

PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE 2023

L'Asp Paolo Ricci adotta il sistema della performance previsto dalla normativa vigente al fine di coniugare l'efficacia e l'efficienza produttiva con la valorizzazione del merito del personale dipendente. L'input è rappresentato dalla *definizione delle Linee di indirizzo*, di competenza degli Organi politici. Il Piano della performance prevede un *processo di programmazione* che declina gli obiettivi strategici in obiettivi operativi, piani di azione, quantifica e alloca le risorse, assegna le responsabilità e misura il livello di raggiungimento dei risultati.

Nel corso dell'attuazione del Piano, il monitoraggio periodico permette di rilevare eventuali scostamenti e di predisporre i conseguenti interventi correttivi, così come può prendere atto di eventuali eventi non previsti a inizio anno e dar luogo ai necessari adeguamenti di programma.

Al monitoraggio finale sono collegate la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale e il conseguente utilizzo dei sistemi premianti.

La rendicontazione serve a dar conto all'interno e all'esterno dell'organizzazione

L'art. 5 del D.lgs. 150/2009 "Obiettivi e indicatori" stabilisce che gli obiettivi strategici sono programmati su base triennale e devono essere definiti prima dell'inizio del rispettivo esercizio in coerenza con quelli di bilancio, indicati nei documenti programmatici e il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa.

Il Piano della performance dell'Asp Paolo Ricci è adottato in coerenza con il contenuto e il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi. Gli obiettivi possono essere strategici (di durata pluriennale, con impatto sulla collettività) o operativi (di breve periodo, che rientrano nell'ambito della programmazione annuale). Tutti gli obiettivi hanno natura trasversale e devono essere misurati periodicamente al fine di valutare il livello di raggiungimento del risultato (efficacia e efficienza) nonché l'impatto di tale risultato (il grado di soddisfacimento dei bisogni della collettività, gli effetti delle politiche aziendali). Lo scopo del sistema di valutazione è quello di orientare tutta l'attività dell'Ente, un sensore rispetto al livello di raggiungimento di quanto prefissato.

Obiettivi sono o di performance organizzativa (obiettivi di funzionamento di livello superiore) o di performance individuale finalizzati al raggiungimento di specifici risultati in tempi generalmente limitati.

Il ciclo delle performance dell'Asp Paolo Ricci si basa sui principali documenti adottati ai sensi della normativa vigente:

Programmazione

Bilancio di Previsione

Bilancio programmatico Pluriennale

Gestione

Esecuzione attività

Controllo

Analisi obiettivi previsti

Valutazione

Sistema di valutazione dei risultati e della posizione dei dirigenti

Sistema unico di valutazione delle prestazioni del restante personale dipendente

Premialità

Risultanze valutazione dei dirigenti

Risultanze valutazioni dei dipendente

Rendicontazione

Conto consuntivo

Relazione al conto consuntivo e sulla performance perseguita rispetto agli obiettivi prefissati

Presupposto fondamentale che gli obiettivi devono essere precisi e non generici:

- Rilevanti e determinanti per i miglioramenti futuri
- Misurabili
- Confrontabili
- Riferiti ad un arco di tempo determinato
- Correlati alle quantità e qualità di risorse stanziate

Il ciclo della performance si sviluppa in diverse fasi:

FASE N.	DESCRIZIONE FASE DEL PROCESSO	SOGGETTI COINVOLTI	ARCO TEMPORALE								
			giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	gennaio	febbraio
1	Individuazione e definizione indirizzi strategici del Consiglio di amministrazione	Consiglio di amministrazione									
2	Declinazione obiettivi strategici ed operativi	Direzione Direttore Medico Direttori di Area									
3	Condivisione obiettivi	Responsabili di Servizio e al personale dipendente									

4	Approvazione del Piano della performance	Consiglio di Amministrazione									
6	Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno										

La performance aziendale parte dall'analisi dei principali processi clinico-organizzativi, degli obiettivi strategici trasversali e operativi aziendali del Bilancio di previsione di seguito riepilogati:

PRINCIPALI PROCESSI CLINICO-ORGANIZZATIVI

Processi principali	Sotto-processi	Organi responsabili (process owners)	Elementi di autovalutazione e/o input per controllo	Organi di controllo	Strumenti/output di controllo	Indicatori di risultato	Monitoraggio valutazione performance
Direzionale	Pianificazione strategica e politiche generali	Consiglio di Amministrazione Asp/Presidente/Direttore Generale/Direttore Medico/Direttori di Area	Piano strategico e attuazione obiettivi strategici	Organo di revisione, Regione Marche, Comune di Civitanova Marche	Report periodici di verifica del livello di raggiungimento risultati	Elaborazione piano strategico entro il 31.12	Elaborato. In attesa di approvazione CDA
					Analisi di sostenibilità economico-finanziaria		
	Programmi sanitari/sociali educativi	Direttori di Area/Coordinatori di Area/ Amministratore unico Paolo Ricci Servizi srl/ Paolo Ricci Servizi srl	Documenti di progettazione/riprogettazione	Direttore generale, Consiglio di Amministrazione, NdV	Relazioni Tecniche Rapporti di Audit interni	Piano programma Paolo Ricci Servizi entro il 31.12	Elaborato. In attesa di approvazione CDA
			Consultazioni periodiche soggetti istituzionali		Relazioni annuali		
			Delibere Regione Marche/ASUR		Verbali		
			Programmazione annuale delle attività				
			Monitoraggio/misurazione dei dati di performance e dei risultati delle rilevazioni periodiche delle opinioni di utenti, famiglie stakeholder			Questionari valutazione soddisfazione almeno 1 volta l'anno	Report a giugno 2022. Prossimo report al 31.12.2022 da elaborare

	Piano di fabbisogno del Personale e assunzione	Consiglio di Amministrazione Asp/Direttore Generale/Amministratore Unico Paolo Ricci Servizi srl/Referente Formazione	Riesame periodico	Regione Marche, Comune Civitanova Marche, Consiglio di Amministrazione, Organizzazioni Sindacali, NdV, Organo di revisione, Direttori di area			
			Procedure di reclutamento		Piano fabbisogno del personale	Adozione delibera almeno 1 volta l'anno	Elaborato. In attesa di approvazione CDA
			Procedure e meccanismi di valutazione, remunerazione e incentivazione del personale e dei dirigenti		Piano Assunzioni	Adozione delibera almeno 1 volta l'anno	Elaborato. In attesa di approvazione CDA
			Attività di formazione e/o aggiornamento personale		Contratti Decentrato - Accordo integrativo		Ipotesi contratto redatta. In attesa di approvazione CDA
					Schede di valutazione individuali del personale		Approvato fac-simile con deliberazione CDA 3/2020
					Schede di valutazione dei dirigenti		Rideterminati obiettivi con deliberazione CDA 2/2022 per gli anni 2020-2021
					Decisioni su livelli retributivi e quote premiali di Asp e della propria società in house dirigenti		Ipotesi contratto redatta. In attesa di approvazione CDA
					Piano Formazione	% corsi effettuati (almeno 3 corsi)	Piano Formazione elaborato. In attesa di approvazione CDA. 7 corsi effettuati
	Attività di Ricerca/innovazione	Direttore generale/Direttori di Area/Coordinatori di Area/ Amministratore Unico Paolo Ricci Servizi srl	Programmazione strategica di area	Direttore generale	Relazioni annuali	Verbali di almeno due incontri /progetti	Presentati n. 2 progetti alla Fondazione Carima: a) attività pomeridiana ragazzi disabili b) attività di socializzazione per anziani dementi
			Criteri di valutazione output di ricerca		Riesame della programmazione strategica		
			Misurazione dati di performance		Rapporti di peer review (revision tra pari)		
Approvvigionamento e manutenzioni	Analisi necessità di acquisti	Direttore generale/Direttori di Area/Coordinatori di area/Amministratore unico Paolo Ricci Servizi srl	Richiesta delle necessità ai capiservizio	Direttore generale/Amministratore unico Paolo Ricci Servizi srl/Direttori	Tabella di richiesta necessità	Almeno una richiesta per ogni settore	In data 11.11.2022 è stato trasmesso a tutto il personale un questionario circa i fabbisogni formativi, gli acquisti di materiale e attrezzature, necessità di
			Esame complessivo delle richieste				
			Individuazione priorità				

							manutenzioni extra oltre quelle ordinarie
	Acquisti	Ufficio acquisti Asp e Paolo Ricci Servizi SRL	Predisposizione capitolati	Direttori di area	Evasione necessità	Verifica della percentuale di acquisti effettuati a 6 mesi rispetto a quanto preventivato nel bilancio	73% -verifica percentuale acquisti/manutenzioni
			Richieste preventivi				
			Predisposizione gare				
	Manutenzioni	Ufficio Manutenzioni Asp e Paolo Ricci Servizi SRL	Predisposizione capitolati	RSPP	Evasione necessità	Verifica della percentuale di interventi effettuati a 6 mesi rispetto a quanto preventivato nel bilancio	
			Richieste preventivi				
			Predisposizione gare				
Accesso utenti	Informazione utenti	Segreteria accettazione/Coordinatore area riabilitativa / Paolo Ricci servizi srl	Risposta in tempo reale	Direzione Medica	Rilevazione schede reclami	Verifica annuale Schede reclami	Verificato. 0 schede reclami
	Presa in carico utenti	Direttore Medico/Coordinatore area riabilitativa /Terapisti/Rappresentanti delle famiglie/utenti	Modalità e criteri per l’accesso ai Servizi	Direttore medico, Direttori di area, Coordinamento area Organizzazione interna	Rapporti di Audit interni	Verifica completezza cartella clinica attraverso estrazione a sorte di almeno il 10% dei pazienti in carico dell’anno	Dati al 30.06.2022 - 21% cartelle cliniche revisionate
			Regolamenti		Provvedimenti adottati (caso per caso)		
			Modalità di gestione liste di attesa		Valutazione istanze e provvedimenti adottati		
			Codice di comportamento				
	Piano trattamento utenti	Direttore Medico/ Coordinatore area riabilitativa /Terapisti /Rappresentanti delle famiglie/utenti	Raccolta anamnesi	Direttore Medico, Medici di base, Struttura sanitaria inviante	Stesura progetto riabilitativo	Confronto scale di valutazione tra l’inizio e la fine del trattamento	In corso. L'avvenuta compilazione delle scale di valutazione ad inizio e fine trattamento viene verificata al momento della revisione della cartella clinica mediante la compilazione della check list
			Consenso dati sensibili		Stesura programma riabilitativo da parte di ogni singolo operatore		
			Condivisione piano trattamento		Rivalutazione in team livello raggiungimento obiettivi prefissati		
			Individuazione team di riferimento				
			Valutazione paziente				
			Somministrazione test				
Dimissione			Scheda dimissione				

	Conclusione trattamento e/o trasferimento c/o altro servizio	Direttore Medico/ Coordinatore area riabilitativa/Terapisti	Trasmissione scheda dimissione al MMG e famiglia o altro servizio	Area Vasta, Medici di base, Servizio destinatario scheda dimissione	Presenza della scheda di dimissione per tutti i soggetti in carico	Raggiungimento degli obiettivi prefissati nei termini programmati per almeno il 50% dei pazienti in trattamento	In corso. La presenza della scheda di dimissione verificata al momento della revisione della cartella clinica mediante la compilazione della check list.
Rapporti con gli stakeholders e con la comunità di riferimento	Verifica grado di soddisfazione	Consiglio di Amministrazione/Direttore Generale/Direttori di Area/Responsabile della Qualità	Accordi e alleanze con Istituzioni del territorio	Presidente, Direttore Generale	Somministrazione questionari	Aumento del 10% dei questionari restituiti dall'utenza rispetto l'annualità precedente	Report a giugno 2022. Prossimo report al 31.12.2022 da elaborare
			Dati di performance sui servizi erogati				
			Risultati attività di rilevazione della soddisfazione sui servizi				
	Identificazione fattori di rischio	Direttore Medico/ Medico specialista /Operatori Sanitari	Eventi avversi/disservizi segnalati/accaduti	Direzione generale/associazioni del territorio	Redazione annuale Piano Rischio Clinico Identificazione fattori di rischio clinico, organizzativo e strutturale e adozione eventuali azioni correttive	Elaborazione/revisione piano con cadenza annuale Interviste a personale e utenti, almeno 4-5 figure, in un anno	Obiettivo previsto per l'anno 2023

OBIETTIVI STRATEGICI TRASVERSALI

Indicatori di risultato	REPORT AL 30.06.2022 - MONITORAGGIO RISULTATI	Azioni di miglioramento	MONITORAGGIO RISULTATI (In data 18 ottobre 2022 si è insediato il nuovo Consiglio di Amministrazione. Lo stesso ha iniziato a prendere conoscenza dei progetti in corso e deliberati dal precedente Consiglio)
A) Rispetto dei termini proposti	Sono stati redatti degli elaborati circa la predisposizione degli spazi. Si è in attesa dell'elaborato dell'antincendio da parte del tecnico.		Sono stati redatti degli elaborati circa la predisposizione degli spazi. Si è in attesa dell'elaborato dell'antincendio da parte del tecnico.
B) Analisi proposta alternativa entro la data indicate	Nell'anno corrente sono stati acquisiti degli spazi al piano terra che saranno utilizzati come appoggio per gli uffici amministrativi e l'archivio durante i lavori. In		Nell'anno corrente sono stati acquisiti degli spazi al piano terra che saranno utilizzati come appoggio per gli uffici amministrativi e l'archivio durante i lavori. In seguito, tali spazi, saranno utilizzati per lo

	seguito, tali spazi, saranno utilizzati per lo sviluppo di altre attività dell'Ente		sviluppo di altre attività dell'Ente; È stato deliberato di procedere alla realizzazione dell'intervento al piano terra sub-326 via Einaudi
A)Elaborazione di un piano economico/finanziario	In attesa di emanazione di indirizzi da parte del Consiglio di Amministrazione		Il nuovo Consiglio di amministrazione si è insediato di recente e deve emanare degli indirizzi puntuali, ha comunque disposto di fare un'indagine di mercato per trovare un locale, chiedendo anche alle agenzie presenti sul territorio
A) Rispetto dei termini proposti	Si sta procedendo con l'assegnazione agli incarichi ai tecnici per le indagini geologiche, acustiche, ecc		Sono stati assegnati gli incarichi ai tecnici per effettuare tutte le indagini necessarie per la presentazione della variante
B) Consegna fattibilità economica entro la data indicata			
A) Incremento numero partecipanti del 10%	Realizzato evento per la resilienza, 6 incontri siblings, 5 eventi per periodo pre-natale, 5 incontri per genitori con bambini 0-2 anni; 3 eventi di teatro, 1 incontro sull'autismo, 16 incontri per anziani con demenza. Sono stati inoltre organizzati 3 eventi formativi per professionalità specifiche (logopedisti, educatori nido, ecc.)		Realizzati 7 eventi formativi. Realizzato evento per la resilienza, 8 incontri siblings, 5 eventi per periodo pre-natale, 5 incontri per genitori con bambini 0-2 anni; effettuata rappresentazione teatrale; 2 incontri sull'autismo, 16 incontri per anziani con demenza; Sono stati inoltre organizzati 3 eventi formativi per professionalità specifiche (logopedisti, educatori nido, ecc.) ,comunicati stampa; promozione attraverso social,ecc..; aumento partecipanti del 47%
B) Realizzazione di almeno 7 eventi			
A)Accreditamento di almeno 2 strutture entro il 2021	È stato effettuato un incontro informativo con il personale di ogni ambulatorio sull'accREDITAMENTO. Ci si prefigge un ulteriore incontro a dicembre. Sono stati accreditati gli ambulatori di Morrovalle (livello base e avanzato) e Civitanova Marche (livello base).		È stato effettuato un incontro informativo con il personale di ogni ambulatorio relativo all'accREDITAMENTO. La direzione sanitaria ha effettuato un incontro per l'incident reporting in data 28.06.2022 per i neo-assunti . In data 05.12.2022 è stato effettuato un report su delle segnalazioni di IR pervenute a cui hanno fatto seguito delle prescrizioni. Sono stati accreditati gli ambulatori di Morrovalle (livello base e avanzato) e Civitanova Marche (livello base ed avanzato).
B)Accreditamento di almeno alter 2 strutture entro il 2022			

A)Funzionamento a pieno regime gestionale sanitario entro il 31.07.2021	Programma gestionale ancora in fase di monitoraggio		Il programma gestionale è stato monitorato in corso d'anno con incontri strutturati con il personale della direzione. È in programma un ulteriore incontro di monitoraggio entro il mese di febbraio 2023
B)Applicazione del gestionale agli altri Servizi dell'ente entro il 31.12.2021			
C)Entro il 31.03.2022 verifica gestionali di telemedicina			
A)Coinvolgimento di almeno 4 Associazioni ed Enti	Da riprogrammare		Effettuati eventi per gli anziani con demenza - Coinvolgimento Centro sociale anziani-Attivamente alzheimer Realizzati due eventi sull'autismo in collaborazione con l'Associazione Omphalos e 1 evento Siblings in collaborazione con l'Amministrazione Comunale e la cooperativa Il Faro. Richiesta intitolazione strada Marchesa Ricci. Approvato accordo welfare aziendale. Comunicati stampa
B)Realizzazione evento con pubblicazione entro 30.06.2022			

OBIETTIVI AZIENDALI DI QUANTITÀ

Servizio	Quantità	REPORT AL 30.06.2022 - MONITORAGGIO RISULTATI	Valori in %	Azioni di miglioramento
PRESTAZIONI SERVIZI RESIDENZIALI AREA DISABILITA'	7.000 giornate di degenza	3.394 giornate di degenza	48,49%	
PRESTAZIONI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI AREA DISABILITA'	3.700 giornate di frequenza	1.627 giornate di frequenza	43,97%	
PRESTAZIONI CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE	23.470 prestazioni annue	12.520 prestazioni annue	53,34%	Responsabilizzazione delle famiglie rispetto alla comunicazione delle assenze in particolare per il Centro ambulatoriale di Monte San Giusto. Realizzazione report mensili per monitorare le prestazioni programmate ma non effettuate a causa delle assenze dei pazienti. Aumento del personale dedicato ai centri ambulatoriali - indizione selezioni

PRESTAZIONI STRUTTURA POLIFUNZIONALE VILLA LETIZIA	19.746 giornate di frequenza	9. 777 giornate di frequenza	49,51%	
PRESTAZIONI NIDI DI INFANZIA	4.480 giornate di frequenza fino al 31.07- almeno 11.500 delle presenze al 31.12	7.065 giornate di frequenza	100,00%	
PRESTAZIONI DOMICILIARI – HOME CARE	10.200 prestazioni - rideterminato in 4.500 prestazioni	2164 prestazioni	21,00%	
PRESTAZIONI ASSISTENZA SAD	Almeno 40 utenti	al 30.06.2022 14 utenti(sad ambito 11 e sad comunale 3) e 1484 prestazioni (sad ambito1484 e e 417sad comunale)	35,00%	
PRESTAZIONI DOMICILIARI PRESSO STRUTTURE PER ANZIANI	Almeno 30 accessi	vengono garantiti 3 accessi settimanali a Villa Cozza e 1 accesso settimanale a Potenza Picena	100,00%	
COMUNITA' MAMME E BAMBINI	Funzionamento e riapertura collegata all'accoglienza profughi	Non attivata	0%	
CENTRO FAMIGLIA	Almeno 20 eventi	21 eventi (carnevale, 5 eventi periodo pre-natale, 5 eventi 0-2 anni, 6 eventi siblings, 3 eventi teatro, evento resilienza)	100,00%	
SERVIZIO EDUCATIVO TERRITORIALE	Almeno 20 utenti	24 utenti	100,00%	
SPORTELLI AUTISMO/BULLISMO	Almeno un incontro aperto per ogni tematica per le famiglie e scuole	1 incontro aperto per famiglie e scuole	100,00%	
	Tempi risposta entro 15 gg. dalla richiesta di informazioni/aiuto	Contestuale	100,00%	
COORDINAMENTO PEDAGOGICO TERRITORIALE 0-6	3 incontri programmati con operatori/coordinatori di tutte le scuole dell'ambito territoriale 14 nella fascia di età 0-6 anni	2 incontri programmati con operatori/coordinatori + 4 incontri di formazione con gli operatori	100,00%	

Valutazione del personale dipendente

La misurazione e valutazione della performance è effettuata tenendo conto della valutazione dell'Ente nel suo complesso e del raggiungimento di determinati specifici obiettivi. La valutazione del personale dirigente è disciplinato dal Regolamento di organizzazione adottato con delibera 21 del 04.06.2012, successivamente modificato con atto n. 17 del 28.09.2020.

Valutazione Dirigenti

La valutazione del Direttore generale è di diretta competenza del Consiglio di Amministrazione e viene effettuata mediante analisi del livello di raggiungimento degli obiettivi. La valutazione delle prestazioni e dei risultati dei Dirigenti è effettuata dal Nucleo di Valutazione.

Valutazione Direttori di Area

La valutazione dei Direttori di Area è effettuata dal Direttore generale, previa predisposizione di apposita relazione in merito agli obiettivi assegnati. L'importo della posizione organizzativa viene invece determinata in base alla pesatura secondo quanto appresso:

N°	PARAMETRO DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO	
1	Complessita' della Funzione di direzione e di coordinamento assegnata	Elevata	8
		Molto elevata	15
2	Articolazione della struttura diretta	Elevata	5
		Molto Elevata	15
3	Numero e professionalita' del personale coordinato	Da 1 a 20	8
		Da 20 a 35	15
		Oltre 35	20
4	Eventuale budget assegnato o da realizzare	Da 500.000 a 1.000.00	8
		Da 1.000.000 a 2.000.000	12

5	Responsabilita' specialistico Professionali inerenti l'incarico	Elevata	8
		Molto elevata	15
	Totale		

Valutazione personale dipendente

La valutazione del personale dipendente viene effettuata attraverso apposita scheda. La scheda viene utilizzata per progressione economiche e/o per premi di efficienza.

ASP "PAOLO RICCI"
CIVITANOVA MARCHE
SCHEDA VALUTAZIONE INDIVIDUALE
AI FINI DELLA VALUTAZIONE E IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO ANNO

NOMINATIVO:

SERVIZIO:

CATEGORIA:

_____ O _____

108

ESPERIENZA ACQUISITA	PUNTI
1) anzianità di servizio: 12 a 6 m Punteggio massimo attribuibile: 10 ****	
IMPEGNO NELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI	PUNTI
2) abilità tecnica ed operativa dimostrata nello svolgimento delle mansioni e nel risolvere i compiti assegnati Punteggio massimo attribuibile: 10	
1) autonomia nello svolgimento delle mansioni Punteggio massimo attribuibile: 10	
2) qualità delle prestazioni erogate Punteggio massimo attribuibile: 10	
RAPPORTI INTERPERSONALI CON I COLLEGHI E CON L'UTENZA	PUNTI
1) capacità di lavorare in equipe 1) aspetti relazionali 2) capacità di gestire i conflitti 3) capacità di relazionarsi con l'utenza Punteggio massimo attribuibile: 20	
FLESSIBILITA' ED ADATTAMENTO AI CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI	PUNTI
1) adattabilità alle diverse esigenze organizzative 2) disponibilità a cambiare per far fronte ad esigenze eccezionali la propria sede di servizio 3) disponibilità ad articolare l'orario per far fronte alle esigenze di servizio Punteggio massimo attribuibile: 20	
FORMAZIONE	PUNTI
4) valutazione corsi di formazione Punteggio massimo attribuibile: 20 ****	
TOTALE	

li, _____

Il Caposervizio
Il Direttore