



# *Ministero della Salute*

**DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA, DELLA SICUREZZA  
ALIMENTARE E DEGLI ORGANI COLLEGIALI PER LA TUTELA DELLA SALUTE**  
DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ ANIMALE E DEI FARMACI VETERINARI  
UFFICIO IX – AUDIT ex DGSA  
Via Ribotta, 5 00144 Roma

## **Valutazione del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento all'area degli alimenti, nutrizione e della sanità pubblica veterinaria**

**AUDIT DI SISTEMA  
RAPPORTO FINALE  
REGIONE PUGLIA**

DATA DELL'AUDIT

dal 13 al 16 dicembre 2011

## **PREMESSA**

Tra il 13 e il 16 dicembre 2011, il gruppo di audit del Ministero della salute, si è recato presso gli uffici della Regione Puglia per svolgere un “audit di sistema” sul sistema regionale di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

L’audit ha coinvolto gli uffici dell’Assessorato regionale alla sanità, nonché tutte le 6 Aziende sanitarie locali presenti sul territorio regionale, ed in particolare i relativi 6 Dipartimenti di Prevenzione. Per le ASL accorpate nel 2009 (ASL Bari, ASL Foggia e ASL Lecce) il gruppo di audit ha deciso di svolgere le verifiche sui predetti Dipartimenti unificati valutando, per alcuni aspetti, solo una delle relative articolazioni territoriali (area Foggia nord, area Lecce nord, area ex BA5), alla presenza in ogni caso dei Coordinatori di area, e ove non individuati, di altri dirigenti, in grado di assicurare una adeguata possibilità di confronto univoco tra il gruppo di audit ed il vertice aziendale.

Nell’ambito della verifica del sistema sanitario regionale di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, l’audit è stato finalizzato a descrivere e valutare gli standard operativi dell’autorità regionale e dei suddetti Dipartimenti di Prevenzione in relazione ai criteri previsti dal Regolamento 882/04, nonché il grado di utilizzo degli strumenti di governo del Sistema Sanitario nazionale (dipartimentalizzazione, programmazione, management della dirigenza sanitaria, formazione, ecc), previsti dalle norme quadro di riferimento: L. 833/78 e DLgs. 502/92 e successive modifiche.

L’audit di sistema è stato condotto a conclusione di un ciclo di audit di settore svolti dagli Uffici del “Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute” del Ministero.

Gli elementi sistemici osservati durante detti audit di settore, unitamente a quelli emersi nel corso delle ispezioni del Food Veterinary Office (FVO) e del Ministero medesimo hanno fornito un supporto di informazioni, che sono state oggetto di ulteriori approfondimenti nel corso dell’audit, contribuendo così, ove confermate, alla elaborazione delle conclusioni del presente rapporto.

## RIEPILOGO DELLE CRITICITÀ DI NATURA SISTEMICA EMERSE NEL CORSO DEL CICLO DI AUDIT

Gli audit di settore/ispezioni svolti in Regione Puglia sono stati i seguenti:

1. Audit settore Latte e prodotti a base di latte [Regione, ASL BA3, BA5], 21-23 ottobre 2003;
2. Audit settore Prodotti della pesca e molluschi bivalvi vivi [Regione, ASL BA4, FG2], 30 giugno -2 luglio 2004;
3. Audit settore Benessere animale [Regione, ASL BA4-BR], 18-20 gennaio 2005;
4. Audit settore Brucellosi [Regione, ASL FG1,TA1], 11 -14 aprile 2005;
5. Audit settore TSE [Encefalopatie spongiformi trasmissibili] [Regione, ASL TA, LE, BA 2 ), 17 - 20 maggio 2011;
6. Audit settore Igiene degli alimenti di origine non animale [Regione, ASL BA, TA], 18 -22 luglio 2011;
7. Ispezione presso stabilimenti produzione alimenti di origine animale [ASL BA4, FG, TA, LE, BR], 8 -12 luglio 2009;
8. Ispezione Brucellosi [ASL FG1, LE2], 22 -23 ottobre 2009;
9. Ispezione Benessere animale [ASL BA2, LE 1], 23 -24 novembre 2009;
10. Audit FVO 8437-2010 controllo dei residui e dei contaminanti e l'uso di medicinali veterinari negli animali da produzione alimentare 21- 28 giugno 2010
11. Audit FVO 8468-2010 controlli sul divieto concernente i mangimi e la conformità ai requisiti per fertilizzanti organici e ammendanti, 18-28 maggio 2010

Dalle risultanze di tali audit e ispezioni condotti in Regione Puglia sono emerse alcune importanti criticità di natura sistemica, quali:

- **Rilevante inadeguatezza numerica** del personale sanitario di riferimento presso la struttura regionale, ed esiguità numerica del restante personale in organico (audit di settore 1, 2, 3, 4, 5, 6, ispezione 8 );
- Rilevante carenza nell'**attività di indirizzo e di coordinamento** dell'autorità competente regionale sulle AASSLL (audit di settore 3, 4, 6);
- **Elenchi degli operatori riconosciuti o registrati** incompleti, non aggiornati (audit di settore 1 e 6, ispezione 7, audit FVO 11)
- Assenza di una programmazione delle attività di **audit/controllo** della Regione sulle AASSLL (audit di settore 1, 3, 4, 5, 6, ispezione 7, 8);
- Una scarsa attività di promozione di **percorsi formativi**, come nel caso del settore benessere animale e ispezione nei mattatoi (audit di settore 3, 4, 5, 6, ispezione 7, 9);
- Assenza di una puntuale **programmazione** e calendarizzazione dei controlli in numerose realtà aziendali (audit di settore 1, 2, 3, 4, 5, 6, ispezione 7)
- In numerose realtà aziendali, rilevanti carenze nell'uso di **procedure documentate e check list** (audit di settore 1, 2, 3, 4, 5, 6, ispezione 7, 8, 9)
- In numerose realtà aziendali, rilevanti carenze nella **rendicontazione** dei controlli svolti (flussi cartacei, alimentazione dei sistemi informativi informatizzati, esiti campionamenti, indagini epidemiologiche, ecc.) (audit di settore 1, 2, 3, 5, ispezione 7, 8)
- In numerosi casi, mancata **evidenza dei controlli svolti** (audit di settore 2, 3, 4, 6, ispezione 7)
- Rilevanti carenze nell'attività di **verifica dell'efficacia dei controlli** (audit di settore 2, 3, 5, ispezione 7, 8)
- Rilevanti ritardi e difficoltà nelle procedure di produzione degli esiti dei **campionamenti** ufficiali (audit di settore 2, 4, 6, ispezione 8)

- Carenze nell'adozione dei **provvedimenti in caso di non conformità** (art. 54 del Reg. 882) (audit di settore 2, 3, 4, 5, 6, ispezione 8, audit FVO 10);
- Mancata notifica di carenze nell'identificazione degli equidi esteri all'autorità competente dello Stato membro d'invio, non in linea con l'articolo 38 del regolamento (CE) n. 882/2004 e mancata comunicazione della macellazione di equidi agli Stati Membri in cui l'animale è stato identificato, in violazione dell'articolo 19, lettera c), del regolamento (CE) n. 504/2008 della Commissione (audit FVO 10)

## **ESITI DELL'AUDIT DI SISTEMA**

### **❖ PUNTI DI FORZA**

#### ○ SISTEMA REGIONALE

Tra i principali *punti di forza* del sistema regionale sono da evidenziare :

- Una apprezzabile analisi, relativamente al campo dell'audit, delle criticità del SSR e delle relative necessità e obiettivi di sviluppo e miglioramento, riportata nei principali strumenti di programmazione sanitaria (Piano Regionale Salute (PRS) 2008-2010; Piano di rientro 2010-2012; Documento di indirizzo Economico – Funzionale [DEF 2010] del SSR per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012). Tale analisi infatti ha evidenziato l'esigenza delle autorità competenti in sicurezza alimentare e veterinaria, di assicurare il coordinamento e la comunicazione tra le diverse articolazioni del SSN, nonché di integrazione e standardizzazione delle procedure, in linea con le criticità rilevate anche negli audit e ispezioni effettuati dal Ministero della salute e dal Food Veterinary Office elencate nel capitolo precedente del presente report.
- L'aver dato nuova propulsione alla realizzazione del Piano per la Sanità elettronica, inserendolo tra le linee di azione prioritarie del PRS 2008-2010 e del DEF 2010 che, per quel che riguarda il campo dell'audit, consentirà di disporre di un sistema informativo informatico in grado di integrare le banche dati attualmente esistenti e di sviluppare la capacità di analisi, monitoraggio e verifica in tempo reale dei controlli ufficiali e delle informazioni di interesse epidemiologico.
- L'aver uniformato, con disposizione regionale (LR 23/2008 "PRS 2008-2010") l'adozione dei Piani attuativi Locali (PAL), da parte delle ASL. Gli obiettivi previsti per i Dipartimenti di prevenzione, nei PAL di tutte le ASL, sono risultati coerenti con il PSR 2008-2010, favorendo l'avvio di un percorso unitario delle strategie di miglioramento dei Dipartimenti di prevenzione.
- Il processo di accorpamento delle ASL di Foggia, di Bari e Lecce stanno offrendo l'opportunità di creare sinergie tra le precedenti situazioni organizzative e migliorare la qualità delle prestazioni (come ad esempio la definizione di procedure uniformi per la gestione di alcune competenze, creando un ambiente idoneo per il processo di condivisione, o in un altro caso l'avvio di un processo di governo di obiettivi operativi specifici per alimenti e veterinaria, favorendo lo sviluppo di una leadership nel contesto della nuova realtà aziendale).

- Il DEF 2010 contiene previsioni dettagliate circa gli obiettivi vincolanti per l'azione dei Direttori Generali delle AASSLL. In particolare, per quello che qui interessa, viene prevista l'integrazione degli obiettivi già assegnati dalla Giunta Regionale con gli atti di incarico, con i seguenti:
  - gli obiettivi previsti da pregresse disposizioni regionali (incluse quindi quelle di riferimento per gli alimenti e la veterinaria);
  - gli obiettivi previsti da altri provvedimenti settoriali approvati dalla Giunta Regionale (incluse quindi quelle di riferimento per gli alimenti e la veterinaria);
  - gli obiettivi finalizzati alla realizzazione degli indicatori adottati dal Tavolo per la verifica dei LEA, ivi compresi quindi anche gli adempimenti informativi relativi alla sicurezza degli alimenti e sanità veterinaria.
- Inoltre il DEF 2010 prevede che i suddetti obiettivi rappresentano la base per la valutazione dell'operato delle Direzioni Amministrative e Sanitarie delle ASL e base per la definizione degli obiettivi ai Dirigenti delle articolazioni organizzative delle medesime ed alla dirigenza delle professioni tecnico sanitarie ai fini della conferma negli incarichi nonché ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato (DGR 2866, paragrafo 4).
- Aver adottato un Regolamento regionale per l'organizzazione e il funzionamento del Dipartimento di Prevenzione delle ASL (R.R. 30/6/2009, n. 13), che prevede, tra l'altro l'istituzioni di alcune strutture in staff al Direttore del Dipartimento finalizzate anche alla gestione dei flussi informativi, alla formazione e alla qualità, sebbene non ancora istituiti in nessuna delle ASL.
- Il medesimo Regolamento ha inoltre istituito una Consulta tra i Dipartimenti di Prevenzione, presieduti dal responsabile del Servizio regionale di riferimento, che favorisce il coordinamento multiistituzionale e multidisciplinare in grado di affrontare problematiche trasversali (fabbisogni formativi, tariffario regionale, rapporti interistituzionali con l'ARPA e l'IZS, sistema informativo dei Dipartimenti e centralizzazione degli acquisiti di materiale sanitario per i Servizi di igiene alimenti e veterinari aziendali), fornendo un apprezzabile contributo operativo.
- L'attività di indirizzo del SIAN regionale (ufficio 1) è stata potenziata attraverso l'istituzione di tavoli tecnici volti ad affrontare e definire documenti di indirizzo e coordinamento per le principali tematiche di riferimento (sistema di allerta, centri micologici, fitosanitari, aree mercatali, acque destinate al consumo, registrazione degli OSA)
- L'aver adottato iniziative di potenziamento delle attività di vigilanza e controllo dei Dipartimenti di prevenzione tramite individuazione di risorse finanziarie dedicate (DGR 2394 del 2011 relativa all'esazione e rendicontazione delle tariffe per il finanziamento dei controlli ufficiali del Reg. 882/04 e la L.R. 4/2010), sebbene necessitino di ulteriore impulso ed accorgimenti da adottare per assicurarne l'efficacia.
- L'aver adottato iniziative volte a creare i presupposti (reperimento di fondi di cui sopra e istituzione di appositi capitoli di spesa nel bilancio regionale) per avviare una attività di formazione mirata sugli audit e, in generale, sui regolamenti di sicurezza alimentare.
- Aver governato con determinazione il processo di adeguamento della capacità di laboratorio del sistema regionale.
- Aver fornito ai Dipartimenti di prevenzione la banca dati ufficiale dell'ISTAT relativa alle imprese alimentari esistenti, aggiornata al 2007, come punto di partenza per creare, in tempi

ragionevoli, una anagrafica degli OSA registrati (DGR 2676 del 2009), utile per la programmazione dei controlli ufficiali.

## CRITICITÀ

### o REGIONE

- Negli ultimi anni la struttura regionale “Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità” ha risentito di un **elevato turnover del vertice** direzionale dell’Area ed inoltre alcuni Uffici della medesima sono retti ad interim.
- Gli uffici a cui afferiscono le competenze della sicurezza degli alimenti e della sanità pubblica veterinaria sono gravemente **carenti di personale** tecnico ed amministrativo. Le risorse umane in organico non consentono di fatto l’espletamento di tutti compiti istituzionali previsti per le 117 linee di attività sanitarie di cui al Piano nazionale integrato dei controlli 2011-2014.
- Inoltre nell’**organico dell’Ufficio I** (tra le cui competenze vi sono quelle del SIAN) vi è una sola unità di personale dedicata al SIAN e in organico è assente personale con laurea specialistica di area sanitaria.
- Nell’**ambito dell’ufficio veterinario** regionale (Ufficio II) è presente solo un veterinario di ruolo con compiti dirigenziali, impossibilitato a svolgere il compito di referente per la gestione, l’indirizzo e il coordinamento di ciascuna delle 3 Aree in cui è articolato il Dipartimento di Prevenzione delle A.A.S.S.L.L.
- I provvedimenti regionali di attribuzione delle competenze alle articolazioni organizzative del Servizio contengono una **declaratoria** con alcune sovrapposizioni di competenze e in alcuni casi non esauriente delle stesse (manca il riferimento alla celiachia e fitosanitari per l’Ufficio 1, ai mangimi, benessere, allerta per gli alimenti di origine animale, farmacovigilanza per l’Ufficio 2, nonché duplicazione per la nutrizione).
- Il sistema di governo degli obiettivi e della dirigenza prevista dal DEF 2010, approvato con DGR 2866 del dicembre 2010 prevede che gli **indicatori di verifica e valutazione** vengano elaborati dai competenti Uffici e Servizi dell’Assessorato alle Politiche della Salute e saranno formalmente comunicati ai Direttori Generali, non appena validati e disponibili. Di fatto la mancata definizione di una tempistica nel DEF 2010 ha finora vanificato l’efficacia del provvedimento. Tutti i dirigenti sanitari dei Dipartimenti non sono risultati investiti da tale sistema di obiettivi e relativa valutazione.
- Non è stata prodotta la **Relazione Annuale sullo stato di attuazione del PRS 2008-2010** (prevista dall’art. 1 comma 12 del Dlvo 502/92), facendo mancare la necessaria attenzione al perseguimento degli obiettivi previsti per la sicurezza alimentare e sanità veterinaria e per il processo di miglioramento dei Dipartimenti di Prevenzione.
- La quantificazione previsionale dell’**attività analitica** che l’ARPA regionale può garantire è inadeguata rispetto alle esigenze rappresentate dalla Regione, (cfr. risposta ARPA con nota del 19 gennaio 2011, alla richiesta regionale con note n. 18679/2010 e 18675/2010), anche in considerazione del fatto che è ancora in fase di completamento il processo di accreditamento di tutte le prove che l’ARPA regionale può potenzialmente eseguire per gli alimenti. Anche nel caso dell’esecuzione dei **campioni per il Piano Nazionale Residui** (PNR) sono stati registrati ritardi nella calendarizzazione dei controlli delle prove analitiche, confermati anche durante l’audit ai Dipartimenti di prevenzione, che hanno generato un impatto negativo sulla

programmazione dei controlli da parte delle ASL (a luglio 2010 risultavano eseguiti solo l'8,9% dei campioni programmati).

- La Regione al momento non esegue **attività di audit** ai sensi dell'art. 4 paragrafo 6 del Regolamento 882/2004/CE. Con la D.G.R. 2080 del 2011 ha previsto un progetto di massima che presenta sostanziali aspetti di inadeguatezza rispetto al Regolamento 882/2004/CE e non garantisce la fattibilità in tempi adeguati.
- L'inadeguato **coordinamento interno all'ente regionale** ha impedito agli uffici competenti in alimenti e veterinaria di venire a conoscenza degli esiti provvisori dell'istruttoria della certificazione LEA di competenza, impedendo la possibilità di interfacciarsi con i referenti del Ministero della salute e curarne la successiva fase di confronto propedeutica alla produzione della versione definitiva, risultandone danneggiata nella valutazioni.
- Su alcune linee di attività rilevanti non sono state prodotte **linee di indirizzo** sufficienti per assicurare una imparzialità, qualità e coerenza dei controlli ufficiali, secondo quanto previsto dall'articolo 4(4) del Reg. 882/04, di fatto non è stata garantita l'applicazione uniforme sul territorio regionale dello strumento per la categorizzazione del rischio degli OSA, oltre alla mancata indicazione delle frequenze di controllo per ciascuna delle classi di rischio (alto, medio, basso) degli OSA riconosciuti, così come non sono state date indicazioni tempestive circa le modalità di aggiornamento e "pulizia" delle anagrafiche fornite dalla Regione con la DGR 2676 del 2009.
- Una quantità importante di verifiche su prerequisiti, buone prassi igieniche, HACCP e altri compiti di audit previsti dal reg. 854/04 (art.4 comma 3.a) e c)) non vengono rilevate come **attività di audit**, perché non considerate tali e non partecipano correttamente alla produzione delle informazioni essenziali per il "governo" del settore.
- Nonostante l'attivazione di **tavoli tecnici** volti a favorire l'integrazione e il coordinamento tra i Servizi, il gruppo di lavoro che si sta occupando della predisposizione di una istruzione per il controllo della fase di commercializzazione degli alimenti non vede coinvolti in modo contestuale i referenti dei SIAN e dell'Area B delle ASL e della Regione con il rischio di fornire indicazioni potenzialmente incoerenti per i controlli ufficiali dei SIAN rispetto a quelle dei Servizi Veterinari di area B e viceversa.
- Rilevanti criticità sul **governo dei flussi informativi** e sulla qualità dei dati epidemiologici che evidenziano carenze nella programmazione e nella supervisione del livello di attuazione della stessa:
  - notifica focolai: ritardi per la notifica dei focolai nel sistema informativo dedicato (SIMAN);
  - piano nazionale alimentazione animale: mancata comunicazione della programmazione regionale 2011 al Ministero salute;
  - anagrafe suina: nel 2011 carente aggiornamento in Banca Dati Nazionale (BDN) dei controlli, dell'inserimento delle check list e delle macellazioni effettuate;
  - malattia vescicolare dei suini: nel 2011 ritardo dell'invio dell'indagine epidemiologica;
  - anagrafe ovicaprina: nel 2010 in banca dati nazionale risultavano controllati solo l'1,63 % dei capi rispetto al 5% previsto dal Reg.1505/2006; ed utilizzato praticamente un unico criterio di rischio (98,08%) per la scelta degli allevamenti da sottoporre a controlli;
  - anagrafe bovina: nel 2010 in banca dati nazionale risultavano controllati solo il 2,94 % delle aziende bovine rispetto al 5% previsto dal Reg.1505/2006; ed utilizzato

praticamente un unico criterio di rischio (96,27%) per la scelta delle aziende da sottoporre a controlli;

- farmacosorveglianza: nel 2010 è stato effettuato il 66,6% dei controlli sui grossisti e vendita diretta (28 controllati/42 controllabili);
  - piani salmonella: nel 2010 i Piani sono risultati non completamente eseguiti (77% per il Piano Ovaiole e 15% Piano polli da carne);
  - influenza aviaria : nel 2011 vi è discrepanza tra il numero di allevamenti controllabili dichiarati in BDN, nel Piano regionale ed al Centro di Referenza;
  - OGM: nel 2010 sono stati rendicontati il 61,5% di campioni sui programmati (24 su 39).
- Non si è evidenziato un rapporto con l'**Osservatorio Epidemiologico regionale veterinario (OEVR)** tale da garantire un miglioramento nella qualità e produzione dei dati di interesse;
  - La Regione non fornisce attraverso un proprio **sito web istituzionale** informazioni esaurienti circa le attività inerenti il controllo ufficiale e la loro efficacia.

#### ○ DIPARTIMENTI

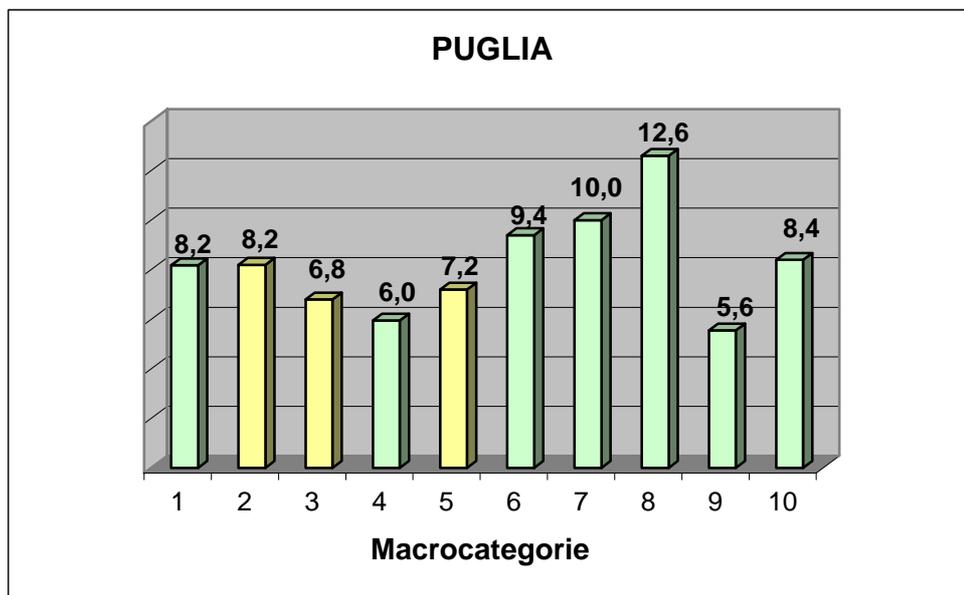
- Il frequente ricambio della dirigenza di vertice delle Aziende ASL ha influito in modo decisamente negativo sui processi di gestione della dirigenza sanitaria e sugli altri strumenti essenziali per il governo del SSN (processo di dipartimentalizzazione, di programmazione, sistema di budgeting, assegnazione degli incarichi, sistema di valutazione dei dirigenti), privando di fatto le strutture dei necessari stimoli verso il processo di miglioramento continuo.
- Il ruolo del Capo di Dipartimento della prevenzione è risultato essere marginalizzato in quanto non è pienamente investito del compito di raggiungere gli obiettivi strategici dei PAL aziendali (es. integrazione dei servizi, standardizzazione delle procedure), poiché nella maggior parte delle ASL il Capo Dipartimento non è soggetto a puntuale valutazione in tal senso, pregiudicando di fatto l'efficacia del processo di dipartimentalizzazione.
- Il processo di programmazione annuale svolto dai Servizi dipartimentali è risultato generalmente elaborato per linee di attività, ma spesso non scaturisce da una puntuale ricognizione dei vincoli normativi e non riporta il confronto tra quanto previsto dalle disposizioni e quanto realmente programmabile in base alle risorse. Non si è avuta evidenza di documenti di programmazione di sintesi dove poter evincere, contestualmente, l'insieme delle attività che i singoli Servizi prevedono di svolgere e la ripartizione delle medesime ai singoli operatori.
- È stata inoltre rilevata una certa disomogeneità del livello di evoluzione della programmazione tra i servizi all'interno delle Aziende.
- Il sistema di assegnazione degli obiettivi e la conseguente valutazione, laddove presente, è risultato privo di obiettivi operativi quantificati non riuscendo quindi, a responsabilizzare e motivare la dirigenza sanitaria verso la migliore definizione e perseguimento degli obiettivi operativi.

o RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda di:

1. adottare azioni opportune per la rimozione delle difficoltà operative (risorse umane e qualificazione) del “Servizio Programmazione Assistenza territoriale e prevenzione” dell’Assessorato regionale, al fine di assicurare la rispondenza ai criteri operativi di cui all’art. 4 paragrafo 2, lettera c) del Reg. 882/04;
2. adottare le procedure opportune per assicurare il pieno rispetto degli obblighi informativi riguardo sia alla tempistica che alla qualità del dato per consentire l’attuazione di quanto previsto dall’articolo 44 del Reg. 882/04;
3. sviluppare l’attività di audit ai sensi dell’articolo 4 paragrafo 6 del Reg. 882/04;
4. incrementare l’attività di audit su OSA ai sensi dell’articolo 10 del Reg. 882/04 e dell’articolo 4 del Regolamento 854/2004;
5. aggiornare il sito web istituzionale con informazioni esaurienti circa le attività inerenti il controllo ufficiale e la loro efficacia secondo quanto previsto dall’articolo 7, paragrafo 1 a) del Reg. 882/04;
6. assicurare un adeguato coordinamento e cooperazione efficiente all’interno dell’autorità competente regionale al fine di assicurare il corretto espletamento delle verifiche svolte dal Tavolo LEA, garantendo il pieno coinvolgimento degli uffici referenti per gli alimenti e la veterinaria;
7. proseguire nel rafforzamento della capacità di laboratorio che garantisca il pieno soddisfacimento delle esigenze dei controlli ufficiali, secondo quanto previsto dagli articoli 11 e 12 del Reg. 882/04;
8. assicurare il miglioramento dei processi di programmazione dei servizi SIAN e SVET delle ASL, al fine di garantire l’efficacia e l’appropriatezza dei controlli ufficiali e la conformità all’articolo 41 del Regolamento 882/04.

**RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLA VALUTAZIONE DEI  
PRINCIPALI ELEMENTI OGGETTO DI VERIFICA  
NELL'AUDIT DI SISTEMA IN REGIONE PUGLIA**



**1 Piano Sanitario Regionale**

**2 Documento di programmazione economica e finanziaria**

**3 Adeguatezza uffici Regionali**

**4 Personale uffici Regionali**

**5 Adeguatezza risorse Strumentali**

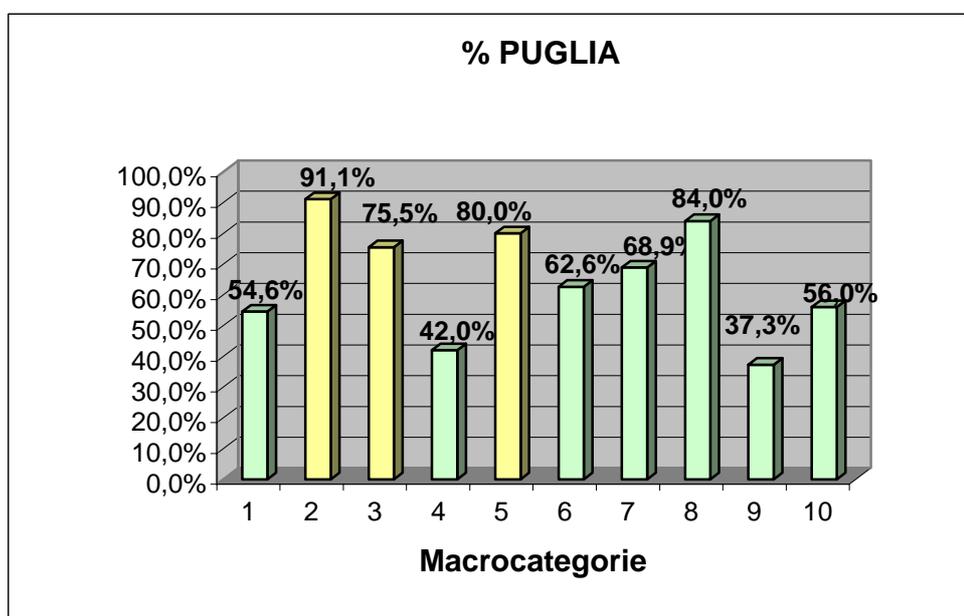
**6 Adeguatezza delle risorse normative**

**7 Adeguatezza flussi informativi**

**8 Sistema valutazione dirigenti regionali**

**9 Capacità ricognitiva delle problematiche territoriali e conoscenza del territorio**

**10 Capacità di lavorare per progetti e obiettivi**



**PUGLIA**  
**“SCHEMA DI SINTESI DEGLI INDICATORI REGIONALI”**

<b>PIANO SANITARIO REGIONALE (1)</b>					
	<b>PSR: data e contenuti</b>	<b>AGGIORNATO E ADEGUATO</b>	<b>NON AGGIORNATO MA ADEGUATO</b>	<b>NON AGGIORNATO E INADEGUATO</b>	
↓ <sup>1)</sup>	<b>PSR: comunicazione del documento</b>	<b>DIVULGATO</b>	<b>RESO DISPONIBILE</b>	<b>NON ACCESSIBILE</b>	
	<b>PSR: elaborazione</b>	<b>PARTECIPATIVA CON SERVIZI VET. E IGIENE ALIM.</b>	<b>PARTECIPATIVA CON ESCLUSIONE SERVIZI VET. E IGIENE ALIM.</b>	<b>AUTOREFERENZIALE</b>	
	<b>PSR: monitoraggio stato attuazione</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>ASSENTE</b>	
<b>DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA (2)</b>					
↓ <sup>2)</sup>	<b>DPEF: struttura</b>	<b>COMPRENDE LA SICUREZZA AL. E LA SANITA' VETERINARIA</b>	<b>NON COMPRENDE LA SICUREZZA AL. E LA SANITA' VET.</b>	<b>ASSENTE</b>	
	<b>DPEF: finalità</b>	<b>STRATEGICA</b>	<b>PROGRAMMAZIONE</b>	<b>COMUNICATIVA</b>	<b>FORMALE FINANZIARIA</b>
	<b>RISORSE FINANZIARIE REGIONALI</b>	<b>DISPONIBILI</b>	<b>NON DISPONIBILI</b>	<b>NON SPECIFICATE</b>	
<b>ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI (3)</b>					
↓ <sup>3)</sup>	<b>STRUTTURA ORG.VA DELL'ASSESSORATO</b>	<b>A REGIME</b>	<b>DI RECENTE RIORGANIZZAZIONE</b>	<b>IN FASE DI RIORGANIZZAZIONE</b>	
	<b>ARTICOLAZIONI ORG.VE vs COMPETENZE</b>	<b>IDONEE</b>	<b>ECESSIVAMENTE RESPONS.ATE</b>	<b>FRAMMENTATE</b>	<b>DUPLICATE</b>
	<b>DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REG.</b>	<b>APPROPRIATA</b>	<b>PARZIALMENTE APPROPRIATA</b>	<b>NON FUNZIONALE</b>	
	<b>GAZZETTA UFFICIALE</b>	<b>AGGIORNAMENTO COSTANTE</b>	<b>PARZIALMENTE ACCESSIBILE</b>	<b>NON FUNZIONALE</b>	
	<b>BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: patrimonio</b>	<b>ADEGUATO</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATO</b>	<b>SETTORE SANITA'</b>	<b>X<sup>4)</sup></b>
<b>PERSONALE PREPOSTO AGLI UFFICI REGIONALI (4)</b>					
	<b>N° E NATURA DEL PERSONALE</b>	<b>ADEGUATO E MULTISTITUZIONALE</b>	<b>PARZ.TE ADEGUATO E MULTISTITUZIONALE</b>	<b>PARZ.TE ADEGUATO</b>	<b>INADEGUATO X<sup>5)</sup></b>
	<b>DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE</b>	<b>OPPORTUNAMENTE DISTRIBUITE</b>	<b>SETTORIALE</b>	<b>SECONDO ESIGENZE</b>	
↑ <sup>6)</sup>	<b>QUALIFICA DEL PERSONALE RESPONSABILE/REFERENTE</b>	<b>IDONEA</b>	<b>AFFERENTE A DISCIPLINE DIVERSE</b>	<b>PRIVO DI QUALIFICA</b>	
	<b>SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>ASSENTE</b>		
<b>ADEGUATEZZA DELLE RISORSE STRUMENTALI (5)</b>					
↓ <sup>7)</sup>	<b>LIVELLO TECNOLOGICO UFFICI REGIONALI (ICT)</b>	<b>IDONEO E COMPLETO</b>	<b>PARZIALMENTE IDONEO</b>	<b>INADEGUATO</b>	
<b>ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE (6)</b>					
	<b>“NORMATIVA” PRODOTTA ultimi 5 anni</b>	<b>ADEGUATA</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATA</b>	<b>INADEGUATA</b>	
	<b>DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE</b>	<b>EMANATE E INDICAZIONI SU S.A. E S.V.</b>	<b>EMANATE</b>	<b>NON EMANATE</b>	

↓ 8)	<b>LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI</b>	<b>ADEGUATE E FACILMENTE ACCESSIBILI</b>	<b>PARZIALMENTE IDONEE</b>	<b>ASSENTI</b>		
<b>ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI (7)</b>						
	<b>FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL</b>	<b>ELEVATO E INFORMATICO</b>	<b>ELEVATO NON INF.ICO</b>	<b>NON IDONEO</b>		
	<b>FLUSSO INF.IVO INTERNO REGIONE</b>	<b>INF.ICO CON PROCEDURE STANDARD</b>	<b>PRIVO DI PROCEDURE INFORMATIZZATE</b>	<b>INADEGUATO</b>		
	<b>FLUSSO DELLA POSTA</b>	<b>RAPIDO E PROCEDURE STANDARD</b>	<b>LENTO</b>	<b>INADEGUATO</b>		
	<b>SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA</b>	<b>ADEGUATO</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATO</b>	<b>INADEGUATO</b>		
<b>SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI REGIONALI (8)</b>						
↓ 9)	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>	<b>ASSENTE</b>		
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica</b>	<b>DURANTE MANDATO</b>	<b>A FINE MANDATO</b>	<b>NON PROGRAMMATA</b>		
↓ 10)	<b>VALUTAZIONE DG ASL: natura</b>	<b>OB.VI DI SETTORE VINCOLANTI</b>	<b>OB.VI DI SETTORE NON VINCOLANTI</b>	<b>PRIVA D'OB.VI DI SETTORE</b>	<b>NON PRECISATA</b>	
↓ 10)	<b>VALUTAZIONE DG ASL: modalità</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI E DOCUMENTATI</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI</b>	<b>OBIETTIVI IMPOSTI</b>	<b>CRITERI NON FORMALIZZATI</b>	
<b>CAPACITA' RICOGNITIVA DELLE PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA DEL TERRITORIO (9)</b>						
	<b>AUDIT REGIONALE: frequenza</b>	<b>SISTEMATICA E PROGRAMMATA</b>	<b>PARZIALE E PROGRAMMATA</b>	<b>CASUALE/ ASSOCIATA</b>	<b>ASSENTE</b>	<b>X<sup>11)</sup></b>
	<b>ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura</b>	<b>ASL E STRUTTURE PRODUTTIVE</b>	<b>ASL O STRUTTURE PRODUTTIVE</b>	<b>CONTINGENTE</b>		
	<b>SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA</b>	<b>SISTEMA INFORMATIVO DEDICATO</b>	<b>SISTEMA INFORMATIVO TRADIZIONALE</b>	<b>SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE</b>	<b>ASSENTE</b>	
	<b>SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni</b>	<b>DATI AGGIORNATI E FACILMENTE ACCESSIBILI</b>	<b>DATI NON AGGIORNATI / FACILMENTE ACC.</b>	<b>DATI NON AGGIORNATI / NON FACILMENTE ACC.</b>	<b>DATI NON REGISTRATI</b>	
	<b>SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità</b>	<b>SERVIZI VETERINARI E IGIENE ALIMENTI</b>	<b>SERVIZI VETERINARI O IGIENE ALIMENTI</b>	<b>NESSUNO</b>		
<b>CAPACITA' DI LAVORARE PER PROGETTI E OBIETTIVI (10)</b>						
	<b>RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DELL'SSN</b>	<b>AMPIA E A PROGETTO</b>	<b>LIMITATA</b>	<b>PRATICAMENTE ASSENTE</b>		
↓ 12)	<b>GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura</b>	<b>AD OBIETTIVO</b>	<b>STABILI</b>	<b>ASSENTI</b>		
	<b>GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione</b>	<b>MULTIDISCIPLINARE E MULTISTITUZIONALE</b>	<b>REGIONALE/ AZIENDALE</b>	<b>ESTERNO</b>		
	<b>ACCREDITAMENTO e/o CERTIFICAZIONE REG</b>	<b>ACC. e/o CERTIF. OTTENUTO</b>	<b>ACC. e/o CERTIF. IN CORSO</b>	<b>NON OTTENUTA</b>	<b>NON PREVISTA</b>	

**NOTE:**

**1 – Non vi è una adeguata visibilità sul sito istituzionale della Regione sebbene il Piano sia pubblicato sul B.U.R.P e sul sito dell’Agenzia Sanitaria.**

**2 – La tempistica di pubblicazione dell’atto non risulta adeguata in quanto il documento è stato emanato nell’ultimo mese dell’anno di vigenza.**

**3 – Negli ultimi anni la struttura regionale ha risentito di un elevato turnover del vertice direzionale dell’Area “Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità” ed inoltre alcuni Uffici dirigenziali sono retti *ad interim*.**

**4 – Gli Uffici regionali competenti per le materie afferenti ai Servizi SIAN e SV di area A, B e C dispongono e hanno la possibilità di acquisire testi/pubblicazioni/riviste di supporto alle attività di competenza.**

**5 – Nell’ambito dell’ufficio veterinario regionale (Ufficio II) è presente solo un veterinario di ruolo con compiti dirigenziali impossibilitato a svolgere il compito di referente per la gestione, l’indirizzo e il coordinamento di ciascuna delle 3 Aree in cui è articolato il Dipartimento di Prevenzione delle A.A.S.S.L.L. inoltre nell’organico dell’Ufficio I (tra le cui competenze vi sono quelle del SIAN) vi è una sola unità di personale dedicata al SIAN e in organico è assente personale con laurea specialistica di area sanitaria.**

**6 – Il dirigente dell’Ufficio I ha una laurea diversa da quelle delle discipline sanitarie ma è laureata in scienze statistiche ed economiche con specializzazione in pianificazione e politiche sociali con indirizzo sanitario.**

**7 – I dirigenti/referenti SIAN e SV regionali non sono dotati di cellulare di servizio per garantire un adeguato coordinamento operativo con le ASL e il Ministero.**

**8 – Solamente l’Ufficio I (tra le cui competenze vi sono quelle del SIAN) ha mostrato un buon livello di attività di indirizzo e coordinamento.**

**9 – Vi è assenza di obiettivi specifici di settore così come non è presente il processo di valutazione al fine della riconferma dell’incarico di direzione.**

**10 – Il processo di assegnazione degli obiettivi e della conseguente valutazione dei Direttori Generali delle A.A.S.S.L.L è nella fase di avvio e non è pienamente a regime.**

**11 – La Regione al momento non esegue attività di audit ai sensi dell’art. 4 paragrafo 6 del Regolamento 882/2004/CE. Con la D.G.R. 2080 del 2011 ha previsto un progetto di massima che presenta sostanziali aspetti di inadeguatezza rispetto al Regolamento 882/2004/CE e non garantisce la fattibilità in tempi adeguati.**

**12 – La modalità di operare per gruppi di lavoro è adottato dall’Ufficio veterinario regionale (Ufficio II) solo marginalmente.**

<b>REGIONE PUGLIA</b>	<b>PESO</b>	<b>SCORE</b>	<b>COEFF. TREND</b>	<b>TOTALE</b>	<b>MAX</b>	<b>%</b>
PIANO SANITARIO REGIONALE (1)	5,0			8,2	15,0	<b>54,6%</b>
PSR: data e contenuti	1,0	2,0		2,0		
PSR: accessibilità al documento	0,7	3,0	0,8	1,7		
PSR: elaborazione	1,5	3,0		4,5		
PSR: monitoraggio stato attuazione	1,8	0,0		0,0		
DPEF (2)	3,0			8,2	9,0	<b>91,1%</b>
DPEF: struttura	0,5	3,0	0,8	1,2		
DPEF: finalità	0,5	2,0		1,0		
RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	2,0	3,0		6,0		
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI (3)	3,0			6,8	9,0	<b>75,5%</b>
STRUTTURA ORG.IVA DELL'ASSESSORATO	0,5	2,0	0,8	0,8		
ARTICOLAZIONI ORG.IVE vs COMPETENZE	0,9	2,0		1,8		
DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REG.	0,5	3,0		1,5		
GAZZETTA UFFICIALE	0,7	3,0		2,1		
BIBLIOTECA REGIONALE: patrimonio	0,4	1,5		0,6		
PERSONALE PREPOSTO UFFICI REGIONALI (4)	5,0			6,0	14,3	<b>42,0%</b>
N° E NATURA DEL PERSONALE	1,0	1,0		1,0		
DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	1,8	1,0		1,8		
QUALIFICA DEL PERSONALE RESP./REF.	1,5	1,5	1,4	3,2		
SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,7	0,0		0,0		
ADEGUATEZZA RISORSE STRUMENTALI (5)	3,0			7,2	9,0	<b>80,0%</b>
LIVELLO "TECNOLOGICO" UFFICI REG. (ICT)	3,0	3,0	0,8	7,2		
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE (6)	5,0			9,4	15,0	<b>62,6%</b>
ATTI DI INDIRIZZO PRODOTTI ultimi 5 anni	2,0	2,0		4,0		
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	1,0	3,0		3,0		
LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	2,0	1,5	0,8	2,4		
ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI (7)	5,0			10,0	14,5	<b>68,9%</b>
FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	2,0	2,0		4,0		
FLUSSO INF.IVO INTERNO REGIONE	1,0	2,0		2,0		
FLUSSO DELLA POSTA	0,5	2,0		1,0		
SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	1,5	2,0		3,0		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI (8)	5,0			12,6	15,0	<b>84,0%</b>
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	2,0	3,0	0,8	4,8		
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DG ASL: natura	1,0	3,0	0,8	2,4		
VALUTAZIONE DG ASL: modalità	1,0	3,0	0,8	2,4		
CAPACITA' RICOGNITIVA PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA TERRITORIO (9)	5,0			5,6	15,0	<b>37,3%</b>
AUDIT REGIONALE: frequenza	0,8	0,0		0,0		
ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	1,5	1,0		1,5		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	1,0	2,0		2,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	1,0	1,0		1,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	0,7	1,5		1,1		
CAPACITA' DI LAVORARE PER PROGETTI (10)	5,0			8,4	15,0	<b>56,0%</b>
RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DELL'SSN	2,0	1,5		3,0		
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	1,0	3,0	0,8	2,4		
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	1,0	3,0		3,0		
ACCREDITAMENTO E/O CERTIFICAZIONE REGIONALE	1,0	0,0		0,0		

## REGIONE PUGLIA: Valutazione di due elementi di management sanitario dei DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE delle AA.SS.LL

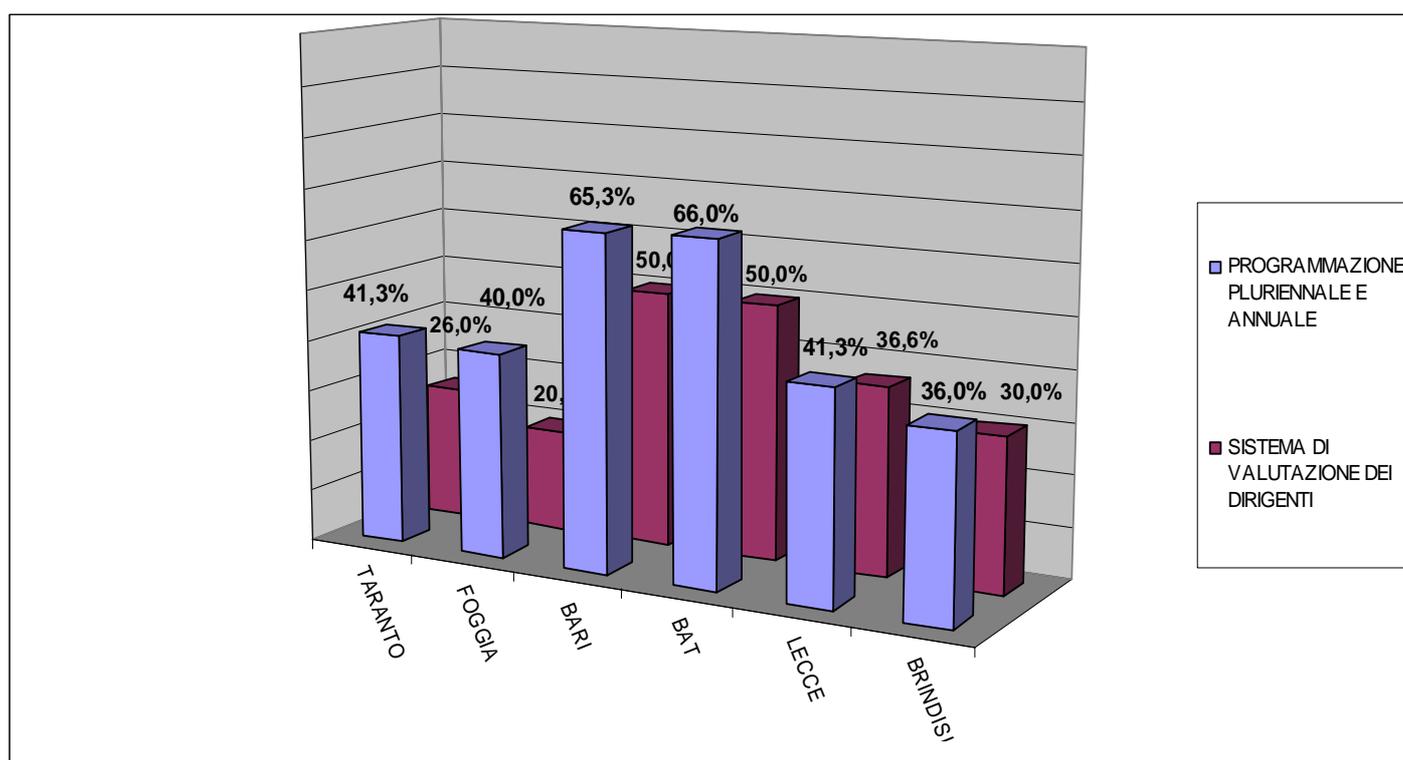
Di seguito sono riportati i risultati della valutazione di due macro-elementi importanti per il governo delle Aziende Sanitarie Locali: la *programmazione pluriennale e annuale* e il *sistema di valutazione dei dirigenti*.

Essi sono stati oggetto di attenta valutazione esclusivamente per gli aspetti che riguardano la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.

Ciascun macro-elemento è stato osservato nelle sue sub-articolazioni. Il giudizio degli auditor è stato standardizzato predefinendo una graduazione di situazioni (e di livelli di applicazione), al quale è stato fatto corrispondere un correlato punteggio graduato.

In una apposita *LEGENDA*, allegata allo strumento di valutazione, sono stati definiti i criteri di valutazione per ciascuna graduazione di giudizio.

Gli strumenti di governo valutati, e le loro sub-articolazioni, sono riportate nelle pagine seguenti.



**Sintesi della VALUTAZIONI, espresse in percentuale,  
dei DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE delle AA.SS.LL**

<b>ASL</b>	<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>
<b>TARANTO</b>	<b>41,3%</b>	<b>26,0%</b>
<b>FOGGIA</b>	<b>40,0%</b>	<b>20,0%</b>
<b>BARI</b>	<b>65,3%</b>	<b>50,0%</b>
<b>BAT</b>	<b>66,0%</b>	<b>50,0%</b>
<b>LECCE</b>	<b>41,3%</b>	<b>36,6%</b>
<b>BRINDISI</b>	<b>36,0%</b>	<b>30,0%</b>

**Per quanto riguarda le AASSLL di Foggia, Bari e Lecce, derivanti dall'accorpamento di diverse aziende sanitarie, sono state oggetto di valutazione, per alcuni aspetti, le strutture complesse (SIAN e SV area A, B e C) delle aree: Foggia nord, Lecce nord, ed ex BA5.**

## ASL di TARANTO..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

### PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

↓ <sup>1)</sup>	<b>PROG.ONE STRATEGICA</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>ASSENTE/ INADEGUATO</b>	
	<b>PROG.ONE ANNUALE</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>INADEGUATA</b>	<b>X<sup>2)</sup></b>
	<b>MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'</b>	<b>PRECISO E PUNTUALE</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATA</b>		<b>INADEGUATA</b>	
	<b>STRUMENTI DI P&amp;C</b>	<b>ADOTTATI CORRETTAMENTE</b>	<b>ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA</b>	<b>ADOTTATI</b>	<b>NON PRESENTI</b>	

### SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>		<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI</b>	<b>OBIETTIVI IMPOSTI</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI</b>	<b>CRITERI NON FORMALIZZATI</b>		
↓ <sup>3)</sup>	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>		<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali</b>	<b>OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI</b>	<b>OB.VI DI SETTORE IMPOSTI</b>	<b>PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI</b>	<b>NON PRECISATA</b>		

- 1) Il PAL, documento strategico pluriennale aziendale, copre l'arco temporale 2008-2010 ed al momento non è stato rinnovato.
- 2) La programmazione è svolta per linee di attività sebbene non siano esplicitati i vincoli normativi e se le attività programmate, e quelle effettivamente svolte, siano in linea con quanto previsto dalle disposizioni. Non è stato predisposto un documento di programmazione di sintesi dove si possa evincere l'insieme delle attività che i singoli Servizi devono svolgere, né la ripartizione del lavoro sui singoli operatori.
- 3) I criteri per la valutazione a fine incarico non sono codificati né formalizzati.

INDICATORI DIPARTIMENTALI..... ASL di TARANTO	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>6,2</b>	<b>15</b>	<b>41,3%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0	0,8	2,4		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	1,5		2,3		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	1,5		1,5		
STRUMENTI DI P&C	1,5	0,0		0,0		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>3,9</b>	<b>15</b>	<b>26,0%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	0,0		0,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	0,0		0,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0	0,8	2,4		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	1,0		1,5		

## ASL di FOGGIA..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

### PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

<b>PROG.ONE STRATEGICA</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>ASSENTE/ INADEGUATO</b>	
<b>PROG.ONE ANNUALE</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>INADEGUATA</b>	<b>X<sup>1)</sup></b>
<b>MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'</b>	<b>PRECISO E PUNTUALE</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATA</b>	<b>INADEGUATA</b>	
<b>STRUMENTI DI P&amp;C</b>	<b>ADOTTATI CORRETTAMENTE</b>	<b>ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA</b>	<b>ADOTTATI</b>	<b>NON PRESENTI</b>

### SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>	<b>ASSENTE</b>	
<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI</b>	<b>OBIETTIVI IMPOSTI</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI</b>	<b>CRITERI NON FORMALIZZATI</b>
<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>	<b>ASSENTE</b>	<b>X<sup>2)</sup></b>
<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali</b>	<b>OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI</b>	<b>OB.VI DI SETTORE IMPOSTI</b>	<b>PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI</b>	<b>NON PRECISATA</b>

- 1) La programmazione è svolta per linee di attività sebbene non siano esplicitati i vincoli normativi e se le attività programmate, e quelle effettivamente svolte, siano in linea con quanto previsto dalle disposizioni. Non è stato predisposto un documento di programmazione di sintesi dove si possa evincere l'insieme delle attività che i singoli Servizi devono svolgere, né la ripartizione del lavoro sui singoli operatori. Inoltre, per alcuni Servizi la programmazione non può considerarsi adeguata.
- 2) Il processo di valutazione a fine incarico sia per i dirigenti con incarico di struttura che per gli altri, non può ritenersi a regime ed inoltre in alcune Aree dell'ASL non è effettuata.

INDICATORI DIPARTIMENTALI..... ASL di FOGGIA	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>6,0</b>	<b>15</b>	<b>40,0%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0		3,0		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	1,0		1,5		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	1,5		1,5		
STRUMENTI DI P&C	1,5	0,0		0,0		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>3,0</b>	<b>15</b>	<b>20,0%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	0,0		0,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	0,0		0,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	1,5		1,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	1,0		1,5		

## ASL di BARI..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

### PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

↓ 1)	<b>PROG.ONE STRATEGICA</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>ASSENTE/ INADEGUATO</b>	
	<b>PROG.ONE ANNUALE</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>INADEGUATA</b>	<b>X<sup>1)</sup></b>
	<b>MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'</b>	<b>PRECISO E PUNTUALE</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATA</b>		<b>INADEGUATA</b>	
	<b>STRUMENTI DI P&amp;C</b>	<b>ADOTTATI CORRETTAMENTE</b>	<b>ADOTTATI CON TEMPORALITÀ NON IDONEA</b>	<b>ADOTTATI</b>	<b>NON PRESENTI</b>	

### SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>		<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI</b>	<b>OBIETTIVI IMPOSTI</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI</b>	<b>CRITERI NON FORMALIZZATI</b>		
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>		<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali</b>	<b>OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI</b>	<b>OB.VI DI SETTORE IMPOSTI</b>	<b>PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI</b>	<b>NON PRECISATA</b>		

1) La programmazione risulta inadeguata a garantire l'esplicitazione e la quantificazione ad inizio anno di "cosa c'è da fare", "chi fa", "chi fa che cosa" e "quando".

INDICATORI DIPARTIMENTALI..... ASL di BARI	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>9,8</b>	<b>15</b>	<b>65,3%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0		3,0		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	0,5		0,8		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	1,5		1,5		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0		4,5		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>7,5</b>	<b>15</b>	<b>50,0%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	0,0		0,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	1,5		1,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	1,0		1,5		

## ASL di BAT..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

### PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

	<b>PROG.ONE STRATEGICA</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>ASSENTE/ INADEGUATO</b>	
	<b>PROG.ONE ANNUALE</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>INADEGUATA</b>	<b>X<sup>1)</sup></b>
↓ <sup>2)</sup>	<b>MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'</b>	<b>PRECISO E PUNTUALE</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATA</b>	<b>INADEGUATA</b>	
	<b>STRUMENTI DI P&amp;C</b>	<b>ADOTTATI CORRETTAMENTE</b>	<b>ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA</b>	<b>ADOTTATI</b>	<b>NON PRESENTI</b>

### SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>	<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI</b>	<b>OBIETTIVI IMPOSTI</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI</b>	<b>CRITERI NON FORMALIZZATI</b>
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>	<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali</b>	<b>OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI</b>	<b>OB.VI DI SETTORE IMPOSTI</b>	<b>PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI</b>	<b>NON PRECISATA</b>

- 1) La programmazione è svolta per linee di attività sebbene non siano esplicitati i vincoli normativi e se le attività programmate, e quelle effettivamente svolte, siano in linea con quanto previsto dalle disposizioni. Non è stato predisposto un documento di programmazione di sintesi dove si possa evincere l'insieme delle attività che i singoli Servizi devono svolgere, né la ripartizione del lavoro sui singoli operatori.
- 2) Il monitoraggio può considerarsi preciso e puntuale per le attività inserite tra gli obiettivi di budget e per le principali linee di attività. Si riscontra un livello meno soddisfacente per le restanti linee di attività.

INDICATORI DIPARTIMENTALI..... ASL di BAT	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>9,9</b>	<b>15</b>	<b>66,0%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0		3,0		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	1,5		0,0		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	3,0	0,8	2,4		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0		4,5		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>7,5</b>	<b>15</b>	<b>50,0%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	0,0		0,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	0,0		0,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		

## ASL di LECCE..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

### PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

↓ 1)	<b>PROG.ONE STRATEGICA</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>ASSENTE/ INADEGUATO</b>	
	<b>PROG.ONE ANNUALE</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>INADEGUATA</b>	<b>X<sup>2)</sup></b>
	<b>MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'</b>	<b>PRECISO E PUNTUALE</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATA</b>		<b>INADEGUATA</b>	
	<b>STRUMENTI DI P&amp;C</b>	<b>ADOTTATI CORRETTAMENTE</b>	<b>ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA</b>	<b>ADOTTATI</b>	<b>NON PRESENTI</b>	

### SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>		<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>	<b>X<sup>3)</sup></b>
	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI</b>	<b>OBIETTIVI IMPOSTI</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI</b>	<b>CRITERI NON FORMALIZZATI</b>		
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>		<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali</b>	<b>OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI</b>	<b>OB.VI DI SETTORE IMPOSTI</b>	<b>PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI</b>	<b>NON PRECISATA</b>		

- 1) Gli obiettivi strategici aziendali inseriti nel PAL riprendono correttamente quelli del Piano Sanitario Regionale ma non sono stati tradotti in base alle specifiche esigenze aziendali ed al contesto territoriale di riferimento.
- 2) La programmazione annuale si è sviluppata in modo eterogeneo mostrando tra i servizi diversi gradi di evoluzione del processo di programmazione, che in ogni caso possono essere migliorati.
- 3) Il processo di valutazione per la riconferma dell'incarico del Capo Dipartimento è correttamente previsto dal Regolamento aziendale ma non è stata messo in atto sebbene l'incarico sia scaduto da oltre 10 mesi.

INDICATORI DIPARTIMENTALI.....ASL di LECCE	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>6,2</b>	<b>15</b>	<b>41,3%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0	0,8	2,4		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	1,5		2,3		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	1,5		1,5		
STRUMENTI DI P&C	1,5	0,0		0,0		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>5,5</b>	<b>15</b>	<b>36,6%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	1,0		1,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	0,0		0,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	1,0		1,5		

## ASL di BRINDISI..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE						
↓ <sup>1)</sup>	PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		ASSENTE/ INADEGUATO	
	PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		INADEGUATA	X <sup>2)</sup>
	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISO E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA		INADEGUATA	
	STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI	
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI						
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI	
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA	

- 1) Il PAL, documento strategico pluriennale aziendale, copre l'arco temporale 2008-2010 ed al momento non è stato rinnovato.
- 2) La programmazione è svolta per linee di attività con diversi gradi di implementazione e di analiticità che in diversi casi non consente di individuare "cosa c'è da fare", "chi fa", "chi fa che cosa" e "quando".

INDICATORI DIPARTIMENTALI.....ASL di BRINDISI	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>5,4</b>	<b>15</b>	<b>36,0%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0	0,8	2,4		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	1,0		1,5		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	1,5		1,5		
STRUMENTI DI P&C	1,5	0,0		0,0		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>4,5</b>	<b>15</b>	<b>30,0%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	1,5		1,5		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	0,0		0,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	1,5		1,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	1,0		1,5		

Il presente rapporto consta di 23 pagine e viene consegnato all'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità della Regione Puglia.

Bari li 16/12/2011