

Piano delle Performance dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo"

Anno 2013 -2014

INDICE

1. FINALITÀ DEL PIANO
2. L'AZIENDA OSPEDALIERA: CHI SIAMO; COSA FACCIAMO
 - 2.1 MISSION
 - 2.2 VISION
3. STRATEGIA - PRINCIPALI AREE DI INTERVENTO
4. AMBITI DI INTERVENTO
5. LA DIMENSIONE DI ANALISI DELLE PERFORMANCE
6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE
 - 6.1 L'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI
 - 6.2 IL METODO

1.1 FINALITÀ DEL PIANO

Il presente documento costituisce il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano ed è adottato ai sensi dell'articolo dall'art.10 c.1 del D.Lgs n.150 del 27 ottobre 2009 al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance organizzativa ed individuale dell'azienda. Il Piano della performance è definito sulla base d'indirizzi programmatici previsti dagli strumenti di livello istituzionale, strategico ed operativo nazionale, regionale e locale, quali il Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014¹; le regole di sistema per l'anno 2013²; gli obiettivi aziendali di interesse regionale 2013 e dal documento di programmazione dell'Organismo Indipendente di valutazione Regionale (OIV) "Il Sistema di misurazione delle Performance nelle aziende sanitarie lombarde".

Il Piano della Performance viene definito come documento programmatico in cui, in base alla struttura dell'azienda e delle risorse assegnate, sono definiti la strategia per il biennio 2013-2014, gli obiettivi da perseguire per l'anno 2013, gli indicatori per monitorare l'attività aziendale dell'anno.

Il Piano della Performance si pone come momento di esplicitazione a tutti i soggetti "portatori di interesse" (stakeholders) interni ed esterni di tutto il percorso del ciclo di programmazione e Controllo aziendale:

- programmazione strategica pluriennale
- programmazione gestionale annuale
- definizione degli obiettivi operativi
- attuazione e monitoraggio
- valutazione

in coerenza con l'equilibrio economico-finanziario definito con il bilancio di previsione, il capitale umano e le risorse strumentali disponibili.

A conclusione, il Piano della Performance trova il suo compimento nella relazione finale che evidenzia le attività poste in essere per il proseguimento degli obiettivi fissati e il livello di raggiungimento degli stessi.

La Direzione Generale, in relazione agli obiettivi assegnati dalla Regione ha definito il presente Piano delle Performance, del quale è previsto un periodico aggiornamento in relazione agli obiettivi regionali ed alle strategie dell'Azienda, per renderlo strumento flessibile e coerente con la velocità di evoluzione del contesto.

Le strategie aziendali indicate nel presente piano sono definite in specifici obiettivi monitorati mediante relativi indicatori e standard, che vengono assegnati attraverso il processo di negoziazione di budget e per tramite della dimensione organizzativa dipartimentale, ai dirigenti titolari delle Unità Operative ed al personale nelle stesse operanti.

Tale processo tiene conto delle risorse disponibili e delle azioni da porre in essere; da qui, la logica integrazione tra il presente piano delle performance con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale e le opportune analisi di contesto esterno ed interno all'Azienda.

1.1.2 Accessibilità delle Informazioni riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'A.O. – D. Lgs n. 33 del 14 marzo 2013

Ai sensi dell'art. 10 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 la Direzione Generale ha adottato il Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità^{3 4}, da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire:

¹ Deliberazione n. IX/0088 del 17.11.2010

² Deliberazione n. IX/4334 del 26.10.2012

³ Delibera n. 834 del 27.09.2013 "nomina responsabile della trasparenza ai sensi del D.Lgs 14.03 2013 n. 33"

⁴ Verbale OIV di approvazione del 30.09.2013 "piano trasparenza"

- a) un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dalla Commissione di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, di cui al comma 1 dell'art.10 del D.Lgs. n.33/2013 definisce le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi di cui all'articolo 43, comma 3 del suindicato Decreto.

Come già richiamato, la trasparenza intesa come accessibilità totale alle "informazioni pubbliche" da parte dell'intera collettività, è una forma di accesso che assume una dimensione più ampia rispetto a quella collegata al diritto di accesso alle informazioni in funzione della titolarità di un interesse attuale, specifico e soggettivo (art. 22 e ss. della L.241/1990 e s.m.i.). Elemento centrale della trasparenza diventa la pubblicazione di alcune determinate tipologie di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale dell'Azienda Ospedaliera (<http://www.sancarlo.mi.it/>), all'interno della sezione dedicata "Bussola della Trasparenza" (che sostituisce la precedente sezione "Trasparenza, valutazione e merito" ex art.11, comma 8, del D.lgs. 150/2009) secondo quanto indicato nell'all. A al Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013.

Con la pubblicazione *on line* si offre la possibilità agli *stakeholders* di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati dall'Azienda Ospedaliera con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della *performance* ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel *ciclo di gestione delle performance*.

Nell'ottica di assicurare una totale e assoluta trasparenza ed accessibilità alle "informazioni pubbliche", il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 è intervenuto con la previsione di un processo di coordinamento/interazione tra i contenuti del Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità e le misure e gli interventi previsti dal Piano di prevenzione della corruzione e dal Piano delle Performance.

1.2.1 CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

La gestione della performance avviene tramite un ciclo di attività che parte dalla definizione degli obiettivi.

Il presente documento identifica la struttura delle attività "ricorrenti" che l'azienda svolge per tenere sotto controllo e governare la performance organizzativa.

Il ciclo di gestione della performance⁵ si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- b) collegamento tra gli obiettivi e allocazione delle risorse, con integrazione del ciclo di bilancio;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti;
- f) rendicontazione dei risultati alla Direzione.

⁵ Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde – LG OIV Regione Lombardia
Piano delle Performance 2013 - 2014 Rev.00 marzo 2013 SQF pag. 3 di pag. 9
A.O. Ospedale San Carlo Borromeo – via Pio II, 3 – 20153 Milano – tel 02 40221



1.2.2 CICLO DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La disciplina vigente ha introdotto la necessità che le PP.AA. si dotino di un **sistema di misurazione e valutazione della performance** come strumento utile a migliorare l'efficienza, la qualità e l'efficacia delle proprie prestazioni e dei servizi erogati. La performance si distingue in:

- **Organizzativa**, che riguarda l'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative;

- **Individuale**⁶, che si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti. (cfr. art. 9 del d. lgs. 150/09).

La **valutazione** va intesa - a qualsiasi livello - non come mero adempimento burocratico ma **come processo che può contribuire al miglioramento** organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come **sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori**, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

Il sistema aziendale di valutazione delle performance rappresenta l'anello finale di una ideale catena rappresentata dai processi organizzativi propedeutici alla realizzazione di processi di valutazione delle risorse umane e di un Piano aziendale di valutazione che ne rappresenta la sintesi strategica e metodologica.

Tabella 1. - tempistica ciclo della performance individuale

⁶ Deliberazione aziendale n. 099 del 13 febbraio 2013 "Adozione Sistema di Valutazione del Personale dell'Area della Dirigenza e dell'Area del Comparto, ai fini del riconoscimento delle quote di risultato/produttività collettiva e delle Risorse Aggiuntive Regionali (R.A.R.)"

Assegnazione da parte del direttore/responsabile di struttura degli obiettivi individuali a tutti i dipendenti della sua struttura	Febbraio / Marzo
Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi	Marzo / Settembre
Verifica dello stato di avanzamento di tutti gli obiettivi assegnati ad inizio anno	Settembre / Ottobre
Rendicontazione dei risultati della valutazione intermedia al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni	Novembre
Misurazione e valutazione finale della performance individuale da parte del direttore / responsabile di struttura che ha assegnato gli obiettivi ad inizio anno	Febbraio / Marzo
Rendicontazione dei risultati al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni	Aprile
Erogazione retribuzione di risultato/produttività, sulla base dei risultati congiunti derivanti dalla Performance di struttura e dalla Performance individuale	Giugno / Luglio

2. L'AZIENDA OSPEDALIERA

L'Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo ha personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnico-gestionale, nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione Lombardia.

La sede legale è ubicata in Milano, in via Pio II°, 3.

L'Azienda Ospedaliera fa fronte mediamente a 83.000 accessi di Pronto Soccorso, inserito in un Dipartimento per l'Emergenza Urgenza munito di radiologia e Blocco Operatorio dedicati, Neurochirurgia, terapia intensiva e Neurorianimazione, UTIC, un'area di alta intensità di cura e

una elisuperficie per l'elisoccorso abilitata anche per il volo notturno, l'Ospedale rappresenta il principale polo ad ovest di Milano dedicato alla Gestione del Paziente politraumatizzato.

L'attività di ricovero dell'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo è rivolta per il 60% a residenti nel comune di Milano, per il 30% circa a residenti nella provincia di Milano (escludendo il comune di Milano), circa il 3% proviene da altre province lombarde e il 6-7% da altre regioni italiane. Quindi, dall'analisi demografica e del bacino di utenza si evidenzia come l'Azienda Ospedale San Carlo Borromeo si configura con spiccate caratteristiche di territorialità che soddisfano le esigenze sanitarie di una popolazione tendenzialmente anziana. Inoltre, è un ospedale di riferimento per la popolazione extracomunitaria, che nella provincia di Milano rappresenta oltre il 10% della popolazione residente.

L'Azienda è composta da:

- Presidio Ospedaliero San Carlo Borromeo;
- Servizi territoriali di assistenza psichiatrica articolati in varie strutture residenziali, semi-residenziali, comunità protette, centri riabilitativi psicosociali

Allo stato di redazione del presente documento, è stato approvato il nuovo Piano Organizzativo Aziendale⁷ (v. *all.1*) nel quale, oltre a definire l'organigramma, sono indicate le seguenti tipologie di interventi che l'A.O assicura:

- *soccorso sanitario di urgenza ed emergenza*
- *ricovero d'urgenza*
- *ricovero ordinario*
- *ricovero ordinario a ciclo diurno (day-hospital)*
- *assistenza specialistica ambulatoriale*
- *prestazioni e servizi in regime di pagamento*
- *attività di diagnostica*

In allegato al presente Piano delle Performance sono riportate alcune tabelle⁸ che riassumono brevemente l'offerta dell'Azienda Ospedaliera (in termini di posti letto, posti tecnici, specialità

⁷ Deliberazione di Giunta Regionale n.IX/4915 del 21.02.2013

⁸ All. 1.1 posti letto e posti letto tecnici accreditati ed in effettivo esercizio

All. 1.2 disciplina ambulatoriali accreditate

All. 1.3 personale dipendente al 31.12.2012

All. 1.4 attività di ricovero e cura gennaio-dicembre 2012 (tipologia di casistica trattata/n. ricoveri/giornate di degenza)

All. 1.5 attività di cure sub-acute gennaio-dicembre 2012

Piano delle Performance 2013 - 2014

Rev.00 marzo 2013 SQF pag. 5 di pag. 9

ambulatoriali, risorse umane) e la risposta alla domanda del territorio (in termini di volumi di attività erogate in regime di ricovero e cura e in regime ambulatoriale, in relazione dell'annualità 2012. (v. all.1)

2.1 MISSION AZIENDALE

L'Azienda Ospedaliera S. Carlo Borromeo esplica la propria attività sanitaria nelle discipline mediche e chirurgiche e di diagnostica strumentale .

I valori fondanti l'azione dell'azienda Ospedaliera S. Carlo Borromeo, attraverso cui orientare gli scopi, le scelte e l'agire di ogni attore dell'organizzazione per raggiungere i risultati dichiarati ed assolvere alla mission, sono individuati:

- nell'efficacia e appropriatezza tecnica;
- nella sicurezza;
- nell'affidabilità;
- nella tutela e nella partecipazione del cittadino;
- nella umanizzazione delle cure.

In questa logica, l'ascolto, per la qualità stessa del lavoro, la formazione, quale momento propulsivo dell'azione aziendale, l'informazione trasparente, semplice e puntuale, la

comunicazione delle ragioni delle scelte e la chiarezza delle attese reciproche, il consenso come contributo alla qualità dell'azione, sono gli elementi cruciali per la realizzazione della mission aziendale.

In funzione del perseguimento dei suoi fini istituzionali l'A.O S. Carlo Borromeo impronta l'attività secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità garantendo contemporaneamente la qualità e l'appropriatezza delle cure; inoltre, assicura la trasparenza dei processi, con lo scopo di concretizzare i principi di partecipazione e di tutela del cittadino.

2.2 VISION AZIENDALE

L'A.O. Ospedale San Carlo Borromeo garantisce i bisogni di salute della collettività per la quale opera, producendo ed erogando in modo efficiente prestazioni sanitarie specialistiche di media o elevata complessità, di efficacia scientificamente dimostrata ed appropriata, alla luce delle conoscenze scientifiche costantemente aggiornate, ottimizzando e razionalizzando le risorse disponibili nel rispetto della programmazione regionale.

L'A.O. Ospedale San Carlo Borromeo, utilizzando l'autonomia ed i poteri ad essa conferiti, favorisce un costante miglioramento della qualità secondo i criteri di appropriatezza e qualità, e tramite modalità finalizzate a realizzare l'efficacia degli interventi sanitari e l'efficiente impiego delle risorse, nell'ottica del raggiungimento dell'equilibrio economico patrimoniale e nel rispetto del principio di libera scelta da parte del cittadino.

3. STRATEGIA - PRINCIPALI AREE DI INTERVENTO

La Direzione Generale dell'Azienda utilizza, per la conduzione dell'organizzazione verso il "miglioramento continuo", i principi enunciati nella normativa per la qualità ISO 9001⁹.

-
- All. 1.6 attività ambulatoriali chirurgiche gennaio-dicembre 2012 (casistica "BOCA" trattata)
 - All. 1.7 attività ambulatoriali complesse mediche gennaio-dicembre 2012 (casistica "MAC" trattata)
 - All. 1.8 attività ambulatoriali
 - All. 1.9 attività Psichiatrica Territoriale
 - All. 2.0 dati economici

- ⁹ - Orientamento al Cliente, con migliore soddisfazione dei suoi requisiti e aspettative, e attenzione alla riduzione dell'esposizione del paziente al rischio clinico.
- Leadership, con costante partecipazione dei collaboratori nelle decisioni che favoriscono il perseguimento degli obiettivi aziendali.
 - Coinvolgimento e crescita professionale delle persone operanti nell'azienda, nel convincimento che costituiscono il valore prioritario dell'organizzazione.
 - Approccio per processi, con gestione attenta ai risultati di processo e agli outcome di salute
 - Approccio in termini di gestione, considerando i processi chiave, gestionali e di supporto nelle loro interazioni e integrazioni.
 - Miglioramento continuo, quale obiettivo permanente dell'organizzazione e delle attività produttive, oltre che metodo-guida del sistema gestionale, supportato dall'apprendimento e dal cambiamento.
 - Decisioni basate su dati di fatto, per quanto concerne le pianificazioni, le progettazioni, le attribuzioni di risorse, il disegno di processi, devono essere basate su metodi efficaci di raccolta e di analisi di dati e informazioni attendibili provenienti dai processi produttivi e dall'indagine sui bisogni di salute. Per l'ambito produttivo, nel contesto di diagnosi-cura-riabilitazione devono essere assunte decisioni prescrittive che promuovano l'applicazione di tecnologie e metodi di provata efficacia.

I sopracitati principi, recependo gli obiettivi annuali di mandato emanati dalla Direzione Generale Sanità, si traducono nell'applicazione di un modello organizzativo e gestionale che si fonda su:

- condivisione degli obiettivi con tutto il personale;
- strutturazione organizzativa flessibile e strettamente legata agli obiettivi da perseguire;
- grande attenzione alla Qualità dei Servizi;
- forte orientamento all'efficacia dei servizi erogati e all'efficienza nell'uso delle risorse disponibili.

A tali fini pertanto la Direzione Generale, basandosi principalmente sugli indirizzi di programmazione regionale e con riferimento al contesto interno ed esterno citato al paragrafo 1, ha individuato alcune linee prioritarie di intervento sulle quali concentrare l'attività finalizzata al miglioramento delle performance economica, gestionale ed organizzativa, tenendo in debito conto le peculiarità e criticità dell'AO.

1. *Miglioramento del livello qualitativo e revisione della struttura dell'offerta di prestazioni sanitarie;*
2. *Miglioramento delle infrastrutture aziendali finalizzato al rispetto dei requisiti di accreditamento strutturale ed all'adeguamento tecnologico;*
3. *Revisione della struttura organizzativa aziendale nell'ottica della razionalizzazione dei processi tecnico-amministrativi, secondo i principi dell'efficienza ed economicità della gestione nell'ambito delle risorse disponibili;*
4. *Valorizzazione delle risorse interne con l'attivazione di progetti di formazione finalizzati allo sviluppo e al trasferimento di competenze.*

4. AMBITI DI INTERVENTO

I progetti e gli obiettivi proposti per il biennio 2013-2014, esposti e declinati con particolare riferimento all'anno 2013, sono stati definiti in 4 principali aree di intervento, così individuate:

Ambito economico-finanziario: misura il raggiungimento degli obiettivi strategici fissati in coerenza con la missione e la visione dell'organizzazione.

Per gli enti pubblici si configura più come un limite anziché un obiettivo, in quanto questi ultimi devono limitare le loro spese nell'ambito del budget prefissato.

Il successo di queste organizzazioni si manifesta nell'efficienza e nell'efficacia che mostrano nell'utilizzare le risorse finanziarie disponibili nei confronti dei loro clienti – utenti.

- *Livello di misura (ambito): efficacia ed efficienza nell'utilizzare le risorse finanziarie disponibili*

Ambito processi interni: misura la capacità dell'organizzazione di sviluppare processi coerenti con la propria missione, finalizzati alle richieste dei cittadini, e fondati sul pieno utilizzo delle risorse umane.

Il successo è determinato nello sviluppo dei processi interni come la qualità, il tempo di risposta, il costo e l'innovazione dei sistemi di supporto.

- *Livello di misura (ambito): sviluppo dei processi interni come la qualità, il tempo di risposta, il costo e l'innovazione dei sistemi di supporto*

Ambito apprendimento e crescita (Risorse Umane): questa prospettiva misura le capacità dell'organizzazione di fornire le strutture organizzative essenziali per la realizzazione degli obiettivi delle precedenti due.

In particolare analizza competenze del personale, capacità dei sistemi informativi, motivazione ed adeguamento

Livello di misura (ambito): competenze del personale, capacità dei sistemi informativi, motivazione ed adeguamento.

- Collaborazione fra clienti e fornitori, evitando un clima di competizione che ostacoli l'ottimizzazione dei risultati di processo, favorevole all'efficacia delle prestazioni erogate ai pazienti.
- Sviluppo di alleanze con aziende sanitarie, Università e altre entità che, operando nello stesso territorio o agendo con analogia di obiettivi e di strumenti, possono facilitare il perseguimento degli obiettivi aziendali e trarre a loro volta beneficio dalla partnership.

Ambito stakeholders (portatori di interessi): permette all'organizzazione di individuare le misure fondamentali per adeguare l'erogazione del servizio alle necessità del cliente-utente (esterno-interno) e misurare la loro soddisfazione rispetto al servizio erogato.

Il successo è determinato nell'erogazione del servizio, puntualità, rispetto del codice etico comportamentale (soddisfazione del cliente; mitigazione delle richieste di risarcimento danno).

Livello di misura (ambito): Successo nell'erogazione del servizio, puntualità, rispetto del codice etico comportamentale

La relazione tra le quattro prospettive sopra menzionate e gli indicatori finanziari permette all'organizzazione di pianificare il loro sviluppo e si adatta in modo particolare alla gestione dei servizi clinici e amministrativi. Una corretta e responsabile interpretazione dei fenomeni aziendali basata sulla valutazione degli indicatori permette alla Direzione di intraprendere tempestivamente le eventuali azioni correttive, modificare le strategie, distribuire in maniera opportuna ed adeguata risorse economiche ed umane, rivedere i tempi di sviluppo delle azioni. Possibile una sua trasformazione da un sistema di controllo ad un sistema di gestione.

5. LA DIMENSIONE DI ANALISI DELLE PERFORMANCE

Le dimensioni di analisi delle performance sono riconducibili ai livelli decisionali strategici, di programmazione e gestionale con riferimento:

al livello strategico¹⁰ le dimensioni oggetto di misurazione della performance sono:

- economicità
- efficacia esterna
- efficacia organizzativa
- efficacia interna

al livello di programmazione le dimensioni oggetto di misurazione della performance sono attribuibili allo stato di avanzamento di:

- progetti strategici
- obiettivi regionali assegnati ai Direttori Generali
- obiettivi di progetto legati alla contrattazione con la ASL

al livello di gestionale le dimensioni oggetto di misurazione della performance sono:

- efficienza
- qualità dei processi e dell'organizzazione
- qualità dell'assistenza
- appropriatezza (organizzativa)
- accessibilità e soddisfazione dell'utenza

6. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE

Il presente Piano delle Performance deve essere visto come il completamento del percorso di definizione degli obiettivi e misurazione delle performance aziendali, come momento di esplicitazione degli obiettivi fissati a livello aziendale e sintesi delle azioni da intraprendere (nel momento della stesura), dei risultati ottenuti (nel momento della relazione finale), dell'individuazione delle azioni di miglioramento (nei momenti di revisione periodici).

Nel prosieguo delle attività già introdotte negli scorsi anni, in Azienda si è sviluppato un sistema di definizione degli obiettivi e misurazione delle performance aziendali (organizzative e individuali) secondo il meccanismo della contrattazione dei "budget" dipartimentali e di quelli assegnati con organismi di staff alla Direzione i quali concordano gli obiettivi da raggiungere annualmente, sia quantitativi (economici e numerici) sia qualitativi (legati al perseguimento delle strategie e della qualità).

Tali obiettivi vengono poi declinati, con un meccanismo a cascata, dal Responsabile ai Dirigenti della propria équipe e/o al personale del comparto.

6.1 L'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Il sistema di valutazione di raggiungimento degli obiettivi del personale avviene attraverso un processo di formalizzazione che prevede gli obiettivi specifici, gli attori interessati (valutatore e valutati), i metodi e gli strumenti più adatti all'ambito valutativo.

¹⁰ Tra gli elementi ingresso si evidenzia, in allegato, la sintesi sullo stato di attrattività, in risposta al "Bisogno di Salute" dell'AO Ospedale San Carlo Borromeo, rispetto alla popolazione di riferimento. 2013 PROGEA

Il processo valutativo coinvolge altresì anche i processi e gli strumenti organizzativi presenti in azienda, quali:

- il lavoro per obiettivi
- il budget
- l'analisi delle competenze delle posizioni di lavoro,
- la definizione delle responsabilità professionali e gestionali, che ne consentono successivamente la piena e consapevole realizzazione.

6.2 IL METODO

Di seguito, si riporta la tabella riassuntiva degli obiettivi del Piano di Performance fissati per l'anno 2013/2014, con declinazione dei progetti, dimensione di analisi, risultato atteso e relativi indicatori.

Nella colonna *responsabilità*, è specificata la funzione deputata alla raccolta e all'invio dei dati necessari al monitoraggio dei singoli progetti. Tali dati, devono essere inviati periodicamente al Servizio Qualità e Formazione che attraverso il supporto di un apposito gruppo di revisione multiprofessionale e multidisciplinare, procederà all'analisi dei dati pervenuti ed alla stesura della relazione annuale destinata alla Direzione Strategica, contenente i risultati acquisiti e le eventuali proposte di miglioramento.

Tabella Progetti Azienda Ospedaliera – Piano delle Performance 2013

N°	Progetti	Riferimenti	Dimensione analisi	Risultato atteso	Indicatori di risultato	Resp.	tempi
1	Codice Etico comportamentale	Regole di gestione del sistema Socio-sanitario 2013	Efficacia organizzativa / interna	Revisione delle linee identificative dei compiti e delle responsabilità Mantenimento del sistema di valutazione e controllo in tema di CEC.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisione delle linee identificative dei compiti e delle responsabilità in applicazione del POA 2. aggiornamento delle analisi del Rischio Etico comportamentale nelle aree/ambiti identificati in applicazione del Modello Organizzativo (MO) 3. identificazione e applicazione analisi del rischio e.c. in aree/ambiti prioritarie (es. ambulatori; gestione liste di attesa ambulatoriale; gestione liste di attesa degenza ordinaria aree chirurgica/gestione lista operatoria; gestione ambiente/rifiuti/acque; modalità di acquisizione di beni, servizi e lavori; incarichi e consulenze esterne) 4. informazione/diffusione del MO ai portatori di interesse interni 5. effettuazione del piano di formazione in tema di CEC. (per operatori; per ambiti selezionati) 6. effettuazione piano dei controlli sugli ambiti identificati in applicazione del MO 7. redazione del piano di azioni correttive/piani di miglioramento negli ambiti identificati in applicazione del MO 	<ol style="list-style-type: none"> 1. GdL CEC aziendale¹ 2. ambiti in applicazione del MO² 3. GdL CEC aziendale - ambiti identificati 4.5. GdL CEC aziendale – Uff. Formazione 6.7. GdL CEC aziendale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 31.12.2013 2. 31.12.2013 3. 31.12.2013 4.5. 31.12.2013 6.7. 31.12.2013
2	Documentazione Clinica		Efficacia organizzativa / Interna Appropriatezza	attuazione del Piano dei Controlli Documentazione e Clinica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controllo CL Cartella Clinica (ric. Ordinario; BOCA; MAC) - stato di avanzamento previsto vs effettivo 2. Controllo Documentazione Assistenziale - stato di avanzamento previsto vs effettivo 3. esiti NOC - Proporzione di controlli di congruenza NOC con esiti positivi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DMP 2. Sitra 3. UCG 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 31.12.2013 2. 31.12.2013 3. 31.12.2013
3	Customer Satisfaction		Accessibilità e soddisfazione utenza	Miglioramento del grado di soddisfazione del cliente	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 rilevazione grado di soddisfazione cliente esterno (utente); 1.2 N. reclami per la relazione e comunicazione con Operatori; 1.3 N. reclami per le prestazioni-inadeguatezza organizzativa; 1.4 N. di encomi; 1.5 Rilevazione della media tempi di attesa per singola prestazione - benchmarking regionale; 2.1 rilevazione grado di soddisfazione cliente interno (UU.OO. cliniche/fornitori interni); 2.2 analisi dei dati del grado soddisfazione cliente interno (UU.OO. cliniche/fornitori interni); 2.3 priorità di azioni correttive in relazione all'analisi dei dati di cui al punto 2.2 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1/1.4 URP 1.5 UCG - URP 2.1/2.2 Uff. Qualità 2.3 DS.DMP.Uff. Qualità 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1/1.4 31.12.2013 1.5 31.12.2013 2.1/2.2 31.10.2014 2.3 31.12.2014

¹ Deliberazione aziendale n. 640 del 27.07.2012

² Ambiti identificati: Flussi Informativi (UCG); Contabilità e Bilancio (Economico Finanziario); Gestione sinistri comportanti richiesta risarcimento danni (Seg. Generale); Manutenzione beni mobili, immobili, impianti (Tecnico Patrimoniale); Acquisti in economia (Provveditorato); Prericovero adulto (UO Ch ciclo diurno) e pediatrico (Pediatria); Acquisizione farmaci e dispositivi medici (Farmacia); flusso 28 /San e flusso SDO (Spedalità – UCG); Reclutamento del Personale e Inserimento voci variabili stipendiali (Risorse Umane); Accettazione Amministrativa e Cup (Spedalità).

Tabella Progetti Azienda Ospedaliera – Piano delle Performance 2013

N°	Progetti	Riferimenti	Dimensione analisi	Risultato atteso	Indicatori di risultato	Resp.	tempi
4	Standard regionali Qualità e Sicurezza del paziente	D.DGS n.1041 del 14.02.2012	Efficacia organizzativa / interna	Mantenimento e miglioramento dei livelli di qualità secondo gli standard identificati da regione Lombardia per la misurazione e il monitoraggio della qualità delle strutture sanitarie	<ol style="list-style-type: none"> 1. mantenimento degli standard autovalutati come completamente raggiunto 2. miglioramento degli standard autovalutati come parzialmente raggiunto 3. effettuazione delle autovalutazioni (AV) semestrali Dipartimentali/UU.OO./Servizi 4. effettuazione audit aziendale annuale 5. effettuazione AV aziendale semestrale (flusso informativo db regionale) 6. redazione piano di miglioramento annuale sull'esito delle AV effettuate 	1.2.3. Dipartimenti-UU.OO. 4. Uff. Qualità 5.6. Uff. Qualità – Gruppo di Sintesi aziendale ³	<ol style="list-style-type: none"> 1. 31.12.2013/4 2. 31.12.2013/4 3. 31.06.2013/4 31.12.2013/4 4. 31.05.2013/4 5. 31.06.2013/4 31.12.2013/4 6. 31.12.2013/4
5	Sistema Qualità	Delibera aziendale Piano; Indicatori di Riesame di Direzione	Efficacia organizzativa / interna	Mantenimento e miglioramento dei livelli di qualità secondo la norma ISO 9001 negli ambiti /processi identificati	<ol style="list-style-type: none"> 1. definizione cruscotto indicatori aziendali 2. applicazione e verifica cruscotto indicatori aziendali 3. attuazione piano verifiche interne (CL: Std Q&S RL; ISO; CEc.ambiente (rifiuti/acque)) – <i>vedi anche paragrafo precedente punto 4.</i> 4. redazione del piano di azioni correttive/piani di miglioramento 5. mantenimento in alcune UU.OO., della certificazione della Qualità secondo la norma ISO 9001 	1.2. Uff. Qualità - Comitato Rischio e Qualità ⁴ 3.4.5. Uff. Qualità	<ol style="list-style-type: none"> 1. 31.05.2013 (<i>definizione indicatori</i>) 2. 31.12.2013 3. 31.05.2013 4. 31.06.2013 5. 31.12.2013
6	Monitoraggio Rischio Clinico	Regole di gestione del sistema Socio-sanitario 2013 Deliberazione aziendale n. 1041 del 19.12.2012	Efficacia organizzativa / interna	Rafforzamento del sistema di monitoraggio del Rischio Clinico attraverso l'attuazione del <i>piano triennale aziendale del rischio clinico e della qualità</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. verifica dell'attuazione dei progetti pianificati (3 progetti /anno) 2. Implementazione di strumenti di monitoraggio degli eventi avversi, quasi eventi, near miss 3. proseguimento delle attività di monitoraggio interno in sinergia con Ufficio Qualità 4. proseguimento delle analisi di Cartelle Cliniche in attuazione della metodologia "Trigger". 	1.2. Risk Manager 3.4. Risk Manager – Uff. Qualità	<ol style="list-style-type: none"> 1.2. 31.12.2013/4 3.4. 31.12.2013

³ Composizione gruppo di sintesi aziendale: UO Qualità e Formazione; DMP; Risk Manager; Sitra; Farmacia.

⁴ Deliberazione aziendale n. 531 del 20.06.2012

Tabella Progetti Azienda Ospedaliera – Piano delle Performance 2013

N°	Progetti	Riferimenti	Dimensione analisi	Risultato atteso	Indicatori di risultato	Resp.	tempi
7	Prevenzioni infortuni	Regole di gestione del sistema Socio-sanitario 2013	Efficacia organizzativa / interna	Implementazione di azioni per la riduzione dei danni al paziente, al personale e al patrimonio	<ol style="list-style-type: none"> 1. implementazioni di azioni sia correttive che preventive, per la riduzione dei danni al paziente, al personale , al patrimonio 2. implementazione di azioni per la riduzione del contenzioso legale 3. azioni in ambito formativo per la prevenzione dei danni e contenziosi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPP – DMP 2. SPP – DMP - Aff.Generali 3. Uff. Formazione 	1.2.3. 31.12.2013
8	Rilascio del primo certificato d'infortunio		Efficacia organizzativa / interna	Corretta applicazione della procedura	<ol style="list-style-type: none"> 1. stesura della procedura 2. validazione, informazione e applicazione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina del lavoro 2. Medicina del lavoro / ambiti in applicazione della procedura (PS) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 31/07/2013 2. 31/10/2013
9	Attualizzazione dei PDTA prodotti -“Insuff. Resp.” -“Scompenso C.” -“Polmonite” -“Ittero” - “Emergenze Iperglicemiche Paz Adulto”		Efficacia interna	Miglioramento dell’accessibilità e condivisione di percorsi di cura nell’ottica della “presa in carico” dell’utente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica corretta applicazione PDTA mediante audit delle cartelle cliniche (<i>indicatori di applicazione e efficacia inseriti nei specifici PDTA</i>) 2. Verifica dell’adeguamento dei PDTA alla normativa vigente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinatori Gruppi di lavoro PDTA; Comitato PDTA⁵ 2. Coordinatori Gruppi di lavoro PDTA 	1.2. 31/12/2013

⁵ Comitato PDTA : deliberazione aziendale n.307 del 17.04.2012

Tabella Progetti Azienda Ospedaliera – Piano delle Performance 2013

N°	Progetti	Riferimenti	Dimensione analisi	Risultato atteso	Indicatori di risultato	Resp.	tempi
10	Individuazione e PDTA -“Piede Diabetico” -“Tubercolosi” -“nodulo Polmonare”	Regole di gestione del Sistema socio sanitario 2013	Efficacia interna	Miglioramento dell'accessibilità e condivisione di percorsi di cura nell'ottica della “presa in carico” dell'utente	<ol style="list-style-type: none"> 1. stesura e approvazione PDTA “Piede diabetico”; “Tubercolosi”; “Nodulo polmonare” 2. stesura procedura ambulatorio infermieristico “piede diabetico” 3. introduzione in via sperimentale dell'ambulatorio infermieristico “piede diabetico” 4. informazione; formazione; applicazione PDTA “Piede diabetico”; “Tubercolosi”; “Nodulo polmonare” 5. monitoraggio di applicazione ed efficacia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinatori gruppi di stesura; Comitato PDTA 2. Sitra 3. DMP –Sitra 4. Coordinatori gruppi di stesura; Comitato PDTA; UO Formazione 5. Coordinatori Gruppi di lavoro PDTA; Comitato PDTA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 31.09.2013 2. 31.09.2013 3. 31.06.2014 4. 31.12.2013 5. 31.06.2014
11	Formazione	Procedura ECM	Efficacia organizzativa	Monitoraggio delle attività formative a favore dei dipendenti, atte a favorire la crescita professionale delle conoscenze e capacità nell'ambito del miglioramento dei processi e prestazioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. costo formazione/tot. n. dipendenti in ruolo 2. n. ore di formazione erogate/tot. N. dipendenti in ruolo 3. valutazione customer satisfaction 4. $(N^{\circ} \text{ attività di formazione effettuate} / N^{\circ} \text{ attività di formazione previste dal Piano annuale della Formazione}) * 100$ 	1.2.3.4 Uff. Formazione	1.2.3.4 31.12.2013/4
12	Gestione del Personale		Efficacia organizzativa		<ol style="list-style-type: none"> 1. totale ore straordinarie retribuite/ tot. ore dovute 2. gg tot ferie non godute/tot. giornate lavorate 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risorse Umane 2. Risorse Umane-UU.OO. 	1.2. 31.12.2013/4
13	Procedura assegnazione della turnistica		Efficacia organizzativa	Assegnazione in base alle classi di idoneità	<ol style="list-style-type: none"> 1. analisi delle segnalazioni di modifica turni 	1. Sitra - Risorse Umane - UU.OO.	31.12.2013/4

Tabella Progetti Azienda Ospedaliera – Piano delle Performance 2013

N°	Progetti	Riferimenti	Dimensione analisi	Risultato atteso	Indicatori di risultato	Resp.	tempi
17	Progetti RAR	Accordo regionale RAR 2013	Efficacia Interna / economicità	Si fa riferimento agli obiettivi previsti nel piano per il raggiungimento delle RAR	<i>Obiettivi e tempistica come da accordo con le parti sociali</i>	<i>Vedi accordo</i>	1. 31.12.2013
18	Dematerializzazione	Regole di gestione del Sistema socio sanitario 2013	Efficacia organizzativa / interna	Revisione delle comunicazioni interne all'azienda, finalizzate alla riduzione delle comunicazioni cartacee (e dei conseguenti tempi e costi) grazie all'implementazione e della posta elettronica personale	<ol style="list-style-type: none"> 1. utilizzo dell'angolo del dipendente per la gestione delle comunicazioni (cedolino stipendiale; cartellino orario e turnistica) 2. ampliamento dell'utilizzo delle comunicazioni interne tramite e-mail 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risorse Umane 2. Risorse Umane – URP – UU.OO. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2.
19	Piano Nazionali Esiti	Indicatori Piano Nazionali Esiti - AgeNaS	Efficacia-Appropriatezza dei percorsi assistenziali	Tempestività e appropriatezza interventi	1. analisi degli esiti per singoli DRG e conseguenti azioni	1. Uff. Qualità – DMP – Risk Manager	1. 31.12.2013
20	CRISP	Indicatori di efficacia ex post (CRISP) e di appropriatezza a (5.6.)	Efficacia-Appropriatezza dei percorsi assistenziali	Risultati compresi nella media regionale	<ol style="list-style-type: none"> 1. mortalità ospedaliera (dato regionale a 30gg)* 2. ricoveri ripetuti entro 45 gg (stesso pz e MDC)* 3. dimissioni volontarie (rapporto tra n. di dimissioni volontarie e totali ricoveri)* 4. allontanati da PS "pre-post I° visita" (stratificato per Codice colore: bianco; verde; giallo) 5. trasferimenti (stesso giorno, in UO simili) 6. upcoding (Rapporto tra i ricoveri con complicanze rispetto al totale dei ricoveri in DRG con e senza complicanze)* 7. cream skimming (numero DRG per reparto, con esclusione dei DRG con numerosità < 10)* 8. riammissioni (rapporto tra n. tot di ricoveri ripetuti in AO entro 30gg, per stessa patologia e n. tot di dimissioni)* 9. analisi "tasso di fuga" utenti dal territorio afferente* 	1.9. UCG (*dato da fonte regionale)	<ol style="list-style-type: none"> 1.8. 9.

Tabella Progetti Azienda Ospedaliera – Piano delle Performance 2013

N°	Progetti	Riferimenti	Dimensione analisi	Risultato atteso	Indicatori di risultato	Resp.	tempi
21	Controllo di gestione	Dati controllo gestione per andamento UO	Efficienza organizzativa / interna	Miglioramento del trend della efficienza organizzativa e della produttività	1. degenza media/indice di occupazione media (tasso di utilizzo)/intervallo di turnover e <i>indice di case mix</i>	1. UCG	1. 31.12.2013/4
22	Costi per l'acquisto di beni e servizi		Efficacia interna / economicità	Secondo quanto previsto dalla "spendig review", revisione di tutti i contratti in essere per tutta la loro durata, con risparmi che devono avere carattere strutturale con effetti sul bilancio 2013 e sui bilanci degli anni successivi	1. revisione dei contratti secondo criteri strutturali, con evidenze del risparmio già a partire dal 2013 2. nella elaborazione dei capitolati di gara dare evidenza nella costituzione "della Base" di gara e nella indicazione del prezzo dei prodotti dell'attuazione della "spending review"	1.2 Provveditorato	1.2 31.12.2013/4
23	Costi per l'acquisto di farmaci	Regole di gestione del sistema Socio-sanitario 2013	Efficacia interna / esterna / economicità	Utilizza di farmaci: prosecuzione delle attività volte all'utilizzo dei farmaci fuori brevetto o generici	1. mantenimento e aumento della % di farmaci a brevetto scaduto, sia nel trattamento ospedaliero che al momento della dimissione	1. Farmacia	1. 31.12.2013/4
24	Ristrutturazione, messa in sicurezza e manutenzione	Bilancio di previsione aziendale	Efficacia interna / economicità	In applicazioni del piano di investimenti auto-finanziati e dei costi ricorrenti, sono stabilite le priorità di intervento, secondo programma dettagliato	1. applicazione del piano investimenti, con acquisizione delle tecnologie programmate 2. pianificazione a lungo termine degli investimenti 3. prosecuzione delle ristrutturazioni secondo modalità e tempistiche previste 4. per gli interventi di ordinaria manutenzione con utilizzo dei mezzi di bilancio, predisposizione di un atto di pianificazione e programmazione del medesimo	1.2. EconomicoFinanziario - Provveditorato - Tecnico Patrimoniale 3.4 Tecnico Patrimoniale	1.2.3.4 31.12.2013/4
25	Investimenti in tecnologia	Regole di gestione del sistema Socio-sanitario 2013	Efficacia interna economicità	In applicazione del piano di investimenti auto finanziati, sono stabilite le priorità di sostituzione delle apparecchiature elettromedicali	1. applicazione del piano investimenti, con acquisizione delle tecnologie programmate 2. pianificazione a lungo termine degli investimenti	1.2. EconomicoFinanziario - Provveditorato - Ing. Clinica	1.2. 31.12.2013/4
26	Acquisti consorziati	Regole di gestione del sistema Socio-sanitario 2013	Efficacia organizzativa interna / economicità	Implementazione degli acquisti consorziati tra aziende sanitarie, finalizzati alla condivisione del know-how sugli acquisti e alla ricerca di economie di scala negli acquisti	1. partecipazione al consorzio di acquisto (materiale di consumo; farmaci; cancelleria; ecc.) 2. adesione alle gare CONSIP e ARCA 3. utilizzo della piattaforma SINTEL per gli acquisti diretti	1.2.3 Provveditorato - Farmacia	1.2.3 31.12.2013/4