



ORIGINALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

(Nominato con D.G.R. N.2503 del 15.11.2011)

Numero	<u>134</u>
del	<u>31.01.2014</u>

OGGETTO: Adozione piano triennale della performance. (PERS.)

IL DIRETTORE GENERALE

con l'assistenza del Segretario e sulla base della seguente proposta predisposta dal Direttore del Dipartimento R.U. e Affari Generali che ne attesta la regolarità della istruttoria e il rispetto della legalità:

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

VISTO il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 che ha dettato norme in materia di "ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" ed in particolare l'art.15 che ha dettato principi, regole e competenzeomissis..

1. *L'organo di indirizzo politico-amministrativo promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e dell'integrità.*

2. *L'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione:*

- a) *emana le direttive generali contenenti gli indirizzi strategici;*
- b) *definisce in collaborazione con i vertici dell'amministrazione il Piano e la Relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b);*
- c) *verifica il conseguimento effettivo degli obiettivi strategici;*
- d) *definisce il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità di cui all'articolo 11, nonché gli eventuali aggiornamenti annuali.*

CONSIDERATO altresì che a norma di quanto previsto dall'art. 3 del D.Lgs. 150/09 e s.m.i., la misurazione e la valutazione della performance sono volte al raggiungimento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche nonché alla crescita delle competenze professionali,

attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative;

PRESO ATTO che, a norma del D.Lgs. 150/09 e s.m.i.:
annualmente le Amministrazioni Pubbliche redigono:

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

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

TENUTO CONTO delle disposizioni in materia emanate dalla CIVIT con la Delibera n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" (art. 10, comma 1, lettera a) D.Lgs. n. 150/09 e la Delibera n. 1/2012 "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance";

TENUTO CONTO altresì delle disposizioni in merito ai sistemi premianti introdotti dalla Regione Puglia ed estesi anche alle aziende del Servizio Sanitario con la LR 1/2011 che in dettaglio, al fine di valorizzare e migliorare l'azione amministrativa ha previsto il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) più alti standard quali-quantitativi delle funzioni e dei servizi assicurati dall'ente regionale;*
- b) valorizzazione del complesso delle risorse umane dell'ente attraverso un'adeguata remunerazione dei risultati ottenuti, in un quadro di pari opportunità;*
- c) incentivazione della produttività attraverso un'adeguata valutazione del merito;*
- d) selettività nel riconoscimento degli incentivi economici e di carriera;*
- e) trasparenza di ogni fase del processo di gestione della performance organizzativa e individuale.*

VISTO in particolare l'art. 4 comma 3 della citata legge che assegna all'OIV..omissis.. *Entro novanta giorni dalla sua costituzione, la predisposizione del.. Sistema di misurazione e valutazione della performance individuando le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance, nonché le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti e con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.*

DATO ATTO che sono in corso le procedure di selezione per la individuazione e nomina dei componenti dell'OIV, che sostituirà l'attuale Nucleo di Valutazione.

CONVENUTO anche al fine di rispettare il dettato normativo, di approvare entro il 31/01/2014 il Piano della Performance 2014/2016, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;

RICHIAMATO il D.Lgs 150/2009 e smi;

RICHIAMATA la LR 1/2011;

Il Dirigente Amministrativo
(Dr.ssa Maria Rosaria Semeraro)

Io sottoscritto - Direttore del Dipartimento R.U. e Affari Generali- attesto la regolarità della istruttoria della proposta.

-Dott. Pasquale Nicoli -

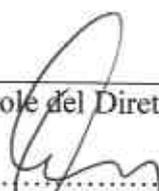
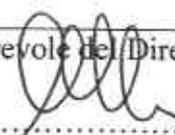
ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo, sottoscritto in calce al presente provvedimento.

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Sanitario , sottoscritto in calce al presente provvedimento.

DELIBERA

Per tutto quanto sopra dedotto e considerato, che qui si ha integralmente trascritto per farne parte integrante e sostanziale:

- di approvare il Piano della Performance 2014/2016, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che a seguito dell'approvazione del predetto piano saranno rimodulati gli obiettivi di gestione, al fine di renderli coerenti con il nuovo sistema delle performance e conferente con il sistema di valutazione in essere, nelle more delle determinazioni, giusto quanto disposto dalla LR 1/2011;
- di stabilite che restano in vigore, nelle more della definizione da parte dell'OIV del nuovo *Sistema di misurazione e valutazione della performance*, tutti gli istituti e gli strumenti di valutazione in essere;
- di notificare il presente atto, a cura degli AA.GG., a tutte le Direzioni Mediche e Amministrative dei presidi; ai Direttori di Dipartimento e Di Struttura Complessa ed alle Strutture Semplici dipartimentali e non ed al Nucleo di Valutazione; alle SSCC Controllo di Gestione, Epidemiologia e Statistica ed all'ARAN;
- di conferire alla presente deliberazione immediata esecutività stante l'urgenza di provvedere in merito.

Parere favorevole del Direttore Amministrativo  Dott. Paolo Luciano Quarato	Parere favorevole del Direttore Sanitario  Dr.ssa Maria Leone
---	---

Il Segretario
Dott. ssa Paola Fischetti

Il Direttore Generale
Dr. Vito Fabrizio Scattaglia

**Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio 2014**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....
(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario _____ Il Dirigente dell'Area _____

SERVIZIO ALBO PRETORIO

PER COPIA CONFORME AD USO AMMINISTRATIVO	CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
Taranto	AFFISSA E PUBBLICATA ALL'ALBO PRETORIO DI QUESTA AZIENDA
Il Dirigente AA.GG.....	Dal <u>31.01.14</u> al <u>15.02.14</u>
	Data <u>31.01.14</u>
	L'addetto all'Albo <u>Genova Vito</u>

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del -
è stata / non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.



Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE
di TARANTO

***Piano della Performance
dell'ASL Taranto
2014 - 2016***

**Azienda Sanitaria Locale di Taranto
Viale Virgilio, 31 - 74121 Taranto**

Sommario

PRESENTAZIONE.....	3
Presentazione del Piano della Performance	3
QUADRO DI RIFERIMENTO PER GLI STAKEHOLDER.....	6
Ambito territoriale e popolazione.....	6
Missione e Compiti	7
Visione.....	7
Principi e valori di riferimento	9
Strategia Aziendale.....	10
Analisi del contesto	12
Gli Stakeholder	12
GLI OBIETTIVI STRATEGICI.....	14
Il Sistema di misurazione e valutazione della performance.....	14
Il sistema degli indicatori.....	15
Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi e gestionali.....	16
Ciclo di gestione della performance.....	17
IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	17
Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.	17
Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance.....	18
L'albero della performance	18
Il Monitoraggio del Piano	19
Aree strategiche:.....	19

PRESENTAZIONE

L'Azienda Sanitaria di Taranto, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009), intende sviluppare un ciclo della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della MISSIONE e della VISIONE aziendale.

Lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance è definito Piano della Performance.

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

Il Piano delle Performance è il documento programmatico triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della performance stessa.

Lo scopo del Piano delle Performance è assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità della sua rappresentazione agli stakeholders individuati (clienti interni/esterni, ASL e Regione), nonché l'attendibilità della stessa misurazione.

Il Piano delle Performance sviluppa dunque quali elementi fondamentali:

- i livelli decisionali (pianificazione strategica, programmazione annuale e obiettivi di gestione) su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;
- le dimensioni rilevanti da monitorare per ogni livello di pianificazione;
- gli indicatori di misurazione relativi ad ogni dimensione.

I vantaggi che ciò arreca per l'organizzazione:

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

Presentazione del Piano della Performance

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

Il Piano della performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase programmatica del Ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti, ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del decreto;

- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura della performance individuale.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance relativo ad un arco di programmazione triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target.

Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

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

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

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionali, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Tale piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

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

Il piano delle performance e la sua rendicontazione (relazione sulla performance) costituisce lo strumento integrato di comunicazione dell'azienda con i soggetti coinvolti in cui convogliare gli altri strumenti attualmente esistenti; anche la parte successiva di rendicontazione, infatti, verrà integrata per fornire un quadro completo e unitario dell'andamento dell'Azienda agli stakeholder di riferimento.

Gli indirizzi strategici (articolo 15, comma 2, lett. b), del decreto) sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance.

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

Il Piano infine contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Ciò è funzionale a consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

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

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

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

QUADRO DI RIFERIMENTO PER GLI STAKEHOLDER

Ambito territoriale e popolazione

L'ambito territoriale provinciale dell'Asl Taranto si estende su un territorio di 2.436,67 Km² ed è caratterizzata dalla presenza di terreno pianeggiante per poco più della metà del totale (1.342,39 Km²), con una significativa estensione costiera, mentre per la rimanente parte il terreno è di natura collinare (1094,28 Km²).

Dal punto di vista amministrativo, la provincia consta di 29 comuni, dei quali cinque, caratterizzati da una notevole estensione territoriale.

Secondo i dati ISTAT, la popolazione residente della provincia di Taranto al 1° gennaio 2011 ammonta a 580.028 individui, 280.767 uomini e 299.261 donne, di cui poco più di un terzo concentrati nel solo capoluogo di provincia.

Comune	maschi	femmine	totale
Avefrana	3.408	3.671	7.079
Carosino	3.326	3.450	6.776
Castellaneta	8.302	8.842	17.144
Crispiano	6.732	6.936	13.668
Faggiano	1.740	1.821	3.561
Fragagnano	2.636	2.781	5.417
Ginosa	11.326	11.476	22.802
Grottaglie	15.972	16.819	32.791
Laterza	7.540	7.742	15.282
Leporano	3.944	3.917	7.861
Lizzano	5.044	5.238	10.282
Manduria	15.386	16.457	31.843
Marina Franca	23.992	25.788	49.780
Maruggio	2.713	2.801	5.514
Massafra	15.953	16.495	32.448
Monteleasi	2.691	2.831	5.522
Montemesola	2.033	2.123	4.156
Monleparano	1.184	1.230	2.414
Mottola	7.895	8.438	16.333
Palagiano	3.847	4.024	7.871
Palagianello	7.952	8.112	16.064
Pulsano	5.456	5.546	11.002
Roccaforzata	901	945	1.846
San Giorgio Ionico	7.825	8.167	15.992
San Marzano di San Giuseppe	4.582	4.702	9.284
Sava	8.137	8.639	16.776
Slatte	7.183	7.311	14.494
Taranto	90.944	100.866	191.810
Torriceia	2.123	2.093	4.216
Totale	280.767	299.261	580.028

Missione e Compiti

La missione dell'ASL di Taranto è quella di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e, comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione - nazionale, regionale e locale - avvalendosi della propria autonomia produttiva e delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza, di appropriatezza dell'uso delle risorse e di economicità.

Tale missione, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità di vita della popolazione, deve essere attuata nel rispetto dei principi di dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso ai servizi, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'umanizzazione e della personalizzazione dell'assistenza nonché dell'economicità nell'impegno delle risorse.

L'assistenza sanitaria, quale competenza fondamentale dell'Azienda, deve essere prestata con continuità e con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, in una costante prospettiva di integrazione con gli Enti e le Istituzioni locali.

L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale.

Visione

Per realizzare la propria missione di tutela della salute dei cittadini e della collettività, l'Azienda assume una responsabilità di governo dell'intero sistema di offerta dei servizi sanitari e di coordinamento attivo di tutti gli attori pubblici e privati che concorrono a promuovere e mantenere la salute ed il benessere della persona e della comunità.

Il core della visione strategica aziendale è orientato al miglioramento continuo della qualità ed in particolare nell'ambito della qualità tecnico professionale, della qualità organizzativa e della qualità percepita della propria offerta sanitaria rivolta alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute.

La visione strategica dell'Azienda è pertanto orientata ad offrire, attraverso un sistema organizzativo efficiente caratterizzato per appropriatezza, efficacia ed adeguatezza delle azioni, servizi di qualità eccellente ai suoi utenti, al passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

La Visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti (persone) rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e del soggetto e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili.

L'Azienda aspira a creare condizioni di effettiva equità nell'accesso e fruizione per tutti i cittadini, esercitando le funzioni di controllo e di verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza.

L'Azienda mira quindi ad operare attraverso un sistema aperto, attento e sensibile ai cambiamenti in atto nel contesto sociale, economico ed epidemiologico per creare e rafforzare la rete di offerta centrata sul cittadino che favorisca il rafforzamento dell'integrazione tra assistenza sociale ed assistenza sanitaria promuovendo la costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali, pubblici e privati, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide.

L'Azienda promuove lo sviluppo di un sistema organizzativo gestionale che intercetti i bisogni dei cittadini e garantisca un continuum di processi assistenziali ad intensità modulata dal territorio all'ospedale, potenziando le cure primarie e la prevenzione e specializzando l'assistenza ospedaliera.

La riprogettazione dei processi sanitari ed amministrativo-gestionali rappresenta l'elemento cardine dell'azione aziendale per sviluppare un sistema che miri ad accogliere il paziente nella sua globalità e soprattutto complessità, inserendolo in un'articolata rete assistenziale con l'obiettivo di soddisfare ogni suo bisogno attraverso i processi di "presa in carico".

L'Azienda riconosce la necessità di perseguire gli obiettivi di salute che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari nonché la creazione delle condizioni necessarie per favorire il recupero dell'equilibrio economico attraverso l'orientamento dei comportamenti dei singoli operatori verso il raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi.

Nell'assolvere alle finalità istituzionali proprie, la Asl di Taranto opera nel rispetto della visione incentrata sui seguenti elementi essenziali:

- qualificare l'offerta dei servizi erogati e degli interventi di prevenzione e clinico assistenziali, in coerenza con i bisogni di salute della popolazione, attraverso l'identificazione delle priorità, la valutazione dell'appropriatezza e degli esiti dell'azione svolta;
- qualificare l'accesso a tutti i servizi offerti sul territorio, ponendo particolare attenzione alla fruibilità ed all'accessibilità mediante forme coerenti con la complessità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, in modo da garantire un impiego ottimale delle risorse disponibili;
- sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione ed un idoneo trasferimento di tutto il set di prestazioni erogabili;
- implementare le attività culturali e formative, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero, utilizzando la formazione come elemento strategico;

- perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa;
- perseguire attivamente il sistema delle alleanze interistituzionali a livello locale, regionale, nazionale ed europeo;
- sviluppare il sistema della presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del processo assistenziale;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e della collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero attraverso una logica improntata sulla gestione dei processi e favorendo il ruolo dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti ambulatoriali, anche attraverso il loro coinvolgimento attivo nello sviluppo di attività innovative;
- favorire l'integrazione ospedale-territorio, attraverso lo sviluppo di percorsi e reti assistenziali integrati per le principali patologie; valorizzare lo sviluppo professionale e la motivazione dei professionisti attraverso la formazione e la comunicazione interna quale elemento strategico;
- perseguire le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'Evidence Based Medicine, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- ricercare la soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi;
- promuovere il governo dei processi amministrativi, e quindi dei processi di gestione del personale, di verifica ed ottimizzazione della spesa e regolarizzazione del debito pregresso, della semplificazione delle attività, della tempestività dei pagamenti;
- promuovere l'innovazione organizzativa, anche attraverso sperimentazioni di nuovi modelli assistenziali, quali, ad esempio la creazione di reti territoriali con l'individuazione di centri hub di eccellenza e correlati centri spoke.

Principi e valori di riferimento

L'Azienda individua il riferimento costante della propria azione nella persona, unica e irripetibile, al fine di fornire servizi e risposte ai bisogni.

L'Azienda opera nel massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce l'accessibilità ai servizi alla propria popolazione di riferimento e, comunque, ai cittadini presenti nel territorio di competenza, e le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Puglia, indipendentemente dal sesso, dalla nazionalità, dall'etnia, dalla cultura e dalla religione.

L'Azienda basa l'affidabilità e la qualità dei servizi sulla competenza dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità. A tal fine valorizza e sviluppa le risorse umane e professionali che operano nelle proprie strutture. Assicura, altresì, la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

I valori assunti dall'Azienda alla base degli scopi, delle scelte e dell'agire di ogni attore della organizzazione per assolvere alla missione, sono:

- **rispetto della dignità** e della centralità della persona garantendo attenzione ai suoi diritti rispetto ai bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'umanizzazione delle cure è il cardine dell'assistenza in ogni momento della sua continuità;
- **equità, solidarietà** ed abolizione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute a causa di ragioni sociali, culturali ed economiche, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri;
- **trasparenza** nel garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti, la visibilità dei processi decisionali delle politiche aziendali, la diffusione dei criteri su cui si basano le scelte di governo clinico e di politica sanitaria, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema;
- **efficacia e appropriatezza** intese come insieme di strumenti, di tempi, di azioni effettuate da professionisti competenti, supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall'Azienda;
- **affidabilità**, intesa come capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche ed i servizi erogati ai reali bisogni della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi a tal fine fissati e dichiarati dall'Azienda;
- **sicurezza**, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori;
- **efficienza gestionale e organizzativa** intesa come flessibilità e capacità di adeguare i comportamenti, l'uso delle risorse e la varietà dei prodotti/servizi, ai continui e rapidi cambiamenti interni ed esterni all'Azienda;
- **approccio sistemico** e differenziato nell'offerta dei servizi erogati;
- **eccellenza** interpretata come continua tensione dell'Organizzazione a esserlo, secondo tutte le dimensioni del "fare";
- **autonomia dei professionisti** all'interno del modello organizzativo e nel rispetto dei principi e valori aziendali;
- **integrazione** dei e tra i percorsi assistenziali per recuperare a unitarietà gli sforzi compiuti da soggetti diversi, orientandoli verso obiettivi comuni, nella gestione di un processo o di un progetto, sia clinico- sanitario che organizzativo- gestionale, valorizzando la continuità assistenziale;
- **Innovazione gestionale e tecnologica** per raggiungere obiettivi elevati in termini di salute, di qualità del sistema e di sostenibilità economica;
- **partecipazione** garantita a tutti i cittadini, in forma singola o associata, ai vari processi aziendali.

Strategia Aziendale

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- qualificare, potenziare, innovare e differenziare, compatibilmente con le risorse disponibili, l'offerta di azioni di carattere preventivo e clinico- assistenziale, in relazione alla identificazione dei bisogni di salute, valutare gli esiti;

- perseguire gli orientamenti ed utilizzare gli strumenti e le metodologie del governo clinico e dell'EBM;
- assicurare la continuità clinico - assistenziale e l'integrazione intra ed inter istituzionale;
- rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e inter - istituzionali, in particolare con gli enti locali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino;
- ricercare forme di integrazione con le altre aziende sanitarie regionali e con i servizi sociali di competenza degli enti locali, nonché forme di partecipazione e collaborazione con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio;
- valorizzare l'autonomia e la responsabilità dei propri operatori, con particolare riguardo alla dirigenza, anche al fine di dare tempestivi riscontri ai bisogni dell'utenza, coniugando i principi dell'efficienza e dell'efficacia con quelli dell'equità e della trasparenza;
- consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese;
- ricercare la soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali.

Analisi del contesto

ANALISI SWOT	
PUNTI DI FORZA (S)	PUNTI DI DEBOLEZZA (W)
<ul style="list-style-type: none">- Adozione del nuovo Alto Aziendale- Potenziamento dei sistemi informativi ed informatici- Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa e la riduzione degli sprechi- Riorganizzazione e ottimizzazione dei processi produttivi- Sviluppo della cultura della programmazione e individuazione di strumenti efficaci per la valutazione della gestione aziendale in base ai risultati e alle evidenze- Applicazione di percorsi di qualità clinico assistenziali- Diffusione della cultura connessa al rischio clinico e alla qualità	<ul style="list-style-type: none">- Margini di manovra finanziaria legata ai vincoli di bilancio- Liste di attesa- Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata- Rafforzamento dell'integrazione ospedale - territorio- Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo;- Età media della dirigenza- Carenza di personale
OPPORTUNITA' (O)	MINACCE (T)
<ul style="list-style-type: none">- Mobilità attiva- Finanziamenti per l'attuazione di progetti specifici per obiettivi critici- Riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali- Legislazione nazionale e regionale in tema ambientale-	<ul style="list-style-type: none">- Mobilità passiva- Invecchiamento della popolazione- Contesto ambientale relativo ai macro insediamenti industriali con conseguente aumento delle patologie legate alle condizioni ambientali- Stato di disagio sociale ed economico di parte della popolazione

Gli Stakeholder

Uno degli obiettivi del Piano della Performance è quello di rendere conto dell'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 che l'azienda Sanitaria intende conseguire. Infatti i costi degli stakeholder potrebbero avere alla capacità di influenza e allo grado di interesse rispetto alle attività di riferimento e, quindi, forte capacità di intervento sulle decisioni che l'Azienda intende adottare.

Si possono distinguere fra interni ed esterni all'Azienda.

Gli stakeholder interni sono principalmente

- le Associazioni sindacali.
- il Personale ed i dirigenti della azienda sanitaria.
- i fornitori di servizi

- gli studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari,
- i fornitori di beni;

Gli stakeholder esterni sono:

- I cittadini utenti
- Le istituzioni Pubbliche;
- 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
- Il Ministero della salute

Il coinvolgimento degli stakeholder avverrà attraverso le forme più idonee atte a meglio coinvolgere, di volta in volta, i soggetti interessati.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

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 ASL Taranto 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

FASE	SOGGETTI INTERNI COINVOLTI
1) Definizione/aggiornamento del SISTEMA	Direzione Strategica ASL Taranto e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	Direzione Strategica ASL Taranto
3) Attuazione del Sistema	Direzione Strategica ASL Taranto Dirigenza Personale OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	OIV (Struttura Tecnica Permanente) Personale, dirigenziale e non

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

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

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

L'attuazione del sistema è sintetizzata nel grafico seguente.



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

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

Fondamentale è, inoltre, il ruolo della interfaccia tecnica/amministrativa tra l'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.

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.

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.

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 ricorre 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;
- 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 Controllo di Gestione;
- per i singoli operatori, attraverso la compilazione di apposite "schede per la valutazione della Dirigenza e del Comparto".

Per il personale dirigenziale, nella scheda vengono valutate due aree, una riferita alle competenze e ai comportamenti e l'altra relativa agli obiettivi individuali. Ognuna di queste aree ha un peso che viene definito dalla Direzione Strategica anno per anno.

I valutatori sono a cascata per i dirigenti di I livello il Direttore della struttura complessa, per i direttori di S.C. il valutatore è il Direttore del Dipartimento; per il Direttore del Dipartimento il valutatore è la Direzione Strategica.

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 correlativi;
- 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.

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

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

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

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

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dal livello Regionale.

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

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

Il Piano della performance è deliberato dal Direttore Generale e viene pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio.

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

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

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

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei controlli, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati.

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

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

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

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

Il Piano verrà comunque revisionato nel corso dell'anno 2014 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. 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.

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.

Il Monitoraggio del Piano

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

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

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

a) Organismo Indipendente di Valutazione:

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

b) Struttura Tecnica Permanente:

- coadiuva l'OIV nello svolgimento delle attività sopra descritte

c) Personale, dirigenziale e non:

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

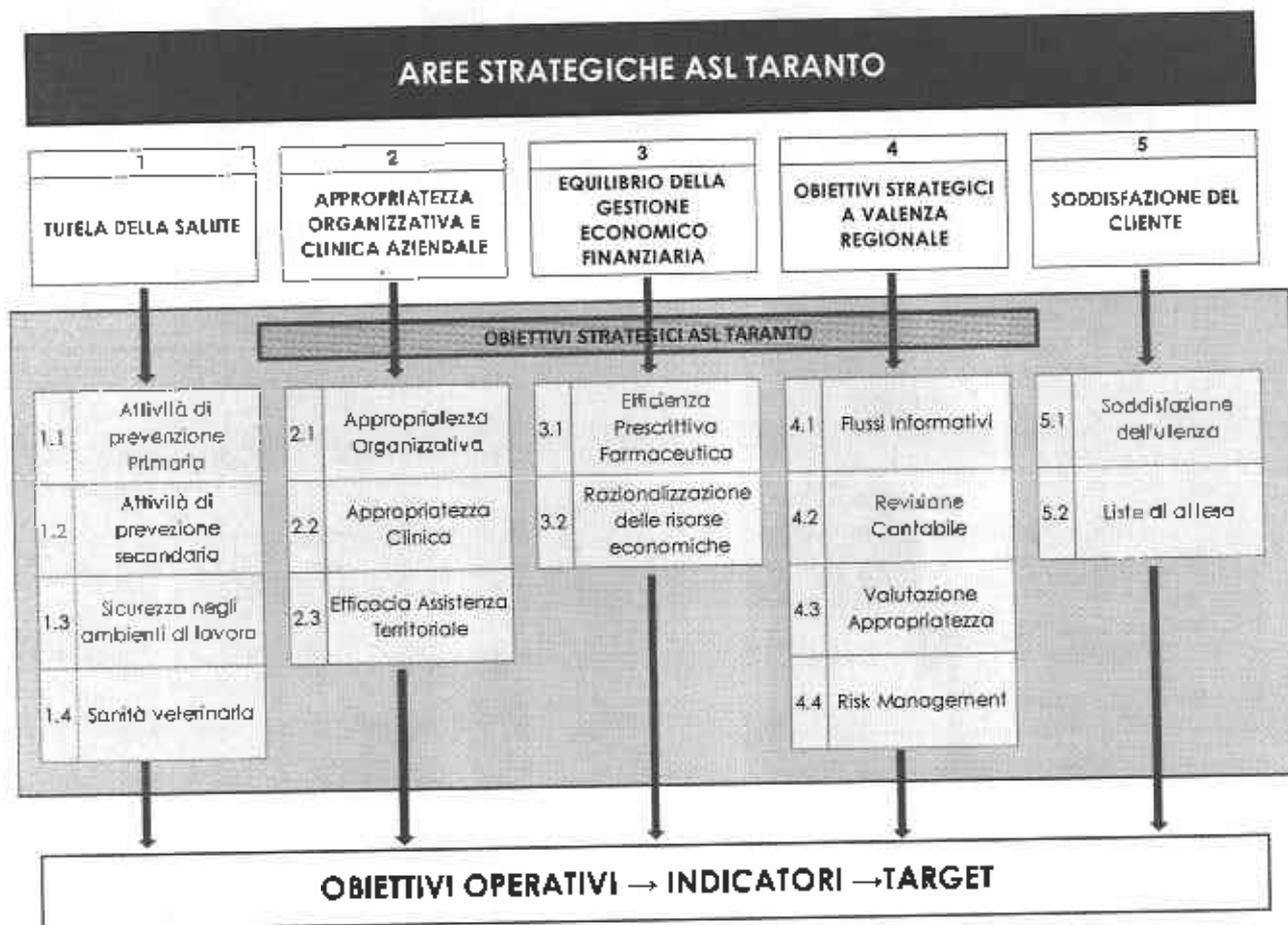
L'aggiornamento del Piano andrà effettuato su base annuale o al verificarsi di novità normative che richiedono modifiche imprescindibile al documento.

Aree strategiche:

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

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

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



OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016
1.1	Attività di prevenzione Primaria	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>95%	>95%	>95%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>95%	>95%	>95%
		Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	Numeratore: numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza, Denominatore: numero di soggetti di età >=65 anni residenti	>=75%	>=75%	>=75%
1.2	Attività di prevenzione secondaria	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per CERVIC UTERINA	Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina / (donne residenti [25-64] / 3)	>=65%	>=65%	>=65%
		Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per MAMMELLA	Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / (donne residenti [50-69] / 2)	>=60%	>=60%	>=60%
1.3	Sicurezza negli ambienti di lavoro	Vigilanza sulle unità produttive	Unità produttive CONTROLLATE/Unità produttive ATTIVE presenti sul territorio e soggette a controllo	>=5%	>=5%	>=5%
1.4	Sanità veterinaria	Controllo allevamenti per TBC bovina	1) % Allevamenti controllati per TBC	100%	100%	100%
			2) Trend della prevalenza TBC	In diminuzione	In diminuzione	In diminuzione
		Controllo allevamenti per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina	% Allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina;	100%	100%	100%
			Trend della prevalenza brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina	In diminuzione sull'anno precedente	In diminuzione sull'anno precedente	In diminuzione sull'anno precedente
Controllo su alimenti per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	N _i controlli su alimenti	N _i controlli su alimenti previsti, per ciascuna ASL, dal Piano Regionale Residui	N _i controlli su alimenti previsti, per ciascuna ASL, dal Piano Regionale Residui	N _i controlli su alimenti previsti, per ciascuna ASL, dal Piano Regionale Residui	N _i controlli su alimenti previsti, per ciascuna ASL, dal Piano Regionale Residui	N _i controlli su alimenti previsti, per ciascuna ASL, dal Piano Regionale Residui

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016
2,1	Appropriatezza Organizzativa	Contenimento del tasso di ospedalizzazione	$(N_{\text{dimessi}}/Pop.\text{Residente}) * 1000$	$\leq 80 \times 1000$	$\leq 80 \times 1000$	$\leq 80 \times 1000$
		Incremento dell'appropriatezza organizzativa attraverso la riduzione del Rapporto tra ricoveri all'ributti a DRG ad alto rischio di inappropriato (alleg. B Pnlto per lo Salute 2010-2012) e ricoveri all'ributti a DRG non a rischio inappropriato in regime ordinario	$N_{\text{dimessi con DRG LEA}} / N_{\text{dimessi con DRG non LEA}}$	≤ 38	≤ 35	≤ 32
		Incremento dell'appropriatezza organizzativa attraverso il trasferimento in Day Service dei DRG ad alto rischio di inappropriato	$N_{\text{prestazioni in Day Service}} / N_{\text{prestazioni in regime di ricovero ordinario o diurno}}$	$\geq 50\%$	$\geq 60\%$	$\geq 70\%$
		Riduzione Ricoveri ordinari medici brevi (0-1 giorni)	$(\text{Numero ricoveri ordinari medici brevi} / \text{numero ricoveri ordinari medici}) * 100$	$\leq 5\%$	$\leq 5\%$	$\leq 5\%$
		Riduzione n. giorni di degenza preoperatoria	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico / Numero dei dimessi sull'ospite a intervento chirurgico	$< 2\%$	$< 1,5\%$	$< 1,0\%$
		Riduzione Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico	Numero dimissioni con DRG Medico da un reparto chirurgico / Numero totale dimissioni da un reparto chirurgico	$\leq 0,4$	$\leq 0,35$	$\leq 0,30$
2,2	Appropriatezza Clinica	Riduzione del ricorso al parto cesareo	$(\text{Dimesse con parto cesareo} / \text{totale dimesse per parto}) * 100$	$< 35\%$	$< 33\%$	$< 30\%$
		Riduzione giornate di degenza preoperatoria per fratture di femore (0-2 giorni)	Casi diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi) / Numero dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore	$\geq 50\%$	$\geq 55\%$	$\geq 60\%$
2,3	Efficacia Assistenza Territoriale	Riduzione Tasso di Ospedalizzazione per scompenso cardiaco in popolazione 50-74 anni	Numero ricoveri per scompenso cardiaco della popolazione residente nella fascia di età 50-74 anni / Popolazione Residente 50-74 anni	$< 4,0$ per 100Ab. (Tasso Grezzo)	$< 4,0$ per 100Ab. (Tasso Grezzo)	$< 4,0$ per 100Ab. (Tasso Grezzo)
		Riduzione Tasso di Ospedalizzazione per BPCO in popolazione 50-74 anni	Numero ricoveri per BPCO della popolazione residente nella fascia di età 50-74 anni / Popolazione Residente 50-74 anni	$< 1,2$ per 100Ab. (Tasso Grezzo)	$< 1,0$ per 100Ab. (Tasso Grezzo)	$< 1,0$ per 100Ab. (Tasso Grezzo)
		Incremento dei pazienti trattati in ADI	Popolazione > 64 anni trattati in ADI / Popolazione > 64 Anni	$\geq 4\%$	$\geq 4\%$	$\geq 4\%$

	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016
3.1	Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	Controllo su MMG e PLS di aderenza ai provvedimenti regionali di appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica territoriale (es. compilazione schede monitoraggio stamine, cartoni, piani terapeutici)	$\Delta\%$ (Prescrizione Farmaci T ₁ - Prescrizione Farmaci T ₀) / Prescrizione Farmaci T ₀	$\leq -4,5\%$	$\leq -4,5\%$	$\leq -4,5\%$
		Appropriatezza prescrittiva degli antipertensivi del Sistema Renina Angiotensina.	Numero di Unità posologiche della Classe ATC C09C (Antagonisti dell'Angiotensina) e C09D (Antagonisti dell'Angiotensina+Diuretici) a brevella scaduto/Totale Numero di Unità posologiche della Classe ATC C09C (Antagonisti dell'Angiotensina) e C09D (Antagonisti dell'Angiotensina+Diuretici)	$\geq 5\%$	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$
3.2	Razionalizzazione delle risorse economiche e corretta allocazione delle risorse per investimenti	Razionalizzazione dell'uso di Farmaci e dispositivi medici	$\Delta\%$ (Consumi Farmaci T ₀ /Punti DRG T ₀) - Valore Farmaci per Punto DRG Preconsuntivo	=0	=0	=0
			$\Delta\%$ (Consumi Presidi T ₀ /Punti DRG T ₀) - Valore Presidi per Punto DRG Preconsuntivo	=0	=0	=0
			$\Delta\%$ (Consumi Farmaci T ₀ /Popolazione Pesata) - Valore Farmaci per Popolazione Pesata Preconsuntivo	=0	=0	=0
			$\Delta\%$ (Consumi Farmaci T ₀ /Popolazione Pesata) - Valore Farmaci per Popolazione Pesata Preconsuntivo	=0	=0	=0
		Controllo della Spesa protesica (D.M. 332/1999)	Δ (Spesa Protesica Effettiva - Spesa Protesica Preventiva)	=0	=0	=0

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016
4.1	Flussi Informativi	Rispetto delle scadenze relative ai debiti informativi come da DGR 3/2014	% flussi correttamente inviati entro il termine previsto	>=95%	>=95%	>=95%
4.2	Revisione Contabile	Rispetto del Cronoprogramma del PIANO PAC ai fini della Certificazione di bilancio	Rispetto dei Tempi	Relazioni	Relazioni	Relazioni
4.3	Valutazione Appropriatezza	Controllo delle Cartelle cliniche	Cartelle cliniche controllate su Totale SDO To	40% 100% SDO 370/371 60% SDO Fratture Femore	40% 100% SDO 370/371 100% SDO Fratture Femore	40% 100% SDO 370/371 100% SDO Fratture Femore
4.4	Risk Management	Definizione del Piano Operativo delle Attività	Redazione del Piano delle attività	SI	SI	SI
OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA INDICATORE	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016
5.1	Soddisfazione dell'utenza	Adozione di specifici percorsi di umanizzazione volto alla riorganizzazione dell'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari, nonché allo stato di benessere residenziale dei pazienti e degente da valutati attraverso l'adozione di sistemi di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza.	Questionari somministrati/Dimessi	>=10%	>=10%	>=10%
		Tendenziale azzeramento dei reclami presso l'URP	Numero reclami presentati	Tendenziale azzeramento	Tendenziale azzeramento	Tendenziale azzeramento
5.2	Liste di attesa	Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo le priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva al fine di mantenere i tempi di attesa entro i tempi massimi previsti dal PNIA.		>=90%	>=90%	>=90%