

PIANO DELLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA 2012-2014



Deliberazione n. 111 del 30.01.2013

INDICE

1. PREMESSA	4
1.1 Presentazione del Piano della Performance	
1.2 Principi generali.....	
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	7
2.1 Chi siamo- Sede Legale e patrimonio	
2.2 Popolazione e territorio	
2.3. Missione, Visione e valori	
2.3.1 <i>La Missione</i>	
2.3.2 <i>La Visione</i>	
2.3.3 <i>I Valori</i>	
3. IDENTITÀ	11
3.1 Gli organi	
3.2 La Direzione Strategica Aziendale	
3.3 Gli organismi collegiali	
3.3.1 <i>Il Collegio di Direzione dell'Azienda</i>	
3.3.2 <i>Il Consiglio dei Sanitari</i>	
3.3.3 <i>La Conferenza dei Sindaci</i>	
3.3.4 <i>Il Comitato Etico</i>	
3.3.5 <i>I Comitati Consultivi Misti</i>	
3.3.6 <i>L'Organismo Indipendente di Valutazione</i>	
3.4 Le relazioni sindacali	
3.5 L'articolazione organizzativa	
3.6. L'assetto strutturale di base	
3.7. L'assetto strutturale dell'assistenza ospedaliera	
3.8 L'assetto strutturale della funzione territoriale	
3.9. L'Atto aziendale	
3.10 L'articolazione organizzativa dipartimentale	
3.11 Le reti integrate dei servizi	
3.11.1 <i>La programmazione delle reti</i>	
3.11.2 <i>I modelli operativi</i>	
3.11.3 <i>I livelli di organizzazione</i>	
3.11.4 <i>I percorsi assistenziali nella rete dei servizi</i>	
4. ANALISI DEL CONTESTO	22
4.1 Analisi del contesto esterno.....	
4.2 Analisi del contesto interno	
4.2.1 <i>Analisi quali - quantitativa delle risorse umane.....</i>	
4.2.2 <i>Analisi del benessere organizzativo</i>	
4.2.3 <i>Analisi degli stakeholder</i>	
4.3 Analisi delle risorse tecnologiche	
4.4 Le risorse finanziarie	
4.5 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	
5. GLI OBIETTIVI STRATEGICI	32
5.1. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance	
5.2. La Valutazione Globale della Performance (VGP) applicata dalla Regione Basilicata ed il sistema degli indicatori	

6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI E GESTIONALI	36
6.1 Il Ciclo di gestione della performance	
7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	38
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.	
7.2 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance.....	
7.3. L'albero della performance	
7.4. Il Monitoraggio del Piano	
8. FASE TRANSITORIA	51
ALLEGATI	
1. ALLEGATO 1- TERMINI E CONCETTI CHIAVE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE;	
2. ALLEGATO 2- PIANI OPERATIVI E SCHEDE DI BUDGET ASM DI CIASCUNA U.O. - ANNO 2012.	
3. ALLEGATO 3- SCHEDA INDIVIDUALE PERSONALE DELLA DIRIGENZA;	

1. PREMESSA

L'Azienda Sanitaria di Matera, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009), intende sviluppare un ciclo della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della MISSION (di seguito denominata missione aziendale) e della VISION (di seguito denominata visione strategica condivisa) aziendale. Lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance è definito Piano della Performance.

Performance: la capacità dell'Azienda di trasformare gli obiettivi in risultati attraverso azioni concrete, ovvero misura la capacità di correlare gli obiettivi con i risultati ottenuti attraverso le azioni adottate dalle Strutture/Servizi interessati.

Il Piano delle Performance è il documento programmatico triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della performance stessa. Lo scopo del Piano delle Performance è assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità della sua rappresentazione agli stakeholders individuati (clienti interni/esterni, ASL e Regione), nonché l'attendibilità della stessa misurazione. Il Piano delle Performance sviluppa dunque quali elementi fondamentali:

i livelli decisionali (pianificazione strategica, programmazione annuale e obiettivi di gestione) su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;

le dimensioni rilevanti da monitorare per ogni livello di pianificazione;

gli indicatori di misurazione relativi ad ogni dimensione.

Vantaggi per l'organizzazione:

- individuare ed incorporare le attese degli stakeholders (clienti interni/esterni, ASL e Regione Basilicata);
- favorire un'effettiva accountability e trasparenza;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

1.1 Presentazione del Piano della Performance

Il presente Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di seguito decreto, e della DGR n. 23-1332 del 29/12/2010 al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della performance, 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 programmatoria del *Ciclo di gestione della performance* 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 performance di ciascuna struttura della performance individuale.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del decreto). È un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target*. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e *target*) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

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

Come richiesto dall'art. 5, comma 2, del decreto, gli obiettivi sono:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionali, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento dei servizi erogati e degli interventi;
- 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.

Tale piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), 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:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Di fatto il Piano delle Performance è un documento strategico programmatico in cui vengono sintetizzati ed integrati in modo coerente, sistematico e trasversale i diversi documenti di pianificazione e programmazione aziendali:

- Piano di miglioramento
- Piano del rischio
- Obiettivi di budget
- Piano di comunicazione
- Piano della Trasparenza - Valutazione – Merito.

Il piano delle performance e la sua rendicontazione (relazione sulla performance) costituisce lo strumento integrato di comunicazione dell'azienda con i soggetti coinvolti in cui convogliare gli altri strumenti attualmente esistenti; anche la parte successiva di rendicontazione, infatti, verrà integrata per fornire un quadro completo e unitario dell'andamento dell'Azienda agli stakeholder di riferimento (integrando relazione sulla performance, bilancio sociale, riesame aziendale,...) Gli indirizzi strategici (articolo 15, comma 2, lett. b), del decreto) - sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi 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 e la valutazione della *performance*.

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

Il Piano infine contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Ciò è funzionale a consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 3, del decreto, eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inseriti all'interno del Piano. Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dall'organo di indirizzo politico amministrativo in caso di necessità che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto).

Il procedimento di programmazione degli obiettivi verrà condotto nei tempi e con le modalità propri del ciclo di programmazione e controllo strategico e del ciclo di programmazione *del sistema di valutazione*.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on line sul sito dell'azienda (www.asmbasilicata.it) ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto da normativa.

1.2 Principi generali

Il Piano della performance dell'A.S.M., in coerenza alle previsioni del D.Lgs 150/2009 ed alle indicazioni fornite dalla CIVIT con deliberazioni 122/2010 e n.1/2012, si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

Principio della Trasparenza

L'articolo 11, comma 3, del decreto richiede alle amministrazioni di garantire la massima Trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance. L'A.S.L. pubblicherà pertanto il Piano della performance sul proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione, e denominata: "Trasparenza, valutazione e merito". Inoltre, ai sensi dell'art.10, comma 2, del D.Lgs150/2009, il Piano, attualmente in fase di proposta e sperimentazione, verrà trasmesso alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze. L'Azienda infine presenterà il Piano, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune, agli interlocutori e destinatari interni (Dirigenti, Rappresentanze sindacali) e portatori di interessi esterni (Conferenza dei Servizi, Organizzazioni sindacali, Tribunale del malato, ecc.).

Principio della Immediata intelligibilità

Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed ai portatori di interessi esterni il Piano viene proposto secondo una struttura multi livello prevedendosi, pertanto, una parte principale del Piano e relativi allegati, nei quali ultimi sono esplicitati alcuni contenuti e approfondimenti tecnici.

Principio della Veridicità e verificabilità

Per ciascun indicatore individuato viene indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infrannuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (Direzione, Organismo Indipendente di Valutazione, Dirigenti e Strutture).

Principio della Partecipazione

Il processo di sviluppo del Piano deve essere frutto di un percorso di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi interni ed esterni al sistema.

Principio dell'Orizzonte pluriennale

La norma prevede un arco temporale di riferimento triennale, con scomposizione in obiettivi annuali.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1. Chi siamo. sede legale e patrimonio

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è stata costituita nel 2009, in seguito all'aggregazione delle due Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera la ASL n. 4 di Matera e la ASL . 5 di Montalbano Jonico.

La sede legale dell'Azienda è Matera, in via Montescaglioso snc. 75100 Matera - tel. 0835 2531 - Partita Iva e C.F. 01178540777.

- a. L'albo dell'Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nel sito dove è fissata la sede legale.
- b. Il Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale ASM è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della L.R. 28/2008, a decorrere dal 1° gennaio 2009, l'Azienda è subentrata nella titolarità dei beni patrimoniali e nei rapporti di lavoro e contrattuali in essere a decorrere dalla data della loro entrata in funzione. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili ed immobili preesistenti al 1° gennaio 2009 nelle due Aziende confluite e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera espleta la sua attività istituzionale attraverso le strutture operative dislocate sul territorio di riferimento.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera intende perseguire un costante miglioramento della qualità dei servizi erogati ai cittadini all'interno di un sistema organizzativo che ha come centro la persona.

Orientare le strategie e gli sforzi di tutta l'organizzazione verso il conseguimento di una qualità sempre maggiore dei servizi erogati comporta il coinvolgimento di tutto il personale in un processo di miglioramento continuo sia della qualità tecnica delle prestazioni che delle relazioni umane con il cittadino - cliente.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.asmbasilicata.it

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



2.2. Popolazione e territorio

L'ambito territoriale comprende 31 Comuni corrispondenti alla intera Provincia di Matera:

Accettura – Aliano – Bernalda – Calciano – Cirigliano – Colobraro – Craco – Ferrandina – Garaguso – Gorgoglione – Grassano – Grottole – Irsina – Matera – Miglionico – Montalbano – Montescaglioso – Nova Siri – Oliveto Lucano – Pisticci – Policoro – Pomarico – Rotondella – Salandra – San Giorgio Lucano – San Mauro Forte – Scanzano Jonico – Stigliano – Tricarico – Tursi – Valsinni. (Grafico)

La superficie totale del territorio di riferimento è di 3.446,12 kmq.

La popolazione residente è di 203.627 abitanti (Fonte ISTAT al 31/03/2012), di cui il 49,0% di sesso maschile e il 51,0% di sesso femminile.



2.3. Missione, visione e valori

2.3.1 La Missione

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata. La mission aziendale è quella di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di competenza, mediante la erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, che dovranno essere offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

2.3.2 La Visione

- a. L'Azienda Sanitaria, nel suo insieme e in ciascuna delle proprie aree operative, assume il modello di sistema di rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso.
- b. La visione strategica dell'Azienda è improntata al miglioramento continuo della qualità della propria offerta di salute, nel rispetto dei bisogni, delle aspettative e delle preferenze della persona, nelle dimensioni della:
 - ❑ **Appropriatezza** tecnico-professionale, organizzativa e gestionale, per erogare prestazioni congrue con il bisogno di salute da soddisfare;
 - ❑ **Efficacia** per gli esiti di salute dell'individuo e della collettività, basando le attività cliniche ed organizzative sul metodo scientifico;
 - ❑ **Sicurezza** per il paziente, intesa come "libertà da danni non necessari o danni potenziali associati alle cure sanitarie", e per gli operatori coinvolti nella pratica assistenziale;

- ❑ **Efficienza** nella gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, utilizzando con responsabilità le risorse disponibili;
- ❑ **Equità** per garantire a tutti e a ciascun cittadino l'opportunità di accesso a servizi e prestazioni di uguale qualità.

2.3.3 I Valori

L'Azienda assume i seguenti valori fondanti della propria organizzazione:

a. Centralità della persona

Il destinatario delle attività assistenziali è la persona, paziente attuale o potenziale, e l'Azienda progetta e realizza le attività e i servizi sulla base dei bisogni del singolo e della comunità, nel rispetto dei principi universali a tutela della dignità della persona, adottando nella erogazione delle prestazioni il modello della presa in carico e dei percorsi clinico-assistenziali. L'Azienda adotta un modello organizzativo finalizzato alla valorizzazione delle risorse umane, consapevole del ruolo fondamentale che le stesse svolgono nella missione e nella visione aziendali.

b. Integrazione

L'Azienda persegue una visione sistemica dell'organizzazione e programma e sviluppa le attività in un sistema integrato e coerente, promuovendo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale attraverso la collaborazione fra discipline, professioni ed altre istituzioni, al fine di condividere saperi e competenze.

c. Apertura, Trasparenza e Collaborazione

Il contesto organizzativo è improntato alla ricerca del confronto e allo scambio di informazioni ed esperienze, in un clima di collaborazione e di supporto reciproco, allo scopo di motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali. L'Azienda, consapevole della propria funzione nel contesto sociale, economico e culturale nel quale opera, si impegna a realizzare trasparenza e collaborazione con tutte le parti interessate del territorio di riferimento.

d. Informazione, Comunicazione e Partecipazione

Un sistema informativo è essenziale nella gestione di una organizzazione complessa come quella sanitaria, e deve garantire lo scambio di informazioni e la comunicazione fra il paziente, i cittadini ed i professionisti. Esso deve essere orientato ai bisogni di salute ed alla gestione dei servizi, in grado di descrivere e di misurare, al fine di facilitare la valutazione ed il miglioramento, e di assicurare la qualità dei dati (riproducibilità, accuratezza, completezza, tempestività). La competenza comunicativa è fondamentale nell'espletamento dell'attività di cura ed è una componente essenziale della professione sanitaria. L'Azienda adotta uno stile comunicativo efficace verso tutte le parti interessate e favorisce lo sviluppo della competenza comunicativa degli operatori. L'Azienda, considerando il paziente non come recettore passivo ma quale protagonista nelle attività di cura e di prevenzione, favorisce la partecipazione e il coinvolgimento della persona nelle scelte inerenti i bisogni di salute.

e. Qualità, Formazione e Ricerca

La qualità, la formazione e la ricerca sono strumenti fortemente integrati e interdipendenti, finalizzati al miglioramento dell'assistenza erogata. L'Azienda ricerca il miglioramento continuo della qualità assistenziale in tutte le sue dimensioni (professionale, organizzativa, relazionale, percepita), e considera la formazione continua come parte integrante della professione e della organizzazione, in quanto strumento che consente di adeguare conoscenze, competenze e abilità agli obiettivi di entrambe. La ricerca, oltre che significare studi clinici o di laboratorio, trasferita nella pratica quotidiana della attività assistenziale, diventa un modo di agire dell'operatore, caratterizzato dallo sforzo di verificare le ipotesi, dall'uso della logica argomentativa, dalla continua ricerca delle prove di efficacia clinica e dalla verifica dei risultati raggiunti, un atteggiamento che riassume tutti i valori dell'Azienda.

f. Innovazione

L'Azienda favorisce la ricerca e la implementazione di soluzioni innovative, siano esse concettuali, organizzative, tecnologiche, che consentano uno sviluppo al passo con le esigenze della popolazione e con il progresso tecnologico e scientifico proprio del settore sanitario.

g. Valutazione

L'Azienda ritiene la valutazione fase essenziale ed ineludibile nella gestione delle attività assistenziali e si impegna a valutare sistematicamente i risultati delle stesse attraverso indicatori predefiniti e condivisi

con le parti interessate, e a favorire l'autovalutazione partecipata di gruppo (fra pari) quale strumento efficace per i cambiamenti più proficui per l'organizzazione ed i suoi operatori.

h. Risanamento e sviluppo sostenibile

L'Azienda intende perseguire la ricerca della sostenibilità economica secondo forme e modalità compatibili con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, solidaristico ed equo. In tal senso l'Azienda pone come criterio cardine del proprio "modus operandi" la lotta ad ogni forma di "antieconomicità" nell'ambito della propria gestione, intendendo per antieconomicità ogni spesa, ogni investimento, ogni prestazione, ogni servizio, ogni operatore al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema dei servizi, dei comportamenti professionali, dei metodi di intervento rispetto alle comunità di riferimento.

i. Ospitalità

L'Azienda nell'ambito dell'attuazione del processo di "umanizzazione" delle cure, adotta un approccio organizzativo ed operativo che esalta il ruolo ed il valore della relazionalità del sistema nel suo complesso. In tale contesto assume un ruolo fondamentale l'ospitalità, intesa come nuovo contratto sociale tra gli operatori aziendali e i cittadini, in virtù del quale si definiscono i diritti e i doveri degli uni nei confronti degli altri, le reciproche aspettative e le conseguenti responsabilità. A tale scopo l'Azienda, attraverso strumenti operativi quali, il Codice Etico e il Canone di Ospitalità, si propone di definire un pacchetto di regole per disciplinare la rete di relazioni che si instaura tra i servizi offerti dall'Azienda ed il cittadino che ne usufruisce, che sovrintenda ogni momento di contatto: dall'accoglienza fino alla dimissione, ivi compresa la gestione dei rapporti con i familiari del paziente, in una prospettiva di corresponsabilizzazione con i cittadini malati funzionale a migliorarne le condizioni di utilizzo e di beneficio dei servizi sanitari offerti.

j. Rendicontazione sociale

L'azienda intende valorizzare la funzione di rendicontazione sociale, attraverso la predisposizione, a cadenza annuale, del Bilancio Sociale, vale a dire una relazione sullo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati sia sotto il profilo assistenziale che sotto quello economico –finanziario. Il Bilancio Sociale si configura a tutti gli effetti quale documento strategico di fondamentale importanza in quanto, nel "rendere conto" ai vari portatori di interessi dei risultati della gestione aziendale, esaminata sotto ogni singolo profilo, diviene uno strumento effettivo di confronto utile sia nella rilevazione delle criticità che nella individuazione delle proposte di miglioramento.

3. IDENTITA'

3.1 Gli organi

Sono Organi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera:

- ☐ il Direttore Generale;
- ☐ il Collegio Sindacale.
- ☐ Il Collegio di Direzione.

3.2 La Direzione Strategica Aziendale

a. La Direzione Strategica è composta da:

- ☐ Direttore Generale;
- ☐ Direttore Amministrativo;
- ☐ Direttore Sanitario.

3.3 Gli organismi collegiali

a. Gli organismi collegiali dell'Azienda sono:

- ☐ Consiglio dei Sanitari;
- ☐ Conferenza dei Sindaci;
- ☐ Comitato Etico
- ☐ Comitati Consultivi Misti;
- ☐ Comitato Unico di Garanzia
- ☐ Organismo Indipendente di Valutazione

3.3.1 Il Collegio di Direzione dell'Azienda

Il Collegio di Direzione è organo di supporto della Direzione Generale con funzioni consultive, propositive e di controllo. Il Collegio di Direzione è costituito e nominato dal Direttore Generale, in attuazione dell'art. 17 Dlgs n. 229/1999, e in conformità alla specifica disciplina demandata alla Regione di cui al II comma del suddetto articolo.

La composizione, i compiti e le funzioni del Collegio di Direzione sono definiti da regolamento interno.

3.3.2 Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario.

3.3.3 La Conferenza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci è l'organismo cui compete, nell'ambito delle indicazioni regionali, la definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria dell'ASM.

Ad essa spetta in particolar modo:

- stabilire le linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Attuativo Locale
- esprimere parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio dell'ASL
- esprimere parere sull'operato del Direttore Generale dell'Azienda
- designare un componente del Collegio Sindacale dell'ASL
- eleggere, al suo interno, la Rappresentanza della Conferenza medesima

La Conferenza è composta da tutti i Sindaci dei Comuni che costituiscono il territorio dell'ASM.

3.3.4 Il Comitato Etico

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 930 del 12 luglio 2012 è stato costituito il Comitato Etico Unico Regionale (C.E.U.R.) presso il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata in attuazione dell'art. 16 della Legge Regionale 4 agosto 2011, n. 17, che ha previsto l'istituzione del suddetto Comitato Etico Unico Regionale, in sostituzione dei singoli

Comitati Aziendali, al fine di rendere omogeneo su tutto il territorio regionale l'approfondimento e la diffusione delle tematiche connesse alle attività volte alla tutela della salute pubblica e al progresso delle scienze mediche e biologiche.

3.3.5 I Comitati Consultivi Misti

Il Comitato Consultivo Misto aziendale e di distretto partecipa attivamente al processo di controllo e miglioramento della qualità dei servizi offerti, favorendo la più ampia partecipazione al processo decisionale e di verifica dei risultati.

3.3.6. L'Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo indipendente di valutazione è un organo collegiale, composto di tre componenti, nominati per tre anni (rinnovabili una sola volta), nominato dal Direttore Generale dell'Azienda. L'Organismo, ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo n. 150/2009, svolge, all'interno dell'azienda, un ruolo fondamentale nel processo di misurazione e valutazione delle strutture e dei dirigenti e nell'adempimento degli obblighi di integrità e trasparenza posti alle amministrazioni..

L'Organismo, tra gli altri compiti, svolge funzioni di monitoraggio del funzionamento del Sistema complessivo della valutazione e della trasparenza, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso, valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, secondo le linee guida dettate in materia dalla CIVIT ai sensi degli articoli 7, comma 3, e 13, comma 6, lett. b), d) ed e) del decreto legislativo n. 150/2009, la cui corretta applicazione è rimessa alla sua vigilanza e responsabilità.

L'Organismo supporta l'organo politico-amministrativo nella definizione degli obiettivi strategici, favorendone il coordinamento, e nella individuazione delle responsabilità per gli obiettivi medesimi. Contribuisce altresì, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione, all'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione. A tal fine, l'Organismo rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi..

3.4 Le relazioni sindacali

L'Azienda attua lo sviluppo organizzativo e il miglioramento dei livelli di efficacia e di efficienza dei servizi anche attraverso un sistema di relazioni sindacali improntato ai criteri di trasparenza e di rispetto e distinzione dei ruoli.

3.5 L'articolazione organizzativa

L'articolazione di base dell'Azienda è improntata su un assetto organizzativo che è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- ☐ assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- ☐ assistenza distrettuale;
- ☐ assistenza ospedaliera.

3.6. L'assetto strutturale di base

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera individua il seguente assetto strutturale di base:

- ☐ Ospedali;
- ☐ Distretti di comunità;
- ☐ Dipartimenti Ospedalieri, Territoriali e Misti;
- ☐ Dipartimento Amministrativo.

Ospedali, Dipartimenti e Distretti sono Macro-Strutture governate da Direzioni Funzionali o Strutturali che coordinano un insieme di Strutture Complesse, Strutture Semplici a valenza Dipartimentale, Strutture Semplici ricomprese nelle Strutture Complesse e Incarichi Professionali.

Nell'articolazione del modello organizzativo si adotta il principio di evitare la duplicazione di strutture analoghe, la sovrapposibilità di funzioni e la costituzione di Dipartimenti con una sola Unità Operativa Complessa.

L'articolazione interna delle strutture di base sopra elencate è demandata all'adozione di appositi regolamenti interni.

3.7. L'assetto strutturale dell'assistenza ospedaliera

L'Assistenza Ospedaliera dell'Azienda, come previsto dalla programmazione regionale, si articola in:

- ☐ Ospedale sede di DEA di I livello
- ☐ Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.)
- ☐ Ospedale Distrettuale

L'Assistenza Ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera è erogata secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

- ☐ Ospedale sede di DEA di I livello: P.O. Matera
- ☐ Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.): P.O. Policoro

Per un totale di 479 posti letto.

- ☐ Ospedale Distrettuali di:
 - 1. Stigliano
 - 2. Tinchi
 - 3. TricaricoPer un totale di 129 posti letto

3.8 L'assetto strutturale della funzione territoriale

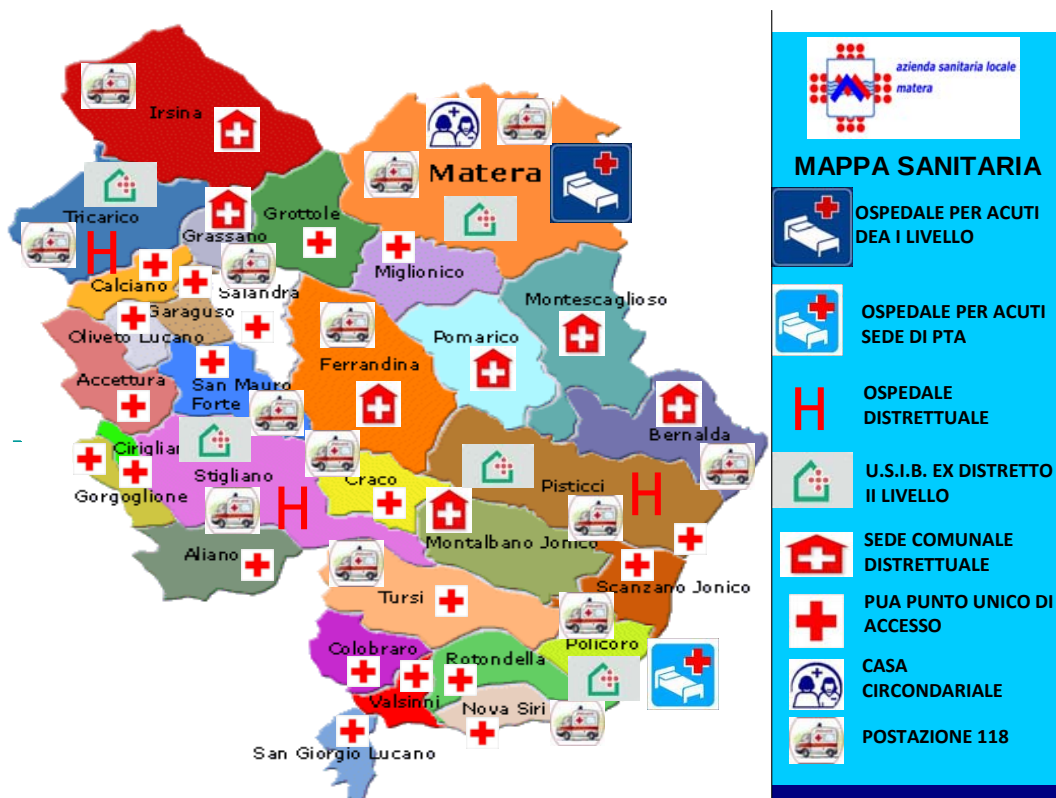
a. La Funzione Territoriale della ASL di Matera è assicurata dalle seguenti Macro-Strutture:

- ☐ Distretti di comunità;
- ☐ Dipartimenti territoriali;
- ☐ Dipartimenti misti (territoriali e ospedalieri).
- ☐ N. 1 RSA con 20 posti letto presso l'ospedale distrettuale di Tricarico gestita in convenzione con la Fondazione Don Gnocchi
- ☐ n. 1 Hospice con 8 posti letto presso l'ospedale distrettuale di Stigliano;
- ☐ n. 22 strutture private accreditate che erogano le seguenti specialità:
 - o n. 6 Fisiokinesiterapia;
 - o n. 4 Riabilitazione;
 - o n. 7 Laboratorio Analisi;
 - o n. 4 Radiologia
 - o n. 1 Cardiologia
- ☐ n. 14 postazioni 118;
- ☐ n. 31 postazioni di continuità assistenziale;
- ☐ n. 176 Medici Medicina Generale;
- ☐ n. 25 Pediatri di Libera scelta;
- ☐ n. 124 medici di continuità assistenziale.

Ogni Unità Operativa coincide con un Centro di Responsabilità e può corrispondere ad uno o più Centri di Costo.

Nel corso del 2011 e fino ad oggi, a seguito di specifiche procedure concorsuali, sono stati conferiti gli incarichi relativi ai Centri di Responsabilità sopraelencati.

La figura seguente mostra la mappa della complessiva offerta sanitaria erogata dalla ASM.



3.9. L'Atto aziendale

L'Atto Aziendale dell'ASM di Matera, approvato con Decreto n. 2545 del 19 ottobre 2010, è stato adottato con Deliberazione n° 840 del 3 novembre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'Atto Aziendale di diritto privato dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera disciplina il proprio assetto strutturale ed organizzativo, e, soprattutto, i suoi valori fondativi sulla base degli indirizzi assegnati dalla Giunta della Regione Basilicata.

Nel corso del 2012 si sta predisponendo un nuovo Atto Aziendale.

L'amministrazione dell'ASM è garantita da numerose strutture direttamente gestite, rappresentate da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici, come indicate nell'Atto Aziendale, pubblicato sul sito web dell'Azienda, a cui si rimanda per i dettagli.

3.10. L'articolazione organizzativa dipartimentale

L'art.17 bis del D.Lgs. 502/92 così come modificato ed integrato dal Decreto legislativo 229/99, e recepito dall'art. 29 della L.R. 39/2001, definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie.

Il Dipartimento è una Macrostruttura Organizzativa di Coordinamento e di Direzione, costituita da una pluralità di Unità Organizzative, omogenee, affini o complementari che, pur mantenendo la propria autonomia e le proprie responsabilità gestionali e professionali, perseguono finalità comuni e sono, quindi, tra loro funzionalmente interdipendenti.

Il Dipartimento aggrega strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale; queste ultime espletano attività e funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse. Le altre strutture semplici, quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solo nei casi specificatamente previsti dalla legge o dalle indicazioni regionali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, ecc). Fuori da tali previsioni è possibile la creazione di altri Dipartimenti solo quando si renda necessario razionalizzare, in

termini sia di efficienza che di economicità, i rapporti fra diverse strutture organizzative non altrimenti aggregabili; in tal caso con specifica delibera aziendale, vengono istituiti i Dipartimenti in rapporto alle specifiche esigenze e obiettivi strategici aziendali.

I Dipartimenti possono essere strutturali, funzionali, interaziendali; in ogni caso rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da settori funzionali-organizzativi e strutture organizzative, semplici e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità; tali articolazioni del dipartimento sono individuate, nel numero e nella tipologia, con separato atto tenendo conto della complessità dell'Azienda, della sua estensione sul territorio, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni.

A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

Gli obiettivi che si intendono perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

- ☐ la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- ☐ il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra Direzione Generale e Direzione delle singole strutture;
- ☐ il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- ☐ la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;
- ☐ la gestione del budget.

I dipartimenti ospedalieri sono i seguenti, con la indicazione delle Discipline afferenti; queste ultime possono comprendere una o più Unità Operative, complesse o semplici:

Dipartimenti aziendali	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
A) DIPARTIMENTI OSPEDALIERI		
Dipartimento dei Servizi Direzionali	n.3 ☐ U.O. complessa Direzione sanitaria P.O. Matera ☐ U.O. Complessa Direzione Sanitaria P.O. U. Policoro ☐ U.O. Complessa Direzione Sanitaria Ospedale Distrettuale Tricarico	n. 3 di cui: ☐ n. 1 U.O.S. dipartimentali; ☐ n. 2 U.O.S.
Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico	n. 12 ☐ U.O. Chirurgia P.O. Matera ☐ U.O. Chirurgia P.O. Tricarico ☐ U.O. Chirurgia P.O. Policoro ☐ U.O. Chirurgia Plastica P.O. Matera ☐ U.O. Chirurgia Vascolare P.O. Matera ☐ U.O. Ortopedia P.O. Matera ☐ U.O. Ortopedia P.O. Policoro ☐ U.O. O.R.L. P.O. Matera ☐ U.O. Oculistica P.O. Matera ☐ U.O. Oculistica P.O. Policoro ☐ U.O. Urologia P.O. Matera ☐ U.O. Gastroenterologia P.O. Matera	n. 29 di cui: ☐ n. 6 U.O.S. dipartimentali; ☐ n. 23 U.O.S.

Dipartimenti aziendali	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
A) DIPARTIMENTI OSPEDALIERI		
Dipartimento Multidisciplinare Medico	n. 13 ☐ U.O.C. Medicina Interna P.O. Matera ☐ U.O.C. Lungodegenza Ospedale Distrettuale Tricarico ☐ U.O.C. Medicina P.O. Policoro - Tinchì - Stigliano ☐ U.O.C. Lungodegenza Osp. Distrettuale Stigliano ☐ U.O.C. Geriatria P.O. Matera ☐ U.O. C. Pneumologia P.O. Matera ☐ U.O.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche P.O. Matera ☐ U.O.C. Endocrinologia Osp. Distrettuale Tinchì ☐ U.O.C. Neurologia P.O. Matera ☐ U.O.C. Malattie Infettive P.O. Matera ☐ U.O.C. Medicina Fisica E Riabilitazione P.O. Matera - Policoro - Tinchì ☐ U.O. Interaziendale Di Reumatologia P.O. Matera ☐ U.O.C. Nefrologia E Dialisi P.O. Matera ☐ U.O. Ematologia P.O. Matera	n. 29 di cui: n. 5 U.O. semplici Dipartimentali; n. 24 U.O. semplici
Dipartimento dei Servizi	n. 6 ☐ U.O. C. Di Radiologia P.O. Matera ☐ U.O. C Radiologia P.O. Tricarico ☐ U.O. C. Radiologia P.O. Policoro - Tinchì - Stigliano ☐ U.O. C. Patologia Clinica P.O. Matera ☐ U.O. C. Patologia Clinica P.O. Policoro - Tinchì - Stigliano ☐ U.O. C. - S.I.T. P.O. Matera	n. 18 di cui: ☐ n. 1 U.O.S. dipartimentale; ☐ n. 17 U.O.S.
Dipartimento Donna, Maternità e Infanzia	n. 4 ☐ U.O.C. Pediatria P.O. Matera ☐ U.O.C. Pediatria P.O. Policoro ☐ U.O.C. Ostetricia E Ginecologia P.O. Matera ☐ U.O.C. Ostetricia E Ginecologia P.O. Policoro ☐ U.O. Senologia P.O. Matera	n. 26 U.O.S.
Dipartimento dell’Emergenza – Urgenza	n. 7 ☐ U.O.C. Anestesia E Rianimazione P.O. Matera ☐ U.O.C. Anestesia E Rianimazione P.O. Policoro ☐ U.O.C. Pronto Soccorso P.O. Matera ☐ U.O.C. C.R.T. P.O. Matera	n. 16 U.O.S. di cui: ☐ n. 5 U.O.S. dipartimentali; ☐ n. 11 U.O.S.

Dipartimenti aziendali	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
A) DIPARTIMENTI OSPEDALIERI		
	☐ U.O. C. Cardiologia E Utic P.O. Matera ☐ U.O.C. Cardiologia E Utic P.O. Policoro ☐ U.O.C. Anestesia E Rianimazione Ospedale Distrettuale Tricarico	
Dipartimento Farmaceutico	n. 2 ☐ U.O.ComplexaFarmacia Ospedaliera P.O. Matera ☐ U.O.ComplexaFarmacia Ospedaliera P.O.U.	n. 6 U.O.S.

B) I DIPARTIMENTI TERRITORIALI		
Dipartimenti	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana	n. 8 ☐ U.O.Complexa Igiene Degli Alimenti Matera ☐ U.O. Complexa Igiene Degli Alimenti Montalbano ☐ U.O. Complexa Medicina Del Lavoro E Sicurezza Ambientale Matera ☐ U.O. Complexa Medicina Del Lavoro e Sicurezza Ambientale Montalbano ☐ U.O. Complexa Igiene e Sanita' Pubblica Matera ☐ U.O. Complexa Igiene e Sanita' Pubblica Montalbano ☐ U.O. Complexa S.P.I.L.L. Matera ☐ U.O. Complexa S.P.I.L.L. Montalbano ☐	n. 10 U.O.S.
Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale	n. 6 ☐ U.O.Complexa Veterinaria Area A Matera ☐ U.O.Complexa Veterinaria Area A Montalbano ☐ U.O. Complexa Veterinaria Area B Montalbano ☐ U.O. Complexa Veterinaria Area B Matera ☐ U.O. Complexa Veterinaria Area C Matera ☐ U.O. Complexa Veterinaria Area C Montalbano	n. 12 U.O.S.

C) DIPARTIMENTI MISTI		
Dipartimenti	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Dipartimento dei Servizi per la tutela della Salute Mentale	n. 5 ❑ U.O. Complessa Centro di Igiene Mentale Policoro ❑ U.O. Complessa S.P.D.C. - P.O. Policoro ❑ U.O. Complessa N.P.I. ❑ U.O. Complessa SERT Matera ❑ U.O. Complessa di Psicologia	n. 20 U.O.S. di cui: n. 6 U.O.S. dipartimentali
Aree delle attività territoriali	n. 4 ❑ U.O. Complessa Servizio Assistenza Sanitaria di Base ❑ U.O. Complessa Farmacia Territoriale ❑ U.O. Distretto Di Matera ❑ U.O. Distretto Di Tricarico	n. 17 U.O.S.

D) DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA, TECNICA E PROFESSIONALE		
Dipartimenti	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
DIPARTIMENTO AREA AMMINISTRATIVA	n. 11	n. 3 UOS
	U.O. Complessa Gestione Risorse Umane U.O. Complessa Economato e Provveditorato U.O. Complessa Gestione Risorse Finanziarie U.O. Complessa Gestione Tecnica Progettazione e Manutenzione Matera U.O. Complessa Direzione Amministrativa P.O. Matera e P.O. Tricarico U.O. Complessa Affari Generali e Legali U.O. Complessa Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero Unificato Policoro U.O. Complessa Direzione Amm. Distrettuale Area ex ASL 5 Montalbano Jonico U.O. Complessa Appalti e Lavori Pubblici Policoro U.O. Complessa Urp e Privacy U.O. Complessa Sistema Informativo Informatizzato U.O. Semplice Ufficio Formazione E.C.M. e Tirocini	

Oltre ai dipartimenti ci sono i servizi in staff alla Direzione Strategica che comprende le seguenti U.O.:

- U.O. Complessa Programmazione e Controllo strategico;
- U.O. Semplice Servizio Assistenza;
- U.O. Semplice Medicina legale e gestione del rischio clinico;
- U.O. Semplice Qualità e accreditamento.

3.11 Le reti integrate dei servizi

3.11.1 La programmazione delle reti

- a. L'Azienda Sanitaria, nel suo insieme e in ciascuna delle proprie aree operative, assume il modello di sistema di rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso. Le reti integrate dei servizi hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario aziendale e regionale, assicurando equità di accesso, efficienza allocativa e operativa ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.
- b. L'organizzazione dei servizi secondo il modello delle reti integrate dei servizi si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della stessa. Infatti nell'attuale contesto organizzativo sanitario, al fine dei perseguire efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema, l'evento assistenziale si costituisce sempre di meno come fatto "singolare" e sempre di più come processo inserito in una rete di servizi con cui il sistema si "prende cura" del bisogno espresso.
- c. Il sistema delle reti integrate presuppone l'abbandono del concetto di "localizzazione" della struttura operativa e del suo significato di proprietà esclusiva della sede di appartenenza per assumere quello di luogo di produzione di eventi assistenziali funzionale all'esigenza della rete, al servizio di comunità "allargate" di pazienti.
- d. Alla base della programmazione e della organizzazione delle reti ci sono le relazioni funzionali fra i singoli nodi di produzione, con la precisa definizione delle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Questo modello organizzativo presuppone la cooperazione fra le singole unità produttive all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento assistenziale loro attribuito.

3.11.2 I modelli operativi

- a. I modelli operativi di configurazione di una rete integrata di servizi si distinguono in base alla intensità e complessità dell'assistenza erogata e gli eventuali rapporti gerarchici nelle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi.
- b. I modelli organizzativi che l'Azienda intende adottare sono essenzialmente il modello "hub & spoke" che prevede la concentrazione dell'erogazione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza ("hub") e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente subordinati ("spoke"), e il modello delle reti cliniche integrate, in cui il sistema di produzione viene gestito senza individuare una gerarchia fra i diversi nodi della rete.

3.11.3 I livelli di organizzazione

- a. La logica sottostante l'organizzazione di una rete di servizi in cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono orientate sia verso la popolazione residente in un determinato ambito di riferimento sia verso categorie specifiche di utilizzatori, può essere applicata sia a livello dell'intero sistema sanitario regionale che al sistema dei servizi aziendali e distrettuali, così come alle singole strutture operative. A qualsiasi livello organizzativo devono essere rispettati i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, equità ed efficienza nella erogazione delle prestazioni assistenziali.
- b. In conformità alle indicazioni previste nel Piano Sanitario Regionale 2012 - 2015, si individuano in maniera prioritaria le seguenti reti assistenziali da attivare a livello regionale, con il coinvolgimento delle altre strutture del Sistema Sanitario Regionale, fermo restando che l'elenco non è da intendersi esaustivo, in considerazione della possibilità di implementazione di ulteriori reti che si riterranno utili per il contesto:
 - ☐ Rete dell'Emergenza – Urgenza (DIRES)
 - ☐ Rete cardiologia dell'infarto miocardio acuto (IMA)
 - ☐ Rete integrata per l'assistenza al trauma
 - ☐ Rete interaziendale della radioterapia oncologica
 - ☐ Rete dell'ictus
 - ☐ Rete della Genetica Medica

- ☐ Rete integrata Ospedale – Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche
 - ☐ Rete della Neuropsichiatria infantile
 - ☐ Rete della Reumatologia
 - ☐ Rete integrata Ospedale – Territorio per la prevenzione e la cura dell'obesità
 - ☐ Rete regionale di Medicina dello Sport e dell'esercizio fisico
 - ☐ Rete dei punti nascita
 - ☐ Rete pediatrica interaziendale (RIPED)
 - ☐ Rete delle cure palliative e pediatriche
 - ☐ Rete dello scompenso cardiaco
 - ☐ Rete nutrizione artificiale domiciliare
 - ☐ Rete integrata Ospedale – Territorio della nefrologia e della dialisi
 - ☐ Rete regionale delle demenze
 - ☐ Piano sangue
 - ☐ Rete di pneumologia
 - ☐ Rete della terapia del dolore e rete delle cure palliative
 - ☐ Rete assistenziale post-acuzie
- c. Oltre alle reti previste nel paragrafo precedente aventi carattere meramente sanitario, il Piano Sanitario Regionale individua la rete regionale delle assicurazioni del S.S.R. da realizzare attraverso l'istituzione del Dipartimento Interaziendale per la gestione diretta dei sinistri RCT, di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 983/2012 e la rete regionale degli acquisti del S.S.R. attraverso l'istituzione del Dipartimento Interaziendale "Centrale Unica di Committenza" di cui alla L.R. 16/2012.

3.11.4 I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

- a. Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.
- b. Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.
- c. Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:
- ☐ Valutazione
 - ☐ Presa in carico/pianificazione
 - ☐ Comunicazione/informazione/consenso/educazione
 - ☐ Sicurezza
 - ☐ Indagini diagnostiche
 - ☐ Consulenze
 - ☐ Terapia Medica
 - ☐ Terapia Chirurgica
 - ☐ Interventi e procedure assistenziali
- Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.
- d. In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:
- FASE I: Accesso e presa in carico
- ☐ Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
 - ☐ Presa in carico nel percorso assistenziale
- FASE II: Cura e trattamento
- ☐ Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- ❑ Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- ❑ Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

4. ANALISI DEL CONTESTO

Nell'elaborazione del presente documento è stata sviluppata una matrice di analisi universalmente conosciuta con il nome di SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) che rappresenta uno strumento di pianificazione strategica usato per esaminare ed evidenziare analiticamente le forze (S) e le debolezze (W) emerse dal contesto interno al fine di far emergere le opportunità (O) e le minacce (T) e emerse dal contesto esterno.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	
PUNTI DI FORZA (S)	PUNTI DI DEBOLEZZA (W)
▪ Presidi ospedalieri recentemente costruiti o ristrutturati. ▪ Potenziamento sistemi informativi ed informatici. ▪ Risorse umane con elevata e riconosciuta professionalità. ▪ Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa e la riduzione degli sprechi. ▪ Diffusione della cultura e dei percorsi di qualità clinico-assistenziali	• Liste di attesa. • Razionalizzazione della spesa farmaceutica. • Rafforzamento della rete ospedale-territorio. • Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	
OPPORTUNITA' (O)	MINACCE (T)
▪ mobilità attiva. ▪ vicinanza dei poli ospedalieri a regioni limitrofe. ▪ Finanziamenti ministeriali per l'attuazione di progetti specifici (art.20) ▪ Riorganizzare l'offerta dei servizi territoriali.	▪ mobilità passiva. ▪ vicinanza dei poli ospedalieri a regioni limitrofe. ▪ Apertura di nuovi ospedali nelle regioni confinanti; ▪ Invecchiamento della popolazione ▪ Vincoli di bilancio.

4.1. Analisi del contesto esterno

Anno	Indice di vecchiaia	indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità	Indice di mortalità
2005	120,1	50,8	78,4	88,3	24,6	9,5	8,2
2006	124,9	50,6	75,9	91	24,8	8,7	8,8
2007	128,6	50,6	79,6	93,7	24,9	8,7	8,9
2008	132,4	50,2	85,9	96,8	24,7	8,6	8,7
2009	135,2	50,2	95,4	100,1	24,5	8,8	8,5
2010	136,3	49,8	103,8	103	24	8,1	8,7
2011	139,3	50,1	113,8	106,4	23,5	8,2	8,4

4.2. Analisi del contesto interno

4.2.1 Analisi quali - quantitativa delle risorse umane

Le risorse umane, assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale.

Seppure con una riduzione rilevante della dotazione organica rispetto al passato, l'ASM dispone di risorse umane che popolano in numero adeguato le strutture organizzative, con ruoli e profili professionali diversi, secondo una distribuzione congrua all'espletamento degli specifici compiti e attribuzioni per ciascuna area strategica.

La tabella che segue rappresenta la distribuzione del personale per area e per i diversi ruoli al 31.12.2011.

	Area sanitaria	Area amministrativa	Area tecnica	Area professionale	Totale
Distretto Matera	222	37	93	1	353
Distretto Montalbano	136	24	59	1	220
P.O. Matera	752	19	155		926
P.O. Policoro	296	18	79	2	395
Osp. Distrett. Stigliano	45	12	29		86
Osp. Distrett. Tinchì	87	4	22		113
Osp. Distrett. Tricarico	77	7	27		111
Totale ASM	1.631	179	528	5	2.343

Fonte: Ufficio del personale ASM.

La tabella seguente illustra, invece, dati relativi alla distribuzione del reddito e demografica.

Stipendio medio totale dipendenti	3.008,9
stipendio medio dirigenti donna	5.382,86
Stipendio medio- non dirigenti-donna	2.124,24
% personale assunto a tempo indeterminato	95,17%
% di donne/totale dipendenti	55,83%
% di dirigenti donne	33,59%
Età media dirigenti donna	52
Età media non dirigenti donna	47

Fonte: Ufficio del personale ASM, settembre 2012.

4.2.2 Analisi del benessere organizzativo

Con il termine benessere organizzativo si intende l'insieme dei nuclei culturali, dei processi, delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative (Avallone, 2003).

Lo "stare bene al lavoro" è di fondamentale importanza sia per l'individuo sia per l'organizzazione.

Il concetto di salute organizzativa suggerisce che le organizzazioni possano contribuire o meno al benessere e influire direttamente sullo stato di salute dell'intero sistema, attraverso la definizione dei contesti di lavoro e l'adozione di alcune pratiche organizzative e relazionali.

Allo stesso tempo, i lavoratori possono ampiamente contribuire al successo della loro organizzazione a patto che si creino le condizioni per la loro sicurezza, per il soddisfacimento dei bisogni di significato e di riconoscimento, per la considerazione delle esigenze di apprendimento, informazione ed equità.

Quando l'organizzazione si prende cura e valorizza il proprio personale, si ha un conseguente aumento della qualità delle prestazioni erogate.

Per questo motivo, l'Azienda ASM ha istituito una Unità Operativa di psicologia del lavoro inserita all'interno della U.O.C. di Psicologia aziendale e che lavora in stretta relazione con l'U.O. Risk Management ed il Servizio di prevenzione e protezione aziendale.

Tale U.O. eroga i propri servizi sia per l'utenza esterna che per i dipendenti.

Tra questi ultimi servizi, nell'anno 2012 si evidenziano le seguenti attività:

- In collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione è stato elaborato ed implementato il protocollo per la valutazione del rischio stress lavoro correlato che ha coinvolto tutte le UU.OO. I risultati sono in corso di analisi per le individuazione delle criticità su cui intervenire negli anni successivi;
- Focus group su richiesta di alcune UU.OO.;
- Interventi di miglioramento organizzativo (Safety Walk Around) in diverse UU.OO. in collaborazione con U.O. Risk Management
- Attivazione di uno sportello mobbing, aperto a tutti i dipendenti un giorno alla settimana;
- Proposta di interventi formativi al fine di migliorare il benessere ed il clima lavorativo.

Nel triennio di vigenza del seguente Piano, si intende lavorare, attraverso somministrazione di questionari e focus group, sulle seguenti aree di criticità emerse:

- 1) Gestione;
- 2) Organizzazione;
- 3) Comunicazione.

La ASM, inoltre, ha aderito all'indagine per la rilevazione del clima interno, promossa dalla Regione Basilicata in collaborazione con il Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine di clima, rivolta a tutti i dipendenti dell'Azienda si propone i seguenti obiettivi:

- identificare criticità ed aree di forza nell'ambito del contesto organizzativo di riferimento al fine di attivare efficaci processi di miglioramento;
- Interpretare in chiave strategica le variabili di maggiore rilevanza che alimentano il senso di appartenenza di un individuo all'organizzazione in cui opera.

L'indagine suddetta è effettuata attraverso la somministrazione di due questionari:

- Questionario 1: per i responsabili di struttura (direttori di area funzionale/Dipartimento/di struttura/coordinatori infermieristici con responsabilità di budget);
- Questionario 2: per tutti gli altri dipendenti (dirigenti medici, comparto, amministrativi, tecnici...)

L'Azienda ha provveduto ad attivare i principali processi di comunicazione ai dipendenti e alle rappresentanze delle professioni in ordine alle modalità e ai tempi di svolgimento dell'indagine per sensibilizzarli alla partecipazione all'indagine, utilizzando i seguenti strumenti:

- Intranet
- Mail
- Lettera del Direttore Generale ai dipendenti.

I questionari da compilare da parte dei dipendenti sono resi disponibili su apposita piattaforma web, a cui gli stessi possono accedere, 24 ore su 24 e da qualsiasi postazione, tramite la login e la password opportunamente consegnate, nel pieno rispetto della tutela della privacy.

I dati inseriti sono raccolti e trasmessi alla ASM.

Quest'ultima, una volta ricevuti i dati, assicurerà le successive fasi di analisi, valutazione con l'individuazione delle eventuali aree di criticità, ed avvio di azioni per rimuoverne le cause o comunque promuovere processi di miglioramento.

4.2.3. Analisi degli stakeholder

Uno degli obiettivi del Piano della Performance è quello di rendere conto circa l'utilizzo delle risorse, rispetto agli obiettivi programmatici e alle diverse aree di intervento. Pertanto, in questa ottica, risulta fondamentale definire i soggetti portatori di interesse rispetto alle azioni dell'azienda Sanitaria di Matera: i così detti stakeolder che potrebbero avere alta capacità di influenza e alto grado di interesse rispetto alle attività di riferimento e, quindi, forte capacità di intervento sulle decisioni che la ASM intende adottare.

Essi risultano essere divisi fra interni ed esterni all'Azienda.

Gli stakeolder interni sono principalmente

- le Associazioni sindacali.
- il personale ed i dirigenti della azienda sanitaria, i fornitori (tra cui anche gli altri prestatori d'opera, quali ad esempio le cooperative)
- gli studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari,
- i fornitori;
- La Regione Basilicata (Dipartimento di Sicurezza Sociale).

Gli stakeolder esterni sono:

- I cittadini /clienti
- Le istituzioni Pubbliche : Enti locali territoriali (Comuni, Province, regioni, Comunità montane ecc.);
- La Conferenza dei Sindaci;
- Agenzie funzionali (Consorzi Camere di Commercio, aziende sanitarie, agenzie ambientali, università ecc.);
- Gruppi organizzati: gruppi di pressione (sindacati, associazioni di categoria, partiti e movimenti politici, mass media);
- Gruppi non organizzati Cittadini, e collettività
- Le associazioni di volontariato;
- Imprese ed associazioni di imprese;
- Società scientifiche
- La Corte dei Conti
- Gli enti ecclesiastici;
- I fornitori esterni
- Il Ministero della salute
- gli assicuratori.

Il coinvolgimento degli stakeolder avverrà usualmente attraverso lo strumento della rendicontazione sociale. Sito web, incontri specifici, forum, conferenze di servizio, indagini rivolta alla popolazione nel complesso o a gruppi stabili (identificati secondo un campionamento statistico), cosiddetti panel di cittadini ecc.

4.3 Analisi delle risorse tecnologiche

Le principali tecnologie biomediche in dotazione della ASM sono le seguenti, suddivise per aree di pertinenza:

AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI/INTERVENTISTICA

1. **Risonanza magnetica nucleare (RMN):** n. 2 sistemi da 1,5 Tesla, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, ad elevati gradienti, che consentono l'esecuzione di esami ad elevata risoluzione ed in tempi ridotti;
2. **Tomografia assiale Computerizzata (TAC):** n. 2 sistemi da 64 slice, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, che consentono l'esecuzione di esami ad elevata risoluzione in tempi ridotti. Si caratterizzano inoltre per la presenza di accessori e pacchetti applicativi che consentono l'esecuzione di esami di colonscopia virtuale, di cardio TAC a bassa dose, di studi delle perfusioni cerebrali, dei noduli e delle lesioni polmonari, oltre che della funzionalità vascolare;
3. **Tomografo ad emissione di positroni con tomografia assiale computerizzata (PET/TC mobile):** n. 1 sistema, ubicato presso il P.O. di Matera, caratterizzato dalla possibilità di associare le informazioni di tipo fisiologico, tipiche della PET, a quelle di tipo morfologico del distretto anatomico esaminato, desunte dalla TAC. Con l'esame PET si ottengono mappe dei processi funzionali all'interno del corpo; In ambito oncologico, su indicazione dello specialista, la PET/TC permette di rispondere a quesiti specifici quali la diagnosi di malattia, la sua stadiazione (diffusione locale ed a distanza), valutazione della risposta alla terapia medica, diagnostica differenziale tra recidiva di malattia e fibrosi post-trattamento;
4. **Gamma Camera:** n. 2 sistemi, ubicati presso il P.O. di Matera, utilizzati in medicina nucleare per l'acquisizione di immagini scintigrafiche, per la ricerca e la diagnostica di patologie tumorali. Le immagini rappresentano visivamente la distribuzione, nel corpo umano, della radioattività emessa dai radiofarmaci iniettati nel paziente a scopo diagnostico o terapeutico.
5. **Angiografo:** n. 1 sistema, ubicato presso la Sala Operatoria del P.O. di Matera, utilizzato per le attività di emodinamica (coronarografie, angioplastiche), di elettrofisiologia (ablazione vie anomale, impianti pace-maker) e per le attività di radiologia diagnostica ed interventistica (angiografie periferiche, embolizzazione di sanguinamenti, trattamento chemioembolizzante di epatocarcinomi, sclerotizzazione di varicocele, angioplastiche carotidee.....);
6. **Mineralometria ossea computerizzata (MOC):** n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Tinchì. Il nuovo sistema installato a Matera, permette l'esecuzione di esami non disponibili in Regione Basilicata. Oltre a consentire la misurazione della densità minerale ossea anche in pazienti protesizzati, permette la valutazione del rischio di frattura a 10 anni con il metodo FRAX per il femore, oltre alla valutazione della composizione corporea (massa magra e massa grassa). Inoltre viene garantita l'esecuzione di esami ad alta risoluzione con tempi di scansione brevissimi, l'FDA ha autorizzato l'utilizzo di tale sistema per prevedere disturbi coronarici e cardiovascolari;
7. **Mammografo:** n. 3 sistemi, di cui n. 2 ubicati presso l'U.O. di Senologia del P.O. di Matera e n. 1 presso l'U.O. di Radiologia del P.O. di Policoro, digitali diretti, in grado di eseguire esami ad elevata risoluzione ed in tempi ridotti. Tali sistemi sono intensivamente utilizzati nel progetto di screening regionale "Progetto Basilicata Donna", per la prevenzione dei tumori al seno, con il quale la Regione Basilicata si propone di invitare tutte le donne fra i 50 ed i 69 anni ad effettuare una mammografia gratuita. In questa fascia di età la mammografia risulta molto utile per una diagnosi precoce;
8. **Ecografo alta fascia:** le tecnologie disponibili nei vari dipartimenti dell'azienda garantiscono diagnosi precoci e cure all'avanguardia, essendo dotate delle migliori funzionalità clinico diagnostiche e di tutti gli accessori indispensabili per garantire elevata accuratezza diagnostica e terapeutica. Esse dispongono di tutte le funzionalità più avanzate: gestione delle metodiche 2D, 3D, 4D (3D in tempo reale) e doppler. Oltre alle configurazioni generali internistiche (GENERAL IMAGING), sono presenti i moduli di seguito indicati:
 - a. configurazione vascolare (flebologia, angiologia, transcranico);

- b. modulo angiosonografico, per l'utilizzo dei mezzi di contrasto e la caratterizzazione di tessuti patologici (lesioni e metastasi epatiche, ispessimenti pareti intestinali, lesioni mammarie, ...);
 - c. pacchetti per applicazioni ostetrico/ginecologiche, completo di tutti gli indici fetali;
 - d. pacchetti per applicazioni cardiologiche, completo di tutti gli indici cardiaci;
 - e. pacchetti per applicazioni urologiche;
 - f. elastosonografia, per una definizione qualitativa e quantitativa dei tessuti;
 - g. ecoendoscopia, associando la risoluzione dell'endoscopia alla diagnostica ecografica;
 - h. moduli 3D/4D per acquisizioni volumetriche e ricostruzioni tridimensionali a mano libera;
 - i. configurazioni interventistiche, grazie ai pacchetti sw ed alle sonde intraoperatorie.
- Grazie al modulo DICOM è inoltre possibile integrare l'ecotomografo nel sistema di archiviazione immagini e referti aziendale e regionale: tutte le immagini ed i referti possono confluire nell'archivio ed essere resi disponibili nel dossier e nel fascicolo sanitario elettronico del paziente. Grazie all'ampia dotazione di sonde, anche in 4D, è infine possibile sviluppare ogni tipologia di indagine, anche volumetrica.
9. **Ortopantomografo**: n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Tinchì. Il dispositivo di Matera, di tipo digitale diretto, in grado di eseguire ortopantomiche e, grazie al teladiografo, di produrre radiografie latero laterale, antero posteriore, postero anteriore e carpale;
 10. **Litotritore**: n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Ortopedia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, a servizio delle UU.OO. di Ortopedia e di Urologia, utilizzati per trattare le calcolosi renali-ureterali-vescicali, delle vie biliari e delle ghiandole salivari, per garantire i trattamenti ortopedici, anche su tessuti molli e delle patologie muscolo-scheletriche, oltre che delle pseudoartrosi, delle necrosi asettiche e dell'induratio penis plastica;

AREA LABORATORI

1. **Laboratori centrali** (chimica clinica, immunochimica, microbiologia, biologia molecolare, batteriologia, emocromocitometria, emocoagulazione, urine), attualmente ubicati presso i PP.OO. di Matera, Policoro, Stigliano, Tinchì, Tricarico. E' in fase di realizzazione un modello aziendale unificato ed omogeneo (Laboratorio Unico Logico), che, tenendo conto delle diverse peculiarità territoriali e vocazioni delle diverse strutture, garantisce nel contempo un miglioramento della qualità del servizio erogato, contenendo infine i relativi costi di gestione. Tale modello prevede l'aggregazione della processazione dei campioni nel laboratorio di riferimento per la disciplina (P.O. di Matera) e nel laboratorio per la clinica di riferimento con attività diagnostiche di base e/o specialistiche (P.O. di Policoro). Gli altri presidi mantengono una tecnologia diagnostica leggera; viene inoltre garantita una gestione unificata ed integrata dei P.T.S. e dei P.S.A. aziendali.
2. **Laboratori di biologia cellulare**: tale laboratorio, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, sviluppa, in collaborazione con la società Metapontum Agrobios, progetti di ricerca sul funzionamento cellulare, anche nel campo emato-oncologico;
3. **Laboratorio di genetica medica**: tale laboratorio, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, effettua cariotipizzazioni per diagnosi di citogenetica prenatale, postnatale ed oncoematologica (con i microscopi in dotazione). Viene inoltre gestito l'allestimento delle colture cellulari (incubatori a CO₂, stufette,...). Nel settore della chimica clinica viene svolto lo studio dei protocolli di screening per le patologie cromosomiche più frequenti (trisomia 21, 18, 13). Inoltre il laboratorio si occupa dello studio del deficit di glucosio 6-fosfato-deidrogenasi (conosciuto come favismo). Tutti gli esami sono accompagnati da una consulenza pre e post test;
4. **Laboratorio di tipizzazione tissutale per trapianti d'organo**, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, la cui attività è prevalentemente rivolta alla tipizzazione dei potenziali donatori di organi solidi e di midollo osseo e per patologie associate con l'HLA. Effettua inoltre ricerca degli anticorpi anti-HLA per pazienti in lista d'attesa e pazienti nella fase di post-trapianto. E' dotato di attrezzature che consentono l'estrazione, l'amplificazione di DNA, e l'identificazione di alleli HLA (prevalentemente con biologia molecolare

o metodiche di sierologia e ricerca antigeni HLA sulla superficie dei linfociti). Il Laboratorio è centro di riferimento regionale per i trapianti d'organo;

AREA ESPLORAZIONI FUNZIONALI

1. **Sistema endoscopia digestiva:** n. 5 sistemi completi di endoscopia (gastrosopia, colonscopia), ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, Policoro, Tinchì, Tricarico ed in Sala Operatoria del P.O. di Matera, con disponibilità di strumentazione interventistica e non solo diagnostica e di ecoendoscopia;
2. **Capsula endoscopica (wireless endoscopy):** n. 1 sistema, ubicato presso il P.O. di Matera, costituito da un piccolo vettore in miniatura (la capsula) in grado di attraversare tutto l'apparato gastrointestinale, trasportato dai movimenti legati alla peristalsi con la possibilità di trasmettere in tempo reale le immagini del suo percorso. Con tale dispositivo viene offerta la possibilità di esplorare in modalità non invasiva il piccolo intestino, l'esofago ed il grosso intestino (colon);
3. **Breath test:** n. 4 sistemi ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, di Policoro, di Tinchì, di Tricarico per l'analisi dell'*helicobacter pylori* e n. 1 sistema ubicato presso l'U.O. di Endoscopia Digestiva per l'analisi dell'intolleranza secondaria al lattosio;
4. **Colonscopia robotica:** presso l'U.O. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera sta per avviarsi una sperimentazione che prevede l'utilizzo di questa metodica innovativa, nata dallo studio dei ricercatori di robotica medica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Tale metodica, consente, tramite l'utilizzo di sonde robot, l'esplorazione indolore ed accurata del colon, oltre che sicura per quanto riguarda le complicanze perforative, uso da farmaci per analgesedazione o rischi di infezione da contaminazione crociata.
5. **Termoablazione venosa mediante radiofrequenza:** presso l'U.O. di Chirurgia Vascolare del P.O. di Matera si sta avviando l'utilizzo di tale metodica, che consente un trattamento più appropriato (in day surgery) della patologia varicosa degli arti inferiori. Con la stessa si evita il ricorso al trattamento chirurgico tradizionale.

4.4 Le risorse finanziarie

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione" appaiono fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi.

Una piccola quota dei finanziamenti deriva dal Fondo Sanitario Nazionale, ma la principale fonte di finanziamento dell'Azienda è rappresentata dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale sulla base della cosiddetta "quota capitaria".

L'Azienda, che ha adottato un proprio documento programmatico per gli anni 2010-2012, utilizza anno per anno gli schemi del Conto Economico (modelli CE) previsti dal Ministero della Salute (D.M. 11 febbraio 2002), in cui espone in termini presuntivi i valori della produzione e dei costi della produzione.

Di seguito si riporta il Conto Economico relativo ai bilanci d'esercizio 2010 e 2011 (ultimo bilancio d'esercizio adottato dall'ASM).

	CONSUNTIVO 2010	CONSUNTIVO 2011
A) VALORE DELLA PRODUZIONE		
1) contributi in conto esercizio	332.480.523	340.792.039
2) proventi e ricavi diversi	97.302	23.728.041
3) concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	26.224.905	1.782.064
4) compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	2.911.310	3.466.164
5) costi capitalizzati	3.206.717	4.979.287
TOTALE A	364.920.758	374.747.594

	CONSUNTIVO 2010	CONSUNTIVO 2011
B) COSTI DELLA PRODUZIONE		
1) acquisti di beni	41.832.447	43.999.108
2) acquisti di servizi	193.982.045	198.419.798
a) prestazioni sanitarie da pubblico	53.787.000	58.350.233
b) prestazioni sanitarie da privato	120.872.457	117.796.554
c) prestazioni non sanitarie da pubblico	0	30.005
d) prestazioni non sanitarie da privato	19.322.588	22.243.006
3) manutenzioni e riparazioni	4.845.822	5.046.047
4) godimento di beni di terzi	2.417.153	3.094.926
5) personale sanitario	100.381.461	98.024.079
6) personale professionale	486.879	526.036
7) personale tecnico	18.394.425	17.417.112
8) personale amministrativo	7.359.985	6.832.474
9) oneri diversi di gestione	5.659.360	5.271.577
10) ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	39.835	40.155
11) ammortamenti dei fabbricati	1.776.460	3.002.372
a) disponibili		
b) indisponibili	1.776.460	3.002.372
12) ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.257.418	2.690.577
a) impianti e macchinari		
b) attrezzature sanitarie	1.480.039	1.755.787
c) mobili e arredi	329.247	281.832
d) automezzi	12.113	12.887
e) beni strumentali diversi	436.018	640.071
13) svalutazione dei crediti		
14) variazione delle rimanenze	935.050	-636.306
a) sanitarie	908.475	-566.165
b) non sanitarie	26.575	-70.141
15) accantonamenti tipici dell'esercizio	598.862	2.341.896
TOTALE B	380.967.202	386.069.850
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	-16.046.444	-11.322.256
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI		
1) interessi attivi	8.403	8.551
2) altri proventi	16	102
3) interessi passivi	0	0
4) altri oneri	4	8
TOTALE C	8.415	8.646
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
1) rivalutazioni		
2) svalutazioni		
TOTALE D	0	0
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		
1) minusvalenze	-12.898	0
2) plusvalenze	0	0
3) accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria		

	CONSUNTIVO 2010	CONSUNTIVO 2011
4) concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche		
5) sopravvenienze e insussistenze	1.095.375	1.121.944
TOTALE E	1.082.477	1.121.944
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+/-C+/-D+/-E)	-14.955.553	-10.191.667
IMPOSTE E TASSE	8.653.908	8.503.906
UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	-23.609.460	-18.695.573

Il Conto Economico si è chiuso per entrambi gli anni considerati evidenziando una perdita d'esercizio, pari per il 2010 a -23,6 milioni di euro e per il 2011 a -18,7 milioni di euro.

L'ASM ha avviato un percorso virtuoso finalizzato a ricondurre in equilibrio la gestione economica, in una prospettiva di sostenibilità del sistema aziendale da rendere compatibile con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza da garantire alla popolazione di riferimento.

Gli effetti dell'azione di risanamento economico, già evidenti nella riduzione della perdita di circa 5 milioni di euro dal 2010 al 2011, saranno maggiormente apprezzabili nel 2012 e negli anni successivi, per effetto delle strategie di contenimento dei costi poste in essere dall'Azienda anche in applicazione delle manovre urgenti di revisione della spesa pubblica (spending review), approvate di recente dal Legislatore nazionale e regionale.

4.5 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

Considerato che il Piano definisce gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance, è fondamentale garantire coerenza e coordinamento tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, piani d'azione e risorse economiche.

In particolare, viene descritto come il Piano debba comprendere una sezione in cui si descrivono le scelte operate dall'Amministrazione, con riguardo alle modalità adottate per garantire l'effettivo collegamento e integrazione tra la pianificazione delle performance e la programmazione economico finanziaria e di bilancio.

La realizzazione di un Piano, come peraltro indicato al paragrafo 3.7.2 della delibera n. 112/2010, che sia in grado di garantire l'integrazione tra processi, in primis il ciclo del bilancio, porterebbe all'Amministrazione diversi benefici, quali:

1. la coerenza dei contenuti,
2. la coerenza dei calendari con cui si sviluppano i due processi,
3. il coordinamento con gli attori e le funzioni organizzative interessate,
4. l'armonizzazione della reportistica e dei sistemi informativi.

L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- la definizione condivisa di obiettivi e significati della pianificazione e della valutazione;
- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo;

- l'individuazione di linee guida di processo e sperimentazione di prassi operative e/o sistemi informativi.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

L'elaborazione del bilancio di previsione deve essere adottato dal Direttore Generale dell'ASM entro il 10 novembre così come recentemente riportato dall'art 15 della Legge Regionale 8 agosto 2012, n. 16, che, modificando l'articolo 14 della L.R. 27 marzo 1995, n. 34, ha stabilito che le aziende sanitarie e ospedaliere regionali, compreso il Crob, predispongono un bilancio preventivo economico annuale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione Basilicata.

Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione), per il primo anno di attuazione del Piano (2012) l'Azienda Sanitaria di Matera ha completato il processo di programmazione e di bilancio di previsione prima della predisposizione del Piano delle performance.

Nel corso dell'anno 2013, che rappresenta, il primo anno di applicazione del Piano, verranno perfezionati tutti i passaggi che la normativa richiede affinché il documento possa essere perfezionato dal recepimento delle indicazioni relative alle aspettative e alle attese di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni).

Per la tempistica di realizzazione del ciclo della performance si veda il grafico seguente.



5. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

5.1 Il Sistema di misurazione e valutazione della performance

I Sistemi di misurazione della *performance* sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e *performance* organizzative.

Il Sistema di misurazione della *performance* adottato dalla ASM è orientato principalmente alla soddisfazione e il coinvolgimento del cittadino.

Il processo di formazione e di realizzazione del Sistema si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (definizione, adozione, attuazione e *audit*) in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano (Tabella n. 1).

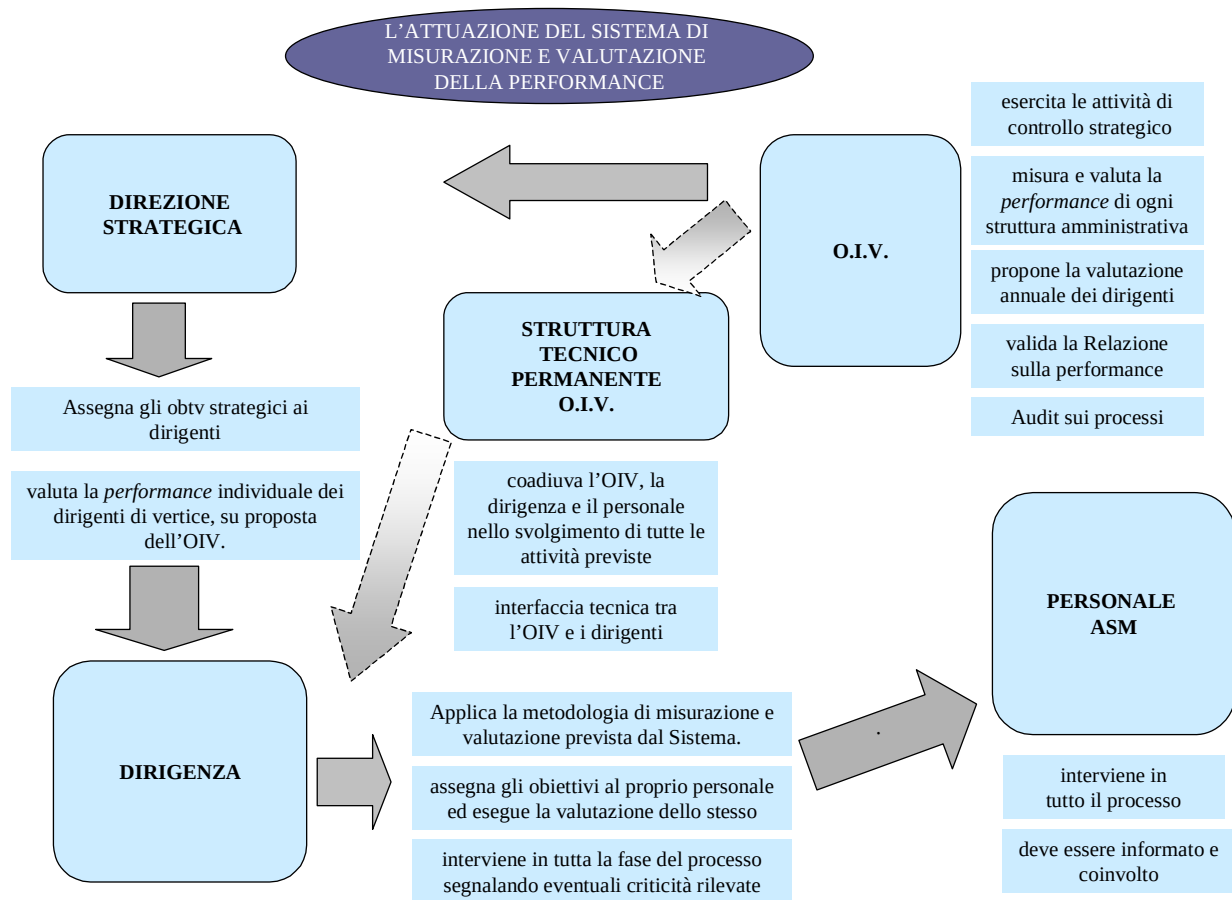
Fase	Soggetti interni coinvolti
1) Definizione/aggiornamento del Sistema	▪ Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	▪ Direzione Strategica ASM
3) Attuazione del Sistema	▪ Direzione Strategica ASM ▪ Dirigenza ▪ Personale ▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente) ▪ Personale, dirigenziale e non

1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

2) Adozione e 3) Attuazione del Sistema: la Direzione Strategica promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance. gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Strategica con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e delle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza con la Politica della Qualità. La dirigenza, in particolare quella di vertice, contribuisce all'attuazione del Sistema e all'aggiornamento dei contenuti dello stesso

L'attuazione del sistema è sintetizzata nel grafico seguente.



4) Monitoraggio e audit del Sistema: in corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati. A fine anno il Nucleo interno di Valutazione ora O.I.V. valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

L'O.I.V., infatti, ha il compito di verificare la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla CIVIT e di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, esercitando un'attività di impulso, nei confronti del vertice politico-amministrativo nonché della dirigenza, per l'elaborazione e l'aggiornamento del Sistema e per la sua attuazione.

Fondamentale è, inoltre, il ruolo della interfaccia tecnica/amministrativa tra l'O.I.V. e la dirigenza che si occupa di interagire con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

5.2. La Valutazione Globale della Performance (VGP) applicata dalla Regione Basilicata ed il sistema degli indicatori

L'indicatore è la misura che permette di verificare il grado di raggiungimento di un determinato obiettivo e può essere impiegato lungo l'intero percorso che parte dalla rilevazione degli bisogni degli *stakeholder* e, quindi, l'individuazione degli *outcome*, fino ad arrivare alla definizione degli obiettivi del personale e costituisce, quindi, la base per la misurazione dell'efficienza, ovvero degli *output* ottenuti in relazione agli *input* impiegati, e dell'efficacia, ovvero dei risultati raggiunti in relazione ai *target* desiderati.

La DGR n. 298/2012 ha provveduto a definire gli obiettivi di salute e di programmazione economico/finanziaria negli anni 2012-2013 da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie della Regione Basilicata, correlando a questi la retribuzione di risultato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

La partecipazione al sistema di valutazione degli obiettivi assegnati dalla delibera regionale può essere intrapresa solo nel caso in cui i Direttori Generali abbiano preliminarmente superato una verifica in merito a:

1. Equilibrio Economico del SSR (solo 2012): i Costi di produzione rilevati nel corso dell'esercizio 2012 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2010.
2. Rete Regionale degli Acquisti - URA :La ASM deve aver provveduto all'approvvigionamento di beni e servizi attraverso unioni regionali di acquisto, in misura non inferiore al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi.

Verificato il raggiungimento dei pre-requisiti si ha accesso al sistema obiettivi per il 2012.

Fatto cento il punteggio totale raggiungibile da ogni Azienda sono stati assegnati dei punteggi parziali per ognuna delle 5 aree di risultato:

1. TUTELA DELLA SALUTE
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

Per valutare il trend positivo o negativo che il management ha saputo realizzare nella gestione della propria Azienda la Regione ha deciso, inoltre, di valutare la performance globale dell'azienda (V.G.P) attraverso il confronto tra il posizionamento che la stessa aveva nell'anno 2010 e il posizionamento ottenuto a fine 2012 su 10 indicatori individuati all'interno dei 47 impiegati per la valutazione degli obiettivi. (vedere tabella seguente).

AREE STRATEGICHE DI RISULTATO	I 10 INDICATORI PER LA VALUTAZIONE GLOBALE PERFORMANCE (VGP)
1. TUTELA DELLA SALUTE	1.1.3 Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni
	1.2.3 Estensione grezza dello screening cervicocervicale
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
	2.1.4 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
	2.1.6 Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
	2.2.1 Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
	2.2.2 Percentuale di parti con taglio cesareo primario
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	3.1.2 Spesa farmaceutica territoriale pro capite
4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4.5.1 Consumo di farmaci oppioidi
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	5.2.1 Miglioramento sui tempi di attesa

I casi possibili di esito della valutazione globale della performance sono tre:

- 1) se l'Azienda ha peggiorato la sua performance su questi indicatori il risultato ottenuto sul totale degli obiettivi verrà decurtato del 30% della differenza tra il massimo ottenibile e il risultato ottenuto;
- 2) se l'Azienda ha migliorato la sua performance su questi indicatori il risultato ottenuto sul totale degli obiettivi verrà incrementato del 30% della differenza tra il massimo ottenibile e il risultato ottenuto;
- 3) se l'Azienda ha mantenuto la stessa identica performance su questi indicatori verrà assegnato il punteggio già ottenuto sul totale degli obiettivi senza correttivi.

Per quanto riguarda la modalità di monitoraggio la DGR 298/2012 ha previsto che gli obiettivi verranno verificati secondo la seguente tempistica:

- alla chiusura del 31 dicembre 2012
- al 31 maggio 2012
- al 30 settembre 2012

6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI E GESTIONALI

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il “processo di budgeting” nell’ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

L’individuazione e l’assegnazione degli obiettivi strategici rappresenta comunque la prima fase del processo, muovendo dal livello Direzionale e dagli uffici di Staff, e prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai Dipartimenti Aziendali e ai CdR, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è centrato sulla misurazione e valutazione della **performance organizzativa**, indicando ogni raccordo logico per l’allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori (strumenti che rendono possibile l’attività di acquisizione delle informazioni), di outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato o valore atteso) per ciascun indicatore, che deve avere caratteristiche di qualità e di fattibilità opportunamente soppesate, al fine di soddisfare le esigenze dei portatori di interesse interni ed esterni, e dell’Utenza in particolare, cui le azioni sottese agli obiettivi sono destinate.

A tal fine, l’Azienda Sanitaria di Matera ha istituito con delibera n. 381 /2012 un Comitato di budget aziendale, quale organismo di supporto alla Direzione Strategica nella negoziazione /assegnazione alle strutture dipartimentali degli obiettivi di attività e delle relative risorse necessarie al loro raggiungimento.

Pertanto, ai fini dell’efficacia dell’intero sistema e per garantire la connessione fra il sistema di misurazione della performance organizzativa con quello della misurazione e valutazione della performance individuale, si è fatto ricorso ad un’opportuna “mappa strategica” che consente di declinare ed evidenziare a cascata, nei diversi livelli organizzativi, gli **obiettivi operativi** attribuiti in fase di negoziazione:

- al I livello tra la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento e Posizioni Organizzative del comparto;
- al 2° livello tra i Responsabili di macrostruttura (Direttori di dipartimento) e i dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse;
- al 3° livello da parte di questi ultimi nei confronti delle singole Unità Operative Semplici ed Unità di personale non dirigente.

Tale processo, che si sviluppa in coerenza con gli obiettivi strategici fissati a livello regionale, si estrinseca infine nella definizione di un Documento di budget per ogni Dipartimento aziendale, (nei quali sono esplicitati gli obiettivi di attività e di risorse negoziati e poi assegnati ai Dipartimenti e alle UU.OO. aziendali).

Nei documenti di budget sono definiti gli obiettivi dipartimentali e di unità operativa complessa e semplice, con la specificazione di indicatori di risultato per la misurazione del raggiungimento dei risultati attesi.

Il **processo di valutazione** (definizione degli obiettivi individuali – assegnazione del peso relativo a ciascuna area, misurazione del risultato valutazione della performance) viene documentato attraverso la compilazione di apposite schede di valutazione:

- per le varie UU.OO. e Dipartimenti aziendali la valutazione viene effettuata dall’O.I.V. attraverso l’analisi, delle relazioni dei Direttori di dipartimento e di UU.OO., della documentazione e dei dati di attività e dei costi, messi a disposizione dal Centro di Controllo Strategico;
- per i singoli operatori, attraverso la compilazione di apposite “schede per la valutazione della Dirigenza e del Comparto”.

Per il personale dirigenziale, nella scheda vengono valutate due aree, una riferita alle competenze e ai comportamenti e l’altra relativa agli obiettivi individuali. Ognuna di queste aree ha un peso che viene definito dalla Direzione Strategica anno per anno. I valutatori sono a cascata per i dirigenti di I livello il Direttore della struttura complessa, per i direttori di S.C. il valutatore è il Direttore del Dipartimento; per il Direttore del Dipartimento il valutatore è la Direzione Strategica.

La scheda di valutazione dei dirigenti e la relativa procedura è stata pubblicata sul sito aziendale nella sezione “intranet” ed è a disposizione di tutti i dirigenti aziendali, sia per eventuali consultazioni che per la compilazione. Come prescritto dalle linee Guida della CIVIT si allega al Piano la scheda di valutazione individuale del personale dirigenziale (Allegato 3)

Anche per il personale del Comparto è stata definita un apposito regolamento per la valutazione permanente, definita ed allegata al Contratto Collettivo Aziendale stipulato nel 2010.

SOGGETTI DA VALUTARE	TEMPI	OGGETTO	ORGANI COMPETENTI	
			I ^ ISTANZA	II^ ISTANZA
Personale del Comparto Ruolo Sanitario – Sociale – Amm/ Tecnico	1	Produttività collettiva Individuale Progressione orizzontale	Coordinatore / P.O.	Commissione di Selezione
Coordinatore Ruolo Sanitario / Sociale	2	Funzione di Coordinamento	P.O. Dirigente	Dirigente S.A. Dirigente U.O.
	3	Posizione Organizzativa	* Dirigente U.O.	Nucleo di Val. / OIV

*N.B. Per il dirigente si intende, per il personale afferente al Servizio Assistenza il Dirigente del S.A. e , per il personale tecnico- amministrativo il, Dirigente della U.O. o il Direttore Amministrativo.

Per ogni operatore del comparto è stata predisposta una scheda di valutazione annuale.

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'OIV, dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale.

6.1.Ciclo di gestione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si innesca quindi nell'ambito del più ampio **Ciclo di gestione della performance**, articolato nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
- 2) collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
- 5) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 6) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico - amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

Il percorso “a cascata” nell'attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ed essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali ai Dipartimenti rappresentati dal Direttore e dalla Posizione Organizzativa (Comparto) dipartimentale .

I Direttori dei Dipartimenti, assegnano/negozano gli obiettivi ai dirigenti delle strutture complesse e semplici dipartimentali , comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e le modalità previste per il raggiungimento degli stessi; informano inoltre sui criteri e le modalità di valutazione della performance individuale.

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda. Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Sanitario Regionale.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della Performance, integrato ed aggiornato annualmente.

Le strategie (Aree strategiche) sono quindi declinate in obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tali obiettivi, e i relativi indicatori e standard, vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione con i Dirigenti responsabili di Unità Operative.

Altro documento strategico che fornisce input al processo di predisposizione del Piano della Performance è il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire un adeguato livello di trasparenza, legalità e sviluppo della cultura dell'integrità (art. 11 Decreto Legislativo 150/09). Tale Programma rappresenta il framework di riferimento attraverso il quale alimentare la sezione trasparenza delle Schede di Programmazione contenute nel Piano della Performance.

Il Piano della performance, deliberato dal Direttore Generale, verrà pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio 2012.

L'Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione – indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

Attraverso la delega, l'Azienda, persegue il processo di valorizzazione delle attribuzioni dirigenziali trasferendo il processo decisionale al livello appropriato, con un conferimento di responsabilità caratterizzata dal compito che il Direttore Generale assegna al Dirigente, dall'autorità concessa al delegante nell'impiego delle risorse e dall'obbligo del Dirigente delegato di rispondere al delegante in termini di responsabilità.

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Nell'ambito dei limiti previsti dalla negoziazione di budget possono anche assumere obbligazioni in nome e per conto dell'Azienda.

Entro tali limiti, spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I Dipartimenti sono individuati secondo specifici parametri dimensionali e funzionali.

Le Strutture Complesse (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le Strutture Semplici (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

In questa Azienda la funzione dello staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione.

Appartengono allo staff le seguenti competenze:

- Programmazione e Controllo di Gestione;
- Risk management.
- Servizio Assistenza

7.2 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Il Piano delle performance, nella sua prima stesura, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Il Piano verrà comunque revisionato nel corso dell'anno 2012 in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie. Tale piano verrà inoltre integrato con il piano della trasparenza al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornirne trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari stakeholder.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individua la necessità di porre in atto azioni di verifica della performance aziendale e individuale.

Quest'ultima prevede un disegno di attuazione particolarmente articolato che coinvolgerà tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale.

7.3. L'albero della performance

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

Per poter accedere al sistema di valutazione della performance occorre valutare il rispetto dei seguenti "pre-requisiti" indicato dalla DGR n. 298/2012:

- **EQUILIBRIO ECONOMICO DEL SSN – GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA:** l'area comprende obiettivi di perseguimento di condizioni di compatibilità economico finanziaria con il budget assegnato all'Azienda; Gli obiettivi sono volti a monitorare alcune aree in cui sono possibili interventi di razionalizzazione ai fini dell'efficienza economico – finanziaria con l'obiettivo di ridurre il rischio del non raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario;
- **RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI:** Efficienza gestionale amministrativa, che individua obiettivi relativi al miglioramento ed alla razionalizzazione dei processi sanitari e amministrativi gestiti.

Dopo aver verificato il rispetto dei sopracitati "pre-requisiti" la ASM è valutata sulla base delle seguenti 5 aree strategiche:

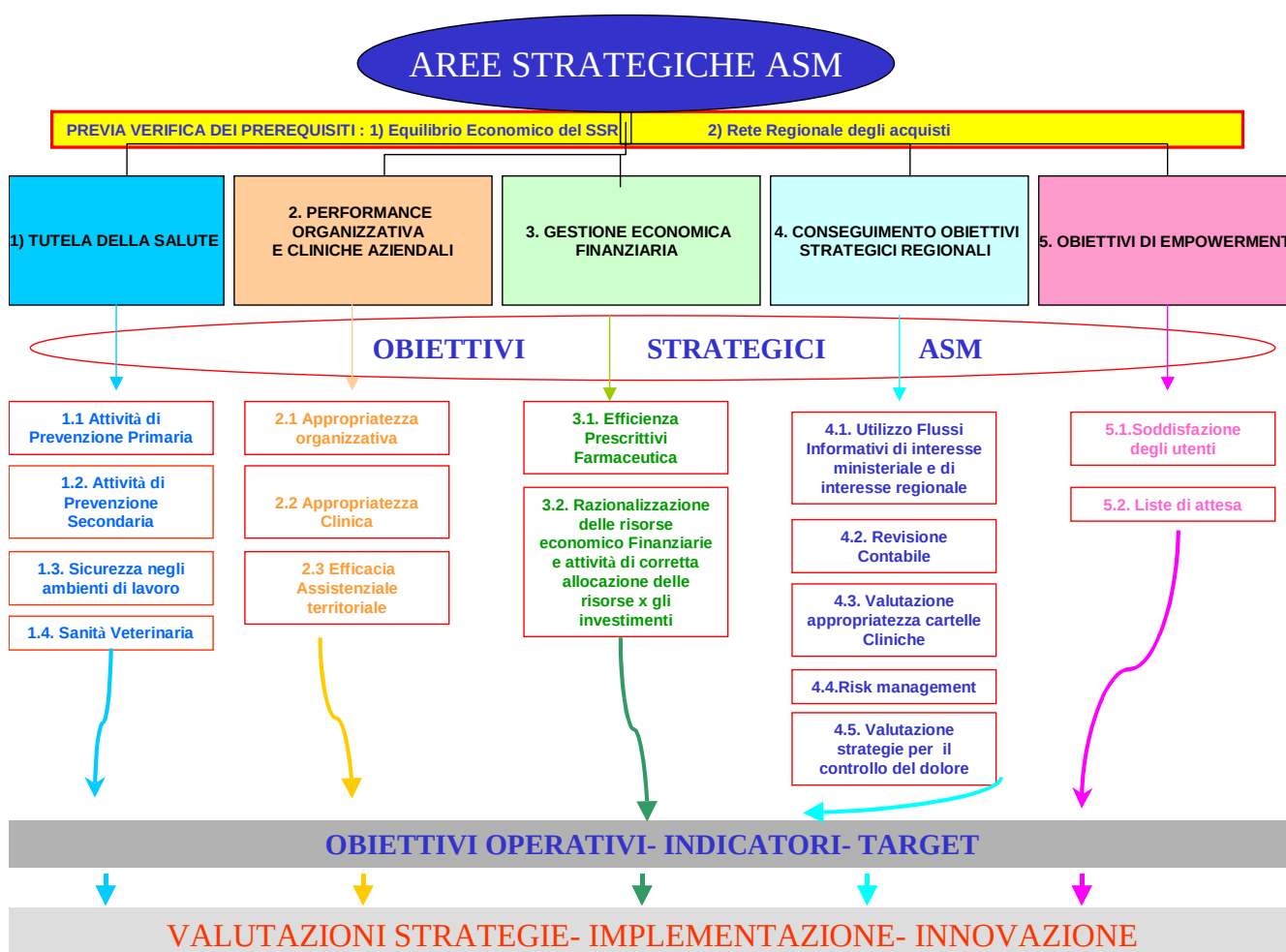
- 1) **TUTELA DELLA SALUTE:** Prevenzione primaria e secondaria per la protezione della popolazione di riferimento da realizzarsi attraverso le attività di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Tutela della salute dei lavoratori e concorso alla riduzione degli incidenti sul lavoro, attraverso controlli sulle imprese del territorio.
- 2) **PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI:** Appropriately Organizzativa – Appropriately Clinica – Efficacia assistenziale Territoriale. Obiettivi riferiti alla qualità, appropriatezza ed efficienza della capacità di governo della domanda e della risposta del sistema sanitario sia per le attività ospedaliere che per quelle territoriali.
- 3) **GESTIONE ECONOMICO_FINANZIARIA:** razionalizzazione dei costi e maggiore appropriatezza prescrittivi;
- 4) **CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI:** Progetti di miglioramento di alcune specifiche aree sanitarie

- 5) **OBIETTIVI DI EMPOWERMENT:** Obiettivi miranti a considerare centrale il cittadino nelle attività dell'Azienda Sanitaria di Matera, attraverso la rendicontazione e la valutazione dei livelli di gradimento degli output prodotti sia in termini di servizio che di prestazioni.

Tali obiettivi vengono successivamente declinati e assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con tutti i Direttori/Responsabili alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

L'Albero della Performance è rappresentato graficamente seguito dalla Tabella dove sono enucleati gli obiettivi operativi, gli indicatori (e relativa formula), i target per il triennio di riferimento, la fonte dei dati ed i destinatari.

Attualmente è ancora in corso l'attività di ricognizione di tutti i dati necessari per le verifiche relative all'anno 2012.



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
PREREQUISITO Equilibrio Economico del SSR	I costi economici rilevati nel 2012 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2010	Riduzione dei costi	Costi anno X- Costo 2010)/Costo anno 2010	-1% rispetto all'esercizio 2010			Conto Economico 2010, 2012, 2013, 2014	Tutte le UU.OO. ASM
PREREQUISITO Area Amministrativa	Implementare la Rete Regionale degli acquisti	Provvedere all'approvig. di beni e servizi attraverso URA non inferiore 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi in URA	Totale acquisti/ acquisti in URA	Indizioni/Aggiudicazioni gare specificate nella DGR 298/12	≥ 70%		U.O. Economato e provveditorato	Direzione Amministrativa Aziendale U.O. Economato e provveditorato

1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	1.1.1. Copertura Vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	Cicli vacc. completati al 31dic coorte di bambini che compiono 2 anni x 100	> 90 %	> 90 %	> 90 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali
		1.1.2. Copertura x vaccino MPR	Cicli vac.completati al 31 dic. X MPR /coorte di bambini che compiono 2 anni x 100	> 90 %	> 90 %	> 90 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	(VGP) 1.1.3. Copertura x vaccino antinfluenzale over 64 anni	Soggetti vaccinati di età ≥ 65 anni/ Pop. Di età ≥ 65 anni x 100	> 75%	> 75%	> 75%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali
	1.2. Attività di Prevenzione Secondaria	1.2.1 Estensione grezza dello screening mammografico	N. donne invitate allo screening in 2 anni/ Popolaz. di riferimento x 100	> 93 %	>95 %	>95 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana
		1.2.2 Adesione grezza dello screening mammografico	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico/ n. donne invitate allo screening x 100	> 60%	>80%	> 80%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
1) TUTELA DELLA SALUTE		(VGP) 1.2.3 Estensione grezza dello screening cervice uterina	N. donne invitate allo screenin cerv. ut. in 2 anni Popolazione di riferimento x 100	> 91%	> 95%	> 95%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana
	1.2. Attività di Prevenzione Secondaria	1.2.4. Adesione grezza dello screening cervice uterina	N. donne che hanno partecipato allo screening cer.ut/ n. donne invitate alloscreening x 100	> 40 %	> 60%	> 60 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana
	1.3. Sicurezza negli ambienti di lavoro Riduzione degli incidenti sui luoghi di lavoro	1.3.1 Attività di controllo	n. imprese attive presenti sul territorio controllate/ n. di imprese attive presenti sul territorio x 100	> 10 %	> 10 %	> 10 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata UU.OO. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM	Dipartimento di prevenzione Umana UU.OO. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM
	1.4 Sanità Veterinaria	1.4.1 Controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	N. di allevamenti x TBC bovina controllati/ n. di allevamenti da sottoporre a controllo x 100	>99%	> 99%	> 99%	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
	1.4 Sanità Veterinaria	1.4.2 Controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	N. di allevamenti x brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina controllati/ n. di allevamenti da sottoporre a controllo x 100	>99%	> 99%	> 99%	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
		1.4.3 Controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	N. di aziende ovicaprine controllate/ n. totale di aziende ovicaprine x100	>5%	>5%	>5%	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
		1.4.4 Controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	% di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale analizzati/ n. di campioni programmati x 100	>99%	> 99%	> 99%	Banca dati regionale NSIS Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatelyzza organizzativa (	2.1.1 Riduzione tasso di ospedalizzazione	N. ricoveri ordinari attesi/ Pop standard x 100/	< 105 %	< 105 %	< 105 %	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti ospedalieri UU.OO. attività territoriali
		(VGP) 2.1.2 Riduzione DRG Medici ordinari da reparti chirurgici	n. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100 n. dimessi da reparti chirurgici	< 30%	<20%	<20%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO P.S. Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
		2.1.3 Incremento del setting assistenziale Day Surgery per DRG Lea chirurgici	n. ricoveri effettuati in D.S.x100 n. ricoveri effettuati in D.S. e ricov. ordinario	>55%	>60%	>60%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatelyzza organizzativa	(VGP) 2.1.4 Riduzione Ricoveri DH medico con finalità diagnostiche	n. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica x 100/ n. ricoveri in DH medico	<13%	<12%	<10%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
		2.1.5 Riduzione Ricoveri ordinari medici brevi (0-1 giorni)	n. ric.ordinari medici brevi x100/ n. ricoveri ordinari medici	<14%	<13%	<13%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
		(VGP) 2.1.6 Riduzione n. giorni di degenza pre-operatoria	n.giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico/ n. dimessi sottoposti int.chir	<1%	<1%	<1%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici e dei Servizi Diagnostici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
	2.2 Appropriatelyzza Clinica	(VGP) 2.2.1 Riduzione giornate di degenza preoperatoria per frattura del femore (0-2 gg)	n. interventi per frattura femore con degenza preoperatoria <2 / n. interventi per frattura femore x 100	>30%	>50%	>60%	SIS Flusso SDO	UU.OO Ortopedia Matera. – Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
		(VGP) 2.2.2 Riduzione parti con taglio cesareo primari	n. parti cesarei primari/ n. totale di parti con nessun pregresso parto cesareo x 100	<25%	<25%	<25%	SIS Flusso SDO	UU.OO Ostetricia e ginecologia di Matera–Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA								

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
E CLINICHE AZIENDALI	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale	2.3.1 Riduzione T.O. per scompenso in pop 50-74 anni	N. ricoveri x scompenso cardiaco in res. Fascia di età 50 –74 anni Pop. Residente 50 – 74 anni x 100	< 350	<200	<200	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
		2.3.2 Riduzione T.O. per diabete in pop 20-74 anni	N. ricoveri x diabete in res. Fascia di età 20 –74 anni/ Pop. Residente 20 – 74 anni x 100	<42	<21	<21	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
		2.3.3 Riduzione T.O. per BPCO in pop 50-74 anni	N. ricoveri x BPCO in res. Fascia di età 50 –74 anni/ Pop. Residente 50 – 74 anni x 100	<100	<50	<50	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
		2.3.4 Incremento Pazienti trattati in ADI >64 anni	N. ric. over 64 ricoverati in ADI Pop. Residente over 64 x 100	> 5%	>5,5%	>5,5%	SIS Flusso ADI	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali
		2.3.5 Incremento Riduzione consumo di farmaci Pompa protonica	N, unità di IPP erogate/ Pop. residente pesata	<27%	<21%	<21%	SIS Flusso Marno	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.6 Riduzione abbandoni di pz. in terapia con statine	N. utenti che consumano 1 o 2 conf. di statine all'anno/ N. utenti che consumano statine x 100	<15%	<8%	<8%	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.7 Riduzione incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema angiotensinax100	N. confez. di farmaci inibitori angiotensina II associati e non/... n.conf.farmaci gruppo ter.C09	<35%	<30%	<30%	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale	2.3.8 Riduzione di abbandono di pz. in terapia con antidepressivi	n. utenti che consumano 1 o 2 conf. di antidepressivi all'anno / n. utenti che consumano antidepressivi x100	<31%	<27%	<27%	SIS Flusso Marno	DSM UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.9 Riduzione consumo di farmaci Antibiotici	$\frac{\text{DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno} \times \text{principio attivo}}{\text{N. residenti} \times 365 \times 1000}$	<24	<20	<20	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.1. Efficienza Prescrittivi Farmaceutica	3.1.1 Rispetto tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale (<13% del valore complessivo di riparto)	Spesa farmaceutica territoriale	<13%	<13%	<13%	Ufficio risorse finanziarie Dipartimento Salute	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
		(VGP) 3.1.2 Riduzione Spesa farmaceutica territoriale pro –capite	Spesa farmaceutica convenz. + spesa x distribuz. diretta / Popolazione residente pesata	<250	<215	<215	SIS Flusso Marno	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
		3.1.3 Incremento dell'uso di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto associati	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto / Tot. Unità posologiche di derivati diidropiridinici coperte da brevetto	>75%	>75%	>75%	SIS Flusso Marno	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.1. Efficienza Prescrittivi Farmaceutica	3.1.4. Incremento dell'uso di ACE inibitori associati non coperti da brevetto associati	N. unità posologiche di ACE inibitori non coperti da brevetto / Tot.unità posologiche di ACE inibitori associati x 100	>80	>84	>84	SIS Flusso Marno	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
		3.1.5. Incremento di utilizzo sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani non associati	N. . unità posologiche sartani a brevetto scaduto non associati /N..unità posologiche di sartani non associati x 100	>18	>18	>18	SIS Flusso Marno	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
		3.1.6. Incremento di utilizzo di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani associati	N. unità posologiche sartani a brevetto scaduto associati// N..unità posologiche di sartani associati x 100	>19	>19	>19	SIS Flusso Marno	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
	3.2. Razionalizzazione delle risorse economico Finanziarie e attività di corretta allocazione delle risorse x gli investimenti	3.2.1 Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino	Diff.tra il valore riportato nella voce “B.I.1) Rimanenze mat.san.” del modello SP dell’anno e il valore riportato nella stessa voce del modello SP di due anni precedenti (= valore Diff.)	>20	>20	>20	Modello SP Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Economato e Provveditorato U.O. farmacia ospedaliera
			valore riportato nella voce “B.I.1) rimanenze mat.san. del modello SP relativo ai due anni precedenti (= valore base)					UU.OO. Dipartimenti ospedalieri U.O. Gestione Risorse Finanziarie

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA		3.2.2 Effettuazione Investimenti ex art.20 Affidamento e esecuzione lavori individuati	Numero dei "warning" della procedura SGP risolti entro il bimestre successivo	Si	Si	SI	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Gestione Tecnica U.O. Gestione Risorse Finanziarie U.O. Economato e Provveditorato

4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4.1. Utilizzo Flussi Informativi di interesse ministeriale e di interesse regionale	4.1.1 Invio flussi informativi in maniera completa e tempestiva di tipo A	N. dei flussi inviati in maniera tempestiva e completa	Si	Si	SI	SIS Uffici Dipartimento Salute Regione Basilicata	UU.OO. ASM che inviano flussi U.O. SIS ASM
		4.1.1 Invio flussi informativi in maniera completa e tempestiva di tipo B	N. dei flussi inviati in maniera tempestiva e completa	Si	Si	SI	SIS Uffici Dipartimento Salute Regione Basilicata	UU.OO. ASM che inviano flussi U.O. SIS ASM
	4.2. Revisione Contabile	4.2.1 Certificazione del Bilancio aziendale	Opinione positiva – positiva con limitazioni – impossibilità a certificare da parte dell'ente certificatore	Opinione positiva o con limitazioni	Opinione positiva	Opinione positiva	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Gestione Risorse Finanziarie
	4.3. Valutazione appropriatezza cartelle Cliniche	4.3. 1 Controllo cartelle Cliniche e dinvio relazione	N. cartelle cliniche controllate/ N. totale Cartelle Cliniche di dimissione dell'anno in corso secondo quanto previsto dal D.M. salute del 10 dicembre 2009 Invio dati agli uffici regionali	≥10% Cartelle Cliniche Invio relazione aziendale sul controllo effettuato entro il 15 maggio dell'anno successivo			Osservatorio Epidemiologico regionale della Basilicata (OER_B)	Direzioni Sanitarie P.O. Matera e P.O. Policoro
	4.4.Risk management	4.4.1. Redazione Piano di previsione delle attività	Invio del Piano entro il 30 giugno anno in corso	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4.4.Risk management	4.4.2 Relazione di attuazione delle attività di Risk management	Invio relazione di attuazione del Piano per il Risk management entro il 28 febbraio anno successivo alla redazione del Piano stesso	Si			Ufficio Pianificazione del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico
	4.5. Valutazione strategie per il controllo del dolore	(VGP) 4.5.1 Aumento del consumo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore	$\frac{\text{DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno} \times \text{principio attivo}}{\text{N. residenti} \times \text{principio attivo} \times 1000}$	>1	>1,6	>1,6	SIS Flusso MARNO	Medicina di base Hospice UU.OO: ospedaliere e territoriali che seguono i malati terminali
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	5.1.Soddisfazione degli utenti	5.1.1. Produzione ed invio in Regione relazione sulla customer satisfaction	Invio della relazione sulla customer entro 28 febbraio anno successivo	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale UU.OO Aziendali
		5.1.2. Redazione ed invio Bilancio Sociale	Redazione ed invio BiLANCIO SOCIALE entro il 28 febbraio anno successivo	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale U.O. Qualità UU.OO Aziendali
	5.2. Liste di attesa	(VGP) 5.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	N. di liste di attesa critiche risolte/n . liste di attesa critiche x 1000	>50	>80	>80	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	Direzioni Sanitarie Ospedaliere – Distretti – UU.OO: ospedaliere

Legenda: (VGP) = Obiettivi che contribuiscono a misurare la VGP (Valutazione Globale Performance)

7.4 Il Monitoraggio del Piano

Il monitoraggio e l'*audit* sulla corretta impostazione metodologica del Piano è svolto dall'OIV, con il supporto della Struttura tecnica permanente e la collaborazione della Direzione Strategica aziendale, della dirigenza e del personale.

Il monitoraggio e l'audit esterno del Piano spetta invece alla CiVIT, che provvede periodicamente ad emanare linee guida specifiche e a pubblicare i risultati dei monitoraggi eseguiti.

Nello specifico, le attività di monitoraggio e audit interno del Piano sono rimesse ai seguenti soggetti:

a) Organismo Indipendente di Valutazione:

- Verifica la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla CiVIT, attraverso audit interno.
- monitora il funzionamento complessivo dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla CiVIT.

b) Struttura Tecnica Permanente:

- coadiuva l'OIV nello svolgimento delle attività sopra descritte

c) Personale, dirigenziale e non:

- interviene in tutta la fase del processo di pianificazione e controllo, segnalando all'OIV eventuali criticità rilevanti

L'aggiornamento del Piano andrà effettuato su base annuale o al verificarsi di novità normative che richiedono modifiche imprescindibile al documento.

8. FASE TRANSITORIA

L'anno 2012 rappresenta un anno di transizione e di sperimentazione per la applicazione del ciclo di performance così come delineato dal Decreto Legislativo 150/2009.

Nelle more di dare piena attuazione al primo anno di applicazione del ciclo della performance (2013), saranno applicati nell'anno 2012 i sistemi di misurazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget previsti dalla ASM nell'anno 2011.