

Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
Via Montescaglioso - Matera

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
Nominato con D.G.R. n. 334 del 21.03.2012 e D.P.G.R. n. 80 del 21.03.2012

N. 111

del 30 GEN. 2013

OGGETTO: Approvazione del Piano della Performance aziendale per il triennio 2012-2014 e del Sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale.

DESCRIZIONE	Data	Allegati n°
Documenti integranti il provvedimento		
Piano della performance della azienda sanitaria locale di Matera. 2012-2014	25.01.2013	3
Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'azienda sanitaria locale di Matera	25.01.2013	7

U.O. PROPONENTE "Centro di Controllo Strategico"

Si attesta che la spesa di € relativa alla presente deliberazione costituisce:

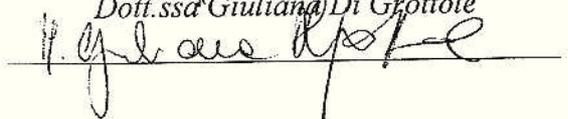
- costo di competenza dell'esercizio
 incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni di budget dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale del bilancio corrente, attribuibile alla struttura: - centro di costo/responsabilità

Matera, li _____

Il Dirigente dell'U.O.

Dott.ssa *Giuliana Di Grottole*



U.O. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

Si riscontra la corretta imputazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

Il Dirigente dell'U.O. Gestione Risorse
Finanziarie

Matera, li _____

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo

Viene espresso parere favorevole del Direttore Sanitario

In data 30 GEN. 2013 nella sede legale dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), il Direttore Generale Dott. Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Dott. Pietro Quinto e del Direttore Sanitario Dott. Andrea Sacco,

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO CHE le recenti riforme sull'organizzazione e la gestione della Pubblica Amministrazione perseguono, tra le altre cose, obiettivi di incremento dell'efficienza, della qualità dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard tecnici ed economici al fine di migliorare l'allocazione delle risorse, sempre più scarse, fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze.

VISTI il Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 avente ad oggetto: "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

CONSIDERATO CHE a norma di quanto previsto dall'art. 3 D. Lgs 150/2009 e s.m.i, la misurazione e la valutazione della performance sono volte al raggiungimento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative;

PRESO ATTO CHE, a norma del D. Lgsvo 150/2009:

- annualmente le Amministrazioni Pubbliche redigono:
 - o articolo 10, comma 1- lettera a) entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
 - o articolo 10, comma 1- lettera b) un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato: «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere;
- articolo 10, comma 5 - In caso di mancata adozione del Piano della performance è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del Piano, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti, e l'amministrazione non può procedere ad assunzioni di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati;
- articolo 11, comma 8. Ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare, tra le altre cose, sul proprio sito istituzionale in apposita sezione di facile accesso e consultazione, e denominata: «Trasparenza, valutazione e merito» anche il Piano e la Relazione della Performance di cui all'articolo 10;
- Articolo 11, comma 9. In caso di mancata adozione e realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 e 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti.

VALUTATO CHE il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della Performance in quanto attraverso questo documento programmatico di durata triennale, la ASM individua obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio;

TENUTO CONTO CHE la CIVIT (Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche) ha emanato le seguenti Linee guida:

- Delibera n. 112/2010 – "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e
- Delibera n. 1/2012 Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance);

DATO ATTO CHE la Direzione Amministrativa aziendale con nota prot. n.20120062197 del 14.09.2012, che si allega alla presente per farne parte integrante e sostanziale, ha dato mandato alla U.O. Centro di Controllo Strategico di redigere il Piano della Performance aziendale relativo al triennio 2012-2014 sulla base delle sopra citate linee guida elaborate dalla CIVIT che richiedono anche di esplicitare il Sistema di misurazione della performance;

RITENUTO, quindi, di dover redigere il Piano della Performance unitamente al Sistema della performance aziendale anche alla luce degli impulsi propositivi proveniente dall'OIV aziendale, attivo dal 01.06.2012;

ACQUISITI i seguenti documenti da parte del Centro di Controllo Strategico:

- PIANO DELLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA.2012-2014;
- SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA;

elaborati con il supporto metodologico dell'OIV aziendale e che si allegano al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

RITENUTO, pertanto, opportuno, approvare i seguenti documenti:

- PIANO DELLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA.2012-2014;
- SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA;

Preso atto del parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, come innanzi espresso, con l'apposizione delle rispettive firme;

DELIBERA

Per tutto quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato:

DI APPROVARE i seguenti documenti:

- PIANO DELLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA.2012-2014;
- SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA;

che si allegano al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

DI DARE MANDATO

- al Centro di Controllo Strategico, con il supporto della Struttura tecnica/amministrativa dell'OIV di:
 - curare l'aggiornamento del Piano e del Sistema della Performance;
 - di redigere annualmente la Relazione sulla Performance da approvare entro il 30 giugno;
- Alla U.O. Gestione Risorse Umane di trasmettere alle RSU e OO.SS..

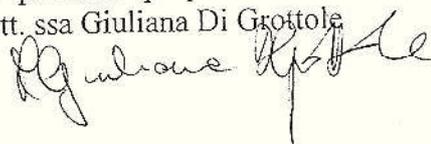
DI TRASMETTERE la presente delibera a:

- Centro di Controllo Strategico, U.O. Gestione Risorse Umane, all'OIV;
- tutti i Direttori di Dipartimento aziendali al fine di divulgarla all'interno del proprio Dipartimento;
- all'Ufficio Relazioni con il Pubblico con il mandato di pubblicare i Documenti allegati presso il sito aziendale www.asmbasilicata.it nella apposita sezione denominata "Trasparenza, valutazione e merito";

Di dare atto che la documentazione richiamata nel presente provvedimento è agli atti dell'U.O. proponente

L'Istruttore Teresa Cetani 

Il Dirigente dell'U.O. dichiara, altresì, che la presente proposta deliberativa è conforme alle disposizioni di legge e regolamentari in materia Dott. ssa Giuliana Di Grottole



Il presente verbale viene letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale
Dott. Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che, in conformità a quanto disposto dall'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n. 69 e s.m.i., la presente deliberazione è pubblicata nell'Albo Pretorio Informatico dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), sito web www.asmbasilicata.it, per 5 (cinque) giorni consecutivi.

Matera, li 31 GEN. 2013

Il Responsabile

Dr. Eustachio MARCOSANO

Trasmessa al Collegio Sindacale

Trasmessa alla Regione Basilicata – art. 44 comma 2° L.R. nr. 39 del 31.10.2001

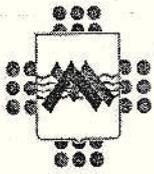


Divenuta esecutiva in data _____ ai sensi dell'art. 44 – 8° comma – Legge Regionale n. 39 del 31.10.2001.

Matera, li _____

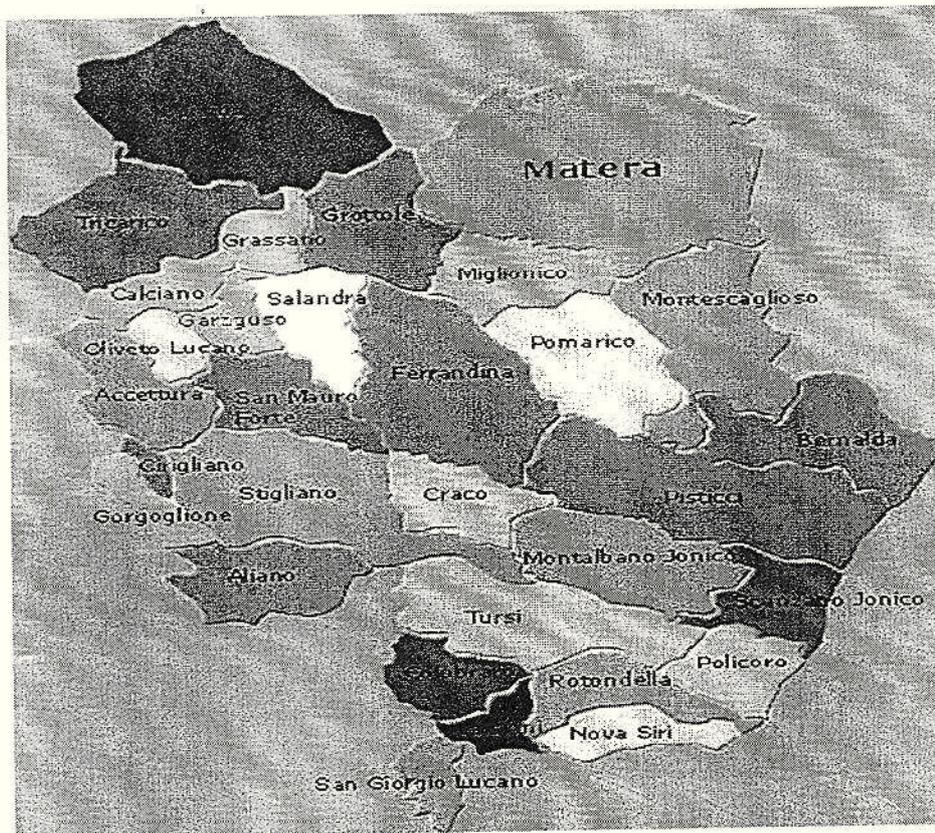
Il Responsabile

Dr. Eustachio MARCOSANO



azienda sanitaria locale
materata

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



Deliberazione n.

del

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

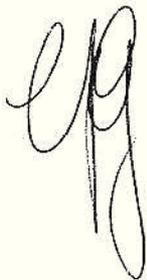
Per ciascun indicatore individuato viene indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano 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:



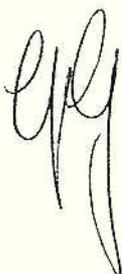
2.2. Popolazione e territorio

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 missione 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 in merito ai 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

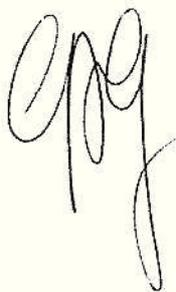
L'Azienda intende perseguire la ricerca della sostenibilità economica secondo forme e modalità compatibili con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, solidaristico 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. IDENTITÀ

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. Tricarico Per 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:

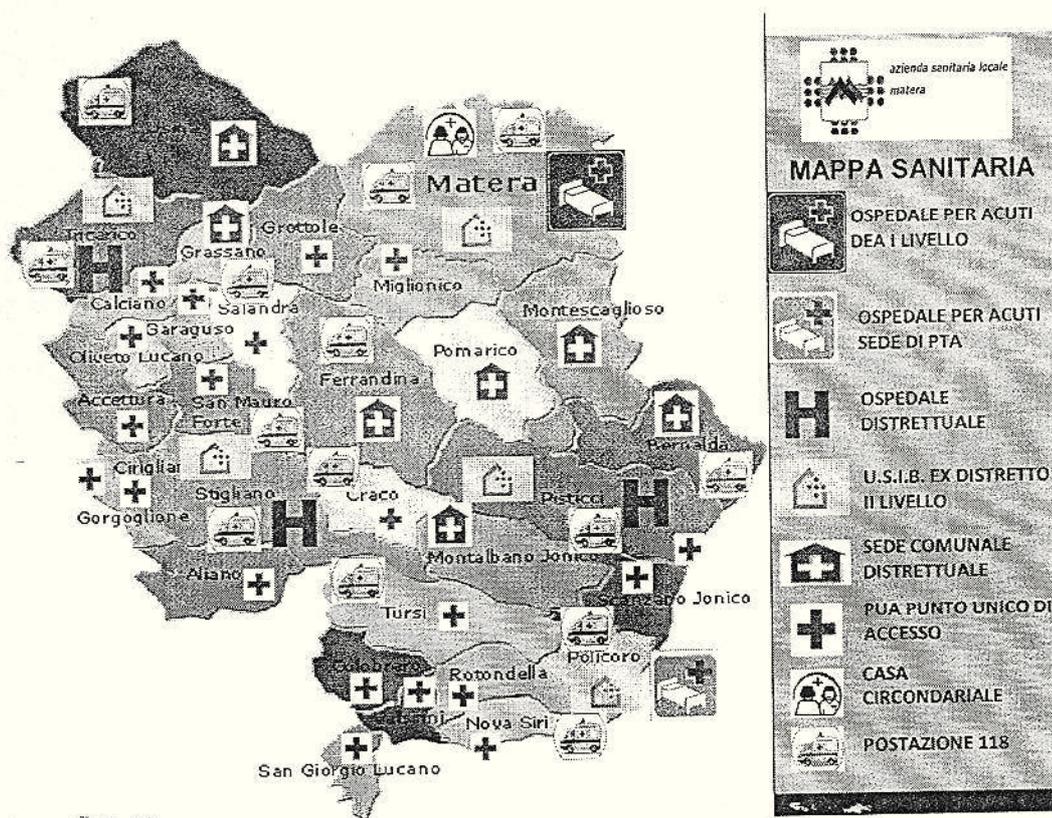
- Distretti di comunità;
- Dipartimenti territoriali;
- Dipartimenti misti (territoriali e ospedalieri).
- N. 1 RSA con 20 posti letto presso l'ospedale distrettuale di Tricarico gestita in convenzione con la Fondazione Don Gnocchi
- n. 1 Hospice con 8 posti letto presso l'ospedale distrettuale di Stigliano;
- 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 I18;
- 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

[Handwritten signature]

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 complementarietà 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 <input type="checkbox"/> U.O. complessa Direzione sanitaria P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Direzione Sanitaria P.O. U. Policoro <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Direzione Sanitaria Ospedale Distrettuale Tricarico	n. 3 di cui: <input type="checkbox"/> n. 1 U.O.S. dipartimentali; <input type="checkbox"/> n. 2 U.O.S.
Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico	n. 12 <input type="checkbox"/> U.O. Chirurgia P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Chirurgia P.O. Tricarico <input type="checkbox"/> U.O. Chirurgia P.O. Policoro <input type="checkbox"/> U.O. Chirurgia Plastica P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Chirurgia Vascolare P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Ortopedia P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Ortopedia P.O. Policoro <input type="checkbox"/> U.O. O.R.I.L. P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Oculistica P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Oculistica P.O. Policoro <input type="checkbox"/> U.O. Urologia P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Gastroenterologia P.O. Matera	n. 29 di cui: <input type="checkbox"/> n. 6 U.O.S. dipartimentali; <input type="checkbox"/> n. 23 U.O.S.

Dipartimenti aziendali	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
A) DIPARTIMENTI OSPEDALIERI		
Dipartimento Multidisciplinare Medico	n. 13 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> U.O.C. Medicina Interna P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Lungodegenza Ospedale Distrettuale Tricarico <input type="checkbox"/> U.O.C. Medicina P.O. Policoro - Tinchi - Stigliano <input type="checkbox"/> U.O.C. Lungodegenza Osp. Distrettuale Stigliano <input type="checkbox"/> U.O.C. Geriatria P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. C. Pneumologia P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Endocrinologia Osp. Distrettuale Tinchi <input type="checkbox"/> U.O.C. Neurologia P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Malattie Infettive P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Medicina Fisica E Riabilitazione P.O. Matera - Policoro - Tinchi <input type="checkbox"/> U.O. Interaziendale Di Reumatologia P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Nefrologia E Dialisi P.O. Matera <input type="checkbox"/> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> U.O. C. Di Radiologia P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. C Radiologia P.O. Tricarico <input type="checkbox"/> U.O. C. Radiologia P.O. Policoro - Tinchi - Stigliano <input type="checkbox"/> U.O. C. Patologia Clinica P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. C. Patologia Clinica P.O. Policoro - Tinchi - Stigliano <input type="checkbox"/> U.O. C. - S.I.T. P.O. Matera 	n. 18 di cui: <input type="checkbox"/> n. 1 U.O.S. dipartimentale; <input type="checkbox"/> n. 17 U.O.S.
Dipartimento Donna, Maternità e Infanzia	n. 4 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> U.O.C. Pediatria P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Pediatria P.O. Policoro <input type="checkbox"/> U.O.C. Ostetricia E Ginecologia P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Ostetricia E Ginecologia P.O. Policoro <input type="checkbox"/> U.O. Senologia P.O. Matera 	n. 26 U.O.S.
Dipartimento dell'Emergenza - Urgenza	n. 7 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> U.O.C. Anestesia E Rianimazione P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Anestesia E Rianimazione P.O. Policoro <input type="checkbox"/> U.O.C. Pronto Soccorso P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. C.R.T. P.O. Matera 	n. 16 U.O.S. di cui: <input type="checkbox"/> n. 5 U.O.S. dipartimentali; <input type="checkbox"/> n. 11 U.O.S.

Dipartimenti aziendali	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
A) DIPARTIMENTI OSPEDALIERI		
	<input type="checkbox"/> U.O. C. Cardiologia E Utic P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O.C. Cardiologia E Utic P.O. Policoro <input type="checkbox"/> U.O.C. Anestesia E Rianimazione Ospedale Distrettuale Tricarico	
Dipartimento Farmaceutico	n. 2 <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Farmacia Ospedaliera P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Farmacia 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 <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Igiene Degli Alimenti Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Igiene Degli Alimenti Montalbano <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Medicina Del Lavoro E Sicurezza Ambientale Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Medicina Del Lavoro e Sicurezza Ambientale Montalbano <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Igiene e Sanita' Pubblica Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Igiene e Sanita' Pubblica Montalbano <input type="checkbox"/> U.O. Complessa S.P.I.L.L. Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa S.P.I.L.L. Montalbano <input type="checkbox"/>	n. 10 U.O.S.
Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale	n. 6 <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Veterinaria Area A Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Veterinaria Area A Montalbano <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Veterinaria Area B Montalbano <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Veterinaria Area B Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Veterinaria Area C Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Veterinaria Area C Montalbano	n. 12 U.O.S.

gdy
17

C) DIPARTIMENTI MISTI		
Dipartimenti	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
Dipartimento dei Servizi per la tutela della Salute Mentale	n. 5 <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Centro di Igiene Mentale Policoro <input type="checkbox"/> U.O. Complessa S.P.D.C. - P.O. Policoro <input type="checkbox"/> U.O. Complessa N.P.I. <input type="checkbox"/> U.O. Complessa SERT Matera <input type="checkbox"/> U.O. Complessa di Psicologia	n. 20 U.O.S. di cui: n. 6 U.O.S. dipartimentali
Aree delle attività territoriali	n. 4 <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Servizio Assistenza Sanitaria di Base <input type="checkbox"/> U.O. Complessa Farmacia Territoriale <input type="checkbox"/> U.O. Distretto Di Matera <input type="checkbox"/> 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)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. Tinchi	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 promovendo, 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 stakeholder 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 stakeholder 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 stakeholder 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 stakeholder 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 Tcsa, 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 chemoembolizzante 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. coendoscopia, 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 Tinchi. 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, Tinchi, 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 (gastrosocopia, colonsocopia), ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, Policoro, Tinchi, 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 Tinchi, 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. **Colonsocopia 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.

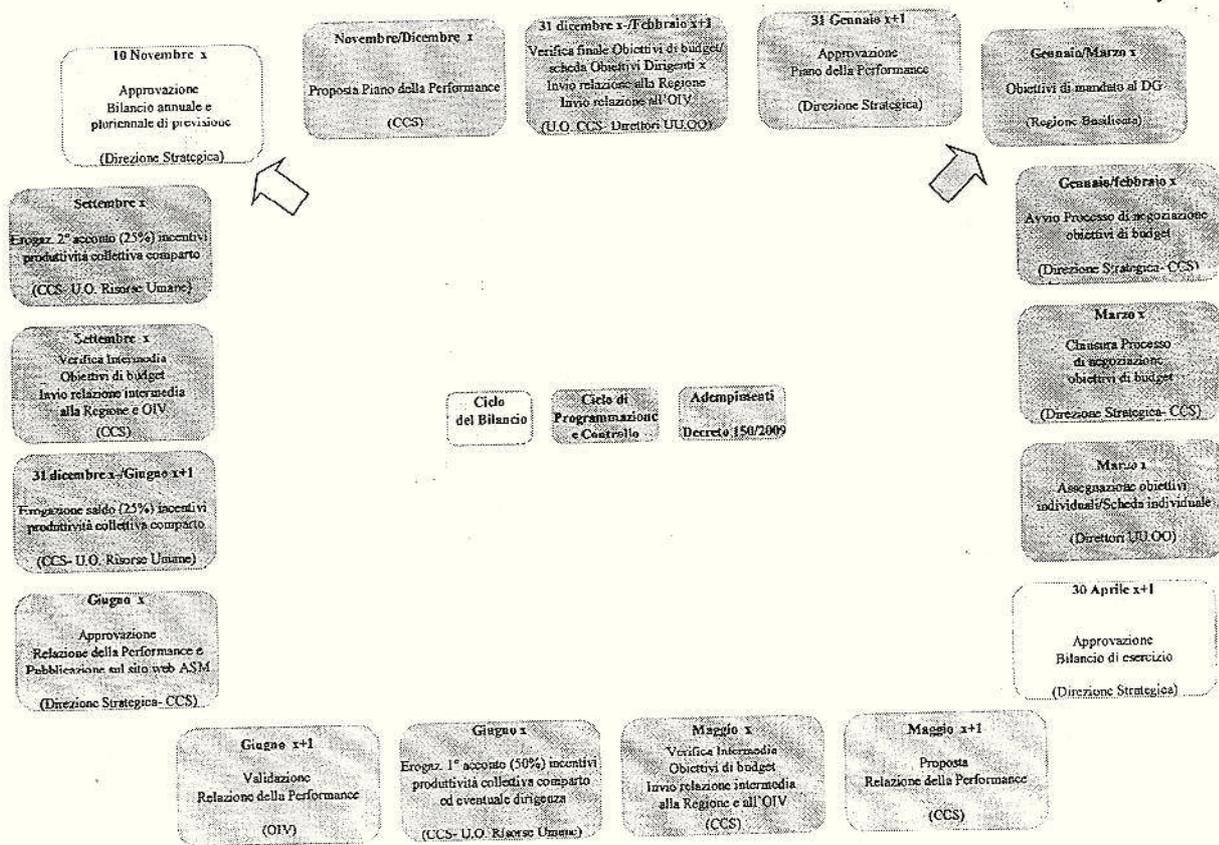
Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

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.



E. M. G.

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	<ul style="list-style-type: none">Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	<ul style="list-style-type: none">Direzione Strategica ASM
3) Attuazione del Sistema	<ul style="list-style-type: none">Direzione Strategica ASMDirigenzaPersonaleOIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	<ul style="list-style-type: none">OIV (Struttura Tecnica Permanente)Personale, dirigenziale e non

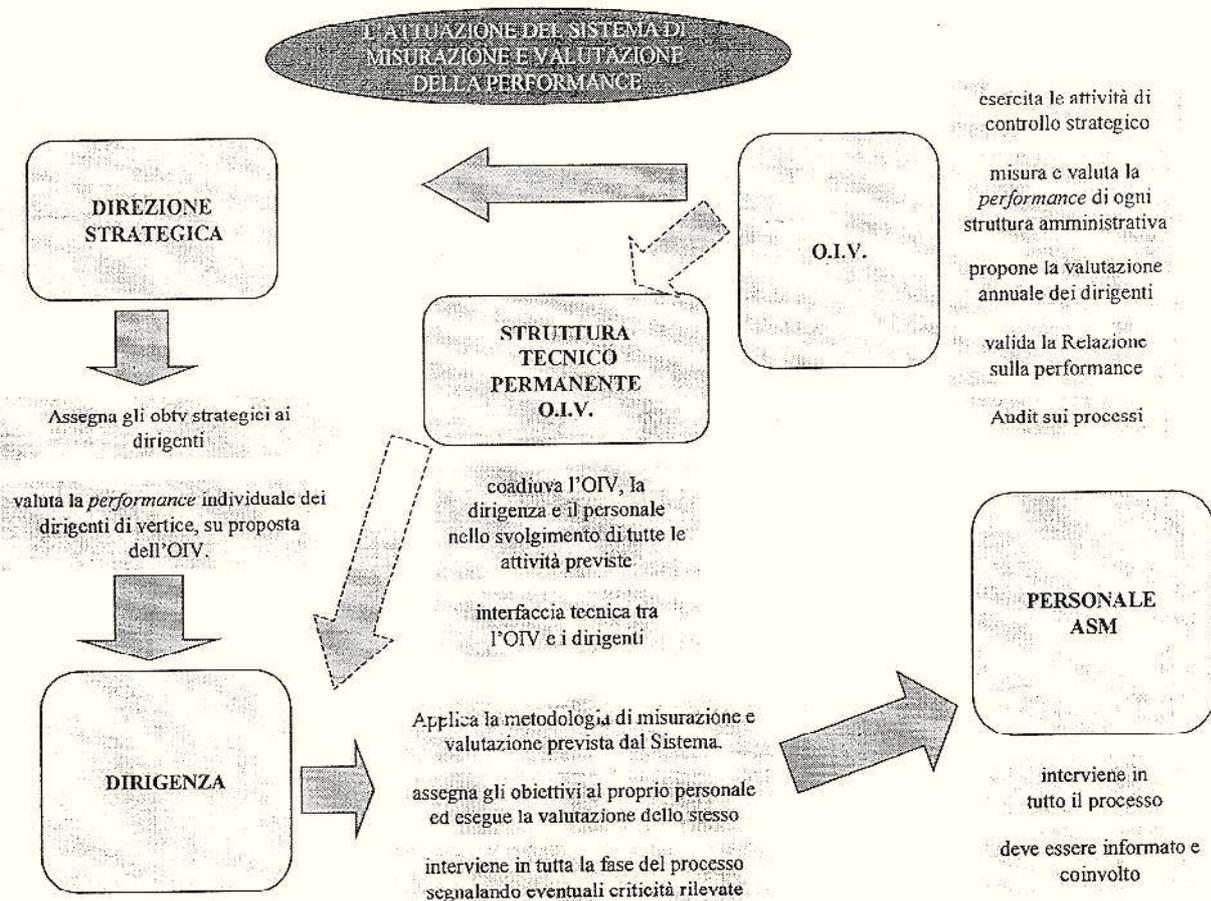
1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi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

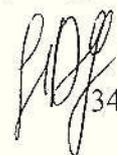
1. TUTELA DELLA SALUTE
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

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 uterina
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 sopraccitati "pre-requisiti" la ASM è valutata sulla base delle seguenti 5 aree strategiche:

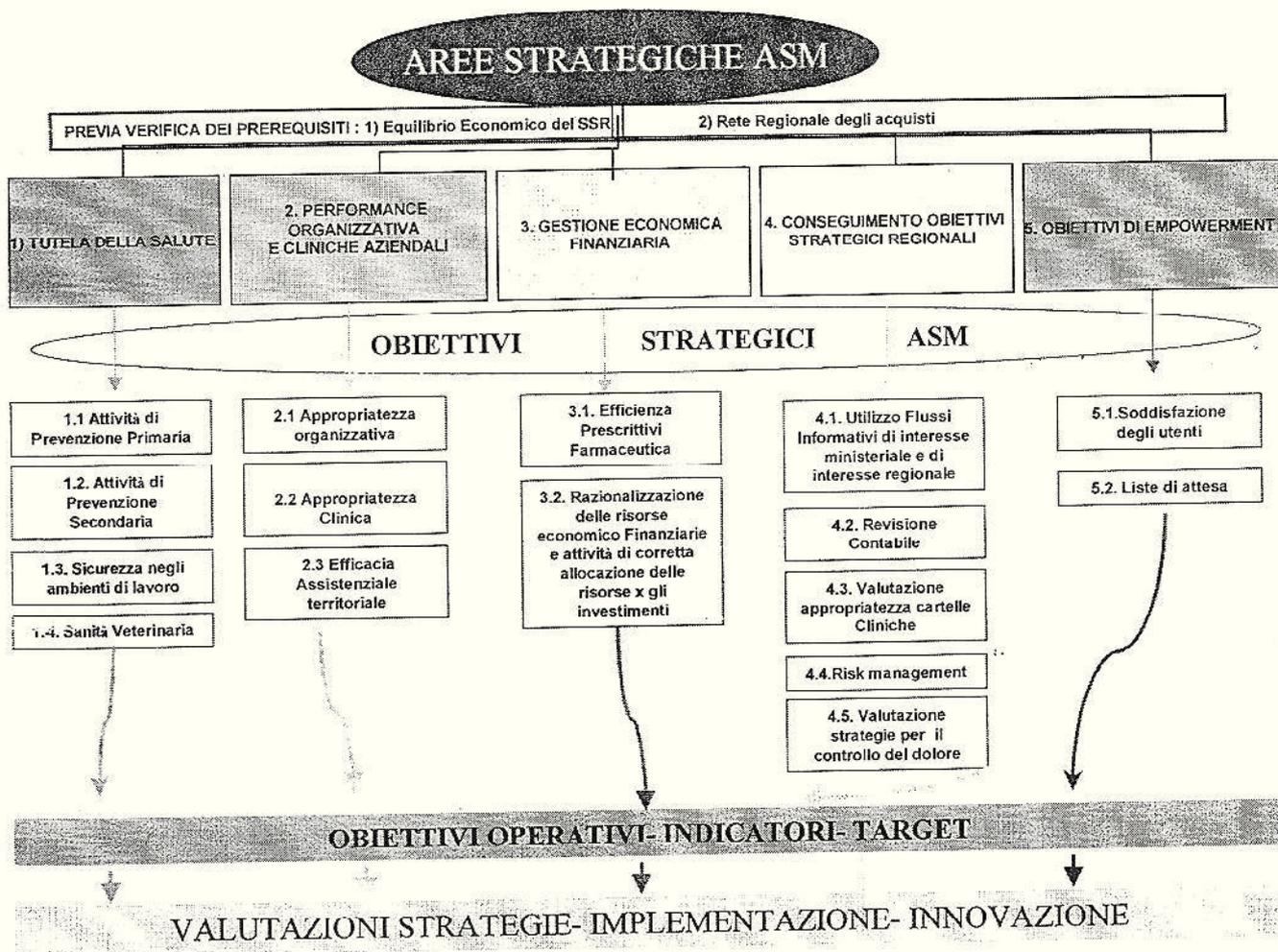
- 1) **TUTELA DELLA SALUTE:** Prevenzione primaria e secondaria per la protezione della popolazione di riferimento da realizzarsi attraverso le attività di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Tutela della salute dei lavoratori e concorso alla riduzione degli incidenti sul lavoro, attraverso controlli 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/Rispondabili 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.



Cpfg

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 31 dic. 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 Dipartimento di Prevenzione Umana
		1.1.2. Copertura x vaccino MPR	Cicli vacc. 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	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 $\geq a$ 65 anni x 100	> 75%	> 75%	> 75%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASIM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali U.O. di Senologia
		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	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 screening 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 materia 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 allo screening x 100	> 40 %	> 60%	> 60 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di materia 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	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2012	TARGET 2013	TARGET 2014	FONTE DATI	DESTINATARI
		1.4.2. Controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	N. di allevamenti x brucellosi ovcaprini, 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 Sanità Veterinaria	1.4.3. Controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	n. di aziende ovcaprine controllate/ n. totale di aziende ovcaprine x 100	>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 Appropriata organizzazione (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 Adeguatezza 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.00 Dipartimenti medici ospedalieri UU.00 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.00 Dipartimenti medici ospedalieri UU.00 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.00 Dipartimenti chirurgici e dei Servizi Diagnostici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	2.2 Adeguatezza 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.00 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 progresso parto cesareo x 100	<25%	<25%	<25%	SIS Flusso SDO	UU.00 Ostetricia e ginecologia di Matera - Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO 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 consumo di farmaci Pompa protonica	N. unità di IPP erogate/ Pop. residente pesata	< 27%	< 21%	< 21%	SIS Flusso Marmo	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 Marmo	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.7 Riduzione incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema angiotensinax100	N. conf. di farmaci inibitori angiotensina II associati e non/... n. conf. farmaci gruppo ter CO9	< 35%	< 30%	< 30%	SIS Flusso Marmo	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	$\frac{\text{N. utenti che consumano 1 o 2 conf. di antidepressivi all'anno/n. utenti che consumano antidepressivi} \times 100}{\text{DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno} \times \text{principio attivo}}$	<31%	<27%	<27%	SIS Flusso Marno	DSM UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.9 Riduzione consumo di farmaci Antibiotici	$\frac{\text{N. residenti} \times 365}{\text{N. x 1000}}$	<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	$\frac{\text{Spesa farmaceutica convenz.} + \text{spesa} \times \text{distribuz. diretta}}{\text{Popolazione residente pesata}}$	<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 diidropiridini non coperti da brevetto associati	$\frac{\text{N. unità posologiche di derivati diidropiridini non coperti da brevetto/Tot. Unità posologiche di derivati diidropiridini coperte da brevetto}}{\text{Tot. Unità posologiche di derivati diidropiridini coperte da brevetto}}$	>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	$\frac{\text{N. unità posologiche di ACE inibitori non coperti da brevetto}}{\text{Tot. unità posologiche di ACE inibitori associati} \times 100}$	>80	>84	>84	SIS Flusso Marmo	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
		3.1.5. Incremento di utilizzo spartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani non associati	$\frac{\text{N. unità posologiche sartani a brevetto scaduto non associati} / \text{N. unità posologiche di sartani non associati} \times 100}{\text{N. unità posologiche sartani a brevetto scaduto associati} / \text{N. unità posologiche di sartani associati} \times 100}$	>18	>18	>18	SIS Flusso Marmo	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
		3.1.6. Incremento di utilizzo di spartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani associati	$\frac{\text{N. unità posologiche sartani a brevetto scaduto associati} / \text{N. unità posologiche di sartani associati} \times 100}{\text{N. unità posologiche sartani a brevetto scaduto non associati} / \text{N. unità posologiche di sartani non associati} \times 100}$	>19	>19	>19	SIS Flusso Marmo	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.) valore riportato nella voce "B.I.1) rimanenze mat. san." del modello SP relativo ai due anni precedenti (= valore base)	>20	>20	>20	Modello SP Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Economato e Provveditorato U.O. farmacia ospedaliera 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 del "warning" della procedura SGP risiti 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. CONSEGUIIMENTO 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	≥10% Cartelle Cliniche					
			Invio dati agli uffici regionali	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. CONSEGUITAMENTO 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	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno x principio attivo/ N. residenti x principio attivo X 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:

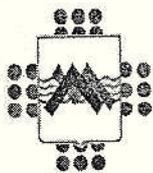
- a) Organismo Indipendente di Valutazione:
 - Verifica la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla CiVIT, attraverso audit interno.
 - monitora il funzionamento complessivo dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello 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

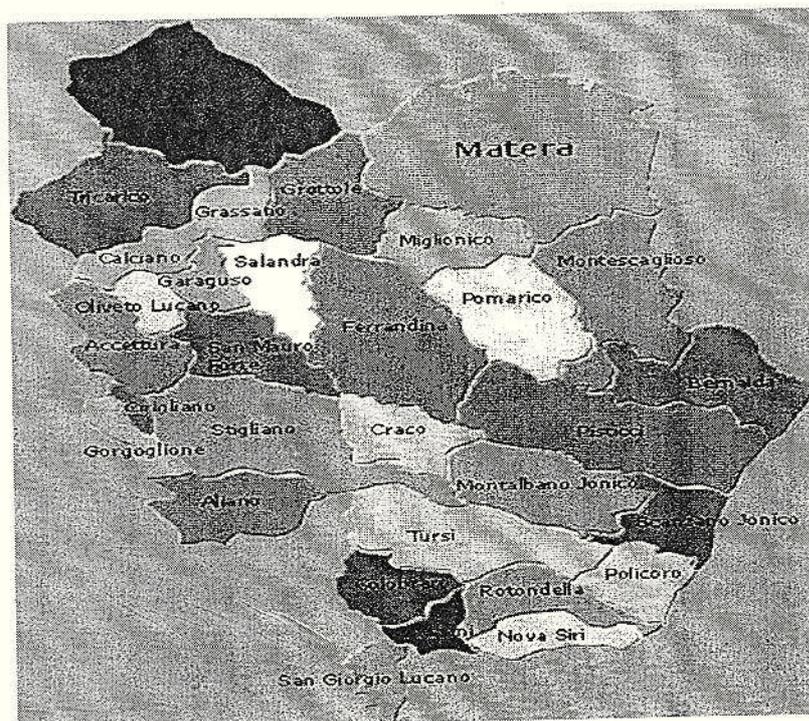
L'anno 2012 rappresenta un anno di transizione e di sperimentazione per la applicazione del ciclo di performance così come delineato dal Decreto Legislativo 150/2009.
Nelle more di dare piena attuazione al primo anno di applicazione del ciclo della performance (2013), saranno applicati nell'anno 2012 i sistemi di misurazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget previsti dalla ASM nell'anno 2011.





azienda sanitaria locale
materata

SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA



Deliberazione n.

del

Premessa

Il Sistema di misurazione della *performance* della Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) è orientato principalmente al cittadino e agli operatori al fine di favorire i processi di miglioramento e innovazione.

La misurazione della *performance* consente di migliorare l'allocazione delle risorse, sempre più scarse, fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze.

Il sistema si inserisce nell'ambito del ciclo di gestione della performance articolato, secondo l'articolo 4, comma 2, del decreto Legislativo n. 150/2009 e smi, nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il Sistema di misurazione della performance della ASM si compone di tre elementi fondamentali:

1. indicatori;
2. target;
3. infrastruttura di supporto e processi.

La maggior parte degli indicatori e target, per l'anno in corso, sono stati assegnati dalla Regione Basilicata attraverso la DGR n. 298/2012.

La misurazione della performance, così delineata, è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia dei servizi pubblici, poiché, se opportunamente sviluppato, può rendere un'organizzazione capace di:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

La presente procedura è adottata, ai sensi del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (di seguito decreto) ed esplicita il sistema di Sistema di misurazione e valutazione della performance che la Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) intende adottare nel primo triennio di definizione ed applicazione del Piano della Performance anni 2012-2014.

Il 2012 rappresenta, quindi, l'anno di prima applicazione per quanto riguarda la definizione, misurazione e valutazione della performance aziendale anche sotto l'impulso del neo costituito Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della performance che, ai sensi dell'articolo 14 del Decreto Legislativo 150/2009, ha sostituito il Nucleo di Valutazione, di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

Oltre ai Decreti citati, le fonti normative di riferimento sono:

- il D.lgs 502/1992 e smi;
- Contratti Collettivi Nazionali del 07.04.1999 e del 19.04.2004 per il personale del comparto sanitario;
- Contratti Collettivi Nazionali sottoscritti il 3 novembre 2005 ed il 17 ottobre 2008, per l'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale;
- Contratto Collettivo integrativo aziendale per il comparto sottoscritto il 15.03.2010, approvato con delibera aziendale n. 571 del 15.04.2010
- Regolamento per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale approvato con delibera n. 1312 del 14.12.2010;
- Le Delibere CIVIT n. 89/2010, n.104/2010 e n. 1/2012.



2

Indice

- Art. 1 - Descrizione e finalità*
- Art. 2 - Ambiti di applicazione*
- Art. 3 - Requisiti minimi*
- Art. 4 - La metodologia di definizione degli obiettivi, indicatori e target aziendali*

TITOLO I

La Valutazione e misurazione della Performance organizzativa

- Art. 5 - La Valutazione e misurazione della Performance organizzativa*
- Art. 6 - Le fasi del processo di negoziazione del Budget*

TITOLO II

Ulteriori ambiti di misurazione della performance organizzativa

- Art. 7 - Ulteriori ambiti di misurazione della performance organizzativa*
- Art. 8 - La soddisfazione degli utenti*
- Art. 9 - Finalità*
- Art. 10 - Metodologia di misurazione della soddisfazione degli utenti*
- Art. 11 - Soggetti coinvolti nella misurazione della soddisfazione degli utenti*
- Art. 12 - Reportistica sulla soddisfazione degli utenti*
- Art. 13 - Le pari opportunità*
- Art. 14 - Il Comitato Unico di Garanzia (CUG)*
- Art. 15 - Finalità del CUG*
- Art. 16 - Piano di azioni positive*
- Art. 17 - Soggetti Coinvolti*
- Art. 18 - Strumenti di misurazione dell'impatto delle azioni positive*

TITOLO III

La Valutazione e misurazione della Performance individuale

- Art. 19. Le fasi del processo*
- Art. 20. Tempistica*
- Art. 21. La Valutazione e misurazione della Performance individuale del comparto*
- Art. 22. La Valutazione e misurazione della Performance individuale del personale dirigenziale*

TITOLO IV

Soggetti coinvolti nel processo di valutazione e misurazione della Performance

- Art. 23- Soggetti coinvolti nel processo di valutazione e misurazione della Performance*
- Art. 24 - I ruoli dei soggetti aziendali coinvolti nell'introduzione e mantenimento del Sistema di misurazione della performance*

TITOLO V

Procedure di conciliazione

- Art. 25 - Le procedure di conciliazione: definizione*
- Art. 26 - Le procedure di conciliazione per il personale del comparto*
- Art. 27 - Le procedure di conciliazione per il personale dirigenziale*



TITOLO VI

*Modalità di raccordo e di integrazioni con
il ciclo di programmazione economico/finanziario e di controllo*

Art. 28 – Modalità di raccordo: finalità

Art. 29 – Modalità di raccordo ed integrazione con i sistemi di controllo e di programmazione finanziaria e di bilancio

Art. 30 – Tempistica

TITOLO VII

Monitoraggio, audit e reportistica del Sistema

Art. 31- Monitoraggio e audit del Sistema

Art. 32 - La reportistica

TITOLO VIII

Disposizioni transitorie

Art. 33 – Aggiornamento dei contenuti del Sistema di misurazione e valutazione

Art. 34 – Disposizioni transitorie

ALLEGATI

ALLEGATO A- SISTEMA DI VALUTAZIONE PERMANENTE DEL PERSONALE DEL COMPARTO approvato con deliberazione ASM n. 571 del 14.05.2010;

ALLEGATO B- SCHEDE INDIVIDUALI DI VALUTAZIONE PERSONALE DEL COMPARTO approvato con deliberazione ASM n. 571 del 14.05.2010;

ALLEGATO C- Regolamento per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale approvato con deliberazione ASM n. 1312 del 14.12.2010;

ALLEGATO D- SCHEDE INDIVIDUALI PERSONALE DELLA DIRIGENZA;

ALLEGATO E- REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA ED IL FUNZIONAMENTO DEL COLLEGIO TECNICO PER LE VERIFICHE DEL PERSONALE DIRIGENZIALE DELL'ASM- AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA. AREA DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA ED AMMINISTRATIVA approvato con deliberazione ASM n. 595 del 19.06.2012;

ALLEGATO F QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI DIAGNOSTICI ED AMBULATORIALI;

ALLEGATO G QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA;



Art. 1 - Descrizione e finalità

Il sistema di misurazione e valutazione della performance (da ora il Sistema) dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) ha per oggetto la misurazione e la valutazione della performance intesa come il contributo che ciascun soggetto, individualmente o come parte di una unità organizzativa, apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASM e alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita.

Ai sensi dell'art. 7 del decreto Legislativo 150/2009 (denominato decreto) la ASM, al pari di ogni amministrazione pubblica è tenuta a valutare annualmente la performance organizzativa ed individuale, adottando un sistema di misurazione e valutazione della performance che individui:

- a) le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance, in conformità alle disposizioni del decreto;
- b) le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- c) le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- d) le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Questo Sistema di misurazione:

- acquisisce informazioni relative agli obiettivi e monitorare i progressi ottenuti rispetto ai target individuati;
- lega le fasi di pianificazione, formulazione e implementazione della strategia allo svolgimento dei piani d'azione;
- comunica obiettivi e risultati all'interno e all'esterno dell'organizzazione, nonché confrontare la propria performance in un'ottica di benchmarking;
- influenza i comportamenti organizzativi;
- genera cicli di apprendimento

Art. 2 - Ambiti di applicazione

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.

Il Sistema di Misurazione e di Valutazione delle Performance, tenuto conto delle peculiarità della ASM, è applicato su due livelli strettamente correlati tra loro:

- 1) livello organizzativo sia considerando l'Azienda nel suo complesso sia i Dipartimenti e le relative Unità Organizzative;
- 2) livello individuale, sia per il personale appartenente all'Area dirigenziale sia per il personale appartenente all'Area comparto.

Art. 3 - Requisiti minimi

Il Sistema di misurazione della performance della ASM rispetta i seguenti requisiti minimi:

1. chiara definizione degli obiettivi;
2. presenza consistente di indicatori di outcome tra gli indicatori relativi ad obiettivi che hanno un impatto su stakeholder esterni;
3. specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target;
4. caratterizzazione degli indicatori secondo le schede e i test proposti dalla CIVIT;
5. rilevazione effettiva della performance, secondo la frequenza e le modalità definite nello schema di caratterizzazione degli indicatori.

Il Sistema si compone di tre elementi fondamentali:



1. indicatori, collegati ad obiettivi e puntano a generare risultati adeguati a agli stessi;
2. target, che sono i risultati che si intende ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo. Attraverso i target, si monitorano, valutano e modificano i comportamenti, dando un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento;
3. infrastruttura di supporto ed i soggetti responsabili dei processi di acquisizione, confronto, selezione, analisi, interpretazione e diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

Art. 4 - La metodologia di definizione degli obiettivi, indicatori e target aziendali

Sulla base degli obiettivi indicati dal Ministero della Salute e dal Dipartimento regionale "Salute Sicurezza e Solidarietà Sociale Servizi alla Persona e alla Comunità", la Direzione Strategica Aziendale definisce gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi raggruppati per Aree Strategiche di intervento (secondo il modello rappresentato nella Figura 1).

Ciascun obiettivo strategico ed operativo è messo in relazione ad un indicatore che 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 fino ad arrivare alla definizione degli obiettivi del personale.

Ad ogni indicatore è associato: la relativa scheda anagrafica (contenente la definizione, la fonte del dato e la formula di calcolo), il valore obiettivo (target) e l'ultimo valore effettivamente osservato, ove misurabile.

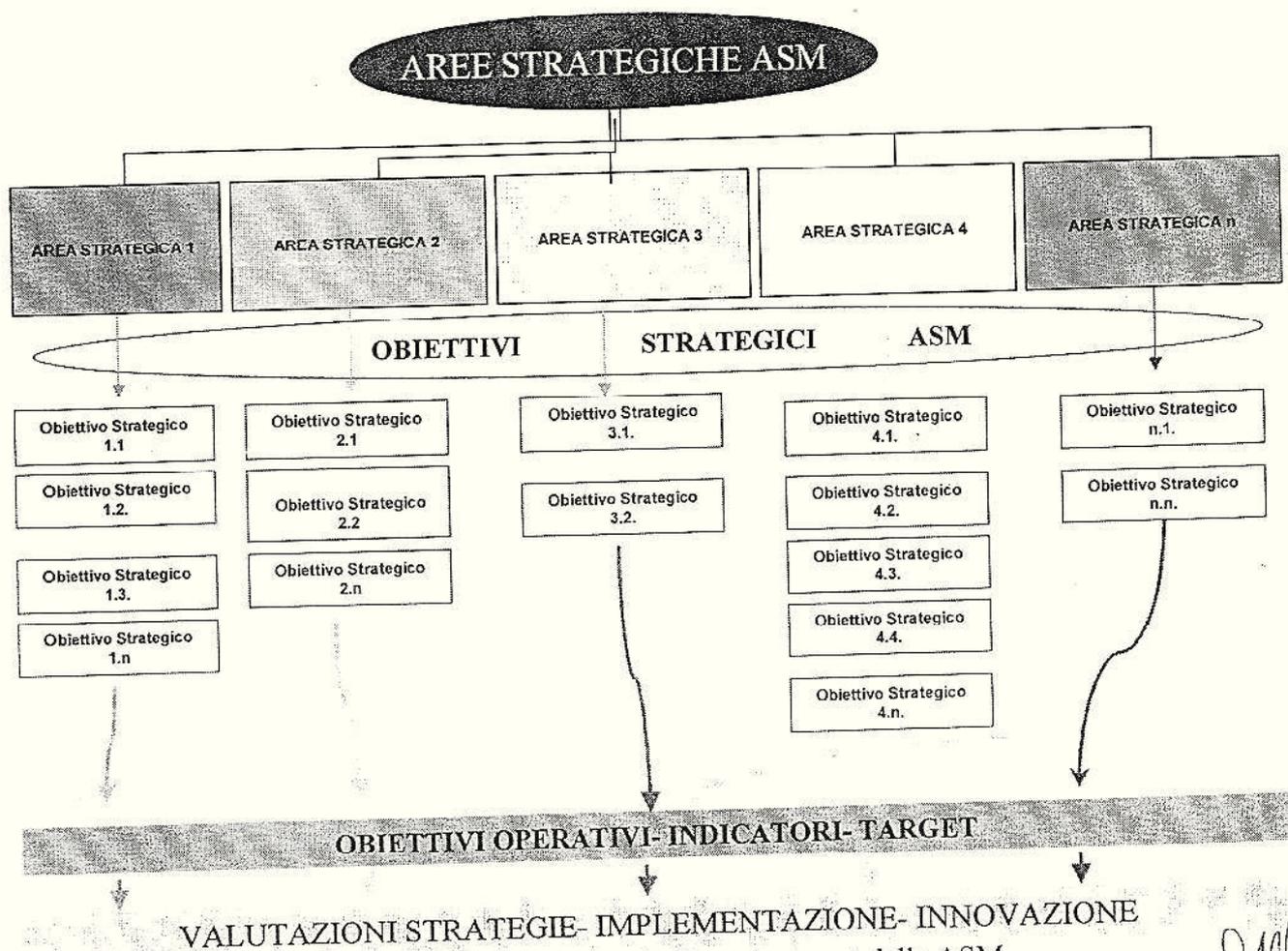


Figura 1. Il processo di definizione degli obiettivi-indicatori e target della ASM.

[Handwritten signature]
6

TITOLO I

La Valutazione e misurazione della Performance organizzativa

Art. 5 - La Valutazione e misurazione della Performance organizzativa

La Valutazione della Performance Organizzativa opera nei confronti di tutte le articolazioni organizzative titolari di budget individuate quali Centri di Negoziazione (CdN) dall'Azienda e a cui è attribuita, in qualche misura, autonomia gestionale e, di conseguenza, responsabilità di budget.

Oggetto della valutazione è la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di negoziazione del Budget (risultati gestionali).

Le schede anagrafiche degli indicatori sono contenute in un apposito documento denominato "Documenti di budget" che andrà allegato al Piano triennale delle performance aziendale, aggiornato su base annuale.

Art. 6 - Le fasi del processo di negoziazione del Budget

Il processo di budget si articola nelle seguenti fasi:

- 1) Individuazione degli obiettivi strategici e operativi aziendali, stabiliti anche sulla base degli obiettivi regionali;
- 2) Negoziazione con i titolari di budget, direttamente o tramite i Direttori di Dipartimento;
- 3) Approvazione e sottoscrizione degli obiettivi aziendali in un documento denominato "Documento di budget";
- 4) Verifiche periodiche semestrali sullo stato di raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- 5) Verifica finale annuale dei risultati conseguiti ed analisi degli scostamenti tra obiettivi e risultati.

TITOLO II

Ulteriori ambiti di misurazione della performance organizzativa

Art. 7 - Ulteriori ambiti di misurazione della performance organizzativa

Ai sensi dell'art. 8 del Decreto 150/2009, il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne anche:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Art. 8 - La soddisfazione degli utenti

La rilevazione della soddisfazione dei cittadini / utenti del servizio sanitario nazionale è un'attività fondamentale per migliorare le performance delle organizzazioni sanitarie in riferimento alla qualità delle prestazioni erogate e fornisce indicazioni operative utili per implementare azioni tese al miglioramento continuo delle prestazioni.

Art. 9 - Finalità

Le indagini di rilevazione della soddisfazione (*Customer Satisfaction*) hanno come principali obiettivi concreti:

- l'emersione della qualità così come percepita dai fruitori esterni (utenti);
- la misurazione della soddisfazione rispetto ai loro singoli aspetti;
- la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni;
- la verifica dell'opportunità di introdurre nuovi servizi o modificare quelli indagati;
- l'individuazione delle aree di sviluppo e miglioramento della qualità;
- la ri-allocazione delle risorse in funzione del massimo gradimento degli utenti; a parità di risorse (strutturali, umane, economiche) e ciò è possibile massimizzare la soddisfazione se si ottengono informazioni e dati puntuali.



Art. 10 – Metodologia di misurazione della soddisfazione degli utenti

Lo strumento metodologico individuato dalla ASM è il questionario strutturato che permette di conoscere la percezione dei cittadini utenti della qualità del servizio dopo averlo “consumato” “utilizzato” e le aspettative con cui il “cliente” si accosta alla tipologia del servizio.

Il questionario, suddiviso in sezioni, ognuna delle quali sviluppa l’analisi approfondita di specifici aspetti del servizio, prevede:

- domande chiuse relative alla valutazione della qualità del servizio;
- domande aperte finalizzate a suggerimenti per il miglioramento della qualità;
- un allegato che contiene i dati anagrafici del cittadino, nel rispetto nella riservatezza e della privacy.

Questa struttura ad albero consente sia la valutazione della qualità percepita nel suo complesso, sia quella in termini analitici su singoli aspetti.

All’interno di ogni sezione tematica è, infatti, prevista una domanda di carattere generale che raccoglie un giudizio complessivo sul tema della sezione.

Per la valutazione dei singoli item è stata utilizzata una scala che prevede le seguenti risposte:

- molto inadeguato,
- inadeguato,
- adeguato,
- molto adeguato,
- non so.

Si predispongono due diversi tipi di questionari, che si allegano al presente documento (Allegati n. F e G):

- uno per la valutazione della qualità dei servizi diagnostici ed ambulatoriali
- ed uno per la valutazione della qualità dell’assistenza ospedaliera.

Art. 11 – Soggetti coinvolti nella misurazione della soddisfazione degli utenti

La Direzione Strategica ha dato mandato all’Ufficio URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) di misurare, valutare e relazionare sulla Customer Satisfaction.

L’URP, per la realizzazione dell’indagine sulla qualità dei servizi sanitari, predispose un Piano per la distribuzione dei questionari che prevede:

- la sensibilizzazione e il coinvolgimento di tutto il personale sanitario, ognuno per le proprie competenze, per la promozione e la comunicazione dell’iniziativa agli utenti, per la raccolta e l’archiviazione dei questionari compilati;
- l’individuazione di referenti per ogni area dipartimentale, di norma coincidenti con i coordinatori infermieristici e/o le posizioni organizzative;
- la pubblicizzazione dell’iniziativa con l’affissione di manifesti all’interno delle strutture sanitarie, rendendo trasparente la finalità, per sollecitare la partecipazione degli utenti;
- la predisposizione di un’apposita urna per la raccolta dei questionari compilati, da collocare in un’area ben visibile all’interno dell’area dipartimentale;
- la tempistica di somministrazione, sulla base dei bisogni informativi della ASM.

Art. 12 – Reportistica sulla soddisfazione degli utenti

Il report è predisposto dall’URP, con il supporto di un programma informatico appositamente creato, ed inviato alla Direzione Strategica ed ai Dipartimenti aziendali con il compito di darne ampia diffusione all’interno dell’Azienda.

La misurazione della qualità percepita avviene con cadenza annuale.

I risultati della misurazione vengono sottoposti all’attenzione della Direzione Strategica e costituiscono oggetto delle azioni di miglioramento messe in atto dall’azienda per ottimizzare la qualità delle prestazioni erogate.

Inoltre, annualmente, si organizzano riunioni tematiche destinate a tutti gli operatori per comunicare gli esiti delle indagini e individuare gli ambiti e le azioni di miglioramento della qualità per aree specifiche di intervento.

Art. 13 – Le pari opportunità

Il tema delle pari opportunità costituisce un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane destinato all'incremento delle performance di qualsiasi tipo di organizzazione, e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo.

Le pari opportunità rappresentano, quindi, uno strumento per incrementare la produttività e conseguentemente migliorare la qualità dei servizi resi.

Art. 14 – Il Comitato Unico di Garanzia (CUG)

La Asm, sulla base dell'art. 21 della Legg n. 183/2010, ha istituito con deliberazione n.1202 del 2/11/2011, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Il CUG, unificando le competenze del Comitato per le pari opportunità e del Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing, assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi o da altre disposizioni.

La composizione del Comitato Unico di Garanzia è paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna organizzazione sindacale maggiormente rappresentativa a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi.

Art. 15 - Finalità del CUG

Il CUG ha funzione propositiva, consultiva e verifica su:

- Predisposizione di piani di azioni positive per favorire l'uguaglianza sostanziale del lavoro tra uomini e donne;
- promozione e/o potenziamento di ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione vita/lavoro e quanto necessario per consentire la diffusione della cultura delle pari opportunità;
- analisi e programmazione di genere che considerino le esigenze delle donne e quelle degli uomini (es.bilancio di genere);
- azioni atte a favorire il benessere organizzativo;
- azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima, codici etici atti a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche e mobbing;

Il CUG, inoltre, Esercita compiti di verifica su:

- risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
- esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;
- esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro-mobbing;
- assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione e aggiornamento, nella promozione per gli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro;

Art. 16 - Piano di azioni positive

Il CUG pianifica gli interventi da mettere in campo attraverso dei piani triennali.

Attualmente, sulla base degli esiti di un'indagine svolta dagli ex Comitati Pari Opportunità e Mobbing in ambito aziendale, ha sviluppato il piano di azioni positive 2011-2014 (Delibera n.1361 del 25/11/2011) con il quale intende promuovere l'adozione di una serie di misure in materia di pari opportunità quali:

- diffondere la cultura delle pari opportunità e dignità nel lavoro, corretta comprensione del fenomeno del mobbing e sensibilizzazione, lotta alle discriminazioni e la valorizzazione del benessere dei lavoratori;
- rafforzare il ruolo del Comitato Unico di Garanzia Aziendale;
- sviluppare la cultura della gestione del personale in un'ottica di genere e pari opportunità;



- sviluppare la cultura dell'integrazione nel contesto lavorativo per il benessere organizzativo;
- prevenire situazioni di mobbing e discriminazione in azienda;
- migliorare il clima organizzativo per la salute psico-fisica dei lavoratori;
- implementare azioni per informare e formare attraverso: uno spazio web dedicato, brochure, seminari, convegni, ecc.
- percorsi formativi specifici, rivolti a particolari categorie di lavoratori: neo-assunti, mamme al rientro della maternità, prossimi alla pensione, counseling per chi lo richiede.

Art. 17 - Soggetti Coinvolti

- U.O. Relazioni sindacali;
- U.O. di Psicologia del Lavoro;
- Consigliera di Parità Provinciale;
- Commissione Pari Opportunità Regionale;
- Consigliera Parità regionale;
- Associazioni di volontariato
- Organizzazioni Sindacali.

Art. 18 - Strumenti di misurazione dell'impatto delle azioni positive

La misurazione dell'impatto delle azioni sui dipendenti avviene principalmente attraverso l'utilizzo di

- Indagini attraverso la somministrazione di questionari;
- Interviste mirate; Focus group, ecc.

I risultati delle indagini ex-post potranno fornire informazioni per poter intervenire sulle criticità e sui disquilibri alla parità e alle pari opportunità con successive analisi di contesto finalizzate a raccogliere i dati più disaggregati possibile per genere.

TITOLO III

La Valutazione e misurazione della Performance individuale

Art. 19 - Le fasi del processo

Le principali fasi del processo di misurazione e valutazione della performance individuale sono:

- assegnazione degli obiettivi e dei comportamenti attesi;
- monitoraggio e raccolta dei dati per la valutazione;
- analisi dei dati e valutazione;
- comunicazione dei risultati;
- elaborazione di piani di miglioramento individuali.

Art. 20 - Tempistica

La *Valutazione della Performance Individuale* avviene, sia per il personale del comparto che per quello dirigenziale, con cadenza annuale.

In aggiunta alla valutazione annuale, il personale afferente all'Arca della dirigenza è sottoposto alle verifiche da parte del Collegio Tecnico aziendale soggette alle seguenti scadenze:

- alla scadenza del triennio di attività per tutti i Dirigenti;
- alla scadenza dell'incarico per i Dirigenti con incarico di struttura complessa e di struttura semplice;
- alla scadenza del primo quinquennio di servizio per i Dirigenti di nuova assunzione (art. 31 C.C.N.L.). Per Dirigenti di nuova assunzione si intendono coloro che per la prima volta hanno avuto accesso al S.S.N. con qualifica dirigenziale in data successiva al 5 dicembre 1996 (art. 4, comma 1 C.C.N.L. - Il biennio);
- entro tre mesi dalla maturazione dei requisiti di esperienza professionale per il passaggio alla fascia superiore della indennità di esclusività, fatti salvi i casi di coincidenza dei tempi tra la verifica triennale e la maturazione dell'esperienza professionale (art. 5 C.C.N.L. - Il biennio).



Art. 21 - La Valutazione e misurazione della Performance individuale del comparto

La Valutazione e misurazione della Performance individuale del comparto è attualmente regolamentata dall'art. 35 "Valutazione del personale" del Contratto Collettivo integrativo aziendale (deliberazione ASM n. 571 del 14.05.2010) e relativo Allegato A "Sistema di valutazione permanente del personale".

Tale regolamento è stato redatto in aderenza:

- ai principi ispiratori della riforma del pubblico impiego (Decreti legislativi n. 165/2001 e smi, decreti Legislativi n. 145/2002);
- agli artt. 35, comma 3, del CCNL del 07.04.1999 e n. 8 del CCNL del 19.04.2004;
- al Decreto n. 150/2009 e smi.

Nelle more di concordare con le parti sindacali un aggiornamento del regolamento si applica la procedura definita in tale documento (Allegato A), ivi compreso la scheda individuale di valutazione (Allegato B), che si allegano integralmente al presente documento.

Art. 22 - La Valutazione e misurazione della Performance individuale del personale dirigenziale

La disciplina delle verifiche dei Dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è contenuta nelle seguenti fonti:

- Art. 15 del D.lgs 502/1992
- Art. 5 del D.lgs 286/99
- Contratti Collettivi Nazionali sottoscritti il 3 novembre 2005 ed il 17 ottobre 2008 per l'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale (incluso il relativo Allegato 5);
- Regolamento per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale approvato con delibera n. 1312 del 14.12.2010 (Allegato C);
- D. Lgs. N. 150 del 27/10/2009 attuativo della Legge n. 15 del 03/04/2009, che definisce una nuova disciplina in tema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni.

Nelle more di concordare con le parti sindacali un aggiornamento del regolamento si applica la procedura definita in tale documento (Allegato C), ivi compreso la scheda individuale di valutazione (Allegato D), che si allegano integralmente al presente documento.

Sulla base del vigente regolamento, la valutazione dei dirigenti aziendali, appartenenti all'area sanitaria, non sanitaria, SPTA, è effettuata:

- annualmente da parte del direttore della struttura a cui il dirigente afferisce, sulla base della procedura di valutazione aziendale (Allegato C), ivi compresa la scheda di valutazione individuale allegata alla presente (Allegato D);
- periodicamente da parte del Collegio tecnico aziendale sulla base del regolamento di funzionamento del Collegio tecnico approvato con delibera n. 595 del 19.06.2012 (Allegato E).

TITOLO IV

Soggetti coinvolti nel processo di valutazione e misurazione della Performance

Art. 23- Soggetti coinvolti nel processo di valutazione e misurazione della Performance

I soggetti che intervengono nel processo di valutazione e misurazione della Performance aziendale sono i seguenti:

Direttore Generale

- emana le direttive generali contenenti gli indirizzi strategici. Definisce, sulla base degli obiettivi regionali ed in collaborazione con il Centro di Controllo strategico aziendale i Documenti di budget aziendali;
- valuta, con il supporto dei dirigenti, l'andamento della performance organizzativa, proponendo, ove necessario, interventi correttivi in corso d'esercizio;
- assegna gli obiettivi strategici ai dirigenti di vertice;



- valuta la performance individuale dei dirigenti di vertice (Direttori di Dipartimento e di Distretto), su proposta dell'OIV;
- promuove all'interno dell'Azienda la valorizzazione del merito;
- adotta il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- adotta i risultati del Processo di valutazione delle performance organizzative ed individuali su proposta dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo aziendali

Effettuano, secondo le rispettive competenze, la valutazione individuale di prima istanza dei Direttori/Responsabili di Distretto, del Direttore/Responsabile della Direzione Medica Ospedaliera, dei Direttori/Responsabili delle unità operative della dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa e delle funzioni di Staff della Direzione Generale per quanto concerne gli aspetti legati alle competenze manageriali e tecniche dimostrate, nonché alla capacità di valutazione dei collaboratori.

Inoltre il Direttore Sanitario Aziendale effettua la valutazione delle competenze tecniche specifiche di tutti i Direttori/Responsabili di Unità Operativa Complessa (UOC) e di Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD), nonché valuta il Direttore/Referente di Dipartimento sulla capacità di valutazione dei collaboratori.

Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):

- esercita le attività di controllo strategico di cui all'art. 6, comma 1, del D. Lgs. n. 286/1999, e riferisce, in proposito, direttamente alla Direzione Strategica;
- misura e valuta la performance organizzativa nel suo complesso;
- valuta il conseguimento effettivo degli obiettivi strategici e degli obiettivi di performance dell'Azienda;
- monitora il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità;
- formula osservazioni con riguardo alla Relazione sulla Prestazione e sui Risultati;
- propone alla Direzione aziendale la valutazione annuale dei dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento e di Distretto) e l'attribuzione dei premi;
- approva le graduatorie finali delle valutazioni individuali del personale dirigenziale e del personale non dirigenziale;
- effettua le verifiche sugli esiti delle valutazioni chiudendo in seconda istanza eventuali discordanze sulla valutazione di prima istanza;
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- 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;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, anche al fine della premialità secondo le disposizioni di cui al decreto e alla contrattazione collettiva integrativa, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- realizza indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione, nonché dirette a rilevare la valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale; riferisce in merito ai competenti organi interni di governo e amministrazione nonché alla CiVIT;
- valida la Relazione sulla performance.

Struttura Tecnica Permanente:

La Struttura tecnica permanente- CCS:

- coadiuva l'OIV, la dirigenza e il personale nello svolgimento delle attività di propria competenza nell'ambito del Sistema di misurazione e valutazione della performance;
- funge da interfaccia tecnica tra l'OIV e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

Controllo di Gestione

- elabora i Documenti di budget annuali sulla base dei contenuti concordati con i Direttori/Responsabili di Distretto/Dipartimento e con la Direzione Generale;


12

- gestisce il Processo di Budget e la misurazione della performance in ambito organizzativo;
- verifica l'andamento delle prestazioni e dei risultati rispetto agli obiettivi assegnati durante il periodo di riferimento e propone, ove necessario, interventi correttivi in corso di esercizio;
- certifica i risultati della misurazione;
- elabora la Relazione finale sul raggiungimento degli obiettivi di budget.

Comitato Budget

- supporta la Direzione Generale ed il Centro di Controllo Strategico (deliberazione n. 381 del 28.04.2012);
- verifica la generale coerenza degli obiettivi assegnati alle unità operative individuate dall'Azienda come Centri di Negoziazione (CdN).

Direttore di Dipartimento/Distretto

- collabora con la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi di performance organizzativa triennale e annuale;
- valuta le competenze manageriali dei Direttori/Responsabili delle UOC/UOSD afferenti al Dipartimento/Distretto.

Direttore/Responsabile di Unità Operativa Complessa/ Semplice Dipartimentale

- assegna obiettivi ai propri collaboratori ed individua le competenze tecniche attese;
- valuta il personale afferente alla propria struttura impiegando gli strumenti e le modalità definite nell'ambito del presente Regolamento.

Servizio Aziendale Professioni Sanitarie (S.A.)

- supporta le Posizioni Organizzative ed i Coordinatori delle Professioni Sanitarie nella individuazione di obiettivi individuali, nonché nella modalità di rilevazione del loro grado di raggiungimento.

Posizione Organizzativa e Coordinatore delle Professioni Sanitarie

- assegna obiettivi ai propri collaboratori ed individua le competenze tecniche attese;
- effettua la valutazione dei propri collaboratori diretti.

Personale, dirigenziale e non:

- concorre alle indagini svolte dall'OIV volte a rilevare il benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di misurazione valutazione;
- è coinvolto nella rilevazione operata dall'OIV della valutazione del proprio superiore gerarchico;
- interviene in tutta la fase del processo di valutazione, segnalando all'OIV eventuali criticità rilevanti ai fini della valutazione stessa;
- partecipa alla valutazione attraverso il confronto con il valutatore.



Art. 24 – I ruoli dei soggetti aziendali coinvolti nell'introduzione e mantenimento del Sistema di misurazione della performance

Il ruolo dei soggetti aziendali coinvolti (stakeholder) nell'introduzione e mantenimento del Sistema di misurazione della performance è illustrata nella tabella seguente (Tabella 1)

Stakeholder interno	Approccio iniziale (introduzione del sistema)	Approccio successivo (diffusione e mantenimento del sistema)
Direzione Strategica	Topdown Collegamento esplicito tra strategia, priorità e Sistema di misurazione della performance	Supporto alla diffusione del sistema a tutti i livelli organizzativi
Dirigenza	Esecuzione delle Direttive della Direzione Strategica	Informazione, formazione del personale e supporto manageriale
Personale del comparto	Attuazione delle Direttive della Direzione Strategica	Contributo attivo a favore del miglioramento organizzativo

Tabella 1. I ruoli dei soggetti coinvolti nel Sistema di misurazione della Performance.

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. 2).

Fase	Soggetti interni coinvolti
1) Definizione/aggiornamento del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direzione Strategica ASM
3) Attuazione del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direzione Strategica ASM ▪ Dirigenza ▪ Personale ▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente) ▪ Personale, dirigenziale e non

Tabella n. 2. fasi del processo di formazione e di realizzazione del Sistema.

L'attuazione del sistema è sintetizzato nel grafico seguente (Figura 2).

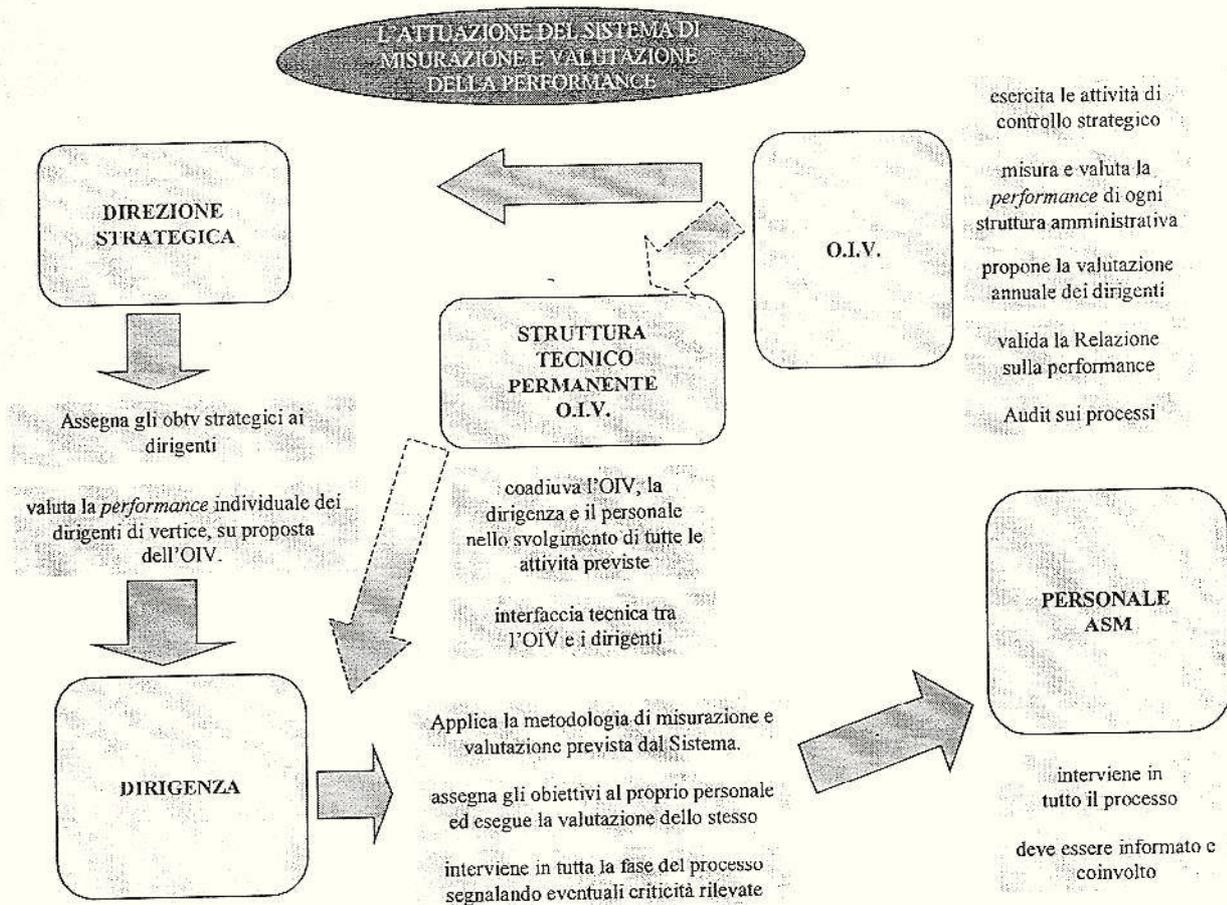


Figura 2. L'attuazione del Sistema di misurazione e valutazione della Performance.

TITOLO V

Procedure di conciliazione

Art. 25 – Le procedure di conciliazione: definizione

Le procedure di conciliazione consistono in iniziative volte a risolvere i possibili conflitti nell'ambito del processo di valutazione della performance individuale e a prevenire l'eventuale contenzioso in sede giurisdizionale.

Art. 26 – Le procedure di conciliazione per il personale del comparto

Al fine di evitare l'insorgere di controversie dovute all'eventuale dissenso del dipendente rispetto al giudizio ricevuto, il Contratto integrativo aziendale (deliberazione ASM n. 571 del 14.05.2010), ha previsto l'istituzione di un Comitato per la prevenzione della conflittualità, che risulta composto da:

1. Ruolo sanitario:

- Dirigente Servizio Assistenza;
- Coordinatore U.O. e/o Servizio;
- P.O. dell'area omogenea attinente (ove si tratti di Coordinatore);
- Direttore Sanitario Aziendale (ove si tratti di P.O.);

2. Ruolo tecnico-amministrativo:

- Direttore Amministrativo;
- P.O. dell'area omogenea attinente;
- Dirigente di struttura complessa.

Il dipendente, in ottemperanza alle vigenti norme legislative e contrattuali, può essere accompagnato da un legale c/o esponente sindacale di fiducia.

Art. 27 – Le procedure di conciliazione per il personale dirigenziale

Sulla base dell'art. 25, comma 4, del Regolamento per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale approvato con deliberazione ASM n. 1312 del 14.12.2010, la valutazione negativa da parte del valutatore di prima istanza può essere impugnata dal dirigente, il quale può chiedere di essere ascoltato dal Collegio tecnico, anche assistito da persona di fiducia, producendo agli stessi organismi, ogni atto, relazione ritenga utile.

TITOLO VI

**Modalità di raccordo e di integrazioni con
il ciclo di programmazione economico/finanziario e di controllo**

Art. 28 – Modalità di raccordo: finalità

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 ciclo della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

Considerato che il Piano ed il Sistema definiscono gli elementi fondamentali dell'intero ciclo di performance, è fondamentale garantire coerenza e coordinamento tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, piani d'azione e risorse economiche.

In particolare, il Piano della performance della ASM comprende una sezione in cui si descrivono le scelte operate, 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:

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

Art. 29 – Modalità di raccordo ed integrazione con i sistemi di controllo e di programmazione finanziaria e di bilancio

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.

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).

Art. 30 – Tempistica

Tempistica del sistema di controllo di gestione:

Gli obiettivi strategici, sulla base anche delle indicazioni regionali attualmente in vigore (DGR n. 298/2912) sono oggetto, durante l'anno solare, di verifica nei seguenti periodi:

- al 31 maggio 2012 ed al 30 settembre 2012: verifica periodica sul raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- dalla chiusura del 31 dicembre a febbraio anno seguente: verifica annuale/finale sul raggiungimento degli obiettivi assegnati.

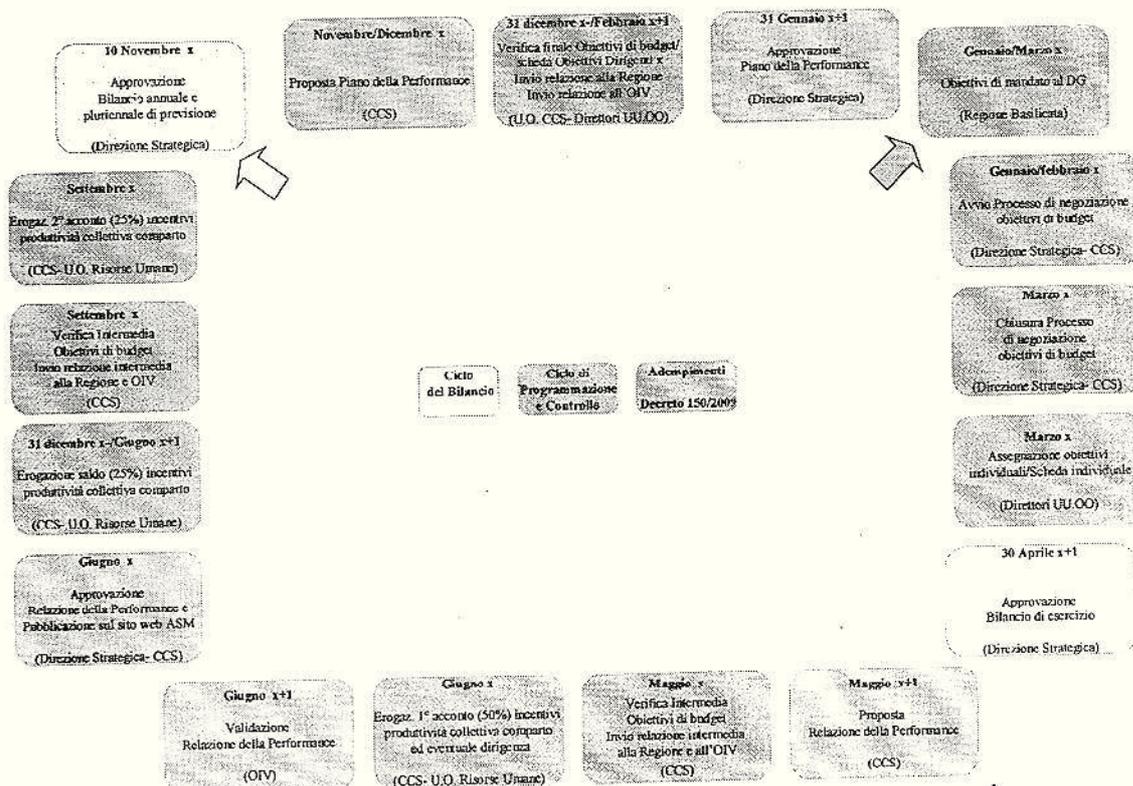
Tempistica del sistema di bilancio:

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.

Tempistica del Ciclo di performance:

- Novembre- Dicembre: proposta del piano di performance;
- 31 gennaio: approvazione del Piano della Performance;
- Maggio: proposta Relazione della Performance;
- Giugno: approvazione, validazione e pubblicazione relazione della performance.

Il grafico seguente sintetizza la tempistica di realizzazione del ciclo della performance coordinata con gli altri sistemi vigenti.



TITOLO VII

Monitoraggio, audit e reportistica del Sistema

Art. 31- Monitoraggio e audit del Sistema

Il monitoraggio e l'audit sul corretto funzionamento del Sistema è svolto principalmente dall'OIV, con cadenza semestrale, con il supporto della Struttura tecnica permanente e la collaborazione della dirigenza e del personale.

Il monitoraggio e l'audit esterno dei Sistemi adottati dalle amministrazioni spetta invece alla CiVIT, che predispone le linee guida metodologiche e pubblica periodicamente i risultati relativi al monitoraggio eseguito.

Art. 32 - La reportistica

Al termine delle attività di monitoraggio e di audit, l'OIV produrrà un report per la Direzione Strategica aziendale.

TITOLO VII

Disposizioni finali e transitorie

Art. 33 - Aggiornamento dei contenuti del Sistema di misurazione e valutazione

L'aggiornamento del Sistema è competenza della Direzione Strategica e dirigenti della ASM con il supporto della struttura tecnica permanente.

Si dovranno prevedere adeguate forme di coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni, promuovendo la massima condivisione e il massimo livello di consapevolezza relativamente al Sistema.

L'OIV, attraverso la sua attività, provvederà ad orientare l'aggiornamento e/o il miglioramento del Sistema.

Art. 34 - Disposizioni transitorie

L'anno 2012 rappresenta un anno di transizione per la applicazione del ciclo di performance (Decreto Legislativo 150/2009).

In relazione a tale anno, saranno applicati i sistemi in vigore di misurazione e di valutazione individuale del personale (dirigenziale e del comparto).

Al fine di dare piena attuazione al Piano della Performance, nell'anno 2013 verranno definite e concordate con le organizzazioni sindacali le nuove procedure di misurazione e valutazione individuale del personale (dirigenziale e del comparto).



ALLEGATI

ALLEGATO A- SISTEMA DI VALUTAZIONE PERMANENTE DEL PERSONALE DEL COMPARTO approvato con deliberazione ASM n. 571 del 14.05.2010;

ALLEGATO B- SCHEDA INDIVIDUALE DI VALUTAZIONE PERSONALE DEL COMPARTO approvato con deliberazione ASM n. 571 del 14.05.2010;

ALLEGATO C- Regolamento per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali dell'Area della Dirigenza Medico-Veterinaria e per l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale approvato con deliberazione ASM n. 1312 del 14.12.2010;

ALLEGATO D- SCHEDA INDIVIDUALE PERSONALE DELLA DIRIGENZA;

ALLEGATO E- REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA ED IL FUNZIONAMENTO DEL COLLEGIO TECNICO PER LE VERIFICHE DEL PERSONALE DIRIGENZIALE DELL'ASM- AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA. AREA DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA ED AMMINISTRATIVA approvato con deliberazione ASM n. 595 del 19.06.2012;

ALLEGATO F QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI DIAGNOSTICI ED AMBULATORIALI;

ALLEGATO G QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA;



TERMINI E CONCETTI CHIAVE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Allegato 1 al Piano della performance ASM (delibera n. _____ del _____)

Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. L'albero della performance ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle due principali dimensioni della performance.

Analisi S.W.O.T. o Analisi strategica (si veda Appendice A, delibera Civit n. 89/2010)

Si tratta di una attività propedeutica alla stesura del piano strategico in cui si esaminano le condizioni esterne ed interne in cui l'organizzazione si trova ad operare oggi e si presume si troverà ad operare nel prossimo futuro. Questa attività, meglio conosciuta come SWOT analysis, è tesa ad evidenziare: i punti di forza (Strength) e di debolezza (Weakness) dell'organizzazione (analisi dell'ambiente interno) nonché le opportunità (Opportunity) da cogliere e le sfide (Threat) da affrontare (analisi del contesto esterno). Il risultato dell'analisi è quello di evidenziare i temi strategici da affrontare e le criticità da superare. Il termine S.W.O.T. è usato, dunque, quando congiuntamente si fa riferimento all'analisi del contesto esterno e all'analisi del contesto interno.

Aree strategiche

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione. A seconda delle logiche e dei modelli di pianificazione adottati da ciascuna amministrazione, una area strategica può riguardare un insieme di prodotti o di servizi o di utenti o di politiche o loro combinazioni (es. determinati prodotti per determinati utenti, politiche relativi a determinati servizi, ecc.). La definizione delle aree strategiche scaturisce da un'analisi congiunta dei fattori interni e dei fattori di contesto esterno.

Rispetto alle aree strategiche sono definiti gli obiettivi strategici, da conseguire attraverso adeguate risorse e piani d'azione.

Benchmarking (si veda Appendice A, delibera Civit n. 89/2010)

Il processo di confronto attraverso cui identificare, comprendere e importare, adattandole, buone pratiche sviluppate in altri contesti al fine di migliorare la performance organizzativa. Analisi di benchmarking possono essere effettuate relativamente a strategie, processi, prodotti e servizi. Il „benchmark“ è un punto di riferimento per finalità comparative o di misurazione.

Il confronto avviene con un "elemento" ritenuto il "migliore" a comunque riconosciuto come *standard* a cui tendere.

Il benchmarking è interno quando il confronto riguarda la medesima amministrazione o ente; esterno quando il confronto è fatto rispetto ad altre pubbliche amministrazioni nazionali o internazionali.

Capitale intellettuale (si veda Appendice A, delibera Civit n. 89/2010).

Comprende il sistema delle risorse, tangibili e intangibili, di un'organizzazione basate sulla conoscenza. Il termine sintetizza gli elementi del capitale umano - *human capital*, capitale informativo - *information capital*, capitale organizzativo - *organizational capital* e capitale relazionale - *relational capital* così definiti dalla delibera Civit n. 89/2010: .

- Capitale informativo (*information capital*); in questo contesto si intende l'insieme dei flussi e dei sistemi informativi e informatici, delle conoscenze condivise e formalizzate a disposizione dell'amministrazione per la propria attività.

- Capitale organizzativo (*organizational capital*); il capitale organizzativo è composto da una serie di elementi, tra loro combinati, quali: cultura, *leadership*, lavoro di squadra ed allineamento.

- Capitale relazionale (*relational capital*); in questo contesto, rappresenta il livello di fiducia di cui gode una amministrazione e le persone che ne fanno parte e l'intensità e qualità dei rapporti che legano amministrazione e stakeholder.

- Capitale umano (*human capital*): la sommatoria di conoscenze, competenze, talenti e attitudini del personale di un'organizzazione in un determinato momento.

Indagine del benessere organizzativo

Si tratta di un'analisi organizzativa che ha lo scopo di indagare la capacità di un'organizzazione di promuovere e di mantenere un alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori.

Indicatore o misura

Per indicatore si intende una grandezza, indistintamente un valore assoluto o un rapporto, espressa sotto forma di un numero volto a favorire la rappresentazione di un fenomeno relativo alla gestione aziendale e meritevole d'attenzione da parte di *stakeholder* interni (amministratori, management) o esterni (cittadini, associazioni, altri enti, ecc.).

Indicatori di contesto

Indici riferiti amacro variabili (tasso di inquinamento, reddito procapite, ecc..) le cui fonti sono spesso esterne all'amministrazione ed il periodo di osservazione riguarda il medio-lungo termine (5-10 anni).

Missione

La "missione" identifica la ragion d'essere e l'ambito in cui l'organizzazione opera in termini di politiche e azioni perseguite. La missione rappresenta l'esplicitazione dei capisaldi strategici di fondo che guidano la selezione degli obiettivi che l'organizzazione intende perseguire attraverso il proprio operato. Rispondere alle domande: "cosa e come vogliamo fare" e "perché lo facciamo".

Organizzazione (assetto organizzativo)

Si tratta di una macrovariabile del contesto interno che comprende la struttura organizzativa (definita organigramma quando rappresentata graficamente), la distribuzione del potere e delle responsabilità con i relativi centri di costo e i sistemi operativi. Con l'analisi dell'assetto organizzativo si definiscono le modalità di divisione e coordinamento del lavoro, e in una logica sistemica, gli organi, gli aggregati di attività, i compiti, le relazioni fra organi, il grado di autonomia decisionale delle unità organizzative, la comunicazione e altri meccanismi di governare della struttura.

Performance (ampiezza e profondità della)

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

L'ampiezza della *performance* fa riferimento alla sua estensione "orizzontale" in termini di *input/processo/output/outcome*; la profondità del concetto di *performance* riguarda il suo sviluppo "verticale": livello individuale; livello organizzativo; livello di programma o politica pubblica.

Performance individuale

Esprime il contributo fornito da un individuo, in termini di risultato e di modalità di raggiungimento degli obiettivi.

Performance organizzativa

Esprime il risultato che un'intera organizzazione con le sue singole articolazioni consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e, in ultima istanza, della soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

Target (si veda Appendice A, delibera Civit n. 89/2010)

Un *target* è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere; ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo. Tipicamente questo valore è espresso in termini quantitativi entro uno specifico intervallo temporale e può riferirsi a obiettivi sia strategici che operativi.

Misura di input

Si tratta del valore assegnato alle risorse (o fattori produttivi) che, a vario titolo, entrano a far parte di un'attività o di un processo. Il consumo di risorse durante attività o fasi di processo determina il nascere del costo legato all'utilizzo del fattore produttivo in questione. L'unità di misura, rispetto alla quale si determina l'estensione della misurazione stessa, può essere sia di carattere economico (valuta), sia di carattere quantitativo.

Misura di processo

Esprime l'estensione quantitativa rispetto all'unità minima che costituisce un processo: l'attività. Tipici esempi sono:

- numero di pratiche espletate da un ufficio;
- numero di interventi urgenti del servizio di manutenzione;
- numero di testi riposti negli scaffali dal personale della biblioteca;
- numero di contravvenzioni elevate;
- ore di pattugliamento su strada della polizia stradale;
- numero di richieste di supporto ricevute dagli amministratori dal settore affari generali;
- numero di fornitori gestiti dall'economato;
- numero di mandati di pagamento emessi.

Gli indicatori di processo si riferiscono, quindi, a ciò che fa un'unità organizzativa o settore dell'amministrazione, o anche un singolo dipendente, per aiutare l'organizzazione nel suo complesso a perseguire i propri obiettivi. Tipicamente, gli indicatori di processo hanno solo un collegamento remoto con gli obiettivi e i traguardi finali dell'organizzazione. Per questa ragione è necessario: (a) assicurarsi che esista un tendenziale rapporto di causa-effetto tra i processi e i risultati che l'amministrazione nel suo complesso vuole ottenere; (b) fare attenzione a non dare un'eccessiva enfasi agli indicatori di processo, specie se difficilmente ricollegabili, o solo marginalmente connessi, agli indicatori di output-risultato.

Misure di output-risultato

Si tratta del risultato che si ottiene immediatamente al termine di una attività o di un processo. Ogni attività può essere descritta in sistema con *input* consumati ed *output* ottenuti secondo la catena logica: *input* - attività - *output*. Quando l'*output* si lega all'*input* in termini finanziari, si esprime il concetto di economicità. Quando tale relazione non è espressa in termini finanziari, ma fisico-tecnici, si esprime il concetto di efficienza.

Si propongono di esprimere l'*output*, da un punto di vista sia quantitativo che qualitativo, in termini che risultino direttamente correlabili agli obiettivi finali di un'organizzazione.

Alcuni esempi, sono:

- numero dei passeggeri trasportati dal servizio di trasporto regionale;
- chilometri percorsi dal trasporto pubblico regionale;
- livelli qualitativi dei servizi di *front-office* (pulizia, puntualità, cortesia, etc.) espressi su scala di Likert (da 1 a 7) attraverso una indagine conoscitiva di *customer satisfaction*;
- tonnellate di rifiuti raccolti e smaltiti;
- percentuale di raccolta differenziata;
- numero delle *e-mail* ricevute ed a cui è stata fornita risposta da parte dell'ufficio relazioni con il pubblico;
- numero di non conformità al sistema di gestione qualità ISO-9001.

Tuttavia, quando l'*output* del servizio è difficilmente individuabile, non è sempre possibile una loro determinazione. Ciò avviene per i servizi istituzionali come la difesa e la sicurezza pubblica. Malgrado tali servizi forniscano servizi alla collettività, l'*output* può non essere univocamente definibile. In tal caso è utile far ricorso a misure di processo come *proxy* dell'*output* finale. Per la polizia stradale, ad esempio, può essere proposto il numero di contravvenzioni elevate o le ore di pattugliamento su strada. Per i servizi connessi alla programmazione di nuovi programmi possono essere utilizzati gli indicatori di numero di pratiche esaminate oppure il numero degli incontri organizzati con i portatori di interesse. Tuttavia, va tenuto presente che la differenza sostanziale tra un indicatore di *output*-risultato e un indicatore di processo è che il primo è

orientato ai fini, mentre il secondo è orientato ai mezzi. Dunque, in caso di utilizzo di indicatori di processo come *proxy* degli indicatori di risultato il riferimento all'output finale non è immediato e quindi variazioni dell'indicatore non necessariamente si riflettono su di esso.

Misure di *outcome*

L'*outcome* è l'impatto, risultato ultimo di un'azione. Nella misurazione della *performance* ci si riferisce agli *outcome* per indicare la conseguenza di un'attività o processo dal punto di vista dell'utente del servizio e, più in generale, degli *stakeholder*. Esempi di *outcome* sono: il miglioramento della qualità della vita, della salute dei cittadini, ecc.. Un *outcome* può riferirsi al risultato immediato di un servizio o di un intervento (ad es. riduzione della percentuale di fumatori), oppure allo stato finale raggiunto (ad es. la riduzione dell'incidenza dei tumore ai polmoni). Il rapporto tra l'utilizzo di un *input* e l'ottenimento di un *outcome* può essere rappresentato in termini di efficacia.

Stakeholder (o portatori di interessi)

Uno *stakeholder* è un qualsiasi individuo o gruppo di individui che possono influenzare o essere influenzati dall'ottenimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione stessa. Gli *stakeholder* possono essere sia interni che esterni rispetto ai confini di ogni singola organizzazione e possono essere portatori di diritti e di interessi.

Essendo tutti i soggetti che detengono un interesse in quanto vengono influenzati oppure perché possono influenzare l'amministrazione come tali sono interessati a ricevere delle informazioni sulle attività e sui risultati dell'amministrazione stessa. Gli *stakeholder* sono coinvolti nelle varie fasi di predisposizione del Piano. La formulazione della strategia deve essere in grado di contemperare le esigenze dei vari portatori di interesse, bilanciando tutti gli interessi in gioco. Pertanto, a monte della definizione del Piano è necessario identificare tutti i gruppi di individui che posseggono degli interessi nell'organizzazione, sviluppando la c.d. "mappatura degli *stakeholder*". Tale mappatura individua i soggetti dotati di maggiore potere di influenza per poi individuare le rispettive attese nei confronti dell'organizzazione (in termini economici, psicologici, etici e sociali).

Obiettivo strategico e operativo

È la descrizione di un traguardo che l'organizzazione si prefigge di raggiungere per eseguire con successo i propri indirizzi. L'obiettivo è espresso attraverso una descrizione sintetica e deve essere sempre misurabile, quantificabile e, possibilmente, condiviso. Gli obiettivi di carattere strategico fanno riferimento ad orizzonti temporali pluriennali e presentano un elevato grado di rilevanza (non risultano, per tale caratteristica, facilmente modificabili nel breve periodo), richiedendo uno sforzo di pianificazione per lo meno di medio periodo. Gli obiettivi operativi declinano l'orizzonte strategico nei singoli esercizi (breve periodo), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività delle amministrazioni. Ciò indipendentemente dai livelli organizzativi a cui tali obiettivi fanno capo. Mentre gli obiettivi strategici sono contenuti all'interno delle aree strategiche del Piano, gli obiettivi operativi riguardano le attività di programmazione di breve periodo.

Allegato alla delibera **ALLEGATO 2**
N° 111 del 30 GEN. 2012

Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
Via Montescaglioso - Matera

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
Nominato con D.G.R. n. 334 del 21.03.2012 e D.P.G.R. n. 80 del 21.03.2012

N. 640

del 27 010 2012

OGGETTO: CC.NN.LL. dell'Area della dirigenza: Medica e Veterinaria e SPTA - Approvazione Documenti di Budget (obiettivi di attività e risorse) - ANNO 2012

DESCRIZIONE	Data	Allegati n°
Documenti integranti il provvedimento		
Documenti di budget anno 2012		1

U.O. PROPONENTE: "U.O. Controllo di Gestione e Pianificazione Strategica"

Si attesta che la spesa di € relativa alla presente deliberazione costituisce:

- costo di competenza dell'esercizio
- incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni di budget dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale del bilancio corrente, attribuibile alla struttura: - centro di costo/responsabilità

Matera, li _____

Il Dirigente dell'U.O.

U.O. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

Si riscontra la corretta imputazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

Il Dirigente dell'U.O. Gestione Risorse Finanziarie

Matera, li _____

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo.....

Viene espresso parere favorevole del Direttore Sanitario

In data _____ nella sede legale dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), il Direttore Generale Dott. Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Dott. Pietro Quinto e del Direttore Sanitario Dott. Andrea Sacco,

IL DIRETTORE GENERALE



VISTI i CC.NN.LL. 2006 – 2009 dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, dell'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa ;

CONSIDERATE le metodologie di verifica indicate nel D.Lgs n150/2009 e s. m. i.;

VISTA la D.G.R. n. 334 del 21.03.2012 e D.P.G.R. n. 80 del 21.03.2012 aventi ad oggetto "art. 9 della L.R. n. 39/2001 e art. 2 e 5 della L.R. 12/2008 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera";

VISTA la D.G.R. n. 298 del 14 marzo 2012 "Patto della salute 2010 – 2012 - Obiettivi di Salute e Programmazione Economico-Finanziaria anni 2010 – 2013 per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IRCCS CROB";

RILEVATO che per il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati con le suddette deliberazioni regionali è necessario il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari, professionali, tecnici e amministrativi, operanti nelle strutture ospedaliere e territoriali dell'azienda;

VISTE le deliberazioni aziendali n. 1410/2010 e n. 340/2011 "Affidamento degli incarichi dirigenziali dell'Area Medica, Veterinaria ed SPTA (sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa) ;

VISTE le DD.GG.RR. n. 239, 905, 1126, 1953 /2011 "Disposizioni vincolanti per le Aziende Sanitarie Regionali in materia organizzativa e di contenimento della spesa del personale;

VISTA la L.R. n. 26/2011 "Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata – Legge Finanziaria 2012";

VISTA la D.G.R. 138/2012 "Governance Farmaceutica Territoriale" Direttiva vincolante;

PRECISATO che le attività da rendere sono relative alle posizioni assegnate nell'ambito delle graduazioni dirigenziali e che l'assegnazione all'azienda per l'anno 2012 di eventuali risorse aggiuntive, dovranno necessariamente prevedere la individuazione di ulteriori volumi aggiuntivi di attività da concordare con i Direttori di Dipartimento;

DATO ATTO che:

- il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo hanno condiviso con i Direttori di Dipartimento i "Documenti di Budget" portando a termine la fase di negoziazione degli obiettivi da assegnare a ciascun Dipartimento ed/o Unità Operativa Dipartimentale;
- la Direzione Strategica ha preso atto degli obiettivi negoziati che sono stati formalizzati attraverso la sottoscrizione dell'accordo comprendente anche le relative schede riportanti analiticamente gli obiettivi di attività da raggiungere nell'anno 2012;

RILEVATO che gli obiettivi concordati si riferiscono a produttività, organizzazione, sistemi di qualità e comportamenti;

PRESO ATTO del parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, come innanzi espresso, con l'apposizione delle rispettive firme ai sensi dell'art. 18 della L. R. 39 /2001;

11/11/12



DELIBERA

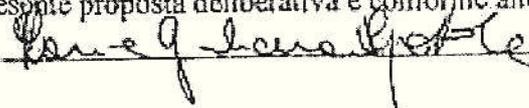
Per le ragioni espresse in narrativa, che qui s'intendono integralmente richiamate e confermate:

- di **approvare** gli obiettivi di attività e di risorse concordati e sottoscritti con i Direttori di Dipartimento, indicati negli accordi con le relative schede riportanti analiticamente gli obiettivi di attività quali-quantitativi da raggiungere nell'anno 2012, che vengono allegati al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- di **assegnare** all'U.O. "Controllo di Gestione e Pianificazione Strategica" il compito di redigere ed inviare, ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO., reports trimestrali di monitoraggio con sistematico confronto fra i dati di budget e il consuntivo, ed eventuali scostamenti nei costi e nei risultati a livello di Centro di Responsabilità;
- di **assegnare** ai Direttori dei Dipartimenti Aziendali il compito di verificare l'andamento delle attività in riferimento agli obiettivi negoziati, segnalando alle UU.OO. interessate gli eventuali scostamenti rilevati e ricercando con le stesse strategie correttive;
- di **stabilire** che gli obiettivi dovranno essere raggiunti entro il 31.12.2012;
- di **trasmettere** il presente atto alla Regione Basilicata, Dipartimento Salute, Sicurezza, e solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità;
- di **notificare** la presente deliberazione all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (D.Lgs. 150/2009), ai Direttori dei Dipartimenti e ai Dirigenti delle UU.OO. dipartimentali mediante la pubblicazione nell'area riservata del sito aziendale all'indirizzo www.asmbasilicata.it/;
- di **dare atto** che la documentazione richiamata nel presente provvedimento è agli atti dell'U.O. proponente;
- di **dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo.

L'Istruttore



Il Dirigente dell'U.O. dichiara, altresì, che la presente proposta deliberativa è conforme alle disposizioni di legge e regolamentari in materia



Il presente verbale viene letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale
Dot. Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che, in conformità a quanto disposto dall'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n. 69 e s.m.i., la presente deliberazione è pubblicata nell'Albo Pretorio Informativo dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), sito web www.asmbasilicata.it, per 5 (cinque) giorni consecutivi.

Matera, li _____

Il Responsabile

Dr. Eustachio MARCOSANO

Trasmessa al Collegio Sindacale

Trasmessa alla Regione Basilicata – art. 44 comma 2° L.R. nr. 39 del 31.10.2001

Divenuta esecutiva in data 11/10/2012 ai sensi dell'art. 44 - 8° comma - Legge Regionale n. 39 del 31.10.2001.

Matera, li _____

Il Responsabile

Dr. Eustachio MARCOSANO