

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. 123

del 30 GEN. 2014

OGGETTO: Approvazione del Piano della Performance aziendale per il triennio 2014-2016

DESCRIZIONE Documenti integranti il provvedimento	Data	Allegati n°
Piano della performance della azienda sanitaria locale di Matera. 2014-2016	27.01.2014	6

U.O. PROPONENTE "Centro di Controllo Strategico"

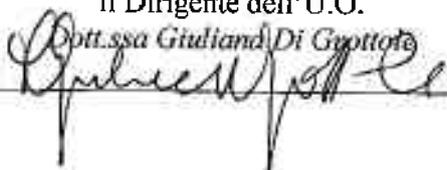
Si attesta che la spesa di € relativa alla presente deliberazione costituisce:

- 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 Giudiana Di Girotto


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. 2014 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 smi, 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 ANAC (ex CIVIT) 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";
- Delibera n. 6/2013 – "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013";

DATO ATTO CHE la Direzione Amministrativa aziendale ha dato mandato alla U.O. Centro di Controllo Strategico (CCS) di aggiornare il Piano della Performance aziendale relativo al triennio 2014-2016 sulla base delle sopra citate linee guida elaborate dall'ANAC;

RITENUTO, quindi, di dover redigere il Piano della Performance anche alla luce degli impulsi propositivi proveniente dall'OIV aziendale;

ACQUISITO il "PIANO DELLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA.2014-2016"

elaborato dal CCS con il supporto metodologico dell'OIV aziendale e che si allega al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

RITENUTO, pertanto, opportuno, approvare il "PIANO DELLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA 2014-2016";

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 il "PIANO DELLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA.2014-2016";

che si allega 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;
- Responsabile ASM della prevenzione della corruzione;
- 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 il Documento allegato presso il sito aziendale www.asmbasilicata.it nella apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

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 Alessandrino 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. 2014

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

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	
4.6 Coerenza con il Piano aziendale Triennale Anti Corruzione e del Programma triennale della trasparenza	
4.7. Coerenza con il manuale regionale delle procedure	



5. GLI OBIETTIVI STRATEGICI	34
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	39
6.1 Il Ciclo di gestione della performance	
7. IL PROCESSO SEGUIDO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	41
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 ed azioni di miglioramento	

ALLEGATI

1. ALLEGATO 1- TERMINI E CONCETTI CHIAVE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE;
2. ALLEGATO 2- SCHEDE DI BUDGET ASM DI CIASCUNA U.O. - ANNO 2013.
3. ALLEGATO 3- SCHEDA TIPO INDIVIDUALE PERSONALE DELLA DIRIGENZA;
4. ALLEGATO 4- MANUALE DELLE PROCEDURE
5. ALLEGATO 5 – DELIBERA AZIENDALE N. 1362 DEL 23 12.2013 “ OBIETTIVI STRATEGICI - DOCUMENTO DI DIRETTIVE ASM ANNO 2014”
6. ALLEGATO 6- RELAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASM ANNO 2012



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 (ora ANAC), 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 (ora ANAC) 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 infra annuale 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.

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials "G.M.G." or similar, written in a cursive style.



2.3. Missione, visione e valori

2.3.1 La Missione

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

2.3.2 La Visione

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

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

2.3.3 I Valori

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

a. Centralità della persona

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

b. Integrazione

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

c. Apertura, Trasparenza e Collaborazione

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

d. Informazione, Comunicazione e Partecipazione

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

e. Qualità, Formazione e Ricerca

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

f. Innovazione

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

g. Valutazione

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



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

h. Risanamento e sviluppo sostenibile

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

i. Ospitalità

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

j. Rendicontazione sociale

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



3. IDENTITA'

3.1 Gli organi

Sono Organi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera:

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

3.2 La Direzione Strategica Aziendale

a. La Direzione Strategica è composta da:

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

3.3 Gli organismi collegiali

a. Gli organismi collegiali dell'Azienda sono:

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

3.3.1 Il Collegio di Direzione dell'Azienda

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

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

3.3.2 Il Consiglio dei Sanitari

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

3.3.3 La Conferenza dei Sindaci

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

Ad essa spetta in particolar modo:

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

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

3.3.4 Il Comitato Etico

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



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

3.3.5 I Comitati Consultivi Misti

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

3.3.6. L'Organismo Indipendente di Valutazione

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

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

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

3.4 Le relazioni sindacali

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

3.5 L'articolazione organizzativa

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

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

3.6. L'assetto strutturale di base

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

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

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



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

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

3.7. L'assetto strutturale dell'assistenza ospedaliera

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

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

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

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

Per un totale di 479 posti letto.

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

3.8 L'assetto strutturale della funzione territoriale

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

- Distretti di comunità;
- Dipartimenti territoriali;
- Dipartimenti misti (territoriali e ospedalieri).
- N. 1 RSA con 20 posti letto presso l'ospedale distrettuale di Tricarico gestita in convenzione con la Fondazione Don Gnocchi
- n. 1 Hospice con 8 posti letto presso l'ospedale distrettuale di Stigliano;
- n. 22 strutture private accreditate che erogano le seguenti specialità:
 - o n. 6 Fisiokinesiterapia;
 - o n. 4 Riabilitazione;
 - o n. 7 Laboratorio Analisi;
 - o n. 4 Radiologia
 - o n. 1 Cardiologia
- n. 14 postazioni I 18;
- 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.



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.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 A) DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	Unità Operative Complesse	Unità Operative Semplici
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 - Tinchì - 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 Tinchì <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 - Tinchì <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 - Tinchì - Stigliano <input type="checkbox"/> U.O. C. Patologia Clinica P.O. Matera <input type="checkbox"/> U.O. C. Patologia Clinica P.O. Policoro - Tinchì - 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.

+ emef

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.

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 struttura	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
Direzione Medica	222	37	93	1	353
Direzione Medico-legale	136	21	59	1	220
P.O. Matera	752	19	155		926
P.O. Polsero	296	18	79		395
Osp. Distrett. Stralio	45	12	29		86
Osp. Distrett. Finchi	87	4	22		113
Osp. Distrett. Crivello	77	7	27		111
Totale ASM	1.631	179	528		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 comp. totale dipendenti	55,83%
% di dirigenti donne	33,59%
Ipa media dirigenti donna	52
Ipa media non dirigenti donna	47

Fonte: Ufficio del personale ASM, settembre 2012.

4.2.2 Analisi del benessere organizzativo

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

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

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

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

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

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

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

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

- b. modulo angiosonografico, per l'utilizzo dei mezzi di contrasto e la caratterizzazione di tessuti patologici (lesioni e metastasi epatiche, ispessimenti pareti intestinali, lesioni mammarie, ...);
 - c. pacchetti per applicazioni ostetrico/ginecologiche, completo di tutti gli indici fetali;
 - d. pacchetti per applicazioni cardiologiche, completo di tutti gli indici cardiaci;
 - e. pacchetti per applicazioni urologiche;
 - f. elastosonografia, per una definizione qualitativa e quantitativa dei tessuti;
 - g. ecoendoscopia, associando la risoluzione dell'endoscopia alla diagnostica ecografica;
 - h. moduli 3D/4D per acquisizioni volumetriche e ricostruzioni tridimensionali a mano libera;
 - i. configurazioni interventistiche, grazie ai pacchetti sw ed alle sonde intraoperatorie.
- Grazie al modulo DICOM è inoltre possibile integrare l'ecotomografo nel sistema di archiviazione immagini e referti aziendale e regionale: tutte le immagini ed i referti possono confluire nell'archivio ed essere resi disponibili nel dossier e nel fascicolo sanitario elettronico del paziente. Grazie all'ampia dotazione di sonde, anche in 4D, è infine possibile sviluppare ogni tipologia di indagine, anche volumetrica.
9. **Ortopantomografo:** n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di 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 HI.A 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".

Di seguito si riporta una tabella comparativa del Conto Economico relativo ai bilanci d'esercizio 2011 e 2012 (ultimo bilancio d'esercizio adottato dall'ASM).



Migliaia di euro	consuntivo 2011	preventivo 2012	consuntivo 2012	Scostamento cons. 12 - cons. 11		Scostamento cons. 12 - prev. 12	
Valore della produzione	374.748	374.165	378.796	4.048	1,08%	4.631	1,24%
Costi di produzione	386.070	365.475	375.327	-10.743	-2,78%	9.852	2,70%
Proventi e oneri finanziari	9	-100	19	10	119,77%	119	119,00%
Proventi e oneri straordinari	1.122	0	1.932	810	72,20%	1.932	
Imposte e tasse	8.504	8.590	8.128	-376	-4,42%	-462	-5,38%
Risultato d'esercizio	-18.696	0	-2.708	15.988	85,52%	-2.708	

Il Conto Economico si è chiuso per tutti gli anni considerati evidenziando una perdita d'esercizio, pari per il 2011 a -18,7 milioni di euro e per il 2012 a -2,7 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 nel 2012, saranno ulteriormente apprezzati 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:

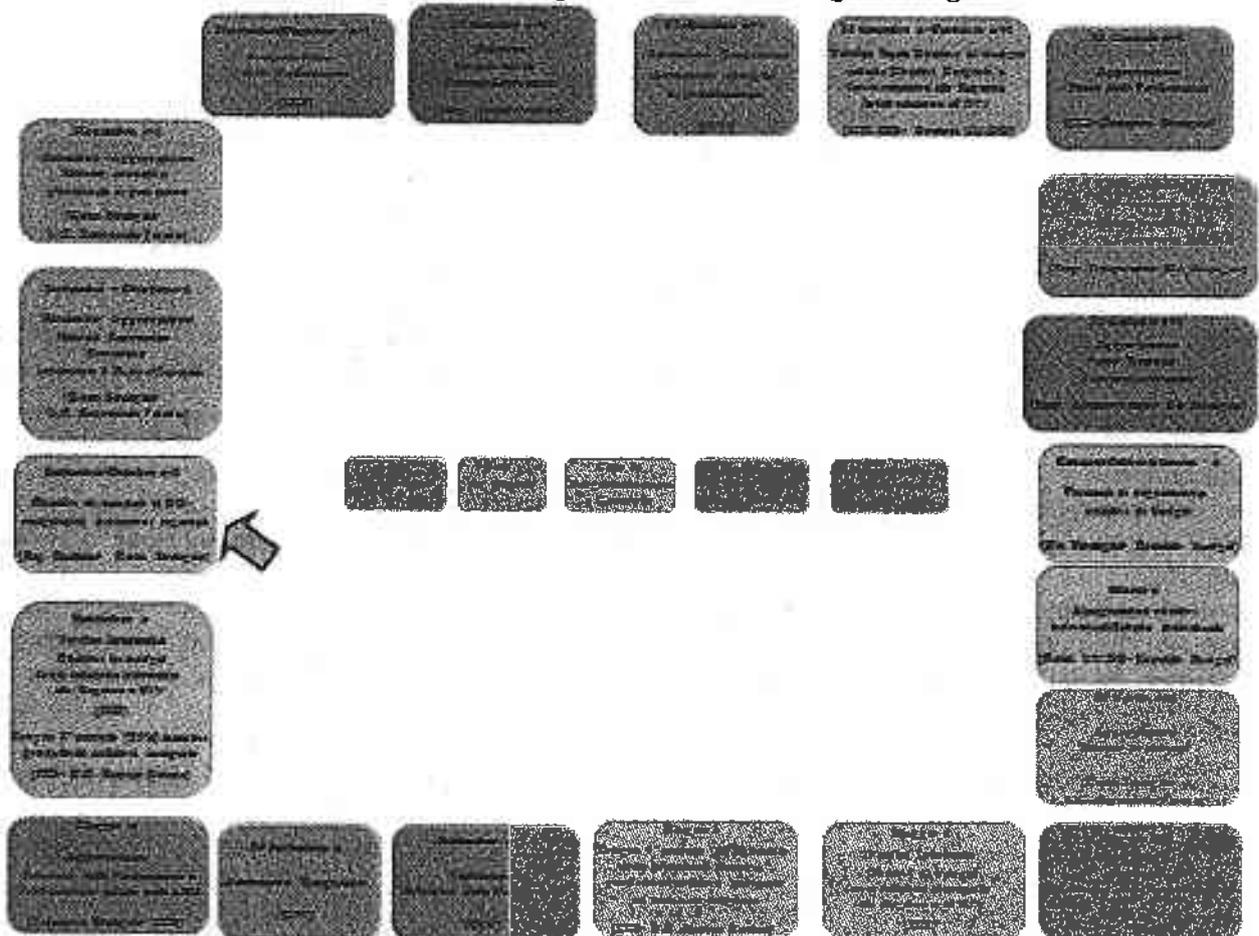
- la definizione condivisa di obiettivi e significati della pianificazione e della valutazione;
- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, 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), nel corso dell'anno 2013, che ha rappresentato, il primo anno di applicazione del Piano, sono stati gradualmente perfezionati tutti i passaggi che la normativa richiede affinché il documento potesse recepire le 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.



Handwritten signature or initials.

4.6 Coerenza con il Piano aziendale Triennale Anti Corruzione e del Programma triennale della trasparenza

L'ANAC ha fornito indicazioni alle amministrazioni pubbliche, sia centrali sia territoriali, ai fini dell'avvio del ciclo della performance 2014-2016, sottolineando la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

Per le amministrazioni di diretta applicazione del D.Lgs. n. 150/2009, relativamente al Piano della performance 2014 - 2016 (da adottare entro il 31/01/2014), tenendo conto anche dell'evoluzione del quadro normativo sull'anticorruzione e, in particolare, dell'emanazione nel 2013 dei decreti legislativi n. 33 e n. 39 - sul riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e il regime delle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni - l'Autorità ha confermato quanto espresso nella delibera n. 6/2013 ovvero rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatici e, quindi, garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione.

In tale ottica di integrazione e coerenza, la ASM ha provveduto ad individuare con delibera n. 401 del 02.04.2013 il Responsabile della prevenzione alla corruzione nella persona del Dott. Rocco Ierone.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2014-2016 "recepisce dinamicamente le previsioni del Piano della Performance, al fine di assicurare la integrazione ed il coordinamento tra le rispettive indicazioni".

In particolare, sono stati individuati gli obiettivi strategici, operativi ed i relativi target che sono illustrati analiticamente nella tabella seguente.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	SOGGETTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Adozione della disciplina							
	Adozione della disciplina							

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2010	FONTE E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Codice di comportamento	N. dipendenti a conoscenza del Codice di comportamento aziendale/ N. dipendenti intervistati	Adozione e diffusione del Codice di comportamento	70 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento Attività svolte alla corretta conoscenza e applicazione del Codice Verifica annuale dello stato di applicazione del Codice attraverso l'U.P.D. Aggiornamento delle conoscenze e dell'U.P.D. alle previsioni del Codice Monitoraggio annuale sull'attuazione del Codice	60 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento Monitoraggio dello stato di attuazione e applicazione del Codice di Comportamento	90 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento Monitoraggio dello stato di attuazione e applicazione del Codice di Comportamento	Relazione annuale su attività svolte dal PIRC 2013-2015 Sito aziendale	Direzione Strategica Responsabile della prevenzione della corruzione Referenti RPC Responsabile della Trasparenza C.V. Gestione Risorse Umane U.P.D.
Prevenzione della corruzione Area Territoriale	Prevenzione di eventi corruttivi su concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi e altri finanziamenti nonché attività di valutazione di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Applicazione di procedure interne sulla designazione del 100% dei componenti la commissione	Individuazione del valore di rischio di corruzione	Report su Monitoraggio Applicazione procedure Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio Applicazione procedure Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio Applicazione procedure Reports Azioni di miglioramento intraprese	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione PIRC 2013-2015 Sito aziendale	Direzione Strategica Generale Responsabile della prevenzione della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigenti della USI territoriali
Prevenzione della corruzione Area Economato-Provveditorato	Prevenzione di eventi corruttivi nel campo di affidamento lavori, servizi, forniture	N. di risse preventive adottate (astensioni in caso di conflitto di interessi - adozione)	Individuazione del valore di rischio di corruzione	Report su Monitoraggio Applicazione procedure Reports	Report su Monitoraggio Applicazione procedure Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio Applicazione procedure Reports Azioni di miglioramento intraprese	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione	Direzione Strategica Responsabile della prevenzione della corruzione Responsabile della Trasparenza

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		applicazione di regolamento interno / in attesa affidamento lavori, servizi, forniture		Azioni di miglioramento imprese			Re FTFC 2013 - 2015 San aziendale	Direzione dell'U.O. Economico / Provveditorato

Inoltre, la coerenza con il Piano Triennale della trasparenza è garantita condividendo con il la Dott.ssa Maria Malvasi, Responsabile della Trasparenza ASM,(delibera aziendale n. 482 del 23.04.2013), gli obiettivi strategici ed operativi relativi all'empowerment (obiettivi 5.1 e 5.2)

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	5.1 Soddisfazione degli utenti	5.1.1 Produzione ed invio in Regione relazione sulla customer satisfaction	Indice della relazione sulla customer entro 28 febbraio anno successivo	Si	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione e del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale U.O. Aziendale
		5.1.2 Redazione ed invio Bilancio Sociale	Redazione ed invio BILANCIO SOCIALE entro il 28 febbraio anno successivo	Si	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione e del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale U.G. Quantitative U.O. Aziendale
6. Trasparenza	6.2 Liste di attesa	6.2.1 Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	N. di liste di attesa critiche regione - Liste di attesa critiche < 1000	Vedi relazione (ALLEGATO 6)	<50	<80	<80	Ufficio Pianificazione e del Dipartimento Salute della Regione	Direzione Sanitaria Ospedaliera - Distretto U.O. Ospedaliere
		Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Publicazioni del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo/ tutti i dati pubblicati	100%	100%	100%	100%	Responsabile Trasparenza ASM

4.7. Coerenza con il manuale regionale delle procedure

La Regione Basilicata con D.G.R. n.667 del 7 Giugno 2013 riguardante la "Definizione dei percorsi attuativi di certificabilità" ha inteso dare attuazione al Decreto del Ministro della Salute del 1 Marzo 2013 recante "Definizione dei percorsi attuativi della certificabilità". Il decreto prevede che tutte le regioni devono avviare il Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito PAC), finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle

Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale e fornisce alle stesse indicazioni e linee guida per le fasi di predisposizione, presentazione, approvazione e verifica dell'attuazione del PAC.

Tra le finalità del Percorso di Certificabilità si rinviene, tra l'altro, l'esigenza di programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica e in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.

La Regione Basilicata, a tal fine, ha intrapreso le seguenti azioni:

dettato le norme della contabilità generale e del controllo di gestione delle aziende sanitarie regionali (L.R. n.34/95 e L.R. n.16/2012, art.17);

dettato le linee guida per l'attivazione della contabilità analitica/controllo di gestione delle aziende sanitarie regionali (DGR n.919/1999);

previsto che ogni Azienda predisponga un Manuale delle Procedure Operative del Controllo strategico, Direzionale e Operativo nel quale siano formalizzate le seguenti procedure operative:

- Analisi dei dati contabili e gestionali per aree di responsabilità;
- Programmazione, gestione e controllo, su base periodica ed in modo sistemico, delle operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati;
- Monitoraggio delle azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e del Revisore Esterno;
- Rilevazione degli aspetti gestionali e contabili della gestione delle scorte con garanzia di un adeguato livello di correlazione tra il sistema della contabilità analitica, il sistema di contabilità generale e il sistema di budgeting.

Pertanto la ASM, attraverso il Centro di Controllo Strategico che ha partecipato alle riunioni regionali, ha contribuito alla definizione del manuale di procedure per sistematizzare le procedure del sistema di controllo (strategico, direzionale ed operativo) identificando in modo puntuale, per ciascuna di esse le attività da svolgere, le modalità da seguire (contenuti da sviluppare), le responsabilità (chi svolge un'attività e chi la verifica) e la tempistica da rispettare.

Tale manuale, allegato al presente piano (Allegato 4) definisce le fasi operative, i contenuti e la tempistica del processo di redazione, modifica, ed approvazione del Piano della Performance sintetizzabile come segue:

- Avvio del processo di elaborazione del Piano delle Performance
- Definizione degli obiettivi di performance
- Redazione del Documento
- Condivisione del Piano delle Performance.
- Approvazione ed adozione del Piano
- Comunicazione del piano all'interno e all'esterno.

Si rimanda alla lettura dell'Allegato 4 per una compiuta trattazione delle varie fasi.



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 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

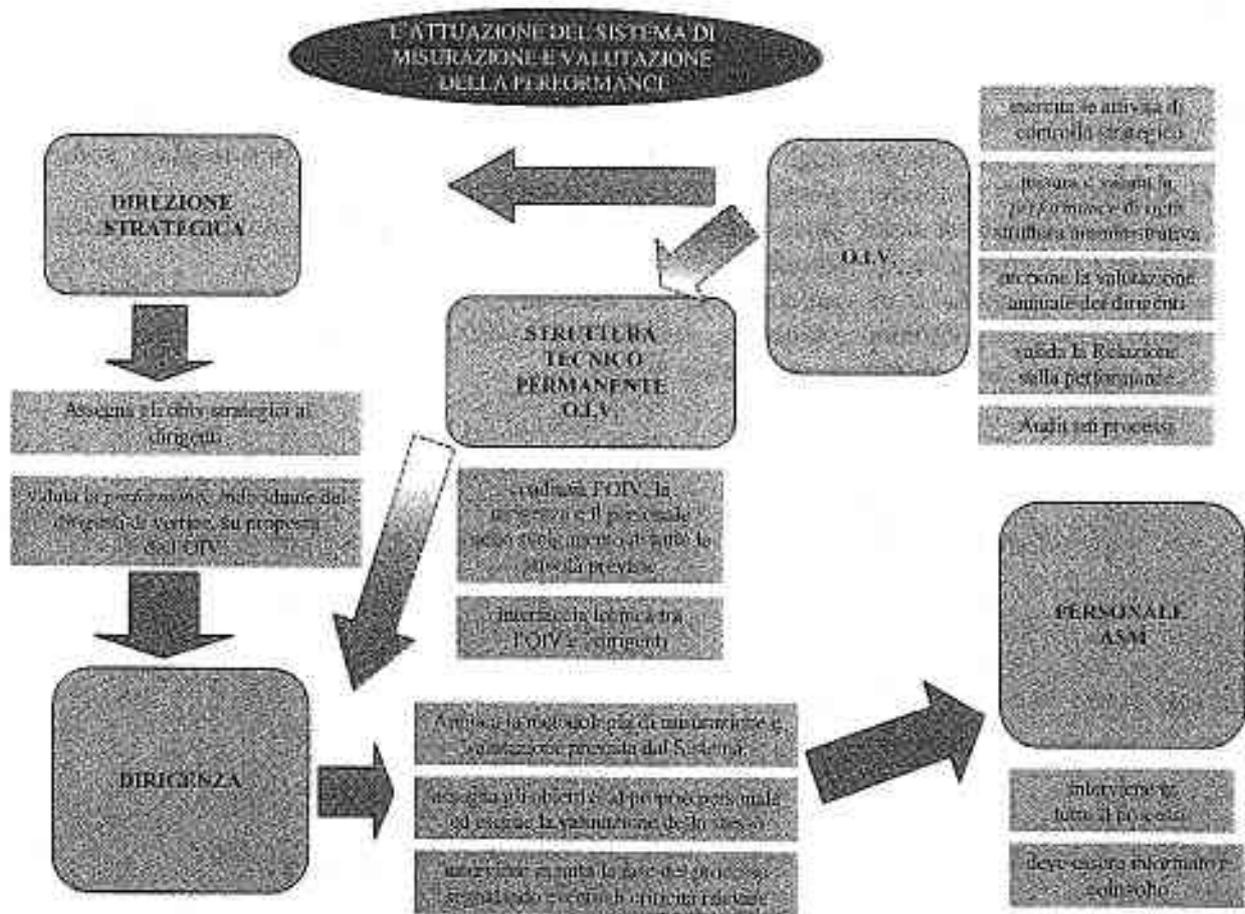
1) **Definizione/aggiornamento del Sistema:** le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi 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 sintetizzato 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'OIV, infatti, ha il compito di verificare la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla ANAC 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'OIV 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.

epg

Le DD.GG. RR n. 298/2012 e 377/2013 hanno provveduto a definire gli obiettivi di salute e di programmazione economico/finanziaria negli anni 2012-2013-2014 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: i Costi di produzione rilevati nel corso dell'anno 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.

Solo in seguito alla verifica sul raggiungimento dei pre-requisiti si è valutati sulla base del restante sistema di obiettivi annuali.

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 anno 2013 su 10 indicatori individuati all'interno dei 47 impiccati 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	1.1.1. Percentuale di ricoveri per malattie croniche
	1.1.2. Percentuale di ricoveri per malattie acute
	1.1.3. Percentuale di ricoveri per malattie infettive
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	2.1.2. Percentuale di ammissioni di ricoveri chirurgici con DRG medici per ricoveri ordinari
	2.1.4. Percentuale di ricoveri in D.I.I. medico con finalità diagnostica
	2.1.6. Giorni di degenza media preoperatoria 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 e la DGR 337/2013 ha previsto che gli obiettivi verranno verificati secondo la seguente tempistica:

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

Fermo restando gli obiettivi di salute e programmazione economico – finanziaria assegnati dalla Regione Basilicata con le DD.GG.RR. 298 / 2012 e 377/2013 la ASM ha indicato, con la delibera aziendale n. 1362 del 23.12.2013, le Linee di Indirizzo prioritarie che l' Azienda perseguirà nel corso del 2014. (all. 8).



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 ANAC si allega al Piano la scheda tipo 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/negoziano 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 Piano delle Performance è il documento di programmazione previsto dall'articolo 10 del D.lgs n. 150 del 2009, come strumento per assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance. L'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dal D. Lgs. 150 del 2009, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione già presenti e vigenti. Esso rappresenta, pertanto, uno strumento per:

- migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative;
- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- favorire una effettiva accountability e trasparenza.

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda.

I soggetti coinvolti sono i seguenti:

- Direzione Strategica
- Controllo di Gestione (CdG)
- Direzioni Ospedaliere
- Direzioni Dip. Prevenzione Salute Umana e Animale
- Direzioni dei Distretti
- Comitato Consultivo Misto
- Ufficio Stampa
- Responsabile della Trasparenza
- URP
- Collegio di Direzione
- Organizzazioni Sindacali



PIANO DELLA PERFORMANCE

Scopo

Il Piano delle Performance è il documento di programmazione previsto dall'articolo 10 del D.lgs n. 150 del 2009, come strumento per assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance. L'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dal D. Lgs. 150 del 2009, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione già presenti e vigenti. Esso rappresenta, pertanto, uno strumento per:

- migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative;
- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- favorire una effettiva accountability e trasparenza.

Riferimenti normativi

- D.Lgs. 150/2009 – Attuazione della legge 4 Marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- L.R. della Regione Basilicata n.31/2010 – Disposizioni di adeguamento della normativa regionale al Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n.150. Modifica art. 73 della Legge Regionale 30 Dicembre 2009, n 42 - modifiche della Legge Regionale 9 Febbraio 2001, n. 7 - Modificata art 10 Legge Regionale 2 Febbraio 1998, n-8 s.m.i.;
- Delibera Civit n. 112 del 2010 e s.m.i. - Struttura e modalità de Piano delle Performance. (articolo 10 comma 1 , lettera a), del Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n.150)

Soggetti coinvolti

- Direzione Strategica
- Controllo di Gestione (CdG)
- Direzioni Ospedaliere
- Direzioni Dip. Prevenzione Salute Umana e Animale
- Direzioni dei Distretti
- Comitato Consultivo Misto
- Ufficio Stampa
- Responsabile della Trasparenza
- URP
- Collegio di Direzione
- Organizzazioni Sindacali



Fasi operative

Le principali fasi attraverso le quali viene gestito il processo di redazione del Piano delle Performance sono:

1. Avvio del processo di elaborazione del Piano delle Performance
2. Definizione degli obiettivi di performance
3. Redazione del Documento
4. Condivisione del Piano delle Performance.
5. Approvazione ed adozione del Piano
6. Comunicazione del piano all'interno e all'esterno

FASE 1: Avvio o del processo di elaborazione del Piano delle Performance	
Input	<ul style="list-style-type: none">- Linee di indirizzo Regionale:<ul style="list-style-type: none">- Patto della salute- Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i direttori generali- Delibera regionale sugli obiettivi del Direttore Generale
Azioni	<ul style="list-style-type: none">- Recepimento delle linee di indirizzo strategico regionali e nazionali e dei sistemi di valutazione delle performance Aziendale del PNE e Bersaglio;- Individuazione del GDL
Output	<ul style="list-style-type: none">- Incarico all'UO Controllo di Gestione per la redazione del Piano delle Performance
Soggetti e ruoli	<ul style="list-style-type: none">- Direzione Strategia – responsabile- Programmazione e Controllo di Gestione - esecutore

FASE 2: Definizione degli obiettivi di performance	
Input	<ul style="list-style-type: none">- Linee Guida Civit (Del 112/2010 e s.m.i.)- Linee di indirizzo Regionale:<ul style="list-style-type: none">- Patto della salute- Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i direttori generali- Delibera regionale sugli obiettivi del Direttore Generale- Piano Nazionale Esiti- Sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario (Bersaglio) del Sant'Anna di Pisa- Piano Attuativo Locale- Osservasalute- Analisi Epidemiologica- Anali demografica- Analisi delle prestazioni erogate dall'azienda



<p>Azioni</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il CdG individua le aree della performance aziendale ovvero le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione - Il CdG di concerto con la Direzione Strategica provvede ad individuare i referenti aziendali per ciascuna delle aree di performance individuate - Coinvolge, altresì, il Comitato Consultivo Misto per l'individuazione delle attese dei portatori esterni di interesse (associazioni dei pazienti, tribunale del malato, Enti Locali, onlus che collaborano con l'ospedale o sul territorio, ecc...) - Calendarizzazione di incontri attraverso cui individuare e condividere gli obiettivi di performance per ciascuna area di performance individuata - Determinazione dell'Albero delle Performance che rappresenta, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (obiettivi operativi e azioni). In altri termini, si dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale e alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione - Determinazione degli obiettivi triennali di performance, in accordo i responsabili delle aree assistenziali, ovvero la descrizione dei traguardi che l'Azienda si prefigge di raggiungere per eseguire i propri indirizzi. L'obiettivo è espresso attraverso una descrizione sintetica ed indicatori misurabili - Gli obiettivi sono correlati, attraverso indicatori, ai dati benchmark relativi a ad aziende comparabili
<p>Output</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Albero delle Performance - Obiettivi triennali di performance
<p>Soggetti e ruoli</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Strategica – responsabile - Programmazione e Controllo di Gestione - esecutore - Referenti aziendali – esecutore - Comitato Consultivo Misto – funzione consultiva

<p>FASE 3: Redazione del Documento</p>	
<p>Input</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Delibera Civit n. 112 del 2010 - Analisi Epidemiologica - Analisi Demografica - Indicatori di benessere organizzativo aziendali - PAL - Linee di indirizzo Regionale: <ul style="list-style-type: none"> - Patto della salute - Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i direttori generali - Altri obiettivi e delibere regionali - Piano Nazionale Esiti - Sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario (Bersaglio) del Sant'Anna di Pisa - Osservasalute

Azioni	- Il Gruppo di Lavoro redige la bozza del Piano della Performance secondo quanto stabilito dalle linee guida della Civit
Output	- Bozza del Piano delle Performance
Soggetti e ruoli	- Controllo di Gestione - esecutore

FASE 4: Condivisione del Piano delle Performance	
Input	- Bozza del Piano delle Performance
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - La Direzione Strategica invia la bozza del Piano, al Collegio di Direzione, al Consiglio dei Sanitari ed alle Organizzazioni Sindacali - La Direzione acquisisce i pareri ed osservazioni e, se lo ritiene opportuno, richiede eventuali integrazione al Gruppo di lavoro - Trascorso il termine indicato nella comunicazione la bozza di PAL passa direttamente approvazione del PAL
Output	- Bozza di Piano della Performance validata e condivisa
soggetti e ruoli	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Strategica - responsabile - Collegio di Direzione, Comitato Consultivo Misto, Organizzazioni Sindacali – funzione consultiva - Controllo di Gestione – esecutore

FASE 5: Approvazione ed adozione del Piano	
Input	- Bozza di Piano della Performance validata e condivisa
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> - La Direzione Strategica provvede a condividere il Piano del Performance con: <ul style="list-style-type: none"> - il collegio di direzione, - gli Comitato Consultivo Misto - le organizzazioni sindacali - Il CdG predisposizione della delibera di adozione del Piano delle Performance condiviso - La Direzione Strategica adotta la delibera di approvazione del Piano e provvede
Output	- Delibera di approvazione del Piano
soggetti e ruoli	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Strategica – responsabile - Programmazione e Controllo di Gestione – esecutore - collegio di direzione, Comitato Consultivo Misto, organizzazioni sindacali - funzione consultiva



FASE 6: Comunicazione del piano all'interno e all'esterno dell'Azienda	
Input	- Piano delle performance approvato con Delibera
Azioni	- Comunicazione del Piano attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - pubblicazione sul sito internet Aziendale (a cura dell'URP); - diffusione agli organi di stampa e stakeholder (Ufficio Stampa); - l'URP organizza le giornate della trasparenza (art. 11 comma 6, D.Lgs. n. 150/2009) - Presentazione del Piano delle Performance a cura della Direzione Strategica
Output	- Pubblicazione sul sito web - Comunicato stampa - Giornate della trasparenza
Soggetti e ruoli	- Direzione Strategica - responsabile - Ufficio Stampa - esecutore - URP - esecutore - Responsabile della trasparenza - esecutore

Il Piano delle Performance viene adottato annualmente entro il 31 gennaio, secondo il principio dello scorrimento triennale rispetto agli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inserite all'interno nel Piano della performance.

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 degli anni 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 e 337/2013:

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

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

- 1) **TUTELA DELLA SALUTE:** Prevenzione primaria e secondaria per la protezione della popolazione di riferimento da realizzarsi attraverso le attività di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Tutela della salute dei lavoratori e concorso alla riduzione degli incidenti sul lavoro, attraverso controlli sulle imprese del territorio.
- 2) **PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI:** Appropriately Organizzativa – Appropriately Clinica – Efficacia assistenziale Territoriale. Obiettivi riferiti alla qualità, appropriatezza ed efficienza della capacità di governo della domanda e della risposta del sistema sanitario sia per le attività ospedaliere che per quelle territoriali.
- 3) **GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA:** razionalizzazione dei costi e maggiore appropriatezza prescrittivi;
- 4) **CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI:** Progetti di miglioramento di alcune specifiche aree sanitarie
- 5) **OBIETTIVI DI EMPOWERMENT:** Obiettivi miranti a considerare centrale il cittadino nelle attività dell'Azienda Sanitaria di Matera, attraverso la rendicontazione e la valutazione dei livelli di gradimento degli output prodotti sia in termini di servizio che di prestazioni.

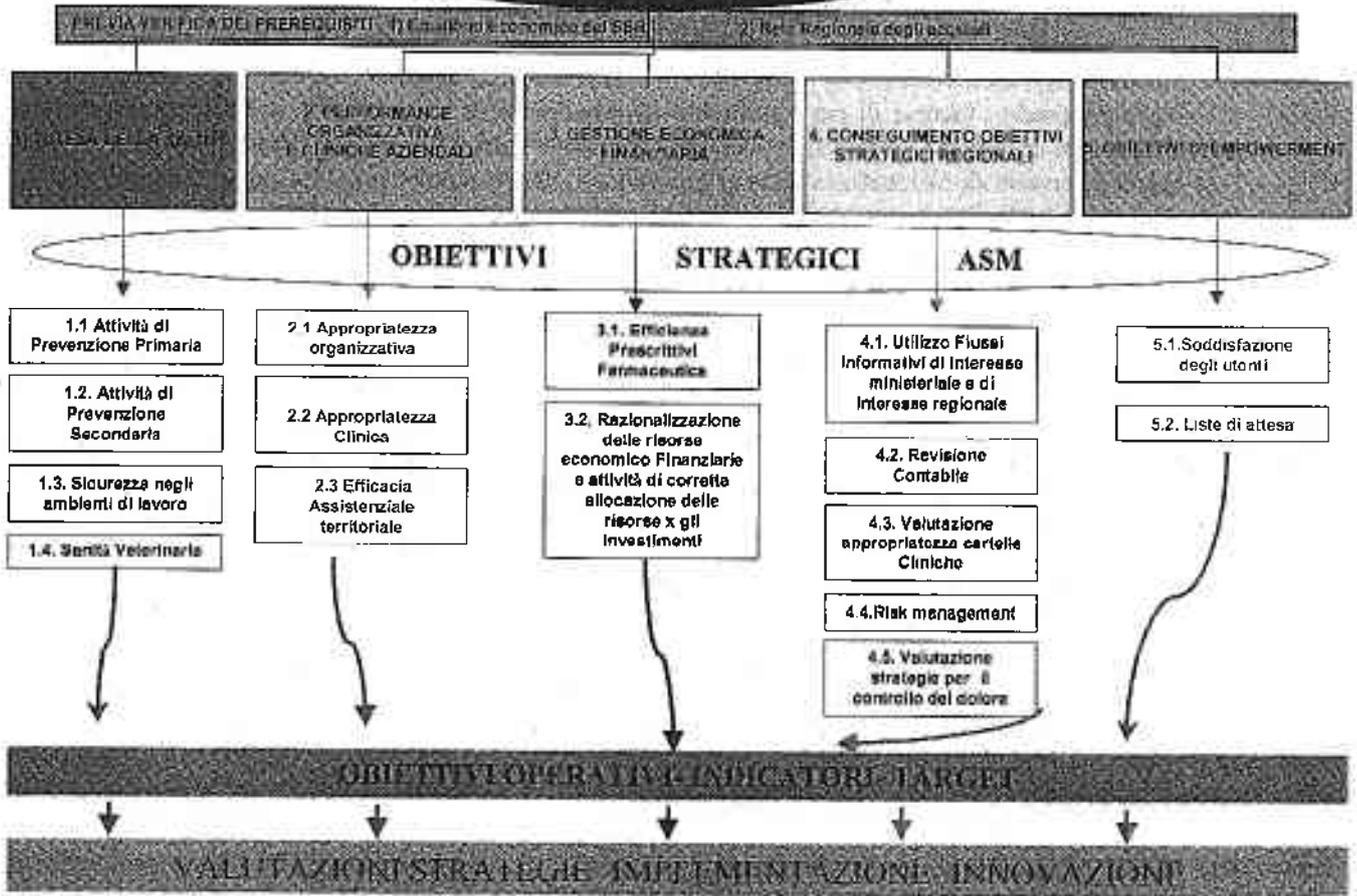
Tali obiettivi vengono successivamente declinati e assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con tutti i Direttori/Responsabili alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di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

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

Attualmente è ancora in corso l'attività di ricognizione di tutti i dati necessari per le verifiche relative all'anno 2013. Pertanto, si fa riferimento ai risultati aziendali relativi all'anno 2012 allegando la relazione sul raggiungimento degli obiettivi aziendali anno 2012 (Allegato 6).



AREE STRATEGICHE ASM



eply

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
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 2012- Costi anno 2010) / Costo anno 2010 * 100	- 1,48 % (-5.639.857)	-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'approvvig. di beni e servizi attraverso URA non inferiori 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi in URA	Totale acquisti/ acquisti in URA	Ob. raggiunto Vedi tabella allegata	Indizioni/Aggiudicazioni gare specificate nella DGR 296/12	≥ 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 per bambini 24 mesi. Focolo Cassa di Bona	2.6 Vaccini con bilanci a stato Costi di dibattito che completano l'attività	98,10%	> 90% > 90% > 90%	> 90% > 90% > 90%	> 90% > 90% > 90%	Cassapunto Epidemiologico e Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana - SVI	Esatimonia di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiena e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. della attività ambulatoriale distrettuali

Handwritten signature

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di prevenzione Primaria	1.1.2 Copertura vaccinale (MP)	Copertura vaccinale (MP) bambini capomolecolari > 10 x 100	91,59	> 90%	> 90%	> 90%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umbria ASM	Dipartimento di Prevenzione Umbria U.L.O.O. di Igiene e Sanità Pubblica Matera e di Montalbano U.L.O.O. delle attività territoriali distrettuali Dipartimento di Prevenzione Umbria
		(VOP) 1.1.3 Copertura vaccinale antidiptericale over 14 anni	Scoperta vaccinale (VOP) 1.1.3 a 14 anni (P) > 100 x 100	65%	> 75%	> 75%	> 75%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umbria ASM	U.L.O.O. di Igiene e Sanità Pubblica Matera e di Montalbano U.L.O.O. delle attività territoriali distrettuali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4) TUTELA DELLA SALUTE	1.2. Attività di Prevenzione Secondaria	1.2.1. Esclusione precoce dello screening mammografico	M. donne in visita anno scorso pari al 2° anno di follow-up differenziale (x100)	93,14	> 93 %	>95 %	>95 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia U.O. di Ginecologia U.O. di Patologia Consulenza Familiar Distretti U.O. di Prevenzione primaria
		1.2.2. Adesione agli screening mammografici	M. donne che hanno partecipato al screening mammografico (comp. inv. ta al screening) (x100)	56,74	> 60%	>60%	> 80%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia U.O. di Ostetricia Ginecologia di Materna e Perinatale Consulenza Familiar Distretti U.O. di Prevenzione primaria

EMG

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		IVGPR 2.3 Esercizio giustizia dello screening secondo linea	N. di comunicazioni alla SistemInforma, ult. in 2 anni dal 1/1/2011 al 31/12/2012 RIS	66,7%	> 91%	> 95%	> 95%	Cassazione Epidemiologia o Registro della Esercizio	U.O. di Senologia U.O. di Cintura Ginecologia di malore e Policolo Consumo Farmaci Diabeti
	1.2 Attività di Prevenzione Secondaria	2.2.4. Accesso spazio delle Screening secondo linea	N. di accessi a Patto di collaborazione con il P. di Informazione alle comunità RIS	22,3%	> 40%	> 50%	> 60%	Osservatorio Epidemiologia o Registro della Basilicata	U.O. di Senologia U.O. di Cintura Ginecologia di malore e Policolo Consumo Farmaci Diabeti U.O. di Prevenzione urbana U.O. di Senologia

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	1.3. Sicurezza negli ambienti di lavoro. Riduzione degli incidenti sui luoghi di lavoro.	3.1. Attività di controllo	% imprese attive presenti sul territorio controllate in almeno una attività presente sul territorio x 100	11,39 %	> 10 %	> 10 %	> 10 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Aziende Sanitarie Locali Elaborazioni IUDG di Medicina e Sicurezza del Lavoro dell'ASL ASP	Dipartimento di prevenzione Umbra IUDG di Medicina e Sicurezza del Lavoro dell'ASL ASP
	1.4. Sanità Veterinaria	1.4.1. Controlli veterinari presso le aziende di allevamento su campioni di alimenti	N. di allevamenti x 100 N. di allevamenti bovini controllati n. di allevamenti di sottoparce controllate x 100	100 %	> 99 %	> 99 %	> 99 %	Banca dati regionali Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
	1.4. Sanità Veterinaria	1.4.2. Controlli veterinari presso le aziende di allevamento su campioni di alimenti	N. di allevamenti x 100 N. di allevamenti bovini controllati N. di allevamenti di sottoparce controllate x 100	100 %	> 99 %	> 99 %	> 99 %	Banca dati regionali Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
	1.4. Sanità Veterinaria	1.4.3. Controlli veterinari presso le aziende di allevamento su campioni di alimenti	N. di allevamenti x 100 N. di allevamenti bovini controllati N. di allevamenti di sottoparce controllate x 100	3,4 %	> 5 %	> 5 %	> 5 %	Banca dati regionali Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale

erg

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		5.4.1 Controllo ricoveri non previsti da azienda al fine di aumentare il Submittance Payment	% di cambio analizzati di farmacie ricoveranti negli animali ed origine animale, analizzati nel tempo per territorialità x 100	100%	>99%	>99%	>99%	Banca dati regionale N.S.S. Dati prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatazza organizzativa (2.1.1 Riduzione tasso di ospedalizzazioni	N ricoveri ordinari attesi/ Pop standard x 100/	Vedi relazione	< 105 %	< 105 %	< 105 %	SIS Flusso SDO	UU.OG Dipartimenti ospedalieri UU.OG attività territoriali UU.OG
		(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	36,43 %	< 30%	<20%	<20%	SIS Flusso SDO	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. x 100 n. ricoveri effettuati in D.S. e fibrov. ordinario	64 %	>55%	>60%	>60%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriata 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	51 %	<13%	<12%	<10%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative ospedaliere
		2.1.5 Riduzione Ricoveri ordinari medici brevi (0-1 giorni)	n. ric.ordinari medici brevi x100/ n. ricoveri ordinari medici	15,42 %	<14%	<13%	<13%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative ospedaliere
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI		(VGP) 2.1.6 Riduzione n. giorni di degenza operatoria	n. giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico n. dimessi sottoposti int.chir	1,11 %	<1%	<1%	<1%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici e dei Servizi Diagnostici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2.2 Appropriatezza 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	33,74 %	>30%	>50%	>60%	SIS Flusso SDO	UU.OO. Ortopedia Matera, - Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative ospedaliere
		(VGP) 2.2.2 Riduzione parti con taglio cesareo primari	n. parti cesarei primari/ n. totale di parti con nessun progresso parto cesareo x 100	25 %	<25%	<25%	<25%	SIS Flusso SDO	UU.OO. Ostetricia e ginecologia di Matera- Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative ospedaliere
		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	Vedi relazione (ALLEGATO 6)	< 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	Vedi relazione (ALLEGATO 6)	<42	<21	<21	SIS Flusso SDO	UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FORNTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale	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	Vedi relazione (ALLEGATO 6)	<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	5,4 %	> 5%	>5,5%	>5,5%	SIS Flusso ADI	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali
	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale	2.3.5 Incremento Riduzione consumo di farmaci Pompa prokinetica	N. unità di IPP erogate/ Pop. residente pesata	31,93 %	<27%	<21%	<21%	SIS Flusso Marno	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.6 Riduzione abbondanti 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	8,19 %	<15%	<8%	<8%	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.7 Riduzione incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema angiotensinax100	N. confez. di farmaci inibitori angiotensina II associati e non associati a nov... n.conf.farmaci gruppo ter.C09	46,11 %	<35%	<30%	<30%	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		2.3.8 Riduzione di abbandono di pz. in terapia con antidepressivi	n. utenti che consumano 1 o 2 conf. di antidepressivi all'anno/n. utenti che consumano antidepressivi x100	19,04 %	<31%	<27%	<27%	SIS Flusso Marmo	DSM U.U.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		2.3.9 Riduzione consumo di farmaci Antibiotici	DDC di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno x principio attivo N. residenti x 365 x 1000	24,32 %	<24	<20	<20	SIS Flusso Marmo	U.U.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.1. Efficienza Prescrittivi	3.1.1 Rispetto tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale (<13% del valore complessivo di reparto)	Spesa farmaceutica territoriale	13,8 %	<13%	<13%	<13%	Ufficio risorse finanziarie Dipartimento Salute	Distretti - Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
-----------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	--------	------	------	------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	Farmaceutica	(VGP) 3.1.2 Riduzione Spesa farmaceutica territoriale pro - capite	Spesa farmaceutica correnz + spesa x distribuz. diretta/ Popolazione residente pesata	219,34 %	<250	<215	<215	SIS Flusso Marmo	Distretti - Attività Territoriali di lotta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
	3.1. Efficienza Prescrittivi Farmaceutica	3.1.3 Incremento dell'uso di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto associati	N. unità posologiche di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto/Tot. Unità posologiche di derivati diidropiridinici coperte da brevetto	83,63 %	>75%	>75%	>75%	SIS Flusso Marmo	Distretti - Attività Territoriali di lotta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA		3.1.4. Incremento dell'uso di ACE inibitori associati non coperti da brevetto associati	N. unità posologiche di ACE inibitori non coperti da brevetto / Tot unità posologiche di ACE inibitori associati x 100	69,19 %	>80	>84	>84	SIS Flusso Marmo	Distretti - Attività Territoriali di lotta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA		3.1.5. Incremento di utilizzo spartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA con associati sui spartani non associati	N. unità posologiche sartani a brevetto scaduto non associati / N. unità posologiche di sartani non associati x 100	20,11 %	>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 con associati sui spartani associati	N. unità posologiche sartani a brevetto scaduto associati/ N. unità posologiche di sartani associati x 100	17,31 %	>19	>19	>19	SIS Flusso Marmo	Distretti - Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri
	3.2. Razionalizzazione e 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.1.1) 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.1.1) rimanenze mat. san." del modello SP relativo ai due anni precedenti (= valore base)	10,8 %	>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	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGETTI COMPETENTI
		3.2.2 Effettuazione Investimenti ex art.20 Affidamento e esecuzione lavori individuati	Numero dei "warning" della procedura SGP risolti entro il bimestre successivo	SI	SI	SI	SI	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Gestione Tecnica U.O. Gestione Risorse Finanziarie U.O. Economato e Provveditorato
4. CONSEGUIMENTI O OBBIETTIVI 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	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	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	SI	Opinione positiva o con limitazioni	Opinion e positiva	Opinion e 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 invio relazione	N. cartelle cliniche controllate/ N. totale Cartelle Cliniche di dimissione dell'anno in corso secondo quanto previsto dal D.M. salute del 10 dicembre 2009 Invio dati agli uffici regionali	Controllate il 14% del totale	>10% Cartelle Cliniche Invio relazione aziendale sul controllo effettuato entro il 15 maggio dell'anno successivo			Osservatorio Epidemiologic o regionale della Basilicata (OER_B)	Direzioni Sanitarie P.O. Matera e P.O. Policoro

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEQUIMENT O OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	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	Si	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico
	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	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	0.51 %	>1	>1,6	>1,6	SIS Flusso MARNO	Medicina di base Hospice U.U.OO: ospedaliero e territoriali che seguono i malati terminali
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	5.1. Soddisfazione e 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	Si	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale U.U.OO Aziendali
		5.1.2. Redazione ed invio Bilancio Sociale	Redazione ed invio BILANCIO SOCIALE entro il 28 febbraio anno successivo	Si	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale U.O. Qualità U.U.OO Aziendali

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2012	TARGET 2014	TARGE T 2015	TARGE T 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	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 in liste di attesa critiche x 1000	Vedi relazione (ALLEGATO 6)	>50	>80	>80	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	Direzioni Sanitarie Specialiere - Distretti - U.O.O: ospedaliere

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

7.4 Il Monitoraggio del Piano ed azioni di miglioramento

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 ANAC, 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 ANAC, 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 ANAC.

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.



TERMINI E CONCETTI CHIAVE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE Allegato 1 al Piano della performance ASM (delibera n. 111 del 30.01.2013)

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 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.

