



Azienda Ospedaliera Brotzu

Struttura tecnica permanente

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE



ANNO 2014



Indice

1. DEFINIZIONI E FINALITA'	3
2. LA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	4
3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	5
4. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	12



1. DEFINIZIONI E FINALITÀ

Il presente documento ha la finalità di rappresentare i risultati conseguiti dall'Azienda Ospedaliera Brotzu (di seguito AOB) nell'anno 2014, coerentemente con i principi generali di rappresentatività e trasparenza 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'impostazione del documento è altresì in linea con quanto indicato dal Decreto Legislativo n. 141/2011 "modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15".

Il presente documento vuole inoltre rappresentare lo stato di attuazione del ciclo di gestione della performance, compresi tutti gli strumenti funzionali alla prescritta valutazione delle prestazioni e dei risultati.

La performance generale attesa è il miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda, la massima valorizzazione dei suoi dipendenti (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 così l'erogazione meritocratica dei premi, nel rispetto dei principi dell'integrità e della trasparenza dell'azione amministrativa.

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

La Relazione sulla Performance approfondisce gli elementi che incidono sulla perseguibilità dei risultati attraverso l'analisi condotta nel dettaglio degli indicatori di performance con particolare attenzione ai due prevalenti ambiti di performance (ampiezza verticale): organizzativa e 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. Essa afferisce alla sfera organizzativo-gestionale dell'Azienda.



La **performance individuale** è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi della propria struttura di appartenenza per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder; i criteri per la misurazione delle performance individuali sono determinati collegialmente previa informativa da parte del dirigente responsabile a tutti i collaboratori in via preventiva circa gli obiettivi da raggiungere. Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno.

La performance organizzativa e la performance individuale sono parte integrante del ciclo della performance.

2. LA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

L'art 10 comma 1 lettera b) del DLgs 150/2009 individua nella Relazione sulla Performance (di seguito RP) il documento attraverso il quale gli Enti della Pubblica Amministrazione, ivi comprese le Aziende Sanitarie, rappresentano i risultati conseguiti rispetto alle performance programmate nell'ambito del Piano della Performance (di seguito PP) e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria.

La RP, secondo quanto stabilito dall'articolo 10 comma 1 lettera b) del decreto:

- è un documento di sintesi, da adottarsi entro il 30 giugno di ogni anno, o comunque, compatibilmente con il completamento del processo di verifica dei risultati a cura dell'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV);
- è redatto in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà le risultanze rispetto alle attività di pianificazione del ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto.

Essa comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi ai sensi dell'articolo 10 comma 4 del decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura (*performance organizzativa*);
- i criteri e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascun dipendente (*performance individuale*).

La RP è il documento con il quale si rappresenta lo svolgimento del ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto). È un documento di sintesi in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli



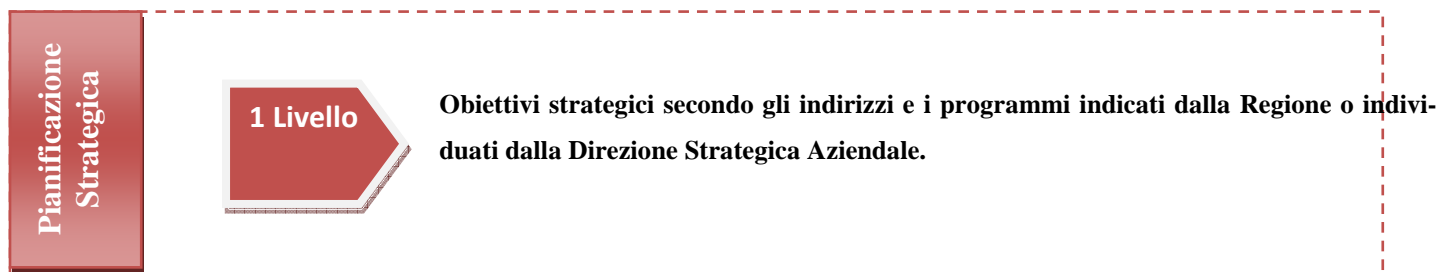
obiettivi, gli indicatori ed i target. Le verifiche finali e la rendicontazione della performance sono basati sui 3 elementi appena citati. Secondo quanto previsto dall'articolo 10 comma 1 del decreto, la RP è redatta con lo scopo di assicurare “la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”.

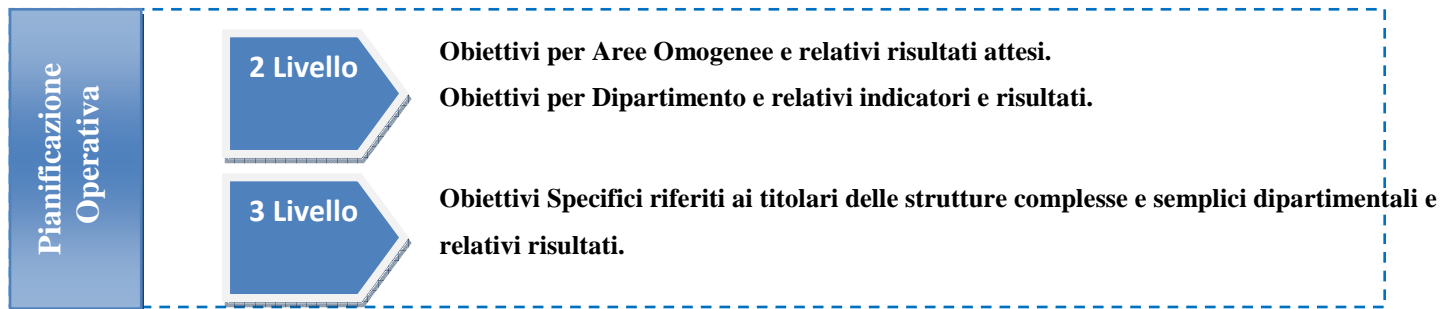
Le caratteristiche dei risultati che traggono origine dalla pianificazione aziendale delle performance sono:

- a. la rilevanza e la pertinenza degli obiettivi adottati rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b. la specificità e la misurabilità in termini concreti e chiari;
- c. la capacità di determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d. l'individuazione di un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- e. i valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f. confrontabilità con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g. correlazione alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

3. LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

L'anno 2014 ha visto la definizione delle logiche di programmazione sviluppate secondo le seguenti linee, ossia sulla base della definizione di obiettivi, di indicatori di input-output e di outcome nonché le relative modalità di identificazione degli obiettivi stessi. La pianificazione segue una logica per livelli, ovvero:





Nella modalità di definizione degli obiettivi si è quindi proceduto per livelli:

- 1° Livello, gli obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione;
- 2° livello, obiettivi di macrostruttura (Dipartimenti, Direzione strategica) appositamente declinati rispetto ai precedenti ed orientati verso il livello organizzativo sottostante;
- il 3° livello, quello cioè riferito ai titolari delle strutture autonome (complesse e semplici dipartimentali con budget autonomo), dove vengono individuati obiettivi operativi "specifici".

A livello di strutture complesse o semplici dipartimentali dotate di autonomia nella gestione delle risorse, è stato prioritario individuare un congruo numero di obiettivi sfidanti, cioè tali da stimolare apprezzabili performance rispetto al periodo di riferimento. Sempre in relazione al sistema degli obiettivi di struttura, gli stessi, così come i relativi indicatori, sono stati adeguatamente "pesati", in modo da rispecchiare gli effettivi livelli di impegno nel loro conseguimento, anche in considerazione delle risorse effettivamente disponibili. L'individuazione di tali obiettivi è riscontrabile nel Piano della performance di cui alla deliberazione n. 1386/2014.

3.1 Gli strumenti di programmazione

Nell'anno 2014 la programmazione strategica per obiettivi è stata sviluppata in coerenza con le deliberazioni n. 30/60 del 12/7/2011, n. 50/35 del 21/12/2012 e n. 33/37 del 8/8/2013 con cui la Regione Autonoma della Sardegna ha assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie gli obiettivi strategici del Servizio Sanitario Regionale, i quali sono suddivisi per area di attività in: A) obiettivi assistenziali; B) obiettivi economici; C) obiettivi organizzativi.



A. Obiettivi assistenziali (peso 32%)

A1. Ridurre il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per mille.

Indicatore 1: ≤ 160 .

A2. Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale.

Indicatore 1: % ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza = 87%.

A3. Evitare i ricoveri ripetuti.

Indicatore 1: % re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC = 4.

B. Obiettivi organizzativi (peso 60%)

B1. Ottimizzazione utilizzo posti letto per acuti.

Indicatore 1: tasso di occupazione annuo dei posti letto a livello aziendale $\geq 75\%$.

B2. Ottimizzazione impiego del personale.

Indicatore 1: Approvazione pianta organica e piano triennale delle assunzioni;

Indicatore 2: Assunzioni di personale tramite processi di mobilità pre-concorsuale (rapporto tra personale assunto con processi di mobilità e totale del personale reclutato = 1).

B3. Ottimizzazione dell'erogazione dei servizi.

Indicatore 1: Adozione deliberazione di assegnazione del 100% del personale non dirigente ai dipartimenti.

B4. Ottimizzazione della qualità dei flussi informativi.

Indicatore 1: Grado di informatizzazione delle agende di prenotazione (SSN) $\geq 80\%$;

Indicatore 2: Agende pubbliche informatizzate relative alle 43 prestazioni critiche (tabella 1 del PRGLA DGR n. 39/57 del 23/9/2011) rese visibili e prenotabili a livello regionale in qualsiasi punto CUP (sportelli aziendali, tel. 1533 ecc.) $\geq 90\%$;

Indicatore 3: Raggiungimento di almeno 3 su 4 dei seguenti obiettivi percentuali di record validi dei flussi informativi misurata tramite il sistema informativo SISaR SIDI: A, B, E, M $\geq 95\%$; D, F, H $\geq 90\%$; C, G $\geq 85\%$; I, L, N, O $\geq 70\%$.



B5. Adozione Atti Aziendali.

Indicatore 1: Presentazione all'Assessorato della Sanità dell'Atto Aziendale.

C. Obiettivi economico-gestionali (peso 8%)

C1. Blocco della crescita del costo del lavoro, per effetto della sospensione dei rinnovi dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il personale convenzionato.

C2. Contenimento della crescita del costo per l'acquisto di beni e servizi, per effetto della manovra disposta con il decreto legge 95/2012 convertito con la legge 135/2012.

C3. Contenimento del costo dell'assistenza farmaceutica per effetto delle manovre disposte a livello nazionale e regionale.

3.1.1 La Pianificazione Annuale

La Direzione Strategica dell'A.O.B., visti gli obiettivi strategici regionali, analizzato il contesto esterno di riferimento nonché le necessità clinico assistenziali ad alta specializzazione dell'intero territorio regionale, considerate le necessità organizzative e gestionali interne, ha individuato per il 2014 gli obiettivi strategici di cui alla tabella più sotto riportata. L'attenzione si è concentrata su linee di attività che rappresentano il raccordo tra il sistema della programmazione regionale e il sistema degli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche. Gli Obiettivi Strategici Regionali, dunque, sono stati fatti propri dall'Azienda Ospedaliera e sono stati declinati per il 2014 nei seguenti obiettivi di macroarea:

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE SANITARIA	
1	Riduzione inappropriata
2	Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali
3	Valutazione annuale del personale ai fini della performance individuale



4	Partecipazione incontri organizzati dalla Direzione e PCO
5	Organizzazione sale operatorie
6	Perseguimento obiettivi assegnati alle strutture del dipartimento attraverso il monitoraggio della loro attività

Le linee d'azione e gli indicatori individuati per la misura del raggiungimento degli obiettivi sono:

- per il 1° obiettivo: 1) **N. Day surgery potenzialmente inappropriati / N. totale DRG chirurgici (ORD. + D.S.) potenzialmente inappropriati (x 100) – Target = 87%**
2) **N. Ricoveri ripetuti Ordinari entro 30 gg per la stessa MDC / N. Totale ricoveri Ordinari (x 100) – Target = 4%;**
- per il 2° obiettivo: **N. richieste per copertura turni e/o per carenza di organico – Target = 0;**
- per il 3° obiettivo: **N. schede di valorizzazione individuale compilate (preventive) / N. personale afferente (x 100) – Target = 100%;**
N. schede di valorizzazione individuale compilate (consuntive) / N. personale afferente (x 100) – Target = 100%;
- per il 4° obiettivo: **% Presenze – Target = 100%;**
- per il 5° obiettivo: **N. interventi dipartimentali – Target = 4.490;**
Media ora inizio interventi – Target = ore 8:30;
- per il 6° obiettivo: **% raggiungimento Obiettivi delle strutture – Target = 80%.**

OBIETTIVI STRATEGICI DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
1	Conseguimento obiettivi strategici regionali
2	Amministrazione trasparente



3	Gestione organizzativa delle risorse umane dipartimentali
4	Valorizzazione annuale del personale ai fini dell'apporto del singolo alla performance della Struttura di appartenenza
5	Investimenti e interventi tecnici straordinari

Le linee d'azione e gli indicatori individuati per la misura del raggiungimento degli obiettivi sono:

- per il 1° obiettivo: **indicatori e targets stabiliti con deliberazioni di Giunta Regionale o dell'Assessorato all'Igiene, Sanità e Assistenza sociale;**
- per il 2° obiettivo: **creazione di un armadio informatico di documenti accessibile ad alcuni stakeholder aziendali (Regione Autonoma della Sardegna, fornitori) – Target = messa a regime armadio informatico (= 100%);**
- per il 3° obiettivo: **pianificazione delle assegnazioni del personale amministrativo di area sanitaria a fronte di una riorganizzazione per dipartimenti, intensità di cure e con blocco delle assunzioni – Target = redazione e approvazione del Piano (= 100%);**
- per il 4° obiettivo: **N. schede di valorizzazione individuale compilate (preventive) / N. personale afferente (x 100) – Target = 100%;**
N. schede di valorizzazione individuale compilate (consuntive) / N. personale afferente (x 100) – Target = 100%;
- per il 5° obiettivo: **Sostituzione cabina elettrica – Target = avvio studio progettazione entro il 31/12/2013 (= 100%);**
Nuovi spogliatoi infermieri – Target = avvio studio progettazione entro il 31/12/2013 (= 100%);
Ristrutturazione bagni per la degenza – Target = avvio studio progettazione entro il 31/12/2013 (= 100%);
Messa a norma impianto di sicurezza antincendio – Target = avvio studio progettazione entro il 31/12/2013 (=100%).

3.2 Sintesi delle Performance di struttura a valenza budgetaria



Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è avvalso dell'istruttoria formulata dalla Struttura Tecnica Permanente, dal Servizio Programmazione Strategica e dal Servizio Controllo di Gestione, si è arrivati a definire le performance organizzative delle singole strutture a valenza budgetaria.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1501/2013, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante. Di seguito le verifiche finali sulle performance relative all'anno 2014:

STRUTTURA	VERIFICA % PROVVISORIA (STP)	VERIFICA % (STP) 26/6/2015	INTEGRAZIONE % OIV (delibera AOB n. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE TOTALE
DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE	81,81%	83,24%			83,24%
S. C. CARDIOLOGIA E UTIC	81,55%	81,55%			81,55%
S. C. CARDIOCHIRURGIA	91,58%	91,58%			91,58%
S. C. CARDIOANESTESIA	77,60%	77,60%			77,60%
S. C. EMODINAMICA	80,82%	80,82%			80,82%
S. C. CHIRURGIA VASCOLARE E TORACICA	43,48%	48,48%			48,48%
S. C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA	62,66%	67,66%			67,66%
S. S. D. CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA AMBULATORIALE	100,00%	100,00%			100,00%
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E TRAPIANTO DI FEGATO	82,94%	82,94%			82,94%
S. C. CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI DI FEGATO E PANCREAS	78,02%	78,02%			78,02%
S. S. D. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	79,59%	84,59%			84,59%
S. C. CHIRURGIA PLASTICA	60,65%	65,65%			65,65%
S. C. OCULISTICA	51,05%	61,05%			61,05%
S. C. GASTROENTEROLOGIA	79,91%	79,91%			79,91%
S. S. D. CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	80,07%	85,07%			85,07%
S. S. D. SENOLOGIA	79,82%	84,82%			84,82%
S. S. D. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	81,48%	81,48%			81,48%
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	77,22%	77,22%			77,22%
S. C. ANESTESIA	72,95%	72,95%			72,95%
S. C. CHIRURGIA D'URGENZA	80,87%	80,87%			80,87%
S. C. MEDICINA D'URGENZA	87,62%	87,62%			87,62%
S. C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	78,82%	78,82%			78,82%
S. C. PRONTO SOCCORSO E OBI	81,19%	81,19%			81,19%
S. C. RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	93,97%	93,97%			93,97%
DIPARTIMENTO INTERNISTICO	91,75%	91,75%			91,75%
S. C. CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE	80,00%	80,00%			80,00%
S. C. MEDICINA I	79,64%	79,64%			79,64%
S. C. PEDIATRIA	79,60%	79,60%			79,60%
S. S. D. CENTRO DISTURBI PERSASIVI DELLO SVILUPPO	86,93%	86,93%			86,93%
S. S. D. CENTRO MALATTIE DISMETABOLICHE	79,94%	79,94%			79,94%
S. S. D. NEONATOLOGIA	85,83%	85,83%			85,83%
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE	86,07%	86,07%			86,07%
S. C. NEUROLOGIA E STROKE UNIT	75,92%	75,92%			75,92%
S. C. NEUROCHIRURGIA	85,97%	85,97%			85,97%
S. S. D. NEURORIABILITAZIONE	88,60%	88,60%			88,60%
DIPARTIMENTO PATOL. RENALE, OST.-GINEC. E TRAPIANTO RENE	68,08%	73,08%			73,08%
S. C. NEFROLOGIA E DIALISI	82,21%	82,21%			82,21%
S. C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	63,81%	63,81%			63,81%
S. C. UROLOGIA, TRAPIANTO RENE E CHIRURGIA ROBOTICA	52,17%	57,17%			57,17%
S. S. D. PATOLOGIA TERZA ETA' E CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO	78,50%	83,50%			83,50%
S. S. D. TRAPIANTO RENALE	83,04%	83,04%			83,04%



STRUTTURA	VERIFICA % PROVVISORIA (STP)	VERIFICA % (STP) 26/6/2015	INTEGRAZIONE % OIV (delibera AOB n. 1501/2013)	INTEGRAZIONE % D.G. (art. 3bis c. 5 D.Lgs. N. 502/1992)	PERFORMANCE TOTALE
S. S. D. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA	87,16%	87,16%			87,16%
S. S. D. DAY HOSPITAL UROLOGICO	88,38%	88,38%			88,38%
DIPARTIMENTO SERVIZI	69,55%	69,55%			69,55%
S. C. ANATOMIA PATOLOGICA	92,71%	92,71%			92,71%
S. C. IMMUNOEMATOLOGIA E CENTRO TRASFUSIONALE	93,88%	93,88%			93,88%
S. C. MEDICINA DI LABORATORIO	51,23%	51,23%			51,23%
S. C. FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	90,10%	90,10%			90,10%
S. S. D. CARDIORIABILITAZIONE	87,39%	87,39%			87,39%
S. C. RADIOLOGIA	88,51%	88,51%			88,51%
S. C. MEDICINA NUCLEARE	87,85%	87,85%			87,85%
S. S. D. RADIOLOGIA E NEURORADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA	79,86%	79,86%			79,86%
S. S. D. SERVIZIO QUALITA' IN RADIODINAMICA E LABORATORIO VITRO	100,00%	100,00%			100,00%
DIREZIONE GENERALE					
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E DI INDIRIZZO	100,00%	100,00%			100,00%
CONTROLLO DI GESTIONE	76,67%	76,67%			76,67%
SERVIZIO INFORMATIVO	95,00%	95,00%			95,00%
STAFF DIREZIONE GENERALE	80,00%	80,00%			80,00%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA					
SERVIZIO AFFARI GENERALI	95,00%	95,00%			95,00%
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	79,74%	79,74%			79,74%
SERVIZIO MANUTENZIONI	93,19%	93,19%			93,19%
SERVIZIO PERSONALE	90,01%	90,01%			90,01%
SERVIZIO PROVVEDITORATO	80,24%	80,24%			80,24%
STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA	92,50%	92,50%			92,50%
DIREZIONE SANITARIA					
S. C. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	100,00%	100,00%			100,00%
S. C. FARMACIA	95,00%	95,00%			95,00%

4. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Ai fini della misurazione e valutazione delle performance individuali l'AOB si avvale della "valorizzazione differenziale" dell'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe, come da regolamento di misura e valutazione della performance di cui alla deliberazione n. 1501/2013. Tale sistema si basa su schede preposte alla rilevazione del "punteggio differenziale" della flessibilità, composte da griglie parzialmente precompilate dai direttori di struttura e chiedendo ai partecipanti di completarle in funzione delle loro esigenze in termini di flessibilità dell'apporto individuale. La metodologia di differenziazione fra dipendenti richiede la presenza di alcune condizioni:

- le regole di differenziazione devono essere stabilite prima;
- i criteri di differenziazione devono essere 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 livelli (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 (scala gaussiana);



- il dipendente effettua preventivamente la sua proposta di posizionamento per ciascun criterio e livello della griglia e il superiore avalla la scelta del dipendente 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 finale.

La valorizzazione differenziale deve corrispondere a un effettivo premio all'apporto del singolo alla produttività dell'equipe, posto che differenziare l'incentivo in base all'apporto concreto del singolo rappresenta un efficace strumento messo a disposizione del dirigente per stimolare l'emulazione positiva fra i propri collaboratori. Per questo più che di valutazione, si tratta di "valorizzazione differenziale", perché si applica un punteggio di flessibilità "differenziale" oggettivo, con cui si prende atto dell'impegno che ogni addetto sottoscrive all'inizio dell'anno sul proprio posto di lavoro.

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 un valore minimo (0,5) e massimo (1,5), predefiniti nel Protocollo Applicativo e simmetrici rispetto a quello centrale.

A ciascun componente dell'equipe viene prospettata la scelta di condividere un "punteggio individuale" che oscilla tra un minimo ed un massimo, in tal modo ogni dipendente è messo in condizione di concordare all'interno della struttura di appartenenza il proprio punteggio di flessibilità ("performance individuale"). Su tale base a fine anno 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.

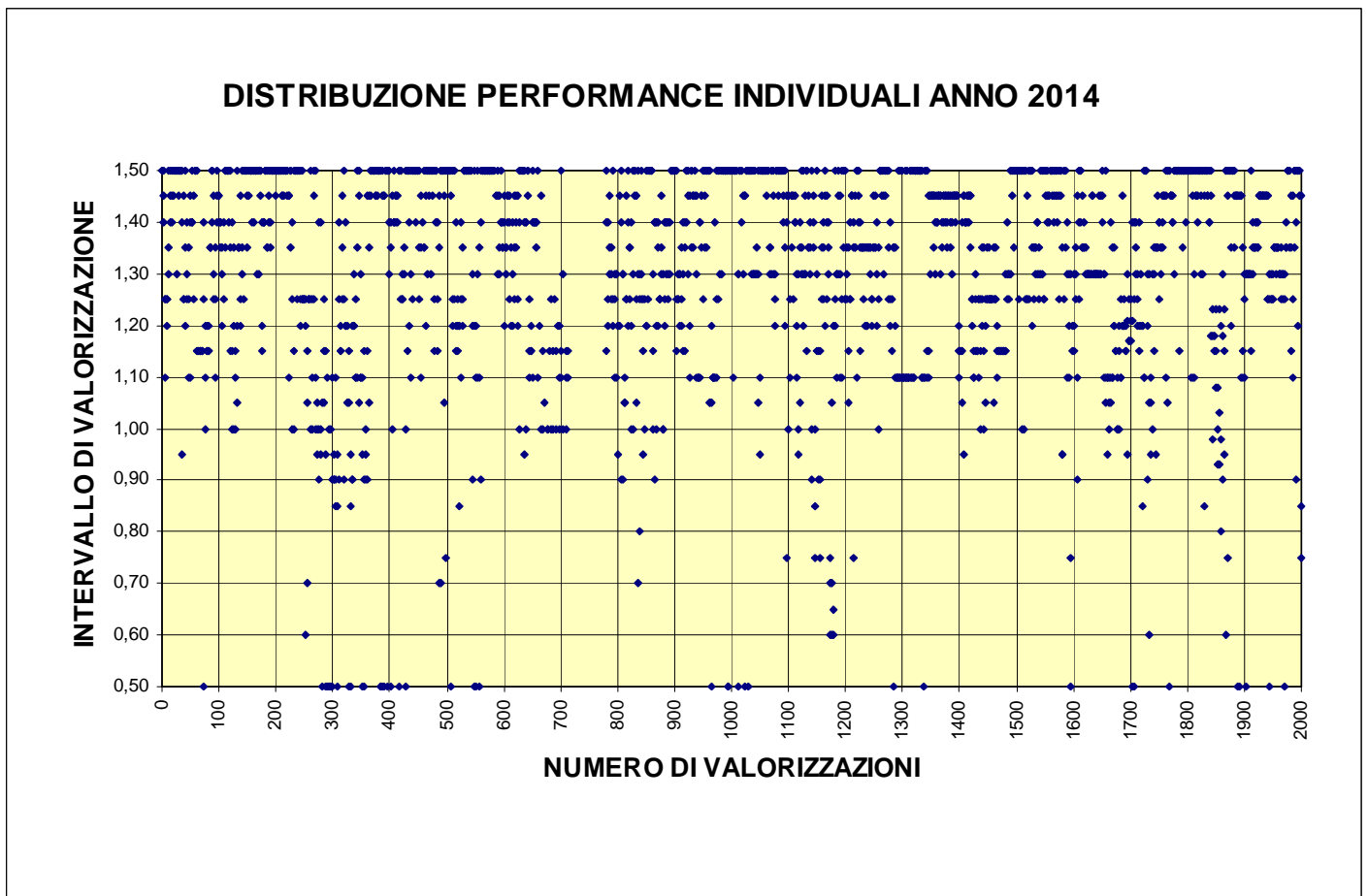
Per l'anno 2014 l'intero processo si è svolto con i passaggi delineati di seguito per ciascun centro di responsabilità.

FASI	ATTIVITA'	OBIETTIVO
A	RIUNIONE CON L'EQUIPE	Illustrazione degli obiettivi aziendali e della Struttura.
B	PRESENTAZIONE DEL PIANO OPERATIVO	Illustrazione dei contenuti del piano, delle azioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi, delle risorse a disposizione.
C	PRESENTAZIONE DELLA PROCEDURA PER LA VALORIZZAZIONE	Presentazione della <u>metodologia</u> e dei <u>criteri</u> per l'attribuzione del livello di flessibilità individuale e della <u>modulistica</u> allegata. Compilazione della modulistica (<i>Verbale di Illustrazione</i>).

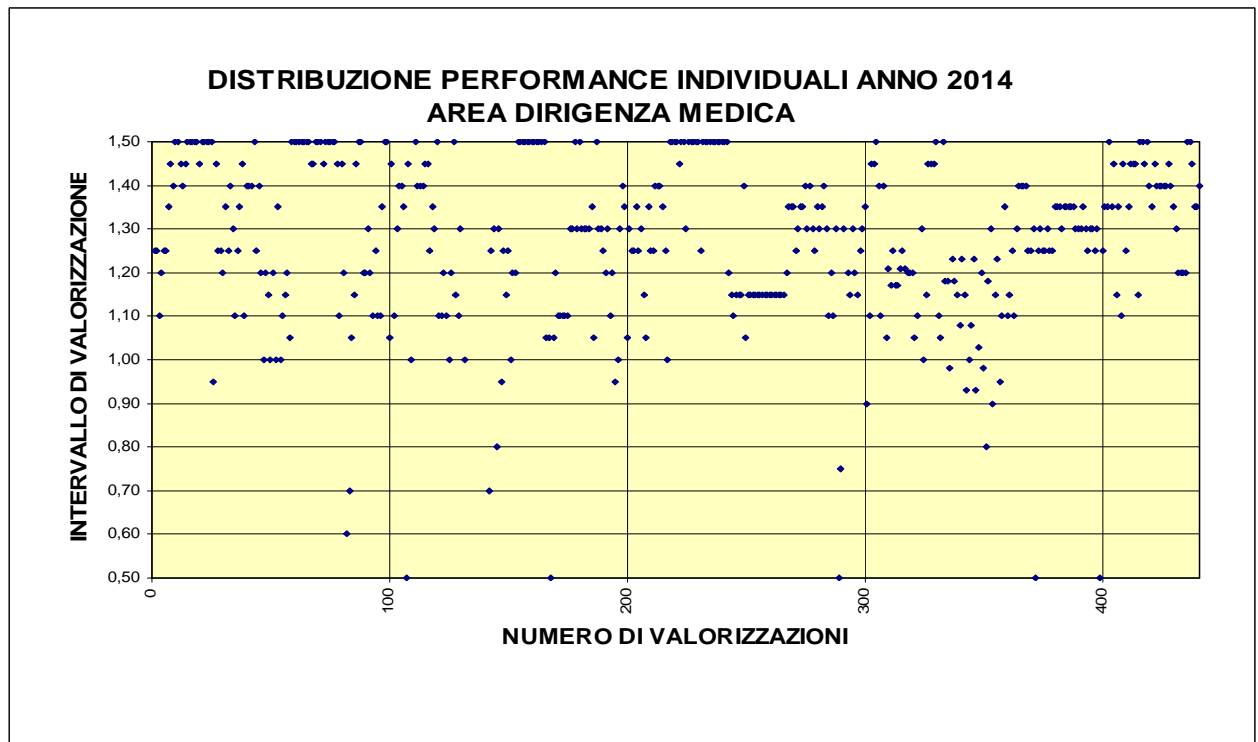
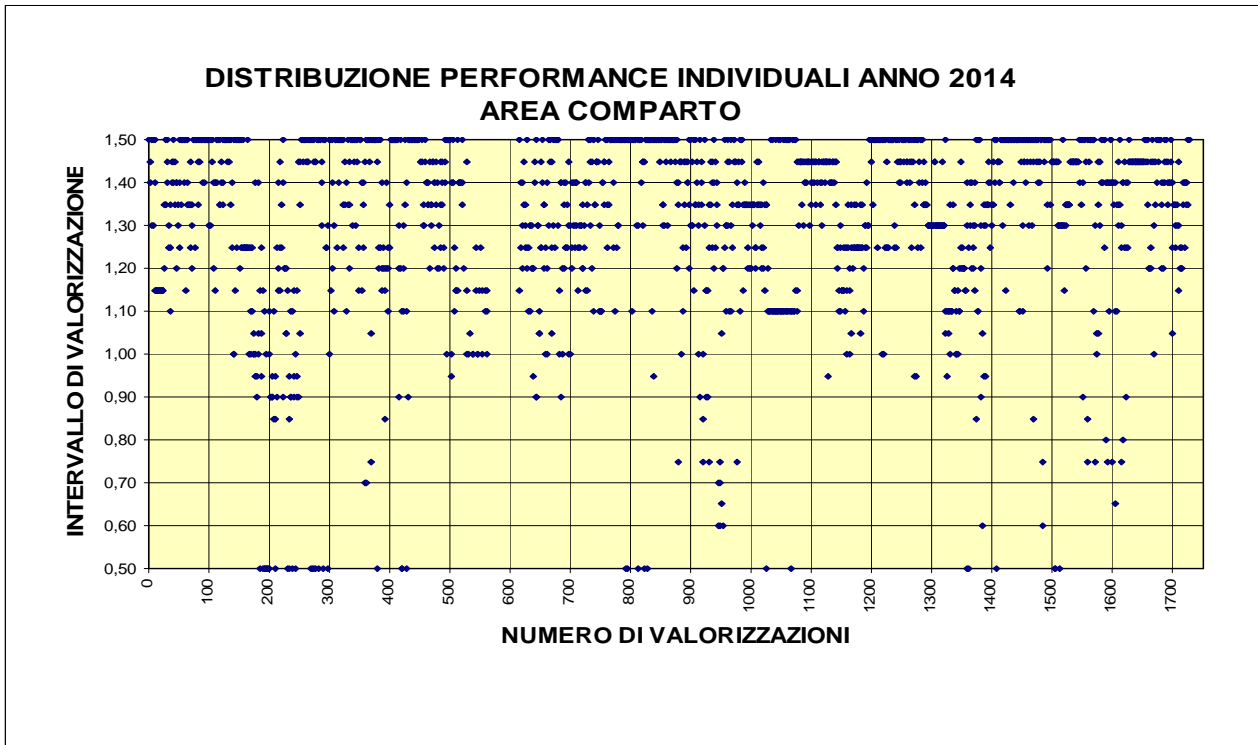


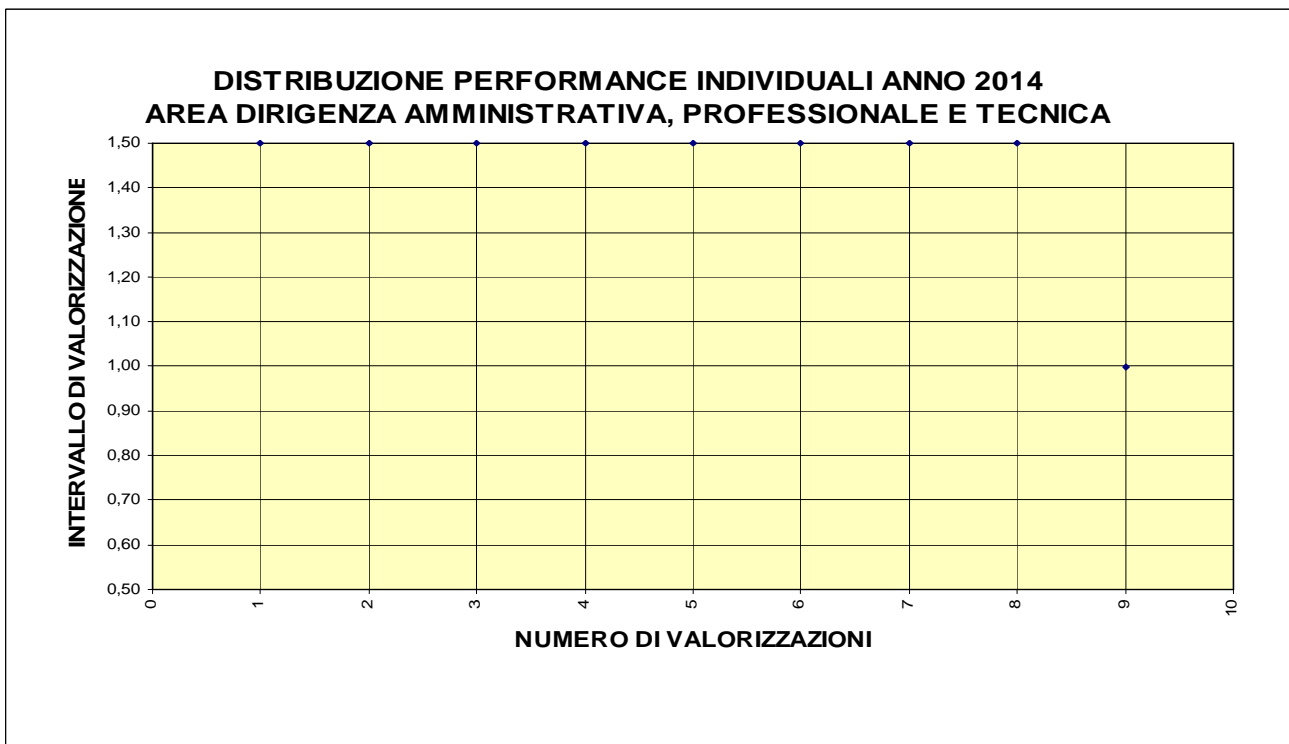
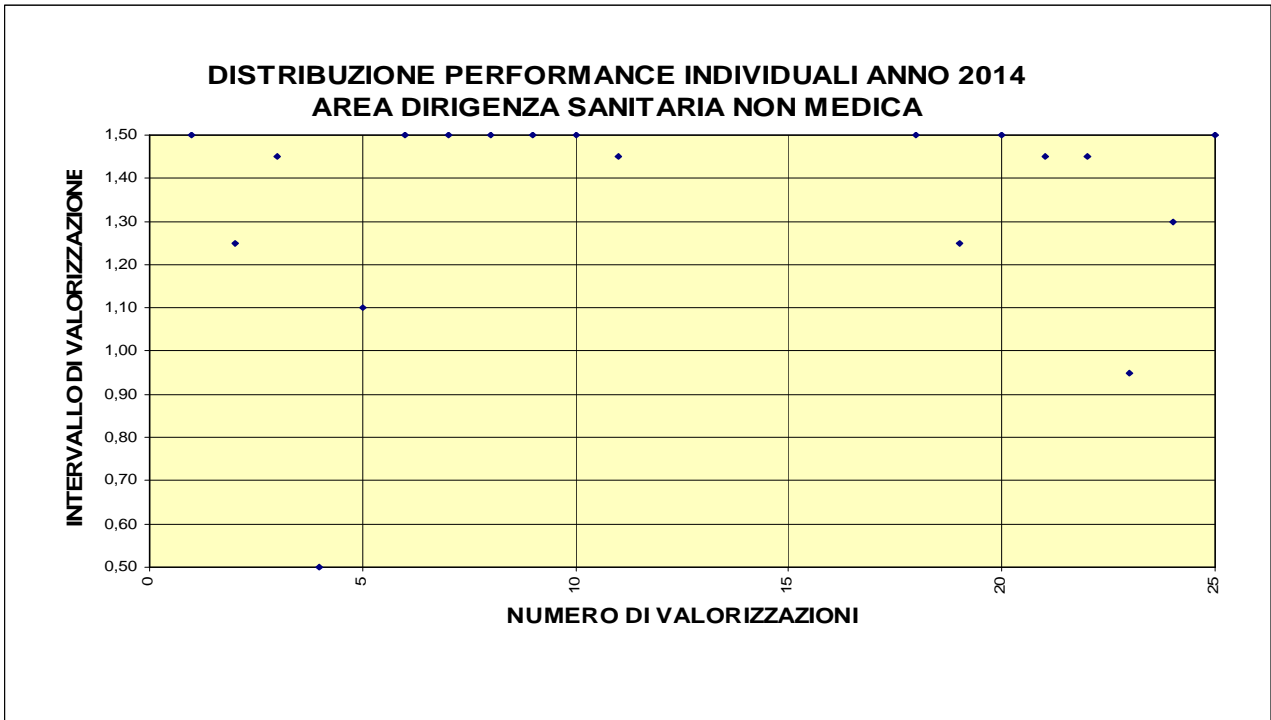
D	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE INIZIALE DEGLI OPERATORI	Redazione concordata delle <i>Schede di Valorizzazione INIZIALE</i> per tutti gli operatori dell'equipe.
E	EFFETTUAZIONE DELLA VALORIZZAZIONE FINALE DEGLI OPERATORI	Redazione delle <i>Schede di Valorizzazione FINALE</i> per tutti gli operatori dell'equipe con verifica del mantenimento dell'impegno previsto.

Adottando la funzione di Gauss è possibile rappresentare a livello aziendale la distribuzione all'interno dell'intervallo di valorizzazione delle performance individuali conseguite da tutto il personale per l'anno 2014.



La distribuzione del punteggio di performance individuale all'interno delle aree contrattuali è invece la seguente:







In conclusione il premio di produttività e la retribuzione di risultato sono determinati in base ai seguenti parametri:

- percentuale della performance organizzativa;
- valorizzazione della performance individuale;
- parametrizzazione su coefficiente individuale di accesso al fondo;
- livello di responsabilizzazione differenziata;
- effettiva presenza in servizio.