PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda U.S.L. Roma G in data : 04 MAG. 2012

L'addetto alla Pubblicazione

Il Direttore
U.O.C. Affari Generali
Dr.ssa Stefania Onori

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore
U.O.C. Affari Generali
Dr.ssa Stefania Onori

Tivoli, ...

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RM/G
TIVOLI

DELIBERAZIONE N° 0397 **DEL** 04 MAG. 2012

Oggetto: **regolamento quadro per lo sviluppo del ciclo della performance: sistema di misura e valutazione della performance - approvazione**

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott. Daniele Aguzzi

☑ Favorevole ☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data 03/05/2012

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Dott. Federico Guerriero

☑ Favorevole ☐ Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data 03/05/2012

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

☐ Senza osservazioni ☐ Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____ data .....

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Registrazione n° 2012 RAG 00390 del 26/04/2012

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa : _____

Il Direttore dell'Area di Coordinamento Gestione Risorse Finanziarie
e Redazione Documenti Contabili
(Dr.ssa Daniela Mezzapiastra)

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Il Responsabile del Procedimento
Dr.ssa Maria Teresa Volponi

Il Direttore Generale con i poteri di cui al decreto del Presidente della Regione Lazio n. T0018 del 20/01/2011

PREMESSO che con Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 in attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, il legislatore ha previsto un sistema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

che in particolare gli art. 7, 8 e 9 prevedono che le Amministrazioni Pubbliche adottino un sistema di misurazione e valutazione della performance che contempli la valutazione a livello organizzativo e a livello individuale;

che nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale alcuni aspetti previsti nel Titolo II del citato decreto sono già noti in quanto contemplati nel D.lgs. n. 502/1992 come ad esempio "la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità che consenta analisi comparative dei costi dei rendimenti e dei risultati";

che la Regione Lazio con Legge Regionale 31 ottobre 1996, n.45 "norme sulla gestione contabile e patrimoniale delle Aziende unita' sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" ha introdotto lo strumento del budget, quale metodologia gestionale, che può essere ricondotto al concetto di "ciclo della performance" quale strumento di gestione e programmazione descritto nell'art. 4 del D.Lgs 150/2009;

che l'Azienda USL RMG, come disposto dall'art. 2 della Legge Regione Lazio n. 1 del 16 marzo 2011, intende "adeguare" l'ordinamento vigente alle innovazioni introdotte dal D.Lgs. 150/2009.

VISTI

- Il D.Lgs. n. 502/92 con particolare rifermento all'art. 5 in materia di patrimonio e contabilità delle aziende sanitarie del SSN;
- la Legge Regione Lazio n. 45/96 in materia di programmazione e controllo e che definisce il sistema budgetario delle ASL;
- il D.Lgs. 150/2009 con particolare riferimento all'art. 3 che individua i principi generali in materia di misurazione e valutazione delle performance stabilendo che "ogni amministrazione pubblica è Indipendente di Valutazione.

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa, parte integrante e sostanziale del presente atto:

- di approvare il "regolamento quadro per lo sviluppo del ciclo della performance: sistema di misura e valutazione della performance" allegato al presente atto sotto la lettera "a" quale parte integrante e sostanziale;
- di dare mandato al Responsabile del Procedimento affinché sia data informativa dell'adozione del presente atto alle Strutture Aziendali, alle Organizzazione Sindacali, di disporre la pubblicazione sul sito aziendale e di comunicare la presente deliberazione alla Regione Lazio, Servizio di Valutazione e Controllo Strategico, Internal Auditing.

Il Direttore Amministrativo
(Dott. Daniele Aguzzi)

Il Direttore Sanitario
(Dott. Federico Guerriero)

Il Direttore Generale
(Dott. Nazareno Renzo Brizioli)

tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti ..." e al Titolo II che disciplina il "ciclo della performance";

- la Legge Regione Lazio n. 1 del 16 marzo 2011 di recepimento del D. Lgs. 150/2011
- la deliberazione della CIVIT n. 6/2011 con la quale è stato chiarito che le Aziende del Servizio Sanitario Locale devono conformarsi ai principi contenuti nel D.Lgs. 150/2009;
- i C.C.N.L. della dirigenza e del personale del comparto del SSN in particolare nelle parti in cui disciplinano i sistemi di valutazione dei suddetti dirigenti e personale;
- il D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

RITENUTO quindi opportuno di dover provvedere all'adozione di un regolamento quadro che detti le disposizioni necessarie per la successiva adozione, in forma coordinata, degli atti destinati al recepimento dei principi di immediata applicazione contenuti nel D.Lgs. 150/2009 e nella Legge Regionale n. 1/2011 in materia di ciclo della performance. .Tale applicazione inoltre dovrà tener conto degli opportuni adattamenti alle specificità dell'Azienda e in armonia con quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, dalla Legge Regione Lazio 45/96 e dal D.Lgs. n. 502/92 in materia di programmazione, controllo, sistema budgetario nelle aziende sanitarie e misurazione e valutazione del merito.

DATO ATTO che il regolamento quadro, assumendo valenza generale ed organizzativa e non comportando effetti diretti e immediati rispetto ai rapporti di lavoro del personale, sarà inviato ad informazione successiva alle Organizzazioni Sindacali mentre gli atti che ne costituiranno attuazione saranno assoggettati ai modelli di relazioni sindacali volta per volta previsti;

RITENUTO pertanto di approvare il "regolamento quadro per lo sviluppo del ciclo della performance: sistema di misura e valutazione della performance" che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale sotto la lettera "a", dopo aver acquisito il parere positivo da parte dell'Organismo

Allegato "a"

AZIENDA USL RMG

REGOLAMENTO QUADRO PER LO SVILUPPO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Sistema di Misura e Valutazione della Performance

Sommario

1. DEFINIZIONI E FINALITA' 4

2.COMPETENZE E RUOLI 6

3. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE: COMPOSIZIONE E TRATTAMENTO ECONOMICO (art. 7, c. 2, art. 14 D.Lgs. n. 150/2009) 9

4.ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE: FUNZIONI (art. 14 D.Lgs. n. 150/2009) 10

5. PIANO DELLA PERFORMANCE 12

6. PIANO STRATEGICO ED IL PIANO OPERATIVO 16

6.1 La Pianificazione Strategica (annuale in un contesto programmatico triennale) 18

6.1.1 La Pianificazione Strategica Annuale 18

7. PROCESSO DI BUDGET E PRINCIPI METODOLOGICI 19

7.1 L'iter del processo di budget 19

7.2 La redazione della Scheda di budget e del Piano operativo da parte del Responsabile del CdR 22

7.3 L'impostazione metodologica della scheda di Budget 23

7.4 Gestione dinamica del budget 24

7.5 Validazione del Piano della Performance e dell'interno Ciclo - processo - da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance. 26

8. Il CICLO DELLA PERFORMANCE ED IL PROTOCOLLO APPLICATIVO SUL SISTEMA PREMIANTE 28

8.1 Fondi dedicati al Sistema Premiante, Aree contrattuali cui erogare i premi di produttività 31

8.2 Verifica della performance organizzativa entro il Ciclo della performance 34

8.3 Valutazione della performance individuale: la valorizzazione differenziale dell'apporto alla produttività dell'equipe omogenea 35

8.4 La metodica di valorizzazione individuale del singolo componente dell'equipe 36

8.5 I tempi del Processo di Valorizzazione della Performance Individuale 41

9. VERIFICA E VALUTAZIONE DEI RISULTATI 42

9.1 Organismo Indipendente di Valutazione 43

9.2 Struttura Tecnica Permanente 43
9.3 Ruolo delle strutture coinvolte nei processi: Pianificazione e controllo, Risorse Umane, Contabilità generale ed analitica 44
10. La valutazione delle capacità e dei comportamenti 46
11. Azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance 48
12. Integrazione con i documenti di programmazione economico-finanziaria 49

REGOLAMENTO QUADRO PER LO SVILUPPO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE E DEL SISTEMA DI MISURA E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

1. DEFINIZIONI E FINALITA'

Il presente regolamento viene redatto, in armonia con le specificità dell'Azienda USL RMG, allo scopo di dare attuazione ai principi generali di cui al **Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009** "attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". L'intero impianto è in line con quanto indicato dalla **Legge Regione Lazio n. 1 del 16 marzo 2011** – Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002 n. 6 (Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale) e successive modifiche.

Esso detta la disciplina generale in base alla quale dovrà realizzarsi il ciclo di gestione della performance e consolidarsi il sistema di misura compresi tutti gli strumenti funzionali alla prescritta valutazione delle prestazioni e dei risultati. La finalità da perseguire è il miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda, la massima valorizzazione dei suoi dipendenti, sia delle competenze professionali, tecniche e gestionali e della capacità di assumere responsabilità per risultati delle strutture (performance organizzativa); ciò si abbina con la performance individuale misurabile tramite la valorizzazione differenziale del merito all'interno dell'equipe di appartenenza: il sistema consente l'erogazione meritocratica dei premi, nel rispetto dei principi dell'integrità e della trasparenza dell' azione amministrativa.

Il ciclo di gestione della performance ha cadenza annuale e si sviluppa nell'arco temporale del Piano triennale della performance; si svolge in forma coerente con quanto previsto dalla legislazione regionale vigente con particolare riferimento alle norme in materia di programmazione finanziaria e di bilancio; si concretizza tecnicamente attraverso un sistema di coinvolgimento delle direzioni di struttura che caratterizza il classico processo budgetario.

Gli strumenti di misurazione e valutazione della performance aventi conseguenze sul rapporto di lavoro del personale dipendente sono disciplinati nel rispetto delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) vigenti, fatta comunque salva l'applicazione delle norme di legge aventi carattere imperativo e inderogabile.

Si definisce ***performance*** il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità organizzata (gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma o politica pubblica) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati dall'Azienda ed, in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

Si distingue in performance organizzativa ed individuale.

La ***performance organizzativa*** è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento della *mission* dell'Azienda e degli obiettivi individuati e negoziati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder. Afferisce la sfera organizzativo -gestionale dell'Azienda.

La ***performance individuale*** è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi tesi al raggiungimento della *mission* dell'Azienda e per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder; gli obiettivi sono

.attribuiti alla struttura di appartenenza, il dirigente superiore informa opportunamente tutti i collaboratori in via preventiva.

Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno e dell'azione professionale messe a disposizione dell'organizzazione .

La performance organizzativa e la performance individuale sono correlate nel ciclo della performance.

2.COMPETENZE E RUOLI

Alla Direzione Generale competono le responsabilità e le prerogative di cui all'art. 15 del D. Lgs. n. 150/2009 .

In attuazione dell'art.3 comma 2, la Direzione Generale promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della prestazione e dei risultati, del merito, della trasparenza e dell'integrità. In particolare:

a) effettua le scelte di programmazione generale, emana le direttive generali contenenti gli obiettivi strategici ed adotta gli atti in cui queste si concretizzano;
b) verifica, su proposta dell'OIV, il conseguimento effettivo degli obiettivi strategici e specifici, secondo quanto previsto dal Ciclo annuale della performance, articolati a cascata secondo l'albero definito (Direttori di dipartimento o struttura equiparata, Direttori di Struttura complessa o equiparata e Dirigenti responsabili di Struttura semplice dipartimentale, qualora non sia individuato il corrispondente di Direttore di dipartimento);
c) definisce e approva, secondo le disposizioni aziendali, i documenti relativi alla attività di programmazione di cui alla lettera a).

All'Organismo Indipendente di Valutazione, istituito ai sensi dell'art. 4, competono le funzioni di cui all'art. 14, commi 4 e 5, del D. Lgs. 150/2009, in quanto recepite dall'art. 15 della LR n°1/2001, come meglio specificati all'art. 4 del presente regolamento.

Ai Dirigenti con incarichi di carattere gestionale, ai sensi della disciplina vigente e secondo le specifiche del presente regolamento, tenuto conto delle caratteristiche dell'incarico affidato, compete:

a) la collaborazione per la redazione degli atti in cui si concretizza il processo di pianificazione e controllo, secondo quanto stabilito dal regolamento di budget;

b) il perseguimento degli obiettivi assegnati, anche promuovendo azioni riorganizzative e revisionali dei costi indicati dai livelli aziendali di competenza;

c) la proposizione degli obiettivi delle strutture in cui eventualmente si articola la propria, fatta salva la possibilità per l'Azienda di proporre appositi obiettivi riguardanti le Unità Operative non ancora strutturate e/o previste nell'Atto Aziendale;

d) la predisposizione, in coerenza con la precedente lett. b), di piani di dettaglio e programmi o iniziative per il perseguimento degli obiettivi assegnati;

e) l'applicazione degli accordi validi a livello locale in tema di Sistema Premiante e di valutazione permanente del personale; nel primo caso il dirigente, anche con il supporto delle figure di Coordinamento o Posizioni organizzative afferenti alla struttura, svolge la funzione di attivazione della scheda di valorizzazione differenziale della performance individuale del personale assegnato alla struttura di competenza .

f) se previsto dal regolamento di budget, svolge tale funzione, in coerenza con il principio di cui all'ultima parte della lett. c), nei riguardi della

performance individuale del personale appartenente alle strutture in cui eventualmente si articola la propria.

g) La proposta di valutazione permanente del personale dirigente in ordine ai comportamenti ed alle competenze professionali, secondo quanto è previsto dai vigenti regolamenti in materia; la finalità di tale valutazione annuale riguarda esclusivamente l'esposizione di una proposta di 1^ istanza da trasmettere all'Ufficio Risorse Umane che procede all'istruttoria necessaria per la convocazione del Collegio Tecnico di Area Omogenea, per la valutazione di fine incarico, o quinquennale o quindicinale; il giudizio del CT può essere esclusivamente Positivo o Negativo. Nessun raccordo diretto è previsto da questo tipo di valutazione (pluriennale) e la retribuzione del salario di risultato erogabile a cadenza annuale secondo i criteri contenuti nel Sistema Premiante, nel più ampio contesto del Ciclo della Performance.

Ai dirigenti con incarichi di carattere professionale (professional) compete, secondo le proprie competenze e la graduazione del relativo incarico, la leale collaborazione col direttore della struttura e coi colleghi, finalizzandola al raggiungimento dei livelli di performance previsti per la struttura di appartenenza; anche partecipando alla definizione degli indicatori (valori minimi e valori attesi) per la misurazione del grado di perseguimento degli obiettivi negoziati dal responsabile; inoltre, su richiesta del dirigente della struttura, sono chiamati a partecipare al processo di valorizzazione differenziale del loro apporto alla produttività dell'intera struttura.

I dirigenti di cui ai precedenti commi 4 e 5 forniscono, ciascuno per i propri ambiti di competenza, la massima collaborazione ai fini della realizzazione del ciclo della performance e della misurazione e valutazione della stessa (organizzativa e, a seguire, individuale).

3. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE: COMPOSIZIONE E TRATTAMENTO ECONOMICO (art. 7, c. 2, art. 14 D.Lgs. n. 150/2009)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), costituito ai sensi dell'art. 14 del D.lgs. 150/2009, è composto da 3 componenti, nominati dal Direttore Generale con propria deliberazione, per un periodo di tre anni con possibilità di rinnovo dell'incarico per una sola volta.

I procedimenti di individuazione dei componenti l'OIV tengono conto delle indicazioni di cui all'art. 14 comma 2 della LR n°1/2011 e, per quanto riguarda sia i requisiti d'incompatibilità che delle competenze indicate nel comma 8 del citato D.Lgs 150/2009. Per quanto riguarda la Regione Lazio e le Aziende del SS regionale, non hanno valore le clausole aggiuntive fornite dalla delibera n. 04/2010 della CIVIT, direttamente valide per gli Enti Statali.

In ogni caso i componenti dell'OIV della ASL Roma G devono possedere capacità intellettuali, manageriali e relazionali tali da poter assumere il ruolo di promotori del miglioramento; in particolare devono dimostrare capacità di creare una visione condivisa e di promuovere diversi modi di lavorare, anche in gruppo, e avere un'appropriata cultura organizzativa che sia promotrice dei valori della trasparenza, integrità e del miglioramento continuo.

L'organismo è coordinato da un Presidente individuato dai componenti dell'OIV; opera in posizione di autonomia, garantendo le funzioni proprie nonché la validazione dei processi, regolamenti e metodiche finalizzate all'ottimale realizzazione a livello aziendale del sistema di misurazione e valutazione della performance.

Per l'istituzione dell'OIV la ASL, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e fino ad altra determinazione o indirizzo regionale, attribuisce il trattamento già previsto quale corrispettivo per i tre componenti della precedente SAVV.

L'OIV ha sede presso la sede legale dell'Azienda e, nello svolgimento delle sue funzioni, si avvale della Struttura Tecnica Permanente, in particolare per quanto

concerne la funzione di supporto all'OIV e di raccordo con le articolazioni organizzative centrali e periferiche delle varie strutture coinvolte (Bilancio, Pianificazione Strategica, Relazioni Sindacali, Trattamento Economico) affidata ad un funzionario designato.

4.ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE: FUNZIONI (art. 14 D. Lgs. n. 150/2009)

L'OIV sovrintende al funzionamento complessivo del sistema della valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità, proponendo agli organi di indirizzo politico-amministrativo la valutazione dei dirigenti apicali e l'attribuzione dei premi. Comunica, inoltre, le criticità riscontrate nello svolgimento della propria attività agli organi competenti. Con i regolamenti di organizzazione di cui all'articolo 7, comma 1, sono disciplinate le attività di competenza dell'OIV.

All'OIV dell'Azienda USL RMG competono le funzioni di cui all'art. 14 comma 4, del D.lgs. 150/2009 fatte proprie dall'art. 14 della LR n° già citata, fatte salve le eventuali disposizioni di dettaglio del presente regolamento.

L'Organismo di cui al comma 1, ai sensi dell'art. 14, comma 2 del D.lgs. 150/2009, sostituisce il Nucleo di valutazione e ne assume tutte le funzioni previste dalle norme vigenti per il SSN e in Azienda, esercita le attività di controllo strategico di cui all'art. 6, comma 1, del D.lgs. 286/1999.

L'OIV nell' esercizio delle sue funzioni opera in completa autonomia e si rapporta direttamente con la direzione generale con riguardo:

a) alla relazione prevista dall'art. 14, comma 4, lett. a) del D.lgs. 150/2009;
b) alla comunicazione delle criticità riscontrate ai sensi della lett. b) dell'art. 14, comma 4, D. lgs. 150/2009, fermi restando gli ulteriori obblighi di comunicazione ivi previsti;
c) alla proposta di valutazione dei dirigenti responsabili di Dipartimento o qualora non siano strutture equiparate e, qualora non sia attribuito l'incarico di Direttore di Dipartimento, dei dirigenti di Struttura complessa o semplice

dipartimentale delle Unità Organizzative previste dall'atto aziendale ai sensi della lett. e) dell'art. 14 del D.lgs. 150/2009;

d) alle risultanze dell'attività di controllo strategico di cui all'art. 6, comma 1, del D.lgs. 286/1999.

L'OIV svolge, inoltre, le funzioni di cui al comma 5 dell'art. 14 del D.lgs. 150/2009 secondo le direttive della Direzione Generale cui riferisce direttamente in relazione agli esiti delle indagini.

Nello svolgimento delle sue attività e funzioni l'OIV tiene conto, nei limiti della specifica realtà sanitaria, delle linee guida e delle direttive della Commissione di cui all'art. 13 del D.lgs. 150/2009.

L'OIV, in particolare:

a) ai sensi dell'art. 30, comma 3 e art. 7, comma 2, del D.lgs. 150/2009, fornendo la necessaria collaborazione alle strutture aziendali competenti, valida i sistemi di valutazione aziendali;

b) ai sensi delle lettere a), b), d) ed f) dell'art. 14, comma 4 del D.lgs. 150/2009, collabora al costante aggiornamento dei sistemi di cui alla precedente lettera a), anche rilevando eventuali criticità emerse a seguito dell'applicazione dei suddetti e formulando proposte migliorative;

c) formula, per le finalità di cui alla lett. d) dell'art. 14, comma 4, del D.lgs. 150/2009, indirizzi per la corretta e uniforme applicazione dei sistemi di valutazione aziendali e fornisce, anche tramite la struttura tecnica permanente di cui all'art. 4, comma 8, supporto ai dirigenti competenti all'espressione delle valutazioni;

d) sulla base del Sistema di misura e valutazione della performance adottato dalla ASL, previa elaborazione istruttoria degli Uffici preposti, con il supporto della struttura Tecnica Permanente, propone alla Direzione la misurazione e valutazione della performance organizzativa dell'Azienda nel suo complesso.

Per l'esercizio delle proprie funzioni l'OIV può adottare una apposita disciplina interna.

5. PIANO DELLA PERFORMANCE

L'art 10 comma 1 lettera a) del D. Lgs. 150/2009, individua nel Piano della prestazione (PP) il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, consolidano e razionalizzano una serie di strumenti di pianificazione, di documentazione e di rendicontazione previsti oramai da diversi decenni ed adottati nel corso del tempo.

Il Piano, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di pianificazione del Ciclo di gestione della prestazione di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti, ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della prestazione di ciascuna struttura (*prestazione organizzativa*).

Il Piano (PP) è lo strumento base che, validato dall'OIV aziendale, consente all'Azienda di avviare il conseguente *Ciclo di gestione della prestazione* (articolo 4 del decreto). Come detto, si tratta di un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse in ipotesi rese disponibili da parte della Regione, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i valori target correlati. Le verifiche finali e la rendicontazione della prestazione , infatti, sono il presupposto per svolgere le

valutazioni della prestazione (previa istruttorio della STP e proposta alla direzione da parte dell'OIV aziendale).

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della prestazione".

In base all'articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, il PP viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

1. gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
2. gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
3. gli obiettivi assegnati ai titolari delle strutture dirigenziale dotate di autonomia di budget, ed i relativi indicatori.

In via metodologica, al fine di assicurare la doverosa trasparenza dei procedimenti amministrativi, l'ASL RMG specifica le caratteristiche degli obiettivi previste dall'art 5 c.2:

a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi; per ogni indicatore viene dichiarata l'unità di misura, il Valore storico dell'esercizio precedente, il Valore Minimo Accettabile (performance = 0%) ed il Valore Atteso (performance = 100%)
d. riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;

f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

1 - Gli indirizzi strategici (articolo 15, comma 2, lett. b), del decreto) - sono programmati su base triennale e vengono definiti, ben prima dell'inizio del rispettivo esercizio, da parte della Direzione Generale (Organo di indirizzo politico-amministrativo). Essi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione della performance.

2 - Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8 del decreto, sulla base del presente Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'articolo 7 del decreto stesso.

Il Piano della prestazione della ASL RMG è redatto prendendo spunto dalle disposizioni di cui alle Delibere della Commissione nazionale CiVIT n°89 e n°104 del 2010, privilegiando quanto previsto dalle direttive regionali e dalla LR n°1 del 2011.

Al suo interno sono esposti i seguenti dettagli:

a – i contenuti minimi e le modalità con cui si è provveduto alla redazione concreta del ***Piano della Performance*** di cui alla delibera n° 112/2010;

b – la metodologia per l'introduzione del "sistema" – coerentemente con il ***processo di budget*** – con particolare attenzione alla definizione del "***Ciclo della performance***" con i doverosi collegamenti con il tradizionale "***Sistema Premiante***" e con le procedure di verifica e valutazione della ***performance organizzativa*** e della ***performance individuale*** dei dipendenti.

6. PIANO STRATEGICO ED IL PIANO OPERATIVO

Muovendo dal Piano della Prestazione, in questo documento si richiama la parte tipicamente connessa al processo di pianificazione, sia strategica che operativa, limitandoci ad una breve descrizione delle logiche e dei sistemi che stanno alla base della programmazione aziendale.

Il cardine del sistema è costituito da obiettivi, connessi indicatori di input, output ed outcome, nonché dalle relative modalità di identificazione "a cascata" degli obiettivi stessi per poi dedicarsi alla cosiddetta negoziazione del budget. Quest'ultimo segue un logica per livelli come riportato nello schema esemplificativo sottostante:

Nella modalità di definizione degli obiettivi la Direzione garantisce che sia rispettata la seguente articolazione:

- 1° Livello, gli obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione;
- 2° livello, obiettivi di macrostruttura (Aree Territoriali/Dipartimenti Ospedalieri/Centro direzionale) appositamente declinati rispetto ai precedenti ed orientati verso il livello organizzativo sottostante;

- il 3° livello, quello cioè riferito ai titolari delle strutture autonome (UO complesse e semplici), dove vengono individuati obiettivi operativi "specifici".

Lo strumento tecnico che sta alla base del Sistema di misura e valutazione della prestazione è costituito dalla scheda di budget: ogni Centro di Responsabilità (CdR), dalle macrostrutture alle strutture complesse o semplici dotate di autonomia nella gestione delle risorse, devono essere posti obiettivi, in congruo numero e soprattutto sfidanti, cioè tali da stimolare apprezzabili capacità di realizzare prestazioni nel periodo di riferimento dato (annuale). In relazione al sistema, gli obiettivi di ogni CdR devono essere adeguatamente "pesati", in modo da rispecchiare gli effettivi livelli di sforzo richiesto per il loro conseguimento, anche tenendo conto delle risorse effettivamente rese disponibili. Ogni obiettivo è dunque *pesato percentualmente* così come i relativi indicatori.

Lo schema tecnico (scheda) utilizzato per rappresentare i "Piani Operativi" intesi come il set di obiettivi ed indicatori da negoziare da parte di ogni CdR è il seguente:

Progr. Cod. obiettivi specifici	Descrizione Obiettivo	Obiettivo (peso%)	Cod. Indicatore	Indicatore (peso%)	Valore storico	Valore Minimo Accetabile	Valore atteso	Valore Verificato (O.I.V.)
1	Descrizione Obiettivo n°1	20%	001 002 003	25% 45% 30%	valore anno precedente	Valore dal quale l'obiettivo inizia ad essere conseguito	Valore corrispondente al reggiungimento dell'obiettivo al 100%	
				100%				
2	Descrizione Obiettivo n°2	25%	004 005 006	40% 40% 20%	valore anno precedente	Valore dal quale l'obiettivo inizia ad essere conseguito	Valore corrispondente al reggiungimento dell'obiettivo al 100%	
				100%				
3	Descrizione Obiettivo n°3	15%	007	100%	valore anno precedente	Valore dal quale l'obiettivo inizia ad essere conseguito	Valore corrispondente al reggiungimento dell'obiettivo al 100%	
				100%				
4	Descrizione Obiettivo n°4	40%	008	70% 15% 15%	valore anno precedente	Valore dal quale l'obiettivo inizia ad essere conseguito	Valore corrispondente al reggiungimento dell'obiettivo al 100%	
				100%				
		Tot. Peso		100%			% Finale	es. 89%

6.1 La Pianificazione Strategica (annuale in un contesto programmatico triennale)

Gli Obiettivi Strategici sono gli obiettivi propri della Direzione Aziendale, caratterizzanti la propria azione, e sono coerenti con i criteri fissati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale, dalla normativa Regionale e dai Decreti Commissariali.

Ulteriori vincoli di tipo economico sono rappresentati dal piano di rientro a cui la Regione Lazio è tuttora sottoposta.

6.1.1 La Pianificazione Strategica Annuale

Sulla base degli elementi precedentemente espressi l'Azienda RMG è impegnata a perseguire obiettivi coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza rilevati per complessità e tipologia in funzione della popolazione di riferimento.

La pianificazione di cui sopra è orientata a consolidare il sistema del budget già implementato da alcuni anni, avendo riguardo alle caratteristiche richiamate nei CCNL, ora pesantemente rafforzate nelle loro priorità e caratteristiche dall'entrata in vigore del D.Lgs 150/2009 e della citata LR n°1/2011, al fine di raggiungere un livello sempre più elevato di condivisione degli obiettivi ritenuti prioritari aventi carattere sia clinico assistenziale che di tipo organizzativo. Il fine ultimo della pianificazione strategica è quello di radicare maggiormente i processi di valorizzazione delle risorse umane per motivare ed orientare il personale impegnato al raggiungimento degli obiettivi negoziati da parte della Direzione (Comitato budget) con ogni Centro di Responsabilità presente nella ASL RMG stessa.

7. PROCESSO DI BUDGET E PRINCIPI METODOLOGICI

I risultati da raggiungere e le attività da svolgere da parte dei singoli CdR sono sempre condizionati dalle risorse disponibili. Per "risorse" si intendono i fattori produttivi: personale, risorse materiali, strumentali e di consumo che vanno ordinariamente in dotazione mediante un piano di assegnazione varato con appositi provvedimenti amministrativi (Bilancio di previsione economico-finanziario e Bilancio sociale). La *governance aziendale,* quindi, si concretizza attraverso l'attivazione di un qualificato processo di budget operativo, il cui presupposto metodologico prevede la definizione di adeguati indici di assorbimento delle risorse, di processo e di esito. Per ottenere questa finalità, occorrono *indicatori* capaci di misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso azioni di miglioramento nell'erogazione dei servizi secondo azioni riorganizzative e modalità di impiego delle risorse ottimali.

Per questo fine, la UOC Pianificazione e Controllo di gestione, in collaborazione con le strutture in staff alla direzione, predispongono un "pannello" di indicatori correlati agli obiettivi esposti, facendo in modo che, in funzione delle aree in cui è articolata l'Azienda, siano idonei a consentire le misure qualificando il percorso di monitoraggio e reporting.

Gli indicatori di cui sopra devono essere costruiti previa verifica di rispondenza alle caratteristiche prescritte dalla delibera Civit n°89/10, individuando per ciascuno una specifica unità di misura, un valore minimo accettabile (soglia) ed un valore atteso come indicato dal Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio.

7.1 L'iter del processo di budget

Il budget è lo strumento con il quale, annualmente, gli obiettivi strategici

dell'Azienda vengono interpretati e trasformati in obiettivi specifici, da parte della struttura sottostante (Macrostruttura, Distretto, Dipartimento) fino alle Strutture complesse o semplici dotate di autonomia di budget, il tutto gestito in forma condivisa, coordinata e responsabilizzata rispetto ai risultati ottenibili con le risorse disponibili.

Il budget, dunque, attraverso il processo di negoziazione degli obiettivi e degli indicatori di misura, è lo strumento operativo interno di gestione con cui l'Azienda attua ogni anno il processo di attribuzione delle risorse disponibili.

In relazione agli obiettivi individuati, ogni centro di responsabilità indirizza la propria azione verso il loro raggiungimento.

Gli obiettivi e gli indicatori contenuti nelle schede di budget rappresentano i parametri di riferimento per la verifica dei risultati conseguiti dal singolo centro di responsabilità e, risalendo verso l'alto, dell'intera organizzazione della ASL RMG.

La scheda di budget individua per ogni Centro di Responsabilità le risorse assegnate, l'analisi storica delle attività svolte nel corso dell'esercizio precedente, le attività da svolgere ed i risultati da conseguire.

Al fine di garantire al sistema una corretta gestione, è necessario prevedere la costituzione di un apposito Comitato Budget. composto dai tre direttori e dai referenti dello staff direzionale scelti in funzione delle competenze.

Il comitato budget, sulla base della programmazione strategica Aziendale individua gli obiettivi specifici dei centri di responsabilità ed i risultati da conseguire ed organizza appositi incontri di negoziazione con i singoli responsabili.

Le negoziazioni seguono l'articolazione dei Centri di Responsabilità che corrispondono all'Atto aziendale ed all'organigramma consolidato (strumento dinamico).

Al fine di rendere possibile il conseguimento degli obiettivi di livello strategico, il Direttore individua, negozia ed assegna ai Direttori di Dipartimento obiettivi di macrostruttura ai fini dell'assolvimento delle funzioni di coordinamento e di raccordo delle attività svolte dalle singole Unità Operative .

Coerentemente con gli obiettivi strategici, i responsabili delle macrostrutture partecipano all'attribuzione degli obiettivi specifici alle Unità Operative afferenti.

In seguito alla predisposizione delle proposte di obiettivi specifici da parte del CdR, avviene la negoziazione e l'assegnazione formale degli obiettivi a livello di ciascuna Unità Operativa.

Gli obiettivi vengono formalizzati nella scheda di budget predisposta per ogni centro di responsabilità, per essere sottoscritta congiuntamente dalla direzione e dal titolare del CdR stesso.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse evidenziare, da una verifica intermedia, una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne non governabili dalle singole Unità Operative, si renderà opportuno attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La negoziazione del budget verte sulle risorse assegnate, sugli obiettivi specifici da raggiungere nel corso dell'anno di riferimento, nonché sulla scelta degli indicatori più adatti ed i correlati valori cardine di riferimento (Valore Atteso e Valore Minimo Accettabile).

Nelle annualità iniziali, ovvero fin quando il sistema non sarà andato a regime, si prevede che i Direttori di Dipartimento, ove esistano, affianchino i singoli responsabili di Unità Operativa durante le negoziazioni, assolvendo alla funzione di raccordo e di coordinamento per le attività che saranno discusse da ogni CdR afferente sì da garantire nel tempo l'integrazione ed il buon funzionamento del Dipartimento. Quando i Direttori di Dipartimento saranno in condizione di negoziare direttamente coi CdR sottoposti, allora si realizzeranno dei Livelli di negoziazione:

1° Livello: la Direzione negozia con le Macrostrutture

2° Livello: i Direttori delle Macrostrutture negoziano il budget direttamente con le Unità (CdR) ad essi afferenti.

La UOC Pianificazione e Controllo garantisce in ambedue i livelli il supporto tecnico alle negoziazioni; ad essa, inoltre, è attribuito il compito del "monitoraggio"

continuo dei risultati e l'allerta sugli interventi correttivi eventualmente da assumere dal CdR medesimo.

7.2 La redazione della Scheda di budget e del Piano operativo da parte del Responsabile del CdR

Come visto fin qui, i responsabili di ogni Unità Operativa (CdR) all'interno della scheda di budget hanno l'opportunità di redigere i rispettivi Piani Operativi, ovvero le azioni di miglioramento e di riorganizzazione con cui ritengono di poter raggiungere gli obiettivi concordati col Comitato budget; al dirigente della struttura è richiesta una corretta pianificazione delle attività, coerentemente con gli obiettivi intermedi della macrostruttura di appartenenza. Per facilitare ed uniformare la compilazione di tali P*iani operativi* è previsto l'utilizzo di un modello di scheda standard; attraverso tale traccia ogni Responsabile avrà modo di comporre il proprio "piano operativo" che dovrà comprendere:

1 – L'Analisi dello stato caratteristico dell'Unità Operativa: in relazione agli obiettivi prospettati dal Capo dipartimento si riportano le tipologie di risorse attualmente a disposizione (locali, macchinari e personale), insieme a quelli che egli ritiene essere i *Fattori Critici* ed i *Punti di Forza* al fine del raggiungimento degli obiettivi.

2 – La stima previsionale delle attività consolidate negli anni precedenti, compresi i costi e ricavi della propria Unità Operativa; sulla base dei suddetti parametri il dirigente espone le misure riorganizzative che intende adottare e la stima dei volumi di produttività del nuovo esercizio di bilancio (budget previsionale).

3 – La definizione del Piano di Fattibilità una sezione peculiare della scheda contenente gli Obiettivi Specifici direttamente discendenti da quelli di Struttura coi

rispettivi indicatori e, per ciascuno di loro i "traguardi" operativi che il dirigente e la sua équipe intendono perseguire. Gli *Indicatori* sono scelti dal CdR e proposti alla negoziazione col Comitato budget, in modo che siano idonei alla successiva misura del grado di raggiungimento dei risultati e la valutazione complessiva dell'operato della "squadra".

Gli indicatori dovranno essere chiaramente espressi rispetto all'obiettivo specifico ed avere la caratteristica di essere facilmente misurabili: a questo proposito, secondo la recente direttiva della Regione si dovranno riportare, per ogni indicatore, sia il Valore storico, che quello Minimo accettabile che il Valore atteso. A fine esercizio la Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV potrà rilevare il cosiddetto Valore verificato; dal quale si risale al computo della performance raggiunta nello specifico obiettivo.

7.3 L'impostazione metodologica della scheda di Budget

La proposta degli obiettivi di budget viene formulata mediante l'impiego di uno specifico modulo, la scheda di budget, che viene messa a punto dall'Azienda secondo la propria sensibilità ed in funzione dei flussi informativi disponibili.
Richiamata la struttura della scheda di cui al punto precedente, i Dirigenti sono tenuti a relazionare ed eventualmente ad allegare prospetti di sintesi relativi ai dati di attività (tipologia e quantità) ed alle eventuali criticità verificatesi nel corso dell'anno di riferimento.

Per facilitare la relazione conclusiva sono compresi nella scheda gli elenchi del personale e delle attrezzature assegnate; di norma la "scheda di budget" predisposta per ciascun centro di responsabilità, si compone di due parti distinte.
<u>Una sezione anagrafica ed informativa comprende:</u>

- Identificazione del CdR e del responsabile
- Punti di forza e di debolezza

- Le unità medie di personale effettivamente a disposizione suddiviso per qualifica
- La scheda attività, riportante le attività effettuate nell'anno precedente e quelle pianificate per l'anno di riferimento
- La sintesi dei ricavi (Tariffe e DRG effettuati nell'anno precedente)
- La pagina dei costi

La presente sezione informativa è compilata dalla STP sulla base dei flussi informativi ufficiali relativi al CdR. Lo scopo della sezione informativa è quello di fornire al responsabile del centro di responsabilità elementi conoscitivi relativi alla struttura di competenza utili in vista della negoziazione degli obiettivi.

Una sezione di importanza strategico - negoziale sostanzialmente costituita dal Piano operativo o "piano di fattibilità" che comprende:

- Gli obiettivi strategici della Direzione per l'anno corrente, gli obiettivi di Macrostruttura definiti dal diretto superiore (Capo dipartimento, Distretto, Ospedale);
- Gli obiettivi specifici, assegnati al Centro di responsabilità suscettibili di essere misurati attraverso opportuni indicatori.
- Gli indicatori, associati ad ogni obiettivo con i rispettivi pesi e valori cardine (Valore Atteso, Valore Minimo Accettabile)

La scheda di budget standard, di norma si conclude con una pagina in cui si riporta il verbale di approvazione della scheda complessiva; il dirigente responsabile sottoscrive con la Direzione l'impegno formale ad adeguarsi ai contenuti della scheda e quindi al raggiungimento degli obiettivi negoziati.

7.4 Gestione dinamica del budget

Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget è necessario porre in essere un meccanismo di monitoraggio che consenta di intervenire sulla gestione anche nel corso dell'esercizio.

I Responsabili della Struttura Tecnica Permanente e le strutture di staff che garantiscono i Flussi Informativi e statistici, unitamente al Responsabile del Controllo di Gestione provvedono al monitoraggio continuo dei risultati conseguiti ed al loro sistematico confronto con quelli previsti, procedendo alla stesura di appositi report, inviati al responsabile di ogni CdR ed ai prescritti livelli della Direzione Aziendale.

Periodicamente saranno indette apposite riunioni – preferibilmente a livello di Dipartimento - al fine di analizzare la reportistica in modo collegiale fra i Responsabili delle singole UU.OO. ed il Capo dipartimento stesso.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi e quelli attesi e negoziati, dovuta a cause esterne, non governabili dai singoli C.d.R. e/o dall'Azienda, si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La modificazione degli obiettivi di budget potrà avvenire secondo due diverse modalità:

1. per iniziativa della Direzione aziendale, qualora nell'ambito delle funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infra-annuali, dovessero emergere significative differenze tra obiettivi negoziati e risultati effettivi;
2. su proposta motivata del C.d.R. interessato – attraverso il coinvolgendo del Comitato Budget - entro 20 giorni dal ricevimento dei reports dei risultati infra-annuali conseguiti dal CdR; la finalità del procedimento di revisione del budget è collegata alla possibilità di adeguare i termini della concertazione ritenute non più valide. La valutazione dei risultati tiene conto delle eventuali criticità e delle eventuali modifiche introdotte nel documento di budget (scheda) .

La revisione infra-annuale del budget è prevista limitatamente alle seguenti situazioni:

a) risultati effettivi di attività/qualità che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese e/o che comportano una riallocazione interna delle risorse strutturali;
b) indici effettivi di consumo di risorse che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese;
c) modificazioni significative nelle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi) disponibili al momento della negoziazione del budget, ovvero per sopravvenuta impossibilità nell'avviare e/o portare a compimento progetti specifici.

7.5 Validazione del Piano della Performance e dell'interno Ciclo - processo - da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

L'art. 14 comma 4, lett. f) del decreto 150/2009, individua nell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance il responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (*CIVIT*).

L' art. 30 del decreto sopracitato inoltre, abrogando, i commi 2 e 3 dell'articolo 6 del D. Lgs. n. 286 del 1999, e determinando la decadenza dei Servizi di controllo interno e la sostituzione degli stessi con gli OIV, attribuisce a quest'ultimo le attività di valutazione e controllo strategico di cui al comma 1 del citato articolo 6 - (non abrogato dal decreto); che prevede tra l'altro "[...] l'**analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi**".

Quanto sopracitato identifica nell'OIV il soggetto idoneo a validare il Piano della Performance, anche in riferimento ai requisiti previsti nella delibera della CIVIT n.

112/2010 – "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" nella quale vengono illustrati i criteri da assumere per la redazione del Piano.

La Commissione nazionale CiVIT, In virtù del Ruolo di Garante della corretta applicazione della delibera CiVIT 112/2010, svolge la funzione di *Autority nazionale*, mentre l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance dell'Azienda/Ente, OIV è una *Autority Locale*. Gli indirizzi più recenti di CiVIT prescrivono l'attestazione della qualità del "Sistema di misura e valutazione" (Ciclo della performance, Programma di gestione della trasparenza, Relazione annuale della performance). E' prevista altresì l'emissione di un **certificato di conformità** siglato dal presidente, sentito il parere degli altri componenti dell'OIV. Si sta configurando, quindi, un ruolo peculiare di validazione da parte dell'OIV aziendale, per quanto attiene alla ***"qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance"***.

In riferimento alla qualità del Piano, l'OIV con il supporto della Struttura Tecnica Permanente previsto dall'articolo 14, comma 9 e 10 del decreto 150/2009, verifica che gli obiettivi individuati siano:

a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;

b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;

c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;

d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;

e) comparabili a valori di amministrazioni omologhe o in genere a standard definiti a livello nazionale e internazionale;

f) confrontabili con le tendenze passate della produttività dell'amministrazione;

g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

In riferimento alla comprensibilità, l'OIV deve verificare l'esistenza del "legame" sussistente tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'Azienda.

In merito all'attendibilità, l'OIV verifica che, a conclusione del processo di redazione del Piano, sia presente la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e le risultanze (obiettivi, indicatori, target).

8. Il CICLO DELLA PERFORMANCE ED IL PROTOCOLLO APPLICATIVO SUL SISTEMA PREMIANTE

Nell'ambito del Ciclo annuale della performance è previsto un percorso per la distribuzione del salario di risultato, nel rispetto dei CCNL vigenti, attraverso l'adozione di un Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA) redatto in forma coerente coi principi del D.Lgs. 150/2009.

In base alle modifiche di cui al successivo decreto n 141/2011, il Titolo III° (Merito e premi) ha subito un robusto intervento teso al superamento delle 3 Fasce di merito di cui all'art. 19; in base alla LR n°1/2011 del Lazio, giusta la deroga consentita dal comma 2 dell'art.31 del D.Lgs. 150/2009, le Aziende adottano criteri di differenziazione condivisi e trasparenti, tali da consentire l'erogazione dei premi in relazione a:

1 – Performance organizzative (%) del CdR di appartenenza

2 – Apporto del singolo alla produttività dell'equipe interna al CdR stesso.

Ricordato che il CCNL vigente prevede Fondi dedicati alle Aree Contrattuali presenti in Azienda, per la distribuzione dei premi al personale occorre disporre di una metodologia dichiarata e coerente col "processo di budget". A tal fine la ASL RMG ha varato un "Protocollo operativo" valido per le 4 Aree della Dirigenza e per il Comparto col quale si definiscono i "criteri di distribuzione" della retribuzione di

risultato. Gli elementi variabili che permettono la definizione dell'**incentivo promesso ad inizio** anno riguardano i seguenti passaggi:

- Parametro individuale d'accesso
- Parametro aggiuntivo (in base a criteri predefiniti)
- Valenza differenziale fra Macrostrutture
- Valenza differenziale alla Unità Operativa di appartenenza.
- Valorizzazione differenziale individuale (punteggio di flessibilità individuale).

E' utile ricordare che l' incentivo promesso può variare in base alla performance della UO di appartenenza e dalla eventuale "variazione" del punteggio di flessibilità individuale verificato a fine anno da parte del dirigente superiore.

L'Azienda Sanitaria di Roma G si è dotata di un "protocollo applicativo per la gestione del sistema premiante aziendale" che fa parte integrante dell'accordo collettivo integrativo aziendale. Si tratta di una modalità assolutamente coerente con il "Ciclo della performance" previsto dalla riforma Brunetta, dove le finalità della Direzione strategica sono inserite annualmente nel relativo "Ciclo della performance", per essere condivise ai vari livelli dell'organizzazione.

Le norme contrattuali vigenti sono adeguate ai principi della riforma Brunetta, in quanto già prevedono la connessione diretta fra il grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura (performance organizzativa) e la possibilità offerta obbligatoriamente ai dipendenti di ottenere il pagamento della retribuzione di risultato e/o del premio di produttività (performance individuale) in funzione di un punteggio differenziale di flessibilità.

Le modalità di distribuzione della retribuzione di risultato sono sintetizzate nello schema seguente:

Tabella 3: Schema del modello di distribuzione presentato nel protocollo applicativo

1)	Definizione del grado di accesso al fondo di Area Contrattuale da parte di ogni operatore ad essa afferente, attraverso l'utilizzo di:	**FONDO di AREA CONTRATTUALE**	Peso Parametrale Assunzione/Dimissione *Valenza MacroStruttura* Tipo Contratto
2)	Definizione del grado di accesso al fondo di Macro Struttura (*) da parte di ogni operatore ad essa afferente, attraverso l'utilizzo di:	↓ **FONDO di MACRO STRUTTURA**	Peso Parametrale Assunzione/Dimissione *Valenza UO* Tipo Contratto
3)	Definizione del grado di accesso al fondo di Unità Operativa (*) da parte di ogni operatore ad essa afferente, attraverso l'utilizzo di:	↓ **FONDO di UNITA' OPERATIVA**	Peso Parametrale Assunzione/Dimissione Tipo Contratto *Assenze* *Valorizzazione individuale Preventiva*
4)	Importo massimo TEORICO spettante ad ogni operatore al raggiungimento del 100% degli obiettivi.	↓ **INCENTIVO PROMESSO**	
5)	La verifica di risultato viene effettuata determinando matematicamente la percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo da confronto tra i valori ottenuti per ogni indicatore. Sulla base di questa il NAV può esprimere un proprio ulteriore giudizio sulla base di un intervallo di discrezionalità, che può aumentare o diminuire il raggiungimento complessivo degli obiettivi.	↓ **VERIFICA** **N.A.V.- O.I.V** ↓	Valore Minimo Indicatori Valore Atteso Indicatori Valore Verificato Indicatori Peso Parametrale Assunzione/Dimissione Tipo Contratto *Valorizzazione Individuale Finale* *Assenze* Margine di discrezionalità del NAV
6)	In questo modo si ottiene la PERFORMANCE della unità operativa sulla base del grado di raggiungimento dei singoli obiettivi, attraverso l'utilizzo per ognuno di essi di:	**100,00%**	
7)	Somma effettivamente erogata all'operatore, ottenuta moltiplicando l'incentivo promesso per la performance.	**INCENTIVO EFFETTIVO**	

8.1 Fondi dedicati al Sistema Premiante, Aree contrattuali cui erogare i premi di produttività

Accertarsi dell'ammontare delle somme disponibili ad inizio d'anno è buona prassi, anche perché il loro utilizzo è materia di contrattazione integrativa a livello locale. L'ASL RMG ha contrattato con le rappresentanze sindacali i criteri che verranno utilizzati per la distribuzione di tali somme, compreso l'eventuale spostamento, la riserva per l'applicazione di istituti peculiari (Indennità di Posizione, Fasce, posizioni organizzative, salario di risultato e di produttività collettiva, etc.)

La trasparenza degli atti di rilevazione ed aggiornamento dei Fondi è un prerequisito fondamentale per assicurare una valida gestione delle relazioni sindacali, dove il premio non deve essere mai concepito come un parametro di retribuzione avente carattere di fissità nel tempo. Alcuni fondi sono legati a precise funzioni lavorative riconosciute nel contratto individuale (indennità di posizione dei dirigenti), ovvero allo svolgimento di orario straordinario durante i turni di reperibilità, al pagamento delle indennità di reperibilità o di guardia. Il Fondo più delicato, però, è quello legato alla produttività.

Nel SSN c'è una tradizione molto datata in materia di salario di produttività; negli anni 70, le quote spese per remunerare la produttività dei medici e dei dirigenti sono state davvero ingenti. Stiamo parlando delle "compartecipazioni" ospedaliere dalle quali negli anni 80 sono scaturite le ore di "plus orario"; il Fondo Sub-II ha rappresentato un momento contrattuale importante, in qualche modo precursore del processo di budget finanziato ad hoc dal contratto collettivo firmato nel 1987 e recepito dal DPR 270/87.

Attraverso i primi contratti di lavoro del personale dipendente del SSN siglati fra il 1995 (comparto) ed il 1996 (dirigenza) sono state introdotte a pieno titolo le prime metodologie per la gestione dei "sistemi premianti"in forme coerenti col processo di budget e concepite per l'attivazione di appropriate politiche premiali nei confronti del personale dipendente.

Nel proseguo, nei migliori accordi integrativi aziendali, si è affermata la prassi di impostare un "protocollo operativo" unico valido in tutti i tavoli di contrattazione, dove il direttore generale può esporre gli obiettivi strategici da perseguire nell'esercizio corrente da parte di tutti i livelli dell'organizzazione.

Per gestire tecnicamente questa modalità di remunerazione "meritocratica" come quella descritta nel suddetto Sistema premiante, quindi, la ASL RMG ha ritenuto fondamentale che la quota del fondo di risultato sia resa "spendibile" in base al grado di raggiungimento dei risultati da parte delle singole unità operative (performance %).

Ma ciò non è sufficiente: per garantire la massima efficacia al sistema è necessario che il "fondo spendibile" sia distribuito all'interno delle équipe omogenee individuate, naturalmente in funzione del "grado di partecipazione" dei singoli operatori assegnati.

Come già affermato, è importante che il tutto si svolga nella massima trasparenza, con le dovute garanzie relative ai diritti di partecipazione ed all'informazione preventiva dei collaboratori.

La strada da intraprendere da parte del Direttore/Dirigente dell'Unità operativa al momento che si appresta a gestire il Sistema Premiante per la sua U.O. prevede alcuni passaggi essenziali:

a) la piena acquisizione degli obiettivi strategici della Direzione, così come sono stati formalizzati nell'ambito del piano annuale della performance;

b) l'adesione alle direttive e finalità poste dal CdR superiore di appartenenza (Macrostruttura);

c) la predisposizione di un "piano operativo" sufficientemente contestualizzato e condiviso, con l'impegno a coinvolgere tutte le risorse, quelle umane e professionali in testa, puntando diritto al conseguimento di "obiettivi specifici" ben individuati e, soprattutto, misurabili.

Per parte sua, il dirigente deve farsi carico d'illustrare preventivamente alla sua équipe il contenuto del Piano Operativo (in una o più sedute), ovvero rivolgendosi a gruppi omogenei di operatori cui presenta:

- gli obiettivi che deve conseguire;
- le priorità che gli sono date;
- le opportunità che intravede ed i vincoli che gli sono posti dall'esterno;
- la consistenza delle risorse tecnologiche e strumentali da utilizzare;
- quant'altro può servire al massimo coinvolgimento del personale assegnato per conseguire una gestione ottimale del suo incarico.

Nella vasta realtà nazionale, quando si è tentato di misurare l'apporto dei singoli alla produttività dell'intera equipe, alcune aziende hanno avuto modo di applicare questo metodo; esso si caratterizza per un'impostazione logica molto adatta a preservare le peculiarità del mondo della sanità e del lavoro di squadra, tipicamente idoneo ai reparti di cura, ai servizi sanitari ed amministrativi della sanità pubblica.

8.2 Verifica della performance organizzativa entro il Ciclo della performance

Nei paragrafi precedenti abbiamo illustrato i dettagli operativi del processo di budget originato dall'evoluzione della nota "balanced scorecard": esso rappresenta un riferimento metodologico già presente da anni nel SSN. Oltre a mostrarsi idoneo alle necessità, la sua gestione non ha riscontrato difficoltà particolari. La ASL di Roma G ha voluto impegnarsi per verificare il livello di funzionalità di tale Sistema percepito nelle diverse realtà sanitarie del Lazio.

L'implementazione del sistema descritto precedentemente coincide con il "Ciclo della Performance" di cui al D.Lgs. 150/2009. L'implementazione è stata avviata e sono stati definiti in modo univoco i diversi passaggi metodologici, a partire dalla individuazione della linea di comando che muove dalla Direzione strategica e si propaga a cascata verso le strutture sottostanti, nel pieno rispetto del regolamento generale, seguendo in modo trasparente l'organigramma ed il funzionigramma preventivamente condivisi a tutti i livelli dell'organizzazione.

Il passaggio determinante per lo sviluppo ulteriore del processo è rappresentato dalla necessità di diffondere fra gli "attori" una maggiore sensibilità culturale in materia di responsabilità gestionale; si tratta di incidere in modo determinante sulla qualità del processo e sul maggior coinvolgimento dei Centri di Responsabilità (CdR) nella scelta degli obiettivi specifici. Le maggiori difficoltà riguardano i dirigenti che sono impegnati nella gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie, ai quali si chiede la rendicontazione dell'uso delle stesse risorse. La fase della negoziazione del budget, infatti, se svolta secondo modalità strutturate e trasparenti, rappresenta la condizione imprescindibile per la messa in azione del Ciclo della Performance e, soprattutto, per qualificare l'azione manageriale dell'intera azienda. La maggior parte delle amministrazioni è consapevole dell'inutilità d'imporre dall'alto un certo numero di obiettivi irraggiungibili per poi limitarsi a sanzionare gli eventuali insuccessi. Questa Azienda segnala l'esigenza di

insistere sulla responsabilizzazione dei dirigenti, facendo in modo che, a loro volta, questi si dedichino a stimolare al massimo l'impegno dei propri collaboratori.

Possiamo dare atto che l'attenzione dei medici alle innovazioni normative è indubbiamente elevata, come alto è l'interesse del personale infermieristico e tecnico-sanitario il quale intende farsi coinvolgere da parte dei responsabili di Unità operativa. Le unità di staff, coinvolte in modo trasversale nell'attuazione del Sistema Premiante, hanno il compito di seguire le indicazioni del Protocollo applicativo per garantire il dovuto supporto alla sua gestione operativa. L'impianto metodologico è sufficientemente allineato con quanto previsto dai documenti varati dalla CIVIT nelle proprie delibere (la n°89, la n°104 e la n° 112 del 2010).

Rispetto ai canoni disposti dalla normativa in relazione al Ciclo della performance, la ASL RMG si impegna ad utilizzare l'esercizio 2012 per realizzare il primo allineamento della metodologia; messo al centro dell'attenzione il processo di pianificazione (strategica), ferma restando la mission assegnata dalla Regione, ogni Dirigente manager deve definire i bisogni concreti degli utilizzatori tradizionali dell'Azienda/Ente/Agenzia (stakeholders) e le richieste assistenziali del loro naturale bacino d'utenza. Sostanzialmente si è in grado di definire quali siano le prestazioni che si vogliono garantire con le risorse rese disponibili nel corso dell'anno.

8.3 Valutazione della performance individuale: la valorizzazione differenziale dell'apporto alla produttività dell'equipe omogenea

Chiuso l'argomento del "Ciclo della performance", compresa l'importanza di effettuare in modo sistematico e trasparente le verifiche di risultato e le valutazioni finali (percentuale di raggiungimento degli obiettivi) e performance organizzativa), dobbiamo ora dedicare particolare attenzione a collegarvi la "performance individuale". Ottenuto il 100% oppure l'80% dei risultati attesi, ci si deve domandare quale debba essere il presupposto per procedere all'erogazione

differenziale della retribuzione di risultato al personale che è riuscito a produrre tali risultati.

A questo punto torna alla mente il dettato dell'art.19 nella sua lettura più rigorosa e, come rilevato in precedenza, occorre definire gli spazi di deroga forniti dalla lettura intelligente del comma 2, dell'art. 31, comma 2: *"Le regioni, anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, e gli enti locali, nell'esercizio delle rispettive potestà normative, prevedono che una* ***quota prevalente*** *delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance individuale venga attribuita al personale dipendente e dirigente che si colloca nella* ***fascia di merito alta*** *e che le fasce di merito siano comunque* ***non inferiori a tre****.".*

In sanità nessuno può essere escluso a priori dal premio individuale; ognuno ha un punteggio di flessibilità concordato con il proprio responsabile che poi viene verificato al termine dell'esercizio.

8.4 La metodica di valorizzazione individuale del singolo componente dell'equipe

La riforma Brunetta può rappresentare un'occasione per dare una certa accelerazione al processo di differenziazione dell'apporto individuale alla produttività in modo meritocratico; siamo nel campo della complessa problematica dello sviluppo delle risorse umane e della ineludibile necessità del nostro Paese di privilegiare le qualità professionali e produttive del personale.

Nel mondo sanitario, si sa, si lavora in equipe ed i premi in denaro non sono l'unico strumento con cui si riesce a motivare i dipendenti: vale lo standing professionale, la possibilità di carriera, la stessa responsabilizzazione sul posto di lavoro. Nonostante ciò, la valutazione del merito e la valorizzazione dei singoli all'interno del gruppo, rappresenta uno stimolo contrattuale che fa parte del salario professionale. Ogni possibile iniziativa di rilancio dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità dei servizi pubblici, infatti, non può

prescindere dal riconoscimento del merito, anche se le forme del "premio" sono tante: non tutte hanno un valore monetario, anzi, vale di più il benessere sul posto di lavoro e gli spazi di crescita professionale, rispetto alla quota strettamente collegabile al salario di risultato.

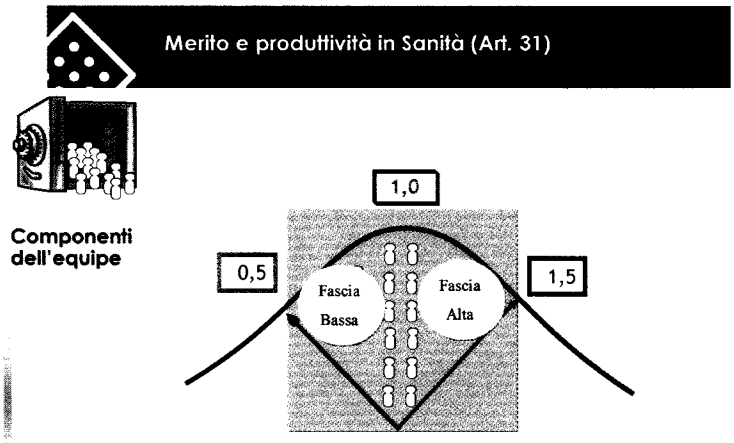
La ASL si avvale della "valorizzazione differenziale" dell'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe. Non solo, la misura della valorizzazione può diventare un'etichetta – un punteggio di flessibilità – di cui il componente dell'equipe si può "fregiare" perché tutti la vedano e la riconoscano.

Con l'entrata in vigore della Riforma, questa è una modalità di alimentare le ***graduatorie del merito*** ancora una volta introdotte dal decreto.

Per calcolare il **"punteggio differenziale"** della flessibilità, sono allestite griglie parzialmente precompilate, chiedendo ai partecipanti di completarle in funzione delle loro esigenze. Si può affermare che la metodologia di differenziazione da applicare fra gli operatori richiede la presenza di alcune condizioni:

- le regole di differenziazione sono stabilite ad inizio d'anno;
- i diversi criteri di differenziazione (almeno 5 e non più di 10) sono condivisi ex ante all'interno del gruppo e collocate in una "griglia" predefinita (scheda di valorizzazione);
- a ciascun criterio devono corrispondere opportuni livelli di apporto collocati in una scala definita a 5 gradini (da 1 a 5);
- dal "punteggio di flessibilità" che ogni dipendente concorda col superiore, si ricava l'indice differenziale secondo un margine di oscillazione definito intorno al valore 1,0 (0,5 – 1,5);
- il dipendente effettua la sua proposta di posizionamento per ciascun criterio e livello della grigia; il superiore avalla la scelta o ne propone giustificatamente la modifica;
- dal punteggio totale ottenuto si risale all'indice di flessibilità individuale, attraverso il quale si effettua la valorizzazione individuale del premio di produttività.

E' fondamentale assicurare che la valorizzazione differenziale venga concepita nei termini di un effettivo premio all'apporto del singolo alla produttività dell'equipe; quest'idea di differenziare l'incentivo in base all'apporto concreto del singolo, infatti, rappresenta un efficace strumento messo a disposizione del dirigente/coordinatore per stimolare l'emulazione positiva fra i propri collaboratori.
Nel Protocollo applicativo in vigore presso la ASL RMG non si parla di valutazione, ma di **"valorizzazione differenziale"**. Si usa questo termine perché si tratta di applicare un punteggio di flessibilità "differenziale" oggettivo, con cui si prende atto della metodologia attraverso la quale si può rilevare l'impegno che ogni addetto sottoscrive all'inizio dell'anno sul proprio posto di lavoro: nessuno è escluso e nessuno può essere collocato sulle stelle.
D'ora innanzi, quindi, nella ASL RMG si parla di **"valorizzazione"** della performance individuale, evitando di ricorrere al termine "valutazione", ovvero ad un approccio totalmente e pericolosamente discrezionale ed autoreferenziale.
La metodologia prevede di avvalersi della curva di Gauss per definire le "n" fasce di merito dove sarà collocato il personale. Le fasce di merito oscillano intorno ad un "valore di flessibilità" centrale pari a (1.0), ovvero tra una valore minimo predefinito (0.5) e massimo, anch'esso predefinito nell'Accordo Integrativo locale (1.5), simmetrici rispetto a quello centrale.



Tutto ciò premesso, la ASL RMG ha definito un modello base così strutturato:

- Ci si muove attraverso l'attuazione del "ciclo della performance organizzativa" centrato sui risultati certificati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- Ogni CdR viene messo in condizione di guadagnarsi una quota variabile - dallo 0% al 100% - del Fondo di risultato "promesso" in base agli obiettivi concordati;
- Il passaggio successivo riguarda la definizione del punteggio di flessibilità individuale con cui distribuire tali premi ai singoli componenti dell'equipe; lo si fa in modo trasparente ed oggettivo, in funzione del contributo personale – valorizzazione differenziale - alla produttività dell'equipe.

A ciascun componente dell'equipe viene prospettata la scelta di condividere con la propria equipe un "punteggio individuale" che oscilla tra un minimo (es. 0.5) ed un massimo (es. 1.5); così agendo ogni collaboratore è messo in condizione di concordare all'interno del proprio posto di lavoro il proprio punteggio di flessibilità ("performance individuale"). Su tale base, a fine anno, il dipendente potrà accedere alla distribuzione del proprio incentivo in modo assolutamente trasparente; Il dirigente accerta/verifica che il punteggio di fine anno corrisponda o meno a quello concordato preventivamente ed in caso di difformità provvede di conseguenza, segnalandolo all'OIV.

Come detto, tale impostazione è stata adottata formalmente nell'accordo integrativo del personale delle aree contrattuali della dirigenza (medici, sanitari, Amministrativi – tecnici -professionali) e in quella del Comparto; la parte qualificante dell'intesa sindacale riguarda il *"range"* del punteggio che può essere attribuito in termini di flessibilità individuale (es. 0,5 - 1,5 ovvero 0,6 - 1,4). In tal modo, ogni dirigente, dopo aver condiviso i "criteri" oggettivi, validi nel suo contesto, li dispone secondo livelli d'impegno posti in una scala semiquantitativa formata da 5 livelli. Poi richiede ai propri collaboratori di sottoscrivere, per ciascun

criterio, l'impegno che sono in grado di sostenere. Dalla sommatoria dei livelli concordati ad inizio anno si risale al punteggio totale e, ancora, attraverso una semplice proporzione, si calcola il *punteggio di flessibilità individuale* dal quale deriva il maggiore o minore accesso al premio legato alla produttività individuale.

Chiarito il significato del termine con cui si identifica la performance individuale e si pratica la "valorizzazione differenziale" dell'apporto dei singoli alla produttività dell'intera equipe.

8.5 I tempi del Processo di Valorizzazione della Performance Individuale

Il passaggio logico fra il sistema di programmazione degli obiettivi operativi e l'individuazione del merito individuale (valorizzazione individuale) ci obbliga ad illustrare i tempi in modo dettagliato. L'amministrazione della ASL RMG garantisce una serie di passaggi ben cadenzati e condivisi all'interno dell'equipe, unitamente all'utilizzo di una modulistica semplice e chiara, predisposta in funzione delle finalità e degli obiettivi specifici riportati nel Piano Operativo di ciascuna equipe (CdR).

A livello aziendale, l'accordo sindacale contiene tutti gli elementi metodologici da illustrare ai dipendenti perché gli stessi ne prendano coscienza; va da sé che la valorizzazione (iniziale e di fine anno) dovrà essere eseguita con cadenza annuale coerente col ciclo di programmazione e controllo aziendale (budgeting).

	ATTIVITA'	OBIETTIVO
Fase A	RIUNIONE CON L'EQUIPE	Illustrazione degli obiettivi aziendali e delle singole unità operative.
Fase B	PRESENTAZIONE DEL PIANO OPERATIVO	Illustrazione dei contenuti del piano, delle azioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi, delle risorse a disposizione.
Fase C	PRESENTAZIONE DELLA PROCEDURA PER LA VALORIZZAZIONE	Presentazione della metodologia e dei criteri per la attribuzione del livello di flessibilità individuale e della modulistica allegata. Compilazione della modulistica (*Verbale di Illustrazione*).
Fase D	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE INIZIALE DEGLI OPERATORI	Redazione concordata delle *Schede di Valorizzazione* INIZIALE di tutti gli operatori dell'equipe.
Fase E	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE FINALE DEGLI OPERATORI	Redazione delle *Schede di Valorizzazione* FINALE di tutti gli operatori dell'equipe con verifica del mantenimento dell'impegno previsto.

9. VERIFICA E VALUTAZIONE DEI RISULTATI

La Commissione Nazionale CiVIT ha una diretta competenza sui ministeri e gli enti statali, andando ad incidere sulle attività di competenza degli O.I.V. strutturati entro il 30 aprile 2010, ad iniziare dalla delibera con cui ha espresso il parere positivo sull'atto di nomina da parte delle Amministrazioni competenti, ovvero del soggetto che il decreto 150/2009 definisce "Organo d'indirizzo politico amministrativo".

Nella fase di decollo dei sistemi dalla riforma Brunetta, dal dicembre 2009 la CiVIT ha svolto una funzione eminentemente promozionale, portata avanti attraverso importanti eventi formativi e frequenti riunioni con i componenti degli Organismi indipendenti degli Enti Statali, che di volta in volta si sono impegnati a seguire le indicazioni diffuse sul sito www.civit.it.

E' necessario rilevare che le delibere adottate dalla CiVIT, stante la fase di avvio del sistema, hanno assunto forme relativamente originali, sia per la modalità di espressione, che per gli intendimenti tipicamente promozionale dei documenti allegati. Nella fase di decollo della riforma che oggi viviamo anche nel SSN, questo approccio di CiVIT pare positivo ed utile; tramite l'apposito sito web la Commissione finisce per rappresentare una fonte d'informazione ed orientamento particolarmente stimolante per tutti coloro che si stanno impegnando nell'applicazione della Riforma del lavoro pubblico.

A fronte di ciò, dobbiamo sottolineare che una cosa è orientare le attività tipiche dei ministeri e degli enti statali, mentre è cosa diversa il passo successivo che riguarda il mondo delle "autonomie locali". In base al dettato del Titolo V° della Costituzione modificato con la Legge 3 del 2001, le Regioni e le entità che fanno riferimento al SSN hanno ottenuto dal legislatore uno spazio di autonomia molto ampio. A dir la verità, negli ultimi mesi non sono mancate incertezze e difficoltà; alcuni soggetti, addirittura Enti locali ed ASL, essendo ancora legati ad una visione

centralistica della Riforma, hanno pensato di adottare le delibere CIVIT così come sono.

9.1 Organismo Indipendente di Valutazione

Sulle competenze degli Organismi indipendenti di valutazione (OIV), valgono le impostazioni di cui alla lettera dell'art. 14 del D.Lgs. 150/2009, salvo l'esigenza di esplicitare il raccordo con gli aspetti residuali della "valutazione permanente" nel SSN e con il ruolo del Collegio Tecnico al quale resta affidata la valutazione di seconda istanza delle competenze professionali/comportamentali (positiva o negativa) da espletare a fine incarico, prima di procedere al rinnovo.
Tenuto conto che i vecchi Nuclei di Valutazione hanno presentato situazioni molto differenziate, dove i compiti erano molto meno dettagliati e cogenti, pare fondamentale garantire all'OIV la prescritta competenza ed indipendenza, quale Autority locale, anche rispetto alla trasparenza ed integrità dei procedimenti amministrativi e i sistemi di gestione della performance.

9.2 Struttura Tecnica Permanente

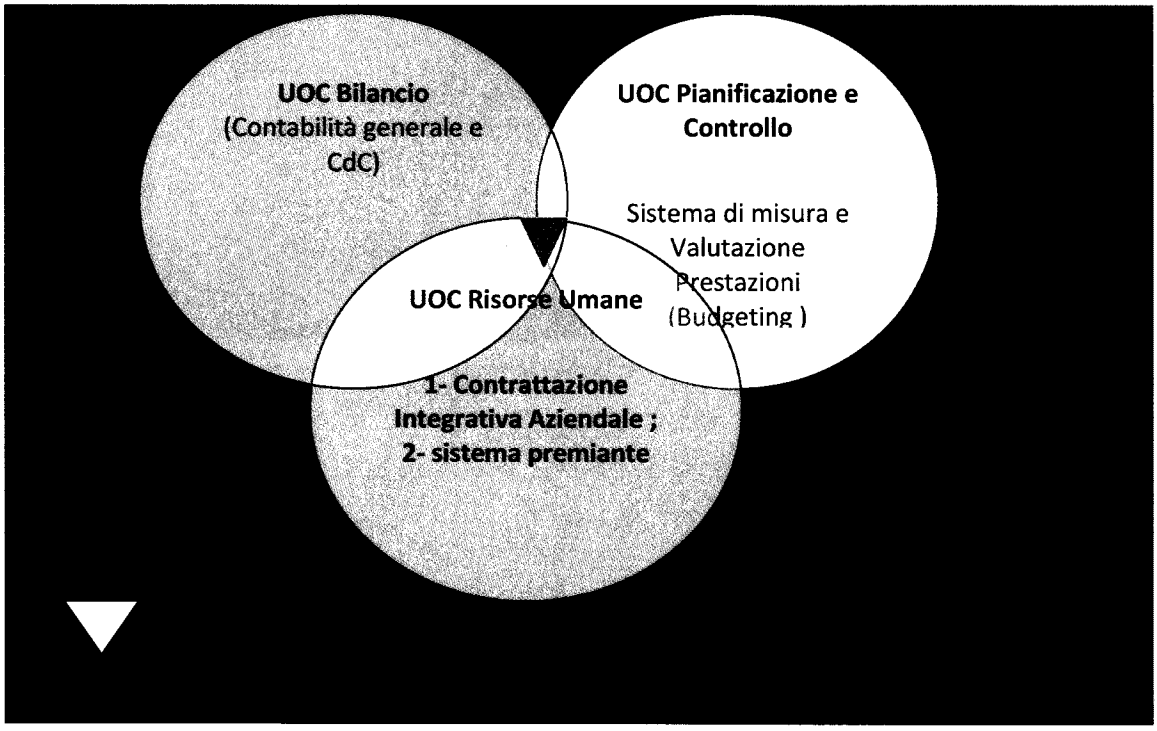
In linea con quanto disposto dall'art. 14 del D.Lgs. 150/2009, laddove si prevede l'istituzione degli OIV, in ogni Azienda deve essere costituita la c.d. **"struttura tecnica permanente"** a supporto dello stesso Organismo. Ad essa spetta il monitoraggio del Ciclo della performance, sì da consentire alla Direzione strategica ed ai direttori/dirigenti di rilevare e valutare la performance nel corso dell'esercizio. Tutti i responsabili dei CdR, quindi, sono chiamati a collaborare con questa struttura formata dagli uffici del Sistema Informativo, dalla UO Pianificazione e Controllo, etc..
Così operando si può garantire, oltre al monitoraggio, anche il confronto sistematico dei risultati rispetto a quelli previsti in sede di negoziazione del budget. Detta struttura, dopo aver allestito appositi report per ogni CdR, ne trasmette copia

alla Direzione aziendale ed allo stesso OIV. Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio, si verifichi una differenza tra risultati effettivi e quelli attesi, magari dovuta a cause esterne non governabili dal singolo CdR, la Direzione potrà attivare una fase di revisione degli obiettivi e di riattivare il processo di budget.

9.3 Ruolo delle strutture coinvolte nei processi: Pianificazione e controllo, Risorse Umane, Contabilità generale ed analitica

Nella ASL si possono individuare diverse competenze istituzionali che "concorrono" sicuramente alla governabilità delle strutture; stiamo facendo riferimento agli aspetti di Pianificazione e Controllo di Gestione, che a quelli di Gestione Economico -finanziaria e Bilancio che, infine, a quelli di Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

Fino ad oggi le attività di cui sopra sono svolte da "strutture" collocate graficamente almeno su tre "dimensioni" organizzative. Segue la rappresentazione "insiemistica" della logica che sottende questa scelta.



Dallo schema si comprende come sia fondamentale assicurare una "funzione di raccordo" e di coordinamento tra queste tre Unità Operative. Si ritiene opportuno che la "funzione professionale" chiamata a stabilire un canale comunicativo agile ed efficiente a concreto supporto dell'OIV di cui all'art. 14, sia individuata magari all'interno della UOC Pianificazione e Controllo. L'aspetto, però, che preme sottolineare in questa fase è l'obbligo, da parte dell'OIV, di intervenire in termini esclusivamente promozionali per l'impianto del "Sistema" prescritto dalle norme vigenti (D.Lgs. 150/2009 e s.m.i) e dalle direttive della Regione di competenza o della stessa Commissione nazionale CIVIT. Resta il fatto che, relativamente alle funzioni di validazione, vigilanza e proposta di valutazione delle prestazioni, l'OIV risponde esclusivamente all'Organo di vertice dell'Amministrazione (DG).

Ciò premesso, è interesse della Direzione Strategica assicurare un raccordo funzionale qualificato, e far sì che il supporto all'OIV sia effettivamente garantito quanto a competenze disponibili ed a rispetto delle scadenze. Nel caso specifico della nostra ASL è sufficiente un coordinamento. Questa appare la scelta che si fa preferire, anche perché responsabilizza tutte le strutture afferenti non esautorando nessuno.

La scelta su quali debbano essere le figure di "collegamento" all'interno delle UOC, così come l'individuazione di chi andrà ad assumere la succitata funzione di "raccordo", è di competenza esclusiva della Direzione Aziendale alla quale l'OIV doverosamente si dovrà rimettere.

10. La valutazione delle capacità e dei comportamenti

La problematica della valutazione permanente dei comportamenti e delle capacità gestionali del personale riguarda soprattutto i dirigenti. Il personale del Comparto, invece, viene sottoposto a valutazione essenzialmente per espletare le selezioni per il passaggio di fascia.

Il decreto 150/2009 innova in parte; gli articoli dal 20 al 27 potranno essere sviluppati completamente soltanto dopo la conclusione delle nuove contrattazioni di livello nazionale che, per l'intervento delle manovre finanziarie recenti, sono prevedibilmente rinviate al 2015.

Il D.Lgs. 150/2009 non è intervenuto su questi aspetti della valutazione comportamentale, dunque la Azienda RMG deve consolidare i precedenti regolamenti adattandoli ai principi della trasparenza del metodo ripreso nei Regolamenti vigenti, garantendo, però, il diritto alla privacy.

Sul tema vale il principio della partecipazione del valutato a tutte le fasi del processo valutativo che lo riguarda; la scheda di valutazione deve essere "contestualizzata" da parte del diretto superiore (il valutatore di 1^ istanza).

A garanzia dell'oggettività del processo e per rimuovere ogni rischio di patologia da lavoro (mobbing), i Contratti hanno prescritto la cosiddetta"Valutazione di 2^ istanza".

Si tratta di un passaggio che garantisce tutti gli attori del processo valutativo: il valutando ed il valutatore. Anche l'Azienda ha dei vantaggi dal rispetto di questa impostazione, in quanto si risolvono eventuali possibili situazione di "conflitto" sempre negative per la serenità degli ambienti e per il mantenimento della produttività delle strutture.

Nel CCNL vigente è prevista la potestà del Nucleo di Valutazione (Oggi diventato OIV) d'intervenire in 2^ istanza, esclusivamente per valutare in modo conclusivo i direttori/dirigenti di struttura (complessa o semplice, ma dotata di autonomia di gestione, in attuazione dell'art. 27 del CCNL del 2000). Il giudizio finale del singolo

soggetto, poste a confronto le valutazioni ottenute da gruppi omogenei di dirigenti, può essere espresso soltanto nei termini positivo o negativo (+) o (-).

Infine, anche per le competenze professionali e dei comportamenti nei confronti dell'organizzazione è prevista una valutazione di seconda istanza. In questo caso, alla fine dell'incarico il CCNL del 2000 prevede la valutazione da parte di un organismo dedicato: il Collegio Tecnico di Area omogenea, presieduto dal Capo dipartimento o figura Referente della macrostruttura (Distretto, Ospedale, etc.).

Il giudizio conclusivo, anche in questo caso può essere soltanto di tipo positivo o negativo.

11. Azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

La gestione del "Ciclo di Gestione della Performance" prevede un continuo monitoraggio di tutti gli step incrementali che lo compongono fatto salvo che le modalità di programmazione risentono ovviamente della normativa e dei vincoli dettati a livello Regionale e Nazionale, l'attenzione è volta al miglioramento del "Sistema di Budget" e del sistema di "Valorizzazione dell'apporto individuale alla produttività". A tal fine è utile procedere ad una armonizzazione di tutto il processo implementato prevedendo miglioramenti quali:

I. Rispetto delle Scadenze Temporali	Azione	Conclusione delle Negoziazioni di budget nei primi 3 mesi dell'anno
II. Tendenza alla definizione di obiettivi concreti ed indicatori oggettivi	Azione	Focalizzazione dell'attenzione verso quei fenomeni rappresentabili attraverso l'utilizzo di indicatori oggettivi
III. Miglioramento dei Sistemi Informativi Aziendali	Azione	Creazione ed Implementazione di Sistemi Informativi capillari e creazione di basi dati dalle quali attingere dati di attività ed indicatori di performance
IV. Apporto Individuale alla Produttività	Azione	Miglioramento continuo dei criteri di valorizzazione scelti orientandoli e rendendoli congruenti con l'effettiva operatività della unità Operativa e con gli obiettivi negoziati
	Azione	Garantire eventuali rinegoziazioni qualora eventi particolari pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi
V. Verifica e Valutazione	Azione	Garantire verifiche intermedie infrannuali in modo da correggere e revisionare gli scostamenti potenzialmente rilevabili
	Azione	Puntuali verifiche finali in modo da poter procedere alla erogazione della retribuzione di risultato secondo quanto previsto dall'C.I.A

Infine il piano della performance, oggi alla sua prima stesura, deve essere sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

Il piano potrà essere revisionato nel corso dell'anno in funzione della variazione degli obiettivi regionali e su eventuali disposizioni sul nuovo assetto organizzativo della ASL.RMG Le aree strategiche verranno sviluppate considerando i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali "linee di produzione" aziendali.

12. Integrazione con i documenti di programmazione economico-finanziaria

Ai fini dell'attivazione annuale del ciclo di gestione della performance, l'Azienda nel formulare una propria programmazione, definisce degli obiettivi coerenti con il documento di programmazione economico finanziario.