

#### **4.2.2 ANALISI SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO**

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

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

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

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

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

L'Azienda Sanitaria di Matera, così come previsto dall'ANAC (art. 20 comma 3) ha avviato nel corso del 2014 un'indagine sul Benessere organizzativo diretta a tutti i dipendenti aziendali.

E' disponibile nel Portale Aziendale, nell'Area della INTRANET il questionario che ogni dipendente può compilare, collegandosi alla propria e-mail personale. Il report dei dati saranno pubblicati annualmente.

La metodologia usata per il coinvolgimento degli operatori è stata quella di inviare una e - mail ogni tre mesi ai dipendenti con l'indicazione del link collegato al questionario.

Nel 2014 sono stati invitati a compilare il questionario n. 3182 operatori, ma la risposta è stata molto bassa, solo 43 questionari sono stati compilati.

**L'azione di miglioramento programmata per il prossimo anno prevede di inviare le e - mail mensilmente.**

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 si è svolta nel periodo 19 novembre - 19 dicembre 2014, prorogata sino al 15 dicembre 2015 a causa della scarsa partecipazione dei dipendenti.

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 (dipendenti 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.

Nel corso dell'anno 2014 l'adesione dei dipendenti ASM alla compilazione dei questionari sul clima interno è stata molto bassa e ciò è avvenuto non soltanto nella nostra Azienda ma in tutte le aziende regionali.

Si ritiene che ciò sia avvenuto per due ordini di ragioni:

- a) La scarsa attitudine dei dipendenti ad utilizzare la posta aziendale;
- b) La convinzione da parte di molti dipendenti della scarsa utilità di questi strumenti (i questionari) non ritenuti idonei per intensificare e migliorare la comunicazione e soprattutto il clima interno all'azienda.
- c) Il timore (spesso ingiustificato) di essere individuati nel caso di espressione di giudizi negativi sull'azienda e sui dirigenti.

## Azioni di Miglioramento

per promuovere la partecipazione dei dipendenti alle indagini sul clima interno:

- a) si prevede per il prossimo anno di intensificare le attività di comunicazione fra pari, fra dirigenti e operatori, fra gli operatori della ASM e i pazienti / utenti;
- b) dare massima pubblicità sul sito aziendale oltre che inviare una e mail attraverso la rete Intranet;
- c) concordare nuove strategie di sensibilizzazione oltre che con la direzione aziendale, anche con le direzioni delle altre aziende regionali e con gli uffici regionali che seguono il progetto.

E' opportuno ricordare che 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 e organizza periodicamente attività rivolte ai dipendenti per la prevenzione dello stress lavoro correlato attraverso varie attività quali:

- 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.

In particolare 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

Nel corso del 2014 è stata effettuata la rilevazione dello stress lavoro correlato, utilizzando la metodologia ISPES – INAIL su tutta la popolazione lavorativa della ASM.

L'attività, svolta in collaborazione fra le tre UU. OO. interessate (SPP., Risk Management e Psicologia del Lavoro), ha riguardato la somministrazione di 1200 questionari in quelle strutture aziendali, che in seguito ad una attenta analisi, risultavano avere alcune caratteristiche significative relative allo stress lavoro correlato, (turnazione, casi rilevati di sofferenza dei lavoratori, situazioni particolari legate alla violenza).

I dati rilevati in seguito all'analisi dei questionari hanno fatto emergere alcune criticità relative soprattutto alla relazione / comunicazione fra operatori e fra operatori e pazienti nell'area del benessere lavorativo.

In seguito allo studio di questi risultati sono state programmate e intraprese le seguenti azioni di miglioramento:

- 3) Organizzazione ed implementazione di attività formative di gruppo finalizzate alla gestione dello stress correlato al lavoro svolto, attività rivolte a tutti i dipendenti (ed in particolar modo ai dipendenti delle UU.OO. a rischio);
- 4) Organizzazione e gestione di incontri per gruppi (2) di dipendenti (nel corso del 2014 sono stati tenuti tre incontri), alle attività formative hanno partecipato circa 50 operatori;
- 5) Analisi e valutazione tramite interviste, focus group e colloqui della ricaduta che tali attività hanno sollecitato nei contesti lavorativi e sui processi organizzativi

La valutazione dei risultati in riferimento alle attività svolte è ancora in corso di analisi per le individuazione delle criticità su cui intervenire negli anni successivi.

In conclusione, 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

#### **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.



48

#### 4.3 Analisi delle risorse tecnologiche

Le principali tecnologie biomediche in dotazione della ASM (anno 2014) 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. I sistemi dispongono di innovativi software di analisi per ampliare il set di esami disponibili. Uno per tutti il software per la cardiorisonanza disponibile presso il P.O. di Matera;
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 colonoscopia 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. 3 sistemi, ubicati presso le Sale Operatorie del P.O. di Matera, utilizzati per le attività di emodinamica (coronarografie, angioplastiche), di elettrofisiologia (ablazione vie anomale, impianti pace-maker) e per le attività di radiologia diagnostica ed interventistica (angiografie periferiche, embolizzazione di sanguinamenti, trattamento chemioembolizzante di epatocarcinomi, sclerotizzazione di varicocele, angioplastiche carotidi.....). E' in fase di partenza l'utilizzo anche per le attività di chirurgia vascolare e di endoscopia digestiva (ERCP);
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. 4 sistemi, di cui n. 2 ubicati presso l'U.O. di Senologia del P.O. di Matera, n. 1 presso l'U.O. di Radiologia del P.O. di Policoro, e n. 1 in fase di installazione presso il Presidio di Tinchi. Digitali diretti, sono 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 ortopanoramiche 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-vesicali, 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. Si segnala l'attivazione del servizio di analisi in loco dello screening di sangue occulto nelle feci;
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 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 CO<sub>2</sub>, 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-fostrato-deidrogenasi (conosciuto come favismo). Tutti gli esami sono accompagnati da una consulenza pre e post test;
4. **Laboratorio di tipizzazione tissutale per trapianti d'organo:** ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, la cui attività è prevalentemente rivolta alla tipizzazione dei potenziali donatori di organi solidi e di midollo osseo e per patologie associate con l'HLA. Effettua inoltre ricerca degli anticorpi anti-HLA per pazienti in lista d'attesa e pazienti nella fase di post-trapianto. E' dotato di attrezzature che consentono l'estrazione, l'amplificazione di DNA, e l'identificazione di alleli HLA (prevalentemente con biologia molecolare o metodiche di sierologia e ricerca antigeni HLA sulla superficie dei linfociti). Il Laboratorio è centro di riferimento regionale per i trapianti d'organo;

#### **AREA ESPLORAZIONI FUNZIONALI**

1. **Sistema endoscopia digestiva:** n. 5 sistemi completi di endoscopia (gastroscopia, colonscopia), 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. **Colonscopia robotica:** presso l'U.O. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera è disponibile 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.
4. **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. E' in fase di attivazione il quinto sistema presso l'U.O. di Medicina del P.O. di Matera;
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;
6. **U.O. Medicina d'Urgenza:** nel mese di gennaio 2014 è stata avviata questa nuova U.O., che dispone, ad oggi, di n. 8 posti letto, ognuno dotato di adeguato sistema di monitoraggio dei parametri vitali, pompe ad infusione per nutrizione enterale e parenterale. Completano la dotazione dei monitor portatili, ed un nuovo ecotomografo di ultima generazione, da utilizzare anche per la stroke unit.

#### 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'Utente, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi.

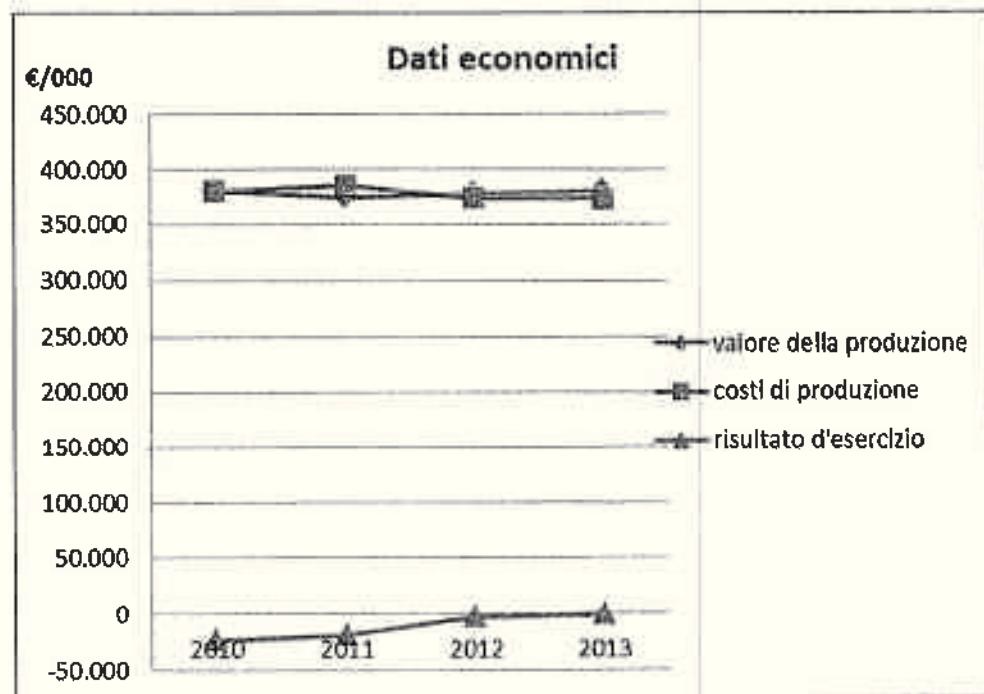
Una piccola quota dei finanziamenti deriva dal Fondo Sanitario Nazionale, ma la principale fonte di finanziamento dell'Azienda è rappresentata dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale sulla base della cosiddetta "quota capitaria".

L'effetto congiunto derivante dall'applicazione delle misure di contenimento della spesa previste dalla citata normativa vigente e dal consolidamento degli interventi di risanamento avviati dall'Azienda in questi anni, ha consentito di formulare una previsione economica per l'anno 2015 caratterizzata dal raggiungimento del pareggio di bilancio.

Di seguito si riporta una tabella comparativa del Conto Economico relativo ai bilanci d'esercizio 2010 e 2013 (ultimo bilancio d'esercizio adottato dall'ASM).

Si fornisce pertanto, in forma tabellare e grafica, il trend dei principali dati economici relativi agli anni 2010 – 2013, con le previsioni per il 2015.

	2010	2011	2012	2013	previsione 2015	Δ % pr 15 - 13
<b>valore della produzione</b>	380.967	375.148	378.796	380.752	379.576	0,3%
<b>costi di produzione</b>	380.967	386.070	375.327	374.243	371.528	-0,7%
<b>risultato d'esercizio</b>	-23.609	-18.696	-2.708	116	0	-100,0%



Ulteriori e più dettagliate informazioni sulle risorse finanziarie della ASM, sui relativi bilanci aziendali e sull'analisi delle singole stime e dei costi aziendali sono riportati nelle delibere aziendali: n. 1228 / 2014 "Bilancio di Previsione 2015 e triennale 2015 – 2017, e n. 1390 /2014 "Bilancio di Previsione 2015 e triennale 2015 – 2017 – Modificazioni. Le delibere non possono essere allegate alla presente relazione in quanto troppo corpose, ma sono state pubblicate e quindi sono consultabili sul sito aziendale.

#### 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.

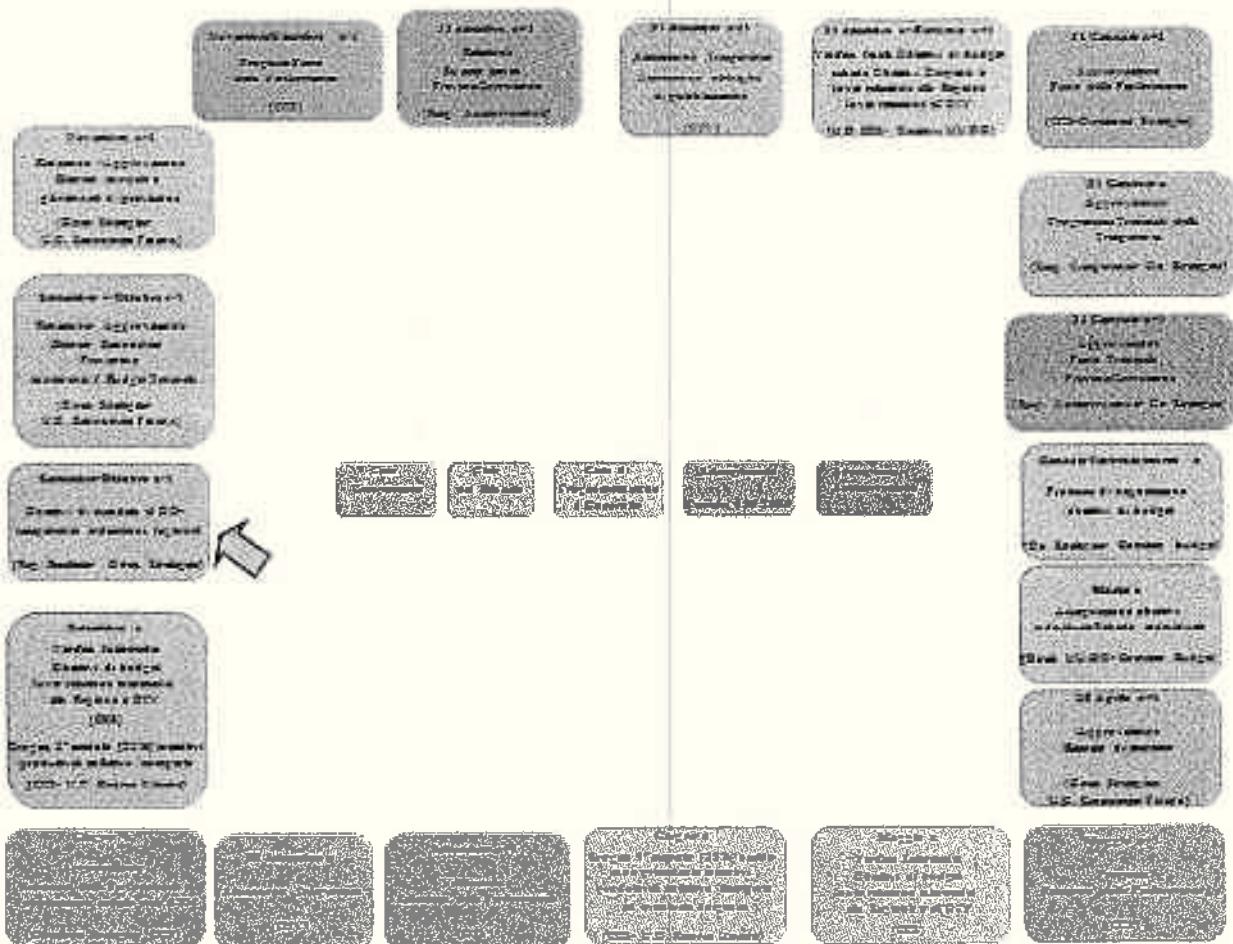
L'elaborazione del bilancio di previsione deve essere adottato dal Direttore Generale dell'ASM entro il 10 novembre così come recentemente riportato dall'art 15 della Legge Regionale 8 agosto 2012, n. 16, che, modificando l'articolo 14 della L.R. 27 marzo 1995, n. 34, ha stabilito che le aziende sanitarie e ospedaliera 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.

La ASM ha predisposto il bilancio di previsione 2015 e triennale 2015 – 2017 con le delibere aziendali n. 1228 del 7.11.2014 e 130 del 11.12.2014 (modificazioni). Le delibere con gli allegati sono disponibili sul sito aziendale.

Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione), nel corso dell'anno 2014, che ha rappresentato, il secondo 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). (vedi Relazione al Bilancio economico preventivo anno 2015 e bilancio pluriennale 2015 – 2017, disponibile sul sito aziendale ).



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



## 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 all'aggiornamento Piano della performance 2015 – 2017 (da adottare entro il 31/01/2015), 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 inconfondibilità 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 programmati 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 2015-2017 "recepisce dinamicamente le previsioni del Piano della Performance, al fine di assicurare la integrazione ed il coordinamento tra le rispettive indicazioni"

In particolare, dopo attenta analisi effettuata con il Dirigente Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono stati definiti nel 2014 alcuni obiettivi strategici, ritenuti particolarmente significativi per la performance aziendale, anche in seguito alla individuazione di alcune aree a maggior rischio di corruzione. Per ogni obiettivo e rispettiva area, sono stati previsti e valutati gli obiettivi operativi, i target annuale di riferimento, la fonte dei dati e i soggetti interessati, il tutto è illustrato analiticamente nella tabella seguente.

A fine 2014, sono stati verificati i risultati raggiunti per ciascun obiettivo strategico concordato e in seguito ad un rigoroso esame dei risultati raggiunti in tema di anticorruzione, sono stati inseriti nuovi obiettivi, con relativi indicatori e target, evidenziati nella tabella seguente. (vedi relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2015 – 2017 pubblicata sul Sito aziendale).

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Accorciamento Piano prevenzione della corruzione	Formazione e del responsabile della corruzione formazione		Gestione del rischio - Report di Monitoraggio	Gestione del rischio - Report di Monitoraggio	Gestione del rischio - Report di Monitoraggio	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2015 - 2017 Sito aziendale	Dirigente Strategico responsabile del Piano Corruzione
	Monitoraggio aree a rischio	Monitoraggio delle aree a rischio ex legge 11/01/1999 ad eventi rischiosi nelle sinergie UU.OO.	persone delle UU.OO. interessate	Gestione del rischio - Monitoraggio 60% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure preventive previste (Applicazione Codice di Comportamento Az.)	Gestione del rischio - Monitoraggio 100% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure preventive previste Report su Azione - Migliorativa	Gestione del rischio - Monitoraggio 100% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure preventive previste Report su Azione - Migliorativa	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2015 - 2017 Sito aziendale	Responsabile Trasparenza Referente del Rep. UU.OO. e corruzione Dirigente UU.OO. Interne
Prevenzione della corruzione	Applicazione Codice di comportamento	Apertura spazio informativo (cio U.O. Gestione Risorse umane) per consulenza ai dipendenti sull'applicazione del codice X numero 2 gg. settimana	Istituzione ufficio procedimenti disciplinari (UFD) con apertura consulenza ai dipendenti	70 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento	80 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento	90 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento	Relazione annuale sull'attività svolta dal PTPC 2015 - 2017 Sito aziendale	Dirigente Strategico responsabile della prevenzione corruzione Referente Rep. Responsabile della Trasparenza G.V. Gestione Risorse Umane U.O.D.
		N. dipendenti a conoscenza del Codice di comportamento aziendale/ N. dipendenti intervistati	Adozione e diffusione del Codice di comportamento	Aggiornamento delle competenze dell'U.O. alle previsioni del Codice	Monitoraggio dello stato di attuazione e applicazione del Codice di Comportamento	Monitoraggio dello stato di attuazione e applicazione del Codice di Comportamento	Relazione annuale sull'attività svolta dal PTPC 2015 - 2017 Sito aziendale	Relazione annuale sull'attività svolta dal PTPC 2015 - 2017 Sito aziendale

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATO 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
<b>Prevenzione della corruzione</b> Area Attività Tecnica	Prevenzione di eventi corruttivi nel settore di affidamento lavori e forniture	Adozione / Applicazione di un regolamento interno  n. segnalazioni di conflitto di interessi / n. totale di procedimenti x affidamento lavori e forniture	Adozione Regolamento interno  0 conflitti di interesse  Individuazione del valore di rischio di corruzione	Report su Monitoraggio Applicazione procedure	Report su Monitoraggio Applicazione procedure	Report su Monitoraggio Applicazione procedure	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione e PTPC 2015 – 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Generale Responsabile della prevenzione della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigenti della U.O. Attività Tecnica
<b>Prevenzione della Corruzione</b> Area Gestione Risorse Umane	Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazioni rese dai dipendenti e dagli utenti	N. Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di cert. / N. dichiarazioni sostitutive di cert. pervenute  52 dichiarazioni sostitutive Controllate	50 % controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	60 % controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	70 % controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	70 % controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione e PTPC 2015 – 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Generale Responsabile della prevenzione della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigente della U.O. Gestione Risorse Umane
<b>Prevenzione della corruzione</b> Area Economico-Provveditorato	Prevenzione di eventi corruttivi nel settore di affidamento servizi, forniture	adozione applicazione di regolamento interno  n. segnalazioni di conflitti d'interesse / n. totale di procedimenti affidamento servizi, forniture	Adozione Regolamento interno  0 conflitti di interesse  Individuazione del valore di rischio di corruzione	Report su Monitoraggio Applicazione procedure	Report su Monitoraggio Applicazione procedure	Report su Monitoraggio Applicazione procedure	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione e PTPC 2015 – 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Responsabile della prevenzione della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigente dell'U.O. Economico/Provveditorato

La coerenza con il Piano Triennale della trasparenza è stata garantita attraverso il lavoro svolto con la Dott.ssa Maria Malvasi, Responsabile della Trasparenza ASM,(delibera aziendale n. 482 del 23.04.2013), Sono stati definiti alcuni obiettivi strategici ed operativi relativi all'empowerment con la evidenziazione dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2014 e la definizione di nuovi obiettivi e dei relativi dc target prefissati sino al 2017.

AREA STRATEGICA	OBETTIVO STRATEGICO	OBETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATO 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
OBETTIVI D'EMPOWERMENT	Obiettivo strategico	Promuovere la trasparenza sulla svolgibilità dei target (classificati trasparenza) e definizione di target per il triennio 2014-2016	Almeno 25% risposte alle questionari sull'indagine svolgibilità 2014 - 100% pubblicazione S10	27% risposte questionario	> 27%	> 28%	> 29%	Publicazione sul sito aziendale - Ufficio Planificazione del Dipartimento Salute della Regione	Aziendale - Ufficio Aziendale
OBETTIVI D'EMPOWERMENT	Obiettivo strategico	Promuovere Bilancio Sociale	Redazione di 80% del Rapporto di Bilancio Sociale 2014	Obiettivo raggiunto	Riduzione dell'incidenza meno Bilancio sociale	Riduzione dell'incidenza meno Bilancio sociale	Riduzione dell'incidenza meno Bilancio sociale	Publicazione sul sito aziendale - Ufficio Planificazione del Dipartimento Salute della Regione	CCS e Ufficio aziendale
OBETTIVI D'EMPOWERMENT		Adesione all'obiettivo di bilancio sociale	Almeno 50% delle risposte del questionario	Almeno 50% questionari compilati	Almeno 100 questionari compilati dal Dipendente	Almeno 100 questionari compilati dal Dipendente	Almeno 100 questionari compilati dal Dipendente	Sito aziendale - pubblicabile risultati Dip. Salute	Ufficio Aziendale - Ufficio Aziendale
OBETTIVI D'EMPOWERMENT	Garantire il trasparenza di stessa struttura dei target prestazionali	Monitoraggio dei target di stessa struttura dei target prestazionali	Numero di target di stessa struttura dei target prestazionali	Vedi relazioni anno 2013 e l'sezionamento 2014 (ALLEGATI n.5 - 6-7)	> 10	> 10	> 10	Ufficio Planificazione del Dipartimento Salute della Regione	Ufficio Salute Operativa - Ufficio Ufficio Operativo
Trasparenza	Raggiungere la tempestività di pubblicazione dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Publicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Ufficio pubblicazione dei dati normativa totale pubblicazione	100%	100%	100%	100%	Struttura responsabile Trasparenza ASM	Ufficio Ufficio

#### 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 Accentrat a 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 rinvie, tra l’altro, l’esigenza di programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica e in modo sistematico, 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 sistematico, 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 nel corso del 2014 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 piano 2013 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 del Piano della **Performance** anno 2014 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"><li>• Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice</li></ul>
2) Adozione del Sistema	<ul style="list-style-type: none"><li>• Direzione Strategica ASM</li></ul>
3) Attuazione del Sistema	<ul style="list-style-type: none"><li>• Direzione Strategica ASM</li><li>• Dirigenza</li><li>• Personale</li><li>• OIV (Struttura Tecnica Permanente)</li></ul>
4) Monitoraggio e audit del Sistema	<ul style="list-style-type: none"><li>• OIV (Struttura Tecnica Permanente)</li><li>• Personale, dirigenziale e non</li></ul>

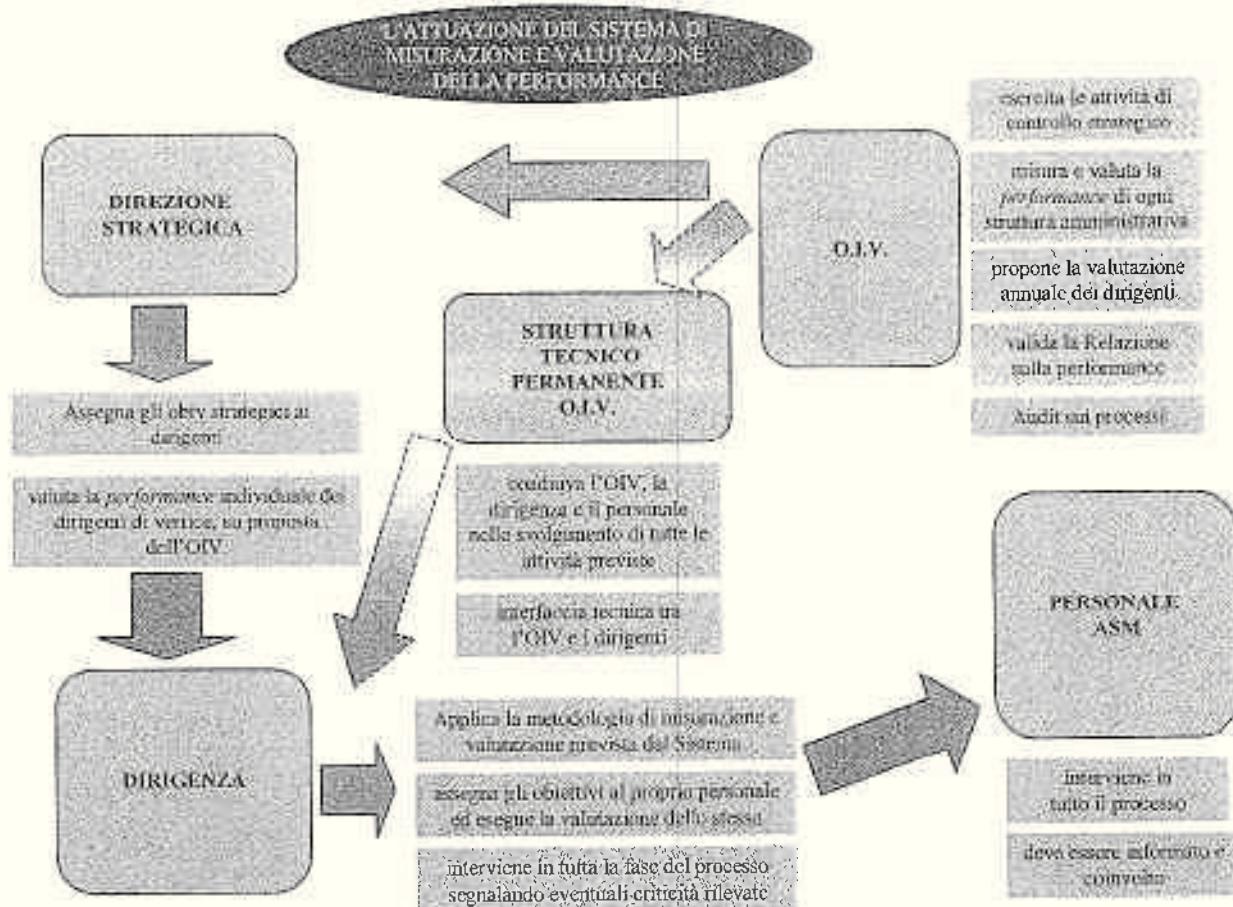
1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della missione e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi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

Le DD.GG. RR n. 298/2012 e 377/2013 e 452 / 2014 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 2012.
2. Rispetto delle Procedure previste in materia di acquisto di beni e servizi stabilite dalla DGR 139/ 2010.

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 (VGP) attraverso il confronto tra il posizionamento che la stessa aveva nell'anno 2012 e il posizionamento ottenuto a fine anno 2014 su 9 indicatori individuati all'interno dei 47 impiegati per la valutazione degli obiettivi.  
(vedere tabella seguente).

AREE STRATEGICHE DI RISULTATO	I 9 INDICATORI PER LA VALUTAZIONE GLOBALE PERFORMANCE (VGP)	
1. TUTELA DELLA SALUTE	1.1.3 Copertura per la valutazione dell'infarto acuto 24 ore	1.2.3 Estensione di copertura del screening cervicouterino
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per ricoveri ordinari	2.1.4 Percentuale di ricoveri in OH medico con finalità diagnostica
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	2.1.6 Recupero Mobilità passiva ospedaliera	2.2.1 Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni
4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	2.2.2 Percentuale di parto con taglio cesareo primario	3.1.2 Spesa farmaceutica territoriale pro capite
	4.5.1 Consumo di farmaci opioidi	

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



61

1) se l'Azienda ha peggiorato la sua performance, ovvero la maggioranza più uno degli indicatori VPG non ha migliorato il posizionamento tra l'anno 2012 e il 2014, 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.

Per quanto riguarda la modalità di monitoraggio la DGR 452/2014 ha previsto che gli obiettivi verranno verificati secondo la seguente tempistica:

- alla chiusura del 31 dicembre;

## 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 1° 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 i Direttori di Dipartimento e di Distretto attraverso la definizione di una scheda annuale “Obiettivi per i Direttori di Dipartimento”. Sulla base della procedura del sistema di valutazione approvato con delibera n. 111/2013 (All. al precedente Piano anno 2013) , l’OIV propone alla Direzione aziendale la valutazione annuale dei dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento e di Distretto) e l’attribuzione dei premi;

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 (su proposta dell’O.I.V.). 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 (all. n. 4).

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

### 6.1. Ciclo di gestione della performance

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

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

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

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



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

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

Il 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 **comprendibilità** 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

Sulla base delle risultanze di un gruppo di lavoro regionale composto dal personale delle UU.OO di Controllo strategico e di gestione delle Aziende sanitarie della Regione Basilicata, è stato definito ed approvato il "MANUALE DELLE PROCEDURE OPERATIVE DELLA PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO, DIREZIONALE E OPERATIVO" (delibera aziendale 718/2014).

Si riporta di seguito la procedura per la definizione, approvazione ed aggiornamento del Piano della Performance compresa nel suddetto manuale (Procedura PNF 02).

### (Procedura PNF 02). 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 **comprendibilità** 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 amministrazione;
- 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	
<b>Input</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Linee di Indirizzo Regionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patto della salute</li> </ul> </li> <li>- Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i direttori generali</li> <li>- Delibera regionale sugli obiettivi del Direttore Generale</li> </ul>
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepimento delle linee di indirizzo strategico regionali e nazionali e dei sistemi di valutazione delle performance Aziendale del PNE e Bersaglio;</li> <li>- Individuazione del GDL</li> </ul>
<b>Output</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incarico all'UO Controllo di Gestione per la redazione del Piano delle Performance</li> </ul>
<b>Soggetti e ruoli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Strategia – responsabile</li> <li>- Programmazione e Controllo di Gestione - esecutore</li> </ul>

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

	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Gli obiettivi sono correlati, attraverso indicatori, ai dati benchmark relativi a ad aziende comparabili</li> </ul>
<b>Output</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Albero delle Performance</li> <li>- Obiettivi triennali di performance</li> </ul>
<b>Soggetti e ruoli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Strategica – responsabile</li> <li>- Programmazione e Controllo di Gestione - esecutore</li> <li>- Referenti aziendali – esecutore</li> <li>- Comitato Consultivo Misto – funzione consultiva</li> </ul>

### FASE 3: Redazione del Documento

<b>Input</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delibera Civit n. 112 del 2010</li> <li>- Analisi Epidemiologica</li> <li>- Analisi Demografica</li> <li>- Indicatori di benessere organizzativo aziendali</li> <li>- PAL</li> <li>- Linee di indirizzo Regionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patto della salute - Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i direttori generali</li> <li>- Altri obiettivi e delibere regionali</li> </ul> </li> <li>- Piano Nazionale Esiti</li> <li>- Sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario (Bersaglio) del Sant'Anna di Pisa</li> <li>- Osservasalute</li> </ul>
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il Gruppo di Lavoro redige la bozza del Piano della Performance secondo quanto stabilito dalle linee guida della Civit</li> </ul>
<b>Output</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bozza del Piano delle Performance</li> </ul>
<b>Soggetti e ruoli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo di Gestione - esecutore</li> </ul>

### FASE 4: Condivisione del Piano delle Performance

<b>Input</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bozza del Piano delle Performance</li> </ul>
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Direzione Strategica invia la bozza del Piano, al Collegio di Direzione, al Consiglio dei Sanitari ed alle Organizzazioni Sindacali</li> </ul>

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

#### **FASE 5: Approvazione ed adozione del Piano**

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

#### **FASE 6: Comunicazione del piano all'interno e all'esterno dell'Azienda**

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

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 della performance**

Il Piano delle performance, nella sua prima stesura, è stato sistematicamente aggiornato e sono stati 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 dalle DD.GG.RR. n. 298/2012 - 337/2013 e 452/2014:

- **EQUILIBRIO ECONOMICO AZIENDALE – GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA:** l'area comprende obiettivi di perseguitamento 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;
- **I COSTI DI PRODUZIONE RILEVATI NEL CORSO DELL'ESERCIZIO 2014** devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2014
- **RISPETTO DELLE PROCEDURE PREVISTE IN MATERIA DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI STABILITE DALLA dgr 139/2010.**  
Nello specifico l'obiettivo si ritiene raggiunto sulla base:
  4. Delle verifiche ~~effettuate~~ dall'OPT in merito al rispetto delle procedure previste dalla DGR 139/2010 in materia di autorizzazione;

5. Del completamento delle gare in unione regionale di acquisto previste dall'allegato A alla DGR 298/2012

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

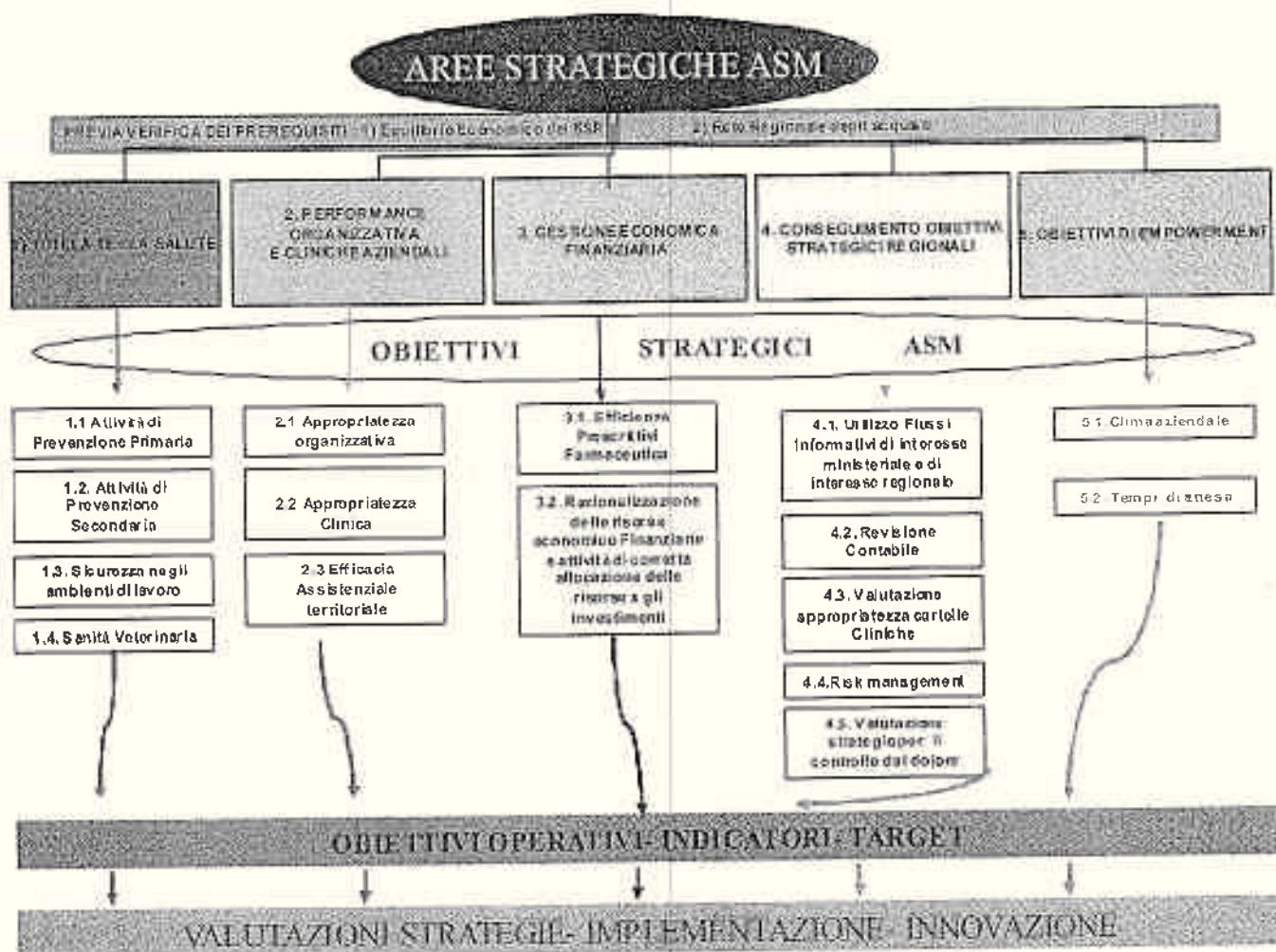
- 1) **TUTELA DELLA SALUTE:** Prevenzione primaria e secondaria per la protezione della popolazione di riferimento da realizzarsi attraverso le attività di ~~vaccinazioni~~ obbligatorie e raccomandate. Tutela della salute dei lavoratori e concorso alla riduzione degli incidenti sul lavoro, attraverso controlli sulle imprese del territorio. Sicurezza alimentare: monitoraggio della regolarità e sistematicità dei controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di allevamenti.
- 2) **PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI:** Appropriatezza Organizzativa
  - Appropriatezza 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 prescrittiva;
- 4) **CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI:** Progetti di miglioramento di alcune specifiche aree sanitarie ed amministrative.
- 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 rappresenta 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 2014. Pertanto, si fa riferimento ai risultati aziendali relativi all'anno 2013 allegando la relazione sul raggiungimento degli obiettivi aziendali anno 2013 (Allegato 6).e alla relazione semestrale relativa alle attività svolte nel I semestre 2014 (all. 7 e 8).





72

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATO 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
<b>PREREQUISITO</b> Equilibrio Economico del SSR	I costi economici rilevanti nel 2014 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2012	Riduzione dei costi	(Costi anno 2013- Costi anno 2010) / Costo anno 2011*100	- 2,8 % (-6.000.000)	-1% rispetto all'esercizio 2012 (dati non sono ancora definiti)	Non sono ancora pervenuti gli obiettivi regionali	Conto Economico 2010, 2012, 2013, 2014	Tutte le UU.OO. ASM		
<b>PREREQUISITO</b> Area Amministrativa	Rispetto delle procedure previste in materia di acquisto di beni e servizi (DGR 139/2010), Gare in URA, (DGR 298/2012, all. A)	Rispetto delle procedure in materia di autorizzazione Complemento gare in URA	Ob. raggiunto Vedi tabella allegata alla relazione (al. n.6)	Totalità acquisiti/ acquisti in URA	Rispetto delle procedure Indazioni/Adjudicazioni gare specificate nella DGR 298/12	Non sono ancora pervenuti gli obiettivi regionali	U.O. Economico e provveditorato	Direzione Amministrativa Aziendale U.O. Economico e provveditorato		
										Dipartimento di Prevenzione Umana
										Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata
										UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica e Matera e di Montebello
										UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali
<b>4) TUTELA DELLA SALUTE</b>		1.1.1. Conclusa la vaccinazione dei bambini 3-24 mesi per corso base (3 dosi)	98,10 %	93%	> 90 %	> 90 %	Dipartimento di Prevenzione Umana ASM			
		1.1-1 Attività di Prevenzione Primaria								

AREA STRATEGICA	OBETTIVO STRATEGICO	OBETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATO 2013	RISULTATO 1 sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
										Dipartimento di prevenzione Umana
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	1.1.2 Copertura X vaccino MPR X vaccino comparto 2 anni x 100	Copertura compartenati 131 31, X MPR (accordi C 93/90) anni comparto 2 anni x 100	91,34 78%	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	Ossevatorio Epidemiologico Regionale della Bassa Italia - Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	U.O.O. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano
										Dipartimento di Prevenzione Umana
										U.O.O. delle attività territoriali e distrettuali



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE										
		2.1 Esegnazione grazza dello screening mammografico	N. donne invitate allo screening in 2 anni Perc. di riferimento >100	93,14	93,14 %	>95 %	>95 %	>95 %	Osservatorio Epidemiologico o Regionale città Basilicata	U.O. di Prevenzione umana U.O. di Serologia U.O. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Piscicoro Consultori Familiari Distretti
	1.2 Attività di Prevenzione Secondaria								Osservatorio Epidemiologico o Regionale città Basilicata	U.O. di Prevenzione umana U.O. di Serologia U.O. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Piscicoro Consultori Familiari Distretti
		1.2.2 Adesione grazza dello screening mammografico	N. donne che hanno partecipato allo screening macroscopico n. donne invitate allo screening x 100	56.00 %	56%	>60%	>60%	>60%	Osservatorio Epidemiologico o Regionale città Basilicata	U.O. di Prevenzione umana

AREA STRATEGICA	OBETTIVO STRATEGICO	OBETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
										U.O. di Senologia
										U.O.O. di Osteria e Ginecologia di matere e Policoro
										Consulenti Familiari



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1.3 Sicurezza negli ambienti di lavoro. Riduzione degli incidenti sui luoghi di lavoro	3.1 Attività di controllo	1. imprese attive presenti sul territorio controllate/ n. di imprese attive presenti sul territorio x 100	1146 %	3,23 % (si prevede di raggi. l'ob. entro la fine del 2014)			> 10 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	Dipartimento di prevenzione Umano U.O.O. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM
1.4 Sanità Veterinaria	1.4.1 Controllo veterinario presso le aziende di allevamento su campioni di alimento	N. di allevamenti TBC sotto controllo/ n. d' allevamento da settore a controllo x 100	100 %	89% (si prevede di raggi. l'ob. entro la fine del 2014)			> 99%	Banca dati regionale Anagrafe animale	Dip. Prevenzione animale
	1.4.2 Controllo veterinario presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	N. d' allevamenti X Brusillosi ovicentra, ovovina e tuba nei comuni atti n. d' allevamenti da solito e a controllo x 100		55,13% (si prevede di raggi. l'ob. entro la fine del 2014)				Banca dati regionale Anagrafe animale	Dip. Prevenzione animale
	1.4.3 Controllo veterinario presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	N. di aziende avicennia controllate/ % totale di aziende avicennia x100	5 %	5%			>95%	Banca dati regionale Anagrafe animale	Dip. Prevenzione animale

AREA STRATEGICA	OBETTIVO STRATEGICO	OBETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		1.4.4 Controlli veleznati presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti	% di campioni analizzati (a farmaci e contaminanti nei alimenti di origine animale) analizzati n. di campioni programmati x 130	100%	50% (si prevede di ragg. l'1° ob. entro la fine del 2014)	> 99%	> 99%	> 99%	Banca dati regionale NSS Dip. Prevenzione animale	U.U.OO. Dipartimenti ospedalieri U.U.OO. attività territoriali U.U.OO. Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO. U.U.OO.P.S.
		2.1.1 Riduzione tasso di ospedalizzazione	N. ricoveri ordinari attesi/ Pop standard x 100	149,70 (vedi relazione)	144,90 % (vedi relazione)	< 105 %	< 105 %	< 105 %	Flusso SDO	U.U.OO. Dipartimenti ospedalieri U.U.OO. attività territoriali U.U.OO. Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO. U.U.OO.P.S.
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatezza organizzativa	(VGP) 2.1.2 Riduzione DRG Medici-Ordean dei reparti chirurgici	n. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100	32,35 %	30,75 %	<20%	<20%	<20%	Flusso SDO	U.U.OO. Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO. U.U.OO.P.S.
		2.1.3 Incontro dei setting assistenziali Day Surgery per DRG Lea chirurgici								U.U.OO. Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere U.U.OO. Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO. U.U.OO.P.S.
			n. ricoveri effettuati in D.S x100	42,49 %	42,68 %	>60%	<60%	>60%	Flusso SDO	U.U.OO. Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		(VGP) 2.1.4 Riduzione Ricoveri DH medico con finalità diagnosches	n. recoveri in DH medico con finalità diagnostica x 100/ n. recoveri in DH medico	32%	17.27%	<12%	<10%	<10%	SIS Flusso SDO	U.I.O.O Dipartimenti medici ospedalieri U.I.O.O. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedalieri
<b>2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI</b>		2.1.5 Riduzione Ricoveri ordinari medici brevi (0-1 giorni)	n. ric ordinari medici brevi x100/ n. ricoveri ordinari medici	14.28 %	14.45%	<13%	<13%	<13%	SIS Flusso SDO	U.I.O.O. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedalieri
	<b>2.1 Appropriatezza organizzativa</b>									
		(VGP) 2.1.6 Recupero della mobilità passiva ospedaliera	Valore economico dei recoveri dei residenti in mobilità passiva per i DRG individuati nel 2013	1	Non avendo, a disposizione i dati di mobilità passiva relativa all'anno 2014 gli unici dati a disposizione (anno 2013) El fanno prevedere che entro la fine dell'anno 2014 l'obiettivo sarà raggiunto al 100% (vedi relaz. An. n. 8)	NON PRESENTA NEL 2013	1	1	1	Flusso SDO
	<b>2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI</b>	2.1.7. Miglioramento saldo mobilità	Valore economico mobilità attiva/ valore economico mobilità passiva							Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedalieri

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		(VGP) 2.2.1 Riduzione giornate di degenza preoperatoria per frattura del femore (0-2 gg)	n. interventi per frattura femore con degenera preoperatoria <2 / n. interventi per frattura femore x 100	40,28 %	49,46%	>50%	>60%	>60%	SIS Flusso SDO	UU.OO. Ortopedia Matera - Pollicoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliero UU.OO. Ostetricia e ginecologia di Matera - Pollicoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliero
2.2	Appropriatezza Clinica	(VGP) 2.2.2 Riduzione parto con taglio cesareo primari	n. parto cesarei primari n. totalità di parto con nessun progresso parto cesareo x 100	28,42 %	Dati disponibili a fine 2014	<25%	<25%	<25%	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico
		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. Residenti 50 - 74 anni x 100	312,93	Dati disponibili a fine 2014	<200	<200	<200	SIS Flusso SDO	UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliero
		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	25,05	Dati disponibili a fine 2014	<21	<21	<21	SIS Flusso SDO	UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliero



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATO 2013	RISULTATO 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	<b>2.3 Efficacia Assistenziale territoriale</b>	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	69,73	Dati disponibili a fine 2014	<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	6 %	3,77% (si prevede di raggiungere l'obiettivo entro la fine dell'anno)	>5,5%		>5,5%	SIS Flusso ADI	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali
		2.3.5 Incremento Riduzione consumo di farmaci Pompa protonica	N. unità di IPP erogate/ Pop. residente pesata	35 %	37,75%	<21%		<21%	SIS Flusso Marno	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali
	<b>2.3 Efficacia Assistenziale territoriale</b>	2.3.6 Riduzione abbandoni di pz.in terapia con staine	N. utenti che consumano 1 o 2 conf. di staine all'anno N. utenti che consumano staine x 100	8.05 %	Dati disponibili a fine 2014	<8%		<8%	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali



AREA STRATEGICA	OBETTIVO STRATEGICO	OBETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATO 2013	RISULTATO I sem 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		2.3.7 Riduzione incidenza di svariati sui sostanze ad azione sul sistema angiotensinax100	N. confez di farmaci inibitori angiotensina II associati e non... n. coni farmaci gruppo ter.C08	48,00 %	49,13%	<30%	<30%	S/S	UU.OO, attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali	Flusso Marno
		2.3.8 Riduzione di abbandono di pz. in terapia con antidepressivi	n. utenti che consumano 1 o 2 coni di antidepressivi al anno, utenti che consumano antidepressivi x100	20,00 %	Dati disponibili a fine 2014	<27%	<27%	S/S	UU.OO, attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali	Flusso Marno
		2.3.9 Riduzione consumo di farmaci Antibiotici	DDD di altri farmaci antibiosici erogato nell'anno x principio attivo / N. residenti x 305 x 1000	26,14 %	28,85	<20	<20	S/S	UU.OO, attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali	Flusso Marno

AREA STRATEGICA	OBETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
									3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.1. Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	3.1.1. Rispetto fatto massimo di spesa farmaceutica territoriale (<13% del valore complessivo di riparto)	Spesa farmaceutica territoriale	13,00%	13,08% [il dato è riferito all'Isem. 2014, si prevede che l'ob. possa essere raggiunto entro il 2014]	<13%	<13%	Ufficio risorse finanziarie Dipartimento Salute	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.1. Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	(VGP) 3.1.2 Riduzione Spesa farmaceutica territoriale pro – capitale	Spesa farmaceutica convet. + spesa x distribuz. diritti/ popolazione residente pesata	213,87 %	219,69	<188		SIS	Ufficio risorse finanziarie Dipartimento Salute
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.2. Racionalizzazione 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.I.1) Rimanenze martsan" del modello SP dell'anno e il valore riportato nella stessa voce del modello SP di due anni precedenti (= valore Diff.)	38,06 %	Obiettivo omonimo	Obiettivo omonimo	U.O. Farmaceutici Territoriali	Flusso Marno	Dipartimenti Ospedalieri
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3.2. Racionalizzazione 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	valore riportato nella voce "B.I.1) rimanenze martsan, del modello SP relativo ai due anni precedenti (= valore base)				U.O. Economato e Provveditorato	Modello SP Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. farmacia ospedaliera U.O. Dipartimenti ospedalieri U.O. Gestione Risorse Finanziarie

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
3. GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	Razionalizzazione delle risorse economiche e finanziarie	3.2.1. Riduzione dei tempi di pagamento	Debiti verso fornitori (a) x 360	Acquisti di beni e servizi (escluso da Azi. Sanitarie) + acquisti Imm. + Manutenzioni + godimento di beni terzi (b - c) + f+g+h+i	Ob. non presente nel 2013	Vedi relazione anno 2013 e relazione I semestre 2014 (All. n.6 e 8)	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento Salute Regione	U.O. Gestione Risorse Finanziarie	U.O. Gestione Tecnica	U.O. Economato e Provveditorato
		3.2.2. Effettuazione investimenti ex art.20	Affidamento e esecuzione lavori individuali							
4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4.1. Utilizzo flussi informativi ministeriali 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	Si	Uffici Dipartimento Salute Regione Basiliacata	U.U.O.C. ASM che inviano flussi
		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	Si	Uffici Dipartimento Salute Regione Basiliacata	U.U.O.C. ASM che inviano flussi
	4.2. Revisione Contabile	4.2.1. Certificazione del Bilancio aziendale	Opinione positiva – positiva con limitazioni – impossibilità a certificare da parte dell'ente certificatore	Opinione positiva o con limitazioni	Opinione positiva	Opinione positiva	Opinione positiva	Opinione positiva	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento Salute Regione	U.O. Gestione Risorse Finanziarie

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
				≥ 10% Cartelle Cliniche	Invia relazione aziendale sul controllo effettuato entro il 15 maggio 2014	Invio relazione entro i termini previsti	Invio relazione entro i termini previsti	Invio relazione entro i termini previsti	Osservatorio Epidemiologico regionale della Basilicata (OER_B)	Direzioni Sanitarie P.O. Matera e P.O. Policoro
		4.3. Valutazione appropriatezza cartelle Cliniche	4.3. 1 Controllo cartelle Cliniche e invio relazione	Controllate il 16% del totale (P.O. Matera)	Invio relazione	Invio relazione entro i termini previsti	Invio relazione entro i termini previsti	Invio relazione entro i termini previsti	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico
			4.4. Risk management	4.4.1. Redazione Piano di previsione delle attività	Si	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico
4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI			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 realizzazione del Piano stesso	Si	Si	Si	Invio relazione entro i termini previsti	Invio relazione entro i termini previsti	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	0,51 % N. residenti x principio attivo X 1000	>1 >1,6			SIS Flusso MARNO	Medicina di base Hospice U.U.OG: ospedaliere e territoriali che seguono i malati terminali



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	RISULTATO I sem. 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		5.1.1. Produzione ed invio in Regione relazione sulla customer satisfaction	Invio della relazione sulla customer entro 28 febbraio anno successivo	Si	Invio relazione entro i termini previsti	Ufficio Planificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale UU.OO Aziendali			
	5.1. Soddisfazione degli utenti	5.1.2. Redazione ed invio Bilancio Sociale	Redazione ed invio BALANCO SOCIALE entro il 20 febbraio anno successivo	Si	Obiettivo non assegnato nel 2014	Si	Obiettivo non assegnato nel 2014		Ufficio Planificazione del Dipartimento Salute della Regione	Ufficio Planificazione del Dipartimento Salute della Regione
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	5.2. Liste di attesa	(VGP) 5.2.1. Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	N. di liste di attesa critiche risolte/n. liste di attesa critiche x 1000	Vedi relazione (ALLEGATO 5)	>50	>80	>80	>80	Ufficio Planificazione del Dipartimento Salute della Regione	Direzioni Sanitarie Ospedaliere – Distretti – UU.OO Aziendali ospedaliere
	CLIMA AZIENDALE	Adezione all'indagine sul clima interno	Diffusione al 100% degli operatori ASM e compilazione dei questionari sul clima interno	Obiettivo non presente nel 2013	Invio telematico del questionario al 100% operatori ASM	Invio telematico del questionario al 100% operatori ASM	Invio telematico del questionario al 100% operatori ASM	Invio telematico del questionario al 100% operatori ASM	Ufficio Planificazione del Dipartimento Salute della Regione	

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.

**Le azioni di miglioramento sono previste e argomentate all'interno di ogni singola area trattata nel Piano.**



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

**Albero della performance**

L'albero della *performance* è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della *performance* dell'amministrazione. L'albero della *performance* ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "mappa 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 a macro variabili (tasso di inquinamento, reddito pro capite, 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 perseguiti. 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 sistematica, 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 consegna 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 cmcssi.

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 proponedi 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

19

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 tumori 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.

Essendotutti 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 suoi 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.

