanto l'attenzione è focalizzata sul confronto tra Responsabile e collaboratore e non alla stesura di una

graduatoria o di una votazione che potrebbe essere fonte di conflitti e poco utile ad indirizzare le persone a migliorare le aree valutate come “critiche”.

Inoltre, è prevista la possibilità di non valutare il Dirigente su alcuni item (grado di raggiungimento=NV) qualora l’item descritto non sia applicabile alla persona valutata.

Per i dirigenti con incarico di natura professionale e di alta specializzazione sono previste le stesse macro-aree con esclusione di quella relativa alla “leadership”.

### ***3. Colloquio di Valutazione***

L’ultima parte della scheda, relativa alla discussione dei risultati, riveste una importanza fondamentale in quanto momento formale in cui il Valutatore e il Valutato discutono di ciò che è stato scritto nella scheda.

E’ una situazione di confronto che si deve fondare sulla razionale comprensione dei punti di vista espressi da ambo le parti, evitando chiusure difensive o negazioni di principio.

La discussione dei risultati è un processo circolare che non si esaurisce con la valutazione finale. Infatti può essere d’aiuto per programmare gli obiettivi dell’anno successivo e per richiedere un impegno particolare relativamente ad un’area considerata critica (possibili aree di miglioramento) e che verrà pertanto rivalutata.

Questa parte della scheda prevede che il Valutato possa esprimere i suoi commenti sia nel caso in cui si trovi in accordo con quanto descritto dal Responsabile sia nel caso in cui non sia d’accordo con il giudizio espresso su di sé.

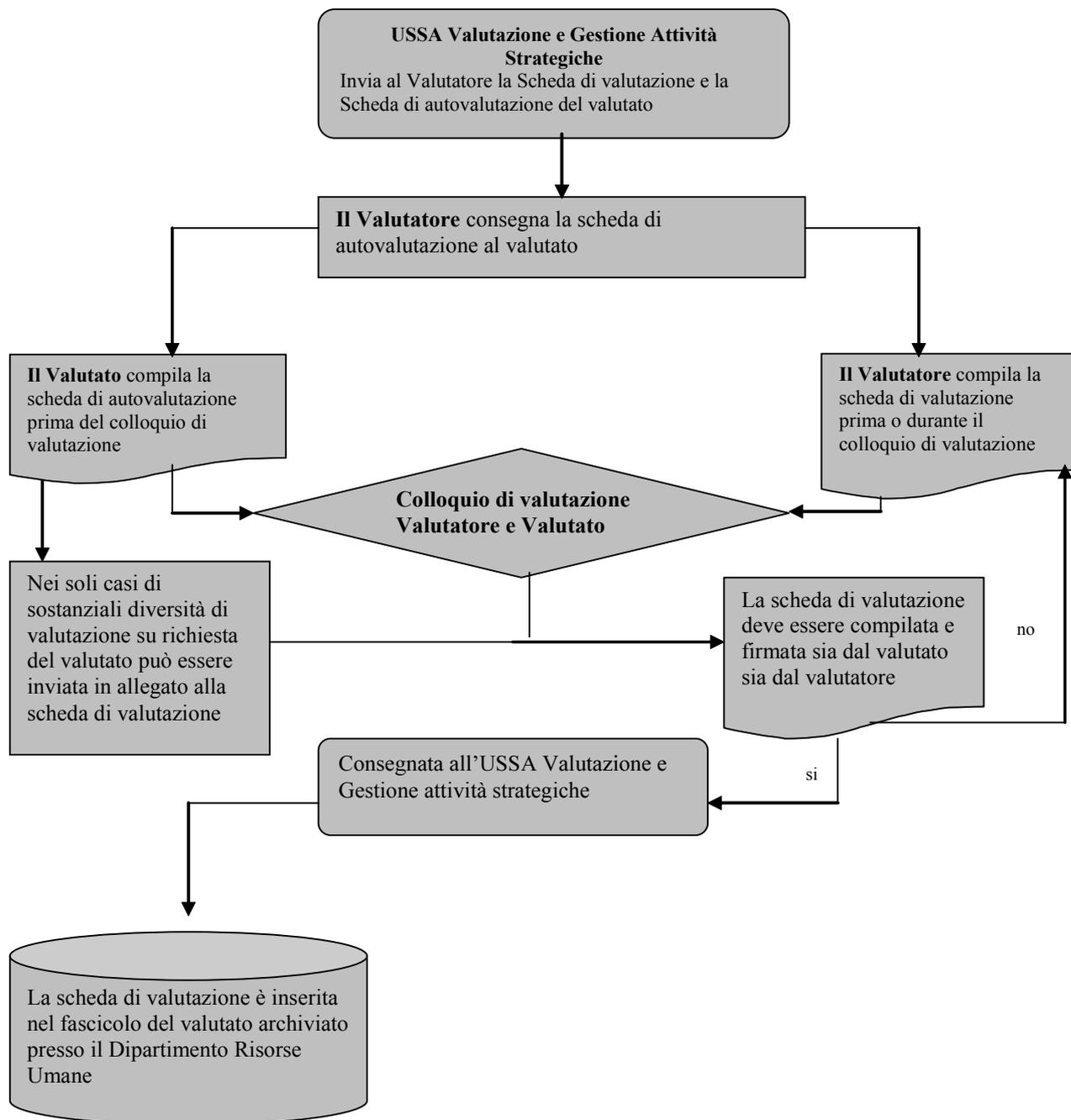
Il Valutatore deve esprimere anche un “giudizio finale”.

Le firme richieste al Valutatore e al Valutato stanno a certificare la consapevolezza e l’accettazione da parte dei soggetti di quanto riportato nella scheda.

## 8.5.2 Diagramma di flusso

### DIAGRAMMA DI FLUSSO

#### STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEI COMPORTAMENTI



## 9 La valutazione della performance individuale del personale del comparto

Il sistema di valutazione costituisce una parte fondamentale dell'organizzazione aziendale e presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo il processo di valutazione della Dirigenza è già attivo dal 2002.

Per il personale del Comparto l'avviamento del sistema di valutazione ha faticato a partire ma, grazie alla spinta propulsiva creata dal D.Lgs. 150/2009 unita alla maturità dell'attuale organizzazione, la Direzione Aziendale, d'intesa con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e sentite le competenti Rappresentanze Sindacali del Comparto, ha dato mandato di implementare un sistema di valutazione che, oltre ad uniformare le conoscenze e generare consenso sulla necessità di valutare nell'organizzazione, consenta di attivare un sistema di valutazione aziendale efficace ed efficiente.

A tal fine, con l'intento di creare condivisione e consenso sul nuovo sistema di valutazione, è stato costituito un gruppo di lavoro rappresentativo delle professionalità sanitarie e amministrative che, confrontandosi costantemente, ha elaborato lo strumento di valutazione e lo ha informatizzato per renderne agevole l'utilizzo.

Il gruppo di lavoro ha così progettato il percorso e lo strumento di valutazione e stabilito, d'intesa con la Direzione, di sottoporre il tutto a sperimentazione, in modo da poter coinvolgere direttamente i Valutati e i Valutatori che, con il loro prezioso contributo, hanno potuto fornire suggerimenti sia sul processo che sullo strumento di valutazione.

Il progetto "La valutazione del personale del comparto" licenziato dal gruppo di lavoro a novembre 2011, esplicita in modo dettagliato sia le schede che le fasi del processo di valutazione e ad esso si rimanda per entrare nei dettagli del processo.

In sintesi la struttura dello strumento di valutazione, informatizzato, si compone di tre sezioni:

- a) Assegnazione e valutazione di obiettivi individuali legati alla retribuzione di risultato
- b) Assegnazione e valutazione di obiettivi individuali legati alle Risorse Aggiuntive Regionali
- c) Valutazione delle competenze

La scheda di valutazione delle competenze, specifica per classe professionale e/o categoria, è costituita da 36 item articolati in due sezioni:

- una sezione comune a tutte le classi professionali destinata a valutare competenze di base e competenze trasversali;
- una sezione specifica destinata a valutare le competenze disciplinari.

In considerazione della delicatezza dell'argomento e dell'attenzione posta sullo stesso sia dalla Direzione che dalle organizzazioni sindacali, questa sperimentazione portava con se una buona dose di preoccupazione sia per i Valutati che per i Valutatori oltre che da chi ha progettato il percorso. Ancora una volta si vuole sottolineare che la sperimentazione è stata condotta con senso di responsabilità dagli "attori" coinvolti che, nonostante il poco a tempo a disposizione (a cavallo delle festività natalizie), hanno partecipato fornendo un contributo prezioso.

In sintesi, dallo studio dei dati analizzati, si evince che per la parte di strumento relativo alla assegnazione e valutazione degli obiettivi non si sono registrate particolari criticità e quindi è possibile iniziare, già nell'anno 2012, con l'assegnazione degli obiettivi individuali legati alla retribuzione di risultato e con l'assegnazione degli obiettivi individuali legati alle Risorse Aggiuntive Regionali.

Per quanto attiene alla valutazione delle competenze si rende invece necessaria una revisione dello strumento sia nei contenuti che nella numerosità degli item. Considerato che la valutazione delle competenze dovrà essere effettuata con riferimento all'anno precedente, si è deciso in accordo con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, di "rivedere" la scheda delle competenze in modo che sia utilizzabile a partire dal gennaio 2013 con riferimento alla valutazione relativa all'anno 2012. Nel frattempo si provvederà con l'assegnazione degli obiettivi a una parte del personale del comparto.