



Servizio Sanitario Regionale Basilicata  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO

NUMERO 2018/00227

DEL 04/04/2018

Collegio Sindacale il 04/04/2018

**OGGETTO**

PRESA D'ATTO DELLA DGR N. 190/2018, APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI DIRETTIVE ANNO 2018 E COSTITUZIONE E NOMINA DEL COMITATO DI BUDGET.

Struttura Proponente

Budget e Controllo di Gestione

Documenti integranti il provvedimento:

| Descrizione Allegato             | Pagg. | Descrizione Allegato | Pagg. |
|----------------------------------|-------|----------------------|-------|
| Documento di Direttive anno 2018 | 35    |                      |       |
|                                  |       |                      |       |
|                                  |       |                      |       |

Uffici a cui notificare

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Budget e Controllo di Gestione |  |
| Segreteria Direzionale         |  |

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 04/04/2018

La presente diviene  
eseguibile ai sensi  
dell'art.44 della L.R.  
n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla  
pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta  
approvazione  
regionale

**VISTO** l'art.17 della L.R. 27 marzo 1995, n. 34, che prevede la formulazione e adozione da parte del Direttore Generale del Documento di Direttive, allo scopo di realizzare il raccordo tra gli strumenti della programmazione e i budget;

**CONSIDERATO** che il Documento di Direttive deve essere coerente rispetto ai contenuti e alle scelte della pianificazione aziendale e deve indicare obiettivi, criteri, vincoli e parametri per l'elaborazione del budget;

**RICHIAMATA** la deliberazione n. 775 del 27/12/2013 con cui è stato adottato il Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo, Manuale che, tra l'altro, precisa scopo, funzioni e modalità di elaborazione del Documento di Direttive;

**PRESO ATTO** che con DDG n. 56 del 30/01/2018 è stato adottato il Piano Triennale della Performance 2016-2018-aggiornamento 2018, e sono stati prorogati gli obiettivi di budget 2017, nelle more dell'approvazione degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria regionale, e del budget operativo aziendale anno 2018;

**PRESO ATTO** che con DGR n. 190 del 09/03/2018 la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali per il triennio 2018-2020;

**VISTA** la bozza del Documento di Direttive predisposta dalla UOC Controllo di Gestione;

**RITENUTO** di approvare il Documento di Direttive per l'anno 2018, allegato alla presente deliberazione, nel quale viene richiamata la Metodica di Budget e sono esplicitati gli obiettivi istituzionali e strategici individuati dal Commissario con poteri di Direttore Generale, in coerenza con le scelte programmatiche regionali e con gli atti di programmazione aziendali;

**VISTO** che l'approvazione del Documento di Direttive dà avvio al processo di budgeting per l'anno 2018 e che quanto contenuto nel presente Documento sarà trasferito a cascata nelle schede di budget, attraverso l'assegnazione di obiettivi, sia trasversali che specifici per ciascuna U.O.C e U.O.S.D., e la definizione di indicatori di misura dei risultati attesi;

**ATTESO** che Comitato di Budget procede, sulla base del presente Documento, alla formulazione delle schede di budget di CDR, e alla fase istruttoria propedeutica all'avvio del processo di negoziazione che vede coinvolti la Direzione Strategica e i Responsabili dei CDR aziendali;

**RITENUTO** necessario individuare nel Direttore della UOC Controllo di Gestione il Coordinatore del Comitato di Budget;

**RITENUTO** necessario che l'approvazione del Budget operativo dei CDR si concluda entro il 30 aprile;

**RITENUTO** pertanto:

- Di costituire il Comitato di Budget aziendale che supporterà la Direzione Strategica nel processo di budgeting per l'anno 2018, con il coordinamento da parte del Direttore della Controllo di Gestione;

- Di nominare quali componenti del suddetto Comitato le persone seguenti: Dott.ssa Beatrice Nolè; Dott.ssa Maria Grazia Ciriello; Dott.ssa Alessandra D'Anzieri; Dott. Nicola Mazzeo; Dott. Giovanni Gonnella, Dott. Enzo Caruso e dott. Raffaele Dalia;

**Per i motivi espressi in premessa,**

**Con i Pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario**

### **DELIBERA**

- **Di approvare il Documento di Direttive per l'anno 2018**, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- **Di costituire il Comitato di Budget aziendale**, che supporterà la Direzione Strategica nel processo di budgeting per l'anno 2018;
- **Di individuare nel Direttore della UOC Controllo di Gestione il Coordinatore del Comitato di Budget;**
- **Di nominare quali componenti del suddetto Comitato le persone seguenti:** Dott.ssa Beatrice Nolè; Dott.ssa Maria Grazia Ciriello; Dott.ssa Alessandra D'Anzieri; Dott. Nicola Mazzeo; Dott. Giovanni Gonnella, Dott. Enzo Caruso e dott. Raffaele Dalia;
- **Di dare mandato** al Comitato di Budget di procedere alla formulazione delle schede di budget di CDR per l'anno 2018, e alla predisposizione degli atti necessari a portare a compimento il processo di negoziazione e approvazione del Budget di CDR;
- **Che l'approvazione del Budget operativo dei CDR si concluda entro il 30 aprile.**

---

L'Istruttore

---

Il Responsabile Unico del Procedimento

Beatrice Nolè

---

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

*Massimo De Fino*

*Giovanni Berardino Chiarelli*

*Vincenzo Andriuolo*

---

Il Direttore Sanitario  
Massimo De Fino

---

Il Commissario  
Giovanni Berardino Chiarelli

---

Il Direttore Amministrativo  
Vincenzo Andriuolo

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

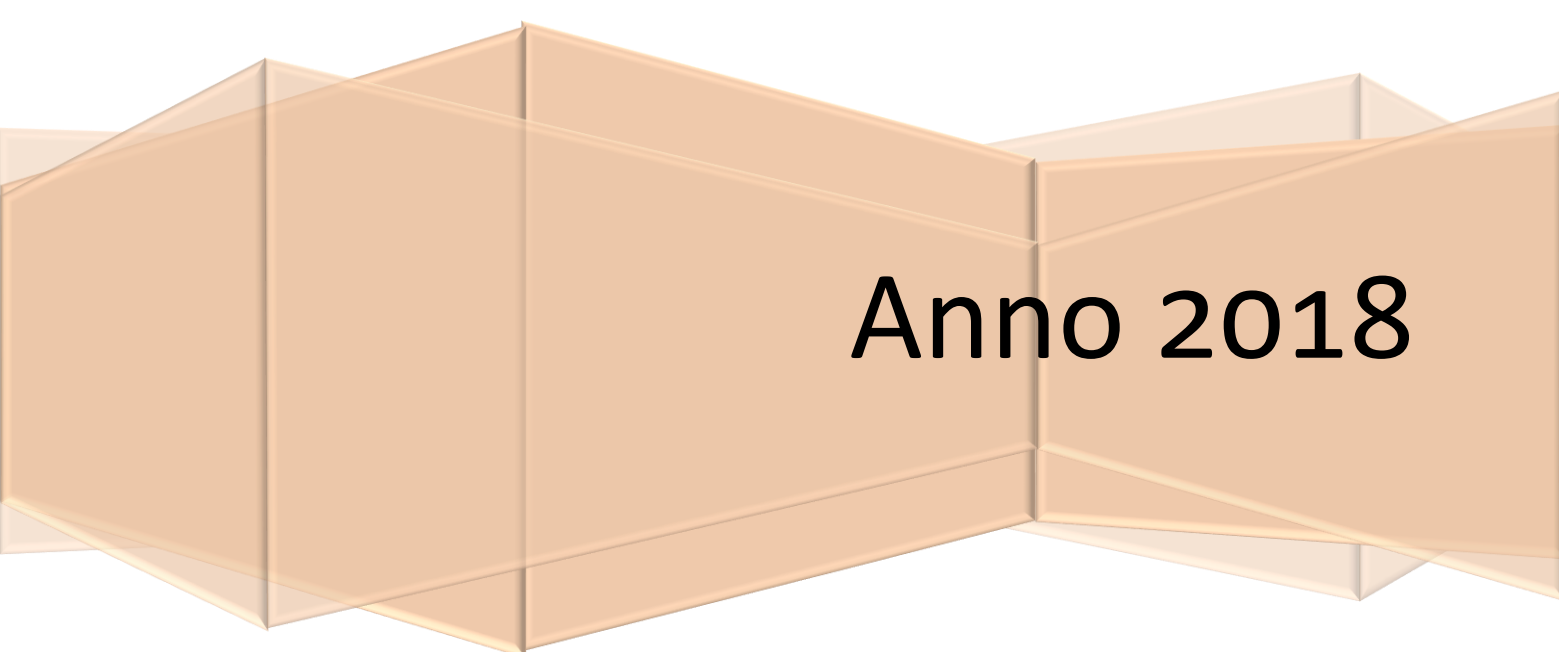


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

BASILICATA

# **Documento di Direttive**

**(art. 17 Legge Regionale 27 marzo 1995, n. 34)**



**Anno 2018**

## Premessa

Il presente Documento di Direttive, previsto dall'art. 17 della L.R. n. 34/1995, definisce le linee di indirizzo e gli obiettivi istituzionali e strategici individuati dalla Direzione Generale come prioritari per l'anno 2018, coerentemente con le scelte strategiche formulate a livello regionale e adottate con DGR n. 190/2018 e con gli atti di programmazione aziendale che di seguito si elencano:

- Bilancio Economico Preventivo 2018 e triennale 2018 - 2020 adottato con DDG n. 700 del 10.11.2017 e approvato dalla Regione Basilicata con DGR n.1433 del 29/12/2017;
- Bilancio di Esercizio 2016 adottato in via definitiva con DDG n. 265 del 28/04/2017 e approvato dalla Regione Basilicata con DGR 600 del 21/06/2017;
- Piano Attuativo Locale 2018-2020 approvato con DDG n. 780 del 15.12.2017;
- Piano Triennale della Performance 2016 - 2018 /Aggiornamento 2018 approvato con DDG n. 56 del 30.01.2018;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2016-2018 /Aggiornamento 2018 approvato con DDG n. 49 del 29.01.2018.

**Con l'approvazione del Documento di Direttive si dà avvio al processo di budgeting per giungere poi all'adozione del Budget Operativo per Centri di Responsabilità – anno 2018.**

L'anno 2018 si è annunciato con la nomina del Commissario, con poteri di Direttore Generale, con DPGR n. 5 del 22/01/2018 su conforme Delibera di Giunta Regionale n. 45 del 22/01/2018.

Il Commissario è tenuto, a pena di decadenza, al raggiungimento degli obiettivi di mandato individuati dalla Giunta Regionale con l'atto di nomina ed esplicitati nell'Allegato 1 al Contratto sottoscritto in data 23/01/2018.

Detti obiettivi si declinano come di seguito specificato.

### **OBIETTIVO SPECIFICO DI MANDATO**

Piena attuazione della L.R. n. 2/2017 di riordino del sistema sanitario regionale e di tutti gli adempimenti amministrativi ad esso connessi.



## **OBIETTIVI ULTERIORI DI MANDATO**

### **1. Livelli Essenziali di Assistenza (LEA.)**

Porre in campo le attività finalizzate all'assolvimento di tutti gli adempimenti di cui al Questionario LEA.

### **2. Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione.**

### **3. Rispetto del debito informativo, garantendo la corretta completa e tempestiva trasmissione dei flussi informativi nazionali (cfr. Intesa Stato Regioni del 23/03/2005) e regionali.**

## **OBIETTIVI PER L'ACCESSO AL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI AL COMMA 5 DELL'ART.1 DEL DPCM 502/1995**

Rispetto della tempistica prevista per le liste d'attesa anche attraverso l'applicazione dei RAO.

**Il Commissario è tenuto, altresì, al raggiungimento degli obiettivi gestionali di salute e di carattere economico-finanziario individuati con la citata DGR n. 190/2018.**

**Si riportano, altresì, gli obiettivi assegnati dal Commissario al Direttore Amministrativo con il Contratto di Nomina stipulato in data 21/03/2018 con il Dott. Vincenzo Andriuolo ed esplicitati all'art.6 del suddetto Contratto:**

- 1. Conseguimento degli obiettivi di mandato del Commissario, previsti all'Allegato 1 della DGR di Basilicata n. 45 del 22/01/2018 dei quali il Direttore Amministrativo dichiara di avere piena conoscenza;**
- 2. Approvazione del nuovo Atto Aziendale;**
- 3. Approvazione ed attuazione del Piano delle stabilizzazioni- annualità 2018;**
- 4. Approvazione e attuazione(annualità) Piano dei fabbisogni 2018-2020;**
- 5. Conseguimento degli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria 2018-2020- annualità 2018 – (DGR. N. 190 del 9/03/2018) incluso: approvazione documento di direttive e budget operativo, monitoraggio periodico;**

6. **Completamento Piani di ammodernamento tecnologico** (Intervento ADP BASS-ASP-T1-bis approvato con DGR n. 472/2017: aggiudicazione entro il 30 settembre 2018; Intervento “Attrezzature varie per i servizi sanitari territoriali dell’ASP” approvato con DGR n. 1518/2016: aggiudicazione entro il 31.12.2018);
7. **Affidamento lavori di ristrutturazione Lungodegenza POD Venosa, ristrutturazione POD Maratea, ristrutturazione impianti di dialisi (POD Lauria – POD Maratea);**
8. **Espletamento procedure di gara di beni e servizi in tempo utile per evitare il ricorso a proroghe tecniche dei contratti in essere e attivazione di contratti ponte per le procedure in carico alla SUA-RB.**

Si riportano, infine, gli obiettivi assegnati dal Commissario al Direttore Sanitario con il Contratto di Nomina stipulato in data 21/03/2018 con il Dott. Massimo De Fino ed esplicitati all’art.6 del suddetto Contratto:

1. **Conseguimento degli obiettivi di mandato del Commissario**, previsti all’Allegato 1 della DGR di Basilicata n. 45 del 22/01/2018 dei quali il Direttore Sanitario dichiara di avere piena conoscenza;
2. **Approvazione del nuovo Atto Aziendale;**
3. **Approvazione ed attuazione del Piano delle stabilizzazioni- annualità 2018;**
4. **Approvazione e attuazione(annualità) Piano dei fabbisogni 2018-2020;**
5. **Conseguimento degli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria 2018-2020- annualità 2018 – (DGR. N. 190 del 9/03/2018) incluso:** approvazione documento di direttive e budget operativo, monitoraggio periodico;
6. **Completamento Piani di ammodernamento tecnologico** (Intervento ADP BASS-ASP-T1-bis approvato con DGR n. 472/2017: aggiudicazione entro il 30 settembre 2018; Intervento “Attrezzature varie per i servizi sanitari territoriali dell’ASP” approvato con DGR n. 1518/2016: aggiudicazione entro il 31.12.2018);
7. **Affidamento lavori di ristrutturazione Lungodegenza POD Venosa, ristrutturazione POD Maratea, ristrutturazione impianti di dialisi (POD Lauria – POD Maratea).**





**Con riferimento agli adempimenti LEA, si prende nota dell'estratto del verbale della riunione del Comitato LEA del 28 febbraio 2018**, verbale trasmesso al Direttore Generale Assessorato Sanità della Regione Basilicata, con nota prot. DGPROGS 0010033-P del 29/03/2018 del Ministero della Salute. In detto Verbale sono riportati gli esiti della valutazione 2016, evidenziando per la Regione Basilicata la persistenza di criticità, di seguito riportate in dettaglio.

La Regione presenta **3 INADEMPIENZE** per i punti:

#### **c.6) dispositivi medici**

La percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi, sia nel flusso contratti per l'anno 2016 è pari al **9,1% (vs 10%)** dei numeri di repertorio trasmessi con il flusso consumi (sono escluse dal calcolo le categorie Q e L). Si rimane in attesa di documentazione esplicativa delle motivazioni degli scostamenti e delle iniziative adottate per risolvere le criticità rappresentate.

#### **s. 1-8-2) assistenza domiciliare e residenziale**

L'assistenza domiciliare e residenziale risulta critica in quasi tutti i setting assistenziali.

Anche la rivalutazione dei dati dopo la riapertura delle banche dati ha evidenziato il permanere delle criticità. Pertanto la Regione deve avviare le azioni opportune per potenziare l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale e semiresidenziale e fornire riscontro al Comitato Lea.

#### **aaf) percorso nascita**

Il CPN nazionale si è espresso sfavorevolmente alla persistenza del PN di Melfi, anche in considerazione del fatto che, secondo quanto definito dall'Atto programmatico di riordino della rete ospedaliera lucana, in ottemperanza al DM 70/2015, l'Ospedale S. Giovanni di Dio di Melfi è indicato come PO sede di Pronto Soccorso Attivo (PSA) e pertanto non ha titolo per prevedere una UO di Ostetricia. Si suggerisce un'attenta riflessione sull'opportunità di mantenimento del PN di Melfi per il quale, visto l'andamento delle nascite in costante diminuzione nonché l'elevata percentuale di tagli cesarei, non è garantita qualità e sicurezza materno neonatale.



Si prende atto dell'ulteriore documentazione inviata dalla Regione Basilicata; si ribadisce, tuttavia, che il CPN nazionale si è espresso sfavorevolmente, con motivato parere, alla persistenza del PN di Melfi per le motivazioni già espresse precedentemente. Inoltre, nonostante siano state avviate le procedure per il reclutamento delle figure professionali necessarie presso questo PN, non vi sono garanzie circa l'effettivo completamento dell'organico del PN né è chiara la tempistica. Ai fini del superamento della inadempienza è necessaria una presa d'atto da parte della Regione della necessità di chiudere il punto nascita di Melfi e di un cronoprogramma di attuazione.

La Regione presenta inoltre **5 ADEMPIENZE CON IMPEGNO** per i punti:

### **c.2-c.3) obblighi informativi statistici**

La Regione ha provveduto ad effettuare un ulteriore invio dei dati CEDAP in data 24 gennaio 2018. A seguito di tale invio, le criticità sulla copertura e sulla qualità segnalate per il flusso CEDAP sono state entrambe superate con una percentuale di copertura pari al 100,00% e con una percentuale di qualità del 98,02%. Si raccomanda tuttavia alla Regione di presidiare il flusso informativo del CEDAP avvalendosi degli strumenti di Monitoraggio carichi, Analisi tecnico-funzionali e Dashboard di analisi dinamiche, così come indicato nella circolare DGSISS 9727-P-21/11/2016.

Resta invece invariata la percentuale di copertura del flusso informativo SDO.

La Regione viene considerata adempiente con impegno a porre in essere le misure atte a garantire adeguati livelli di copertura del flusso informativo SDO - Scheda di dimissione Ospedaliera.

### **c.13) copertura e qualità dei flussi informativi in tema di sanità veterinaria e alimenti**

La Regione presenta criticità per il flusso informativo n. 18 (criterio di qualità) in quanto pur risultando sul NSIS un livello di controlli effettuati sugli "Additivi tal quali" nell'anno 2016 pari al 67%, ha adottato azioni correttive in grado di garantire l'aderenza al criterio di qualità nell'anno 2017.

### **f) assistenza ospedaliera**

La Regione ha trasmesso documentazione integrativa compilando l'apposita tabella del Questionario 2016 relativa al punto F.1.2 (posti letto di residenzialità) ma la documentazione non



soddisfa tutti i criteri previsti. La regione è adempiente con impegno a fornire chiarimenti con riferimento agli scostamenti evidenziati.

#### **ah) accreditamento istituzionale**

La Regione deve adeguarsi alle indicazioni nazionali entro i termini previsti in quanto indica il termine massimo per l'istituzione dell'Organismo tecnicamente accreditante e per l'adeguamento dei manuali al Disciplinare tecnico per l'accreditamento, rispettivamente al 31 maggio 2018 e al 30 aprile 2018.

#### **ao) cure palliative e terapia del dolore**

La Regione deve incrementare le cure palliative domiciliari, potenziando gli accessi del medico palliativista, ed impegnarsi a rendere coerenti i dati rilevati dal flusso informativo SIAD con l'attività effettivamente erogata.

Dei suddetti adempimenti si riportano, di seguito, quelli di pertinenza di questa Azienda. Gli stessi vengono assunti come parte integrante del presente documento e saranno declinati in obiettivi ed azioni all'interno delle schedi di budget operativo – anno 2018.

#### **c.6) dispositivi medici**

##### **s. 1-8-2) assistenza domiciliare e residenziale**

##### **c.2-c.3) obblighi informativi statistici**

##### **c.13) copertura e qualità dei flussi informativi in tema di sanità veterinaria e alimenti**

#### **f) assistenza ospedaliera**

#### **ah) accreditamento istituzionale**

#### **ao) cure palliative e terapia del dolore**



*La fase di negoziazione del Budget Operativo si svilupperà attraverso un intenso confronto tra la Direzione Strategica e tutte le componenti aziendali, allo scopo di raccordare programmi e operatività e di promuovere un'azione sinergica all'interno del "sistema" Azienda.*

Oltre agli obiettivi fin qui riportati, altri obiettivi sottesi all'attività di programmazione e di gestione per l'anno 2018 sono sinteticamente ricondotti a:

- Completamento delle procedure connesse al trasferimento dei Presidi Ospedalieri all'Azienda Ospedaliera San Carlo;
- Sviluppo del nuovo sistema di contabilità generale e di contabilità analitica, avviato già nel 2017, con la collaborazione attiva delle UU.OO. aziendali e della U.O. Controllo di Gestione, e costante monitoraggio dei costi, a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione;
- *Mantenimento ed ulteriore miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari integrati fruibili dai cittadini sul territorio, in coerenza con i bisogni espressi e nel rispetto dei vincoli derivanti dalle risorse disponibili (pieno rispetto LEA);*
- *Sviluppo del Progetto aziendale di Telemedicina;*
- *Implementazione del Progetto di Medicina Ambientale (EpiBASS, cfr. DGR n. 320/2016 e DGR n. 1545/2016, destinatario Fondazione Basilicata Ricerca Biomedica; DGR. N. 740/2014, Destinatario Azienda Sanitaria Locale di potenza ASP));*
- *Potenziamento dell'attività di gestione del rischio clinico, in linea con la programmazione regionale, e in particolare, allo sviluppo delle attività formative per l'accrescimento delle conoscenze e competenze in materia;*
- *Incremento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;*
- Ridefinizione dell'assetto operativo-gestionale e dell'uso delle risorse strutturali, strumentali ed economiche dell'emergenza-urgenza 118;
- Rafforzamento dell'integrazione dell'Azienda con altre Aziende Sanitarie ed ospedaliere del SSR;
- *Realizzazione di una distribuzione equilibrata ed integrata tra l'attività di prevenzione e l'assistenza territoriale;*



- *Portare a compimento la rete delle demenze, con le RSA di venosa, Villa d'Agri e Maratea, nel rispetto di quanto previsto dalla DGR n. 1113/2011;*
- *Garantire l'espletamento delle Gare per l'acquisizione delle tecnologie biomediche come da Programma Triennale 2018/2020 approvato con DDG n. 684 del 2/11/2017 – competenza 2018;*
- *Espletamento delle procedure concorsuali programmate per il reclutamento del personale;*
- *Rispetto dei tempi di attesa e applicazione dei RAO.*

## La metodica di Budget

Sulla base di quanto previsto dal presente Documento di Direttive, formulato dal Commissario con poteri di Direttore Generale allo scopo di realizzare un raccordo forte e sistemico tra gli strumenti della programmazione ed il budget, la UOC “Controllo di Gestione” procede alla fase istruttoria per la predisposizione delle schede di budget per Centro di Responsabilità, anche sulla base dei risultati conseguiti nell’anno precedente, in uno con le professionalità presenti nel Comitato di Budget Aziendale.

All’interno delle schede di budget, ai fini della valutazione e misurazione dei risultati, si farà ricorso agli indicatori di cui alla DGR n. 190/2018 ed anche, qualora necessario, ad ulteriori **indicatori** che presentino i **requisiti di pertinenza** rispetto ai fenomeni da misurare, **affidabilità**, e **fattibilità** rispetto alla disponibilità dei dati necessari per il calcolo.

Alla fase di predisposizione delle schede di budget fa seguito la fase di negoziazione con i Responsabili dei Centri di Responsabilità (CDR), con il supporto del Comitato di Budget. A tale scopo verrà predisposto un calendario di incontri negoziali tra la Direzione Strategica ed i Responsabili dei CDR.

La metodica di budget si conclude con l’approvazione, tramite apposito atto deliberativo del Commissario con poteri di Direttore Generale, del Budget Operativo dei CDR – anno 2018, formalizzando così l’attribuzione delle responsabilità di gestione e di risultato, mediante l’individuazione dei risultati da conseguire, delle attività da svolgere e delle risorse assegnate.

Nel corso dell’anno 2018 sarà anche avviato il processo di misurazione e valutazione dei risultati conseguiti nell’annualità 2017, anche ai fini dell’applicazione degli istituti incentivanti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente, processo che vede coinvolti la Direzione Strategica, l’Organismo Indipendente di Valutazione, le UU.OO.CC. Controllo di Gestione e Gestione del Personale, per la parte istruttoria, e i Dirigenti.

## DIRETTIVE

Come già espresso in precedenza, il presente Documento risponde al criterio generale di coerenza e compatibilità con gli indirizzi e le prescrizioni dei livelli superiori di programmazione, nazionale e regionale e con la strategia e la programmazione aziendale.

*La necessità di individuare delle priorità tra i molteplici problemi e bisogni del contesto socio sanitario da una parte, e le risorse necessariamente limitate dall'altra, richiede, altresì, la definizione di **ulteriori criteri e valori sulla cui base orientare le scelte**, per i quali è opportuno poter contare sulla piena condivisione da parte di tutti.*

Vale la pena ricordare che i **criteri e i valori**, di seguito specificati, non vanno intesi certo come mera enunciazione di buoni propositi ma piuttosto **devono tradursi in stili di comportamento e in modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi fissati:**

- Trasparenza e legalità, che devono permeare l'agire quotidiano di ciascun attore all'interno dell'organizzazione, contrastando con un approccio etico tutto ciò che pregiudica l'aspettativa dell'utente in termini di integrità e imparzialità;
- Accountability intesa qui come il dovere dell'Azienda di dar conto, sempre e comunque, del proprio operato ai cittadini;
- Sviluppo delle capacità professionali, puntando su percorsi formativi ed esperienziali capaci di innescare nel tempo processi di innovazione e miglioramento continuo delle prassi;
- Sviluppo delle abilità relazionali, onde facilitare la comunicazione con l'utente ed il confronto tra gli stessi operatori, consapevoli che non si può essere "attrattivi" se non si sa comunicare efficacemente, oltre che se non si offre un servizio di qualità;
- Azione di contrasto dell'autoreferenzialità a tutti i livelli dell'organizzazione, per anteporre agli interessi particolari una visione sistemica dell'organizzazione aziendale che metta *al centro gli interessi ed i bisogni di salute della persona e della comunità*;

- Promozione del senso di appartenenza dei dipendenti all’Azienda, facendo leva sulla piena espressione delle potenzialità di cui è portatore ogni dipendente e sull’importanza di “fare sistema”, anche *imparando a leggere come l’operato di ciascun sottosistema e/o gruppo si interseca con l’operato degli altri sottosistemi* per il raggiungimento degli obiettivi generali oltre che degli obiettivi specifici a ciascuna articolazione aziendale;
- Capacità di leadership e orientamento ai risultati, che si traduce nella capacità del Responsabile di CDR di creare chiarezza e unità d’intenti all’interno della propria struttura, di coinvolgere i propri collaboratori, di sviluppare condivisione e confronto continuo, e di monitorare costantemente il grado di conseguimento degli obiettivi assunti, anche *segnalando con tempestività alla Direzione Strategica gli eventuali ostacoli che si frappongono al pieno raggiungimento dei risultati attesi*;
- Gestione per processi, vale a dire la capacità di comprendere le diverse attività correnti come fasi interrelate di un processo, intervenendo in quei segmenti del processo stesso che presentino rischi e/o disfunzioni;
- Sviluppo delle reti e della partnership, giacché è evidente a tutti che l’Azienda opera con più efficacia se e quando è capace di interfacciarsi adeguatamente con i suoi partner e di instaurare con essi *rapporti di reciproca collaborazione e di mutuo vantaggio*.

## **Vincoli**

I valori ed i criteri sopra richiamati devono trovare accoglienza nella formulazione del Budget Operativo come pure devono essere assunti quali punti cardine alcuni vincoli quali:

1. Necessità di assicurare l’equilibrio di bilancio, mantenendo inalterati i livelli essenziali di assistenza;
2. Necessità di organizzare l’offerta dei servizi in maniera flessibile e nel rispetto dell’appropriatezza clinica ed organizzativa;



3. *Necessità di potenziare i servizi sociosanitari per i pazienti cronici*, in risposta alla elevata diffusione di patologie cronic-degenerative, come acclarato dalle indagini epidemiologiche in materia, *nella consapevolezza che portare i servizi socio-sanitari a casa del paziente non solo migliora la soddisfazione dell'utenza quanto anche vada a depotenziare il ricorso improprio del malato cronico all'ospedale*. Lo sviluppo dell'ADI ha, infine, anche evidenti ricadute positive sulla famiglia e sulla rete informale del malato cronico. Si allevia, per il suo tramite, quel carico assistenziale che ancora grava sulla famiglia, spesso costretta a sopperire come può alle carenze del sistema assistenziale;
4. *Necessità di ridurre i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali*, anche incidendo maggiormente su quella fetta di domanda impropria che genera inappropriatezza;
5. Implementazione del sistema delle "dimissioni protette" in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera San Carlo;
6. Potenziamento del servizio di emergenza-urgenza 118.

## Obiettivi Regionali assegnati alla Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria sono stati approvati per l'anno 2018 dalla Regione Basilicata con Deliberazione di Giunta Regionale n. 190 del 9.03.2018.

Nell' **Allegato 1 "SISTEMA DI VALUTAZIONE 2018-2020"** vengono individuate 4 principali aree di risultato ed i relativi obiettivi assegnati alla Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP.

Tali aree sono:

- Tutela della salute;
- Performance organizzative e cliniche aziendali;
- Gestione economico finanziaria;
- Conseguimento di obiettivi strategici regionali.

**Il sistema di valutazione per questa Azienda è articolato in 17 obiettivi misurati da 54 indicatori, come da "Scheda dei punteggi dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP" a pag. 11 dell'Allegato 1 della citata DGR.**

Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo.

È previsto per ogni indicatore, sia un limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero che un limite massimo al di sopra del quale il punteggio è conseguito al 100%. Per alcuni indicatori è prevista la possibilità di conseguire un punteggio pari al 50%, che rappresenta il raggiungimento parziale dell'obiettivo.

**Ai fini del parere di confermabilità** nell'incarico di Direzione Generale dopo il 18-esimo mese, fermo restando quanto previsto in ambito contrattuale, si fa riferimento per ciascuna Azienda alla metodologia che individua un numero ristretto di Indicatori.

Per questa Azienda, in particolare, sono previsti 7 indicatori di tipo quantitativo e 2 indicatori di tipo qualitativo, come di seguito riportato:

### **Indicatori di tipo quantitativo**

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani);
- N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti;
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana ( $\geq 65$  anni);
- Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti);
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza;
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio;
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi.



**Indicatori di tipo qualitativo**

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa;
- Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui).

***A fini, invece, della Valutazione Globale di Performance (V.G.P.) è stato selezionato un set ridotto di indicatori, di seguito riportato per questa Azienda:***

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani);
- N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti;
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana ( $\geq 65$  anni);
- Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti);
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza;
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio.

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto del posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi. Il calcolo è effettuato, per l'anno 2018, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2018 e quello conseguito nell'anno 2017. Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è uguale o migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore     | Unità Operative coinvolte  | Fonte flusso dati            | risultato atteso   |       |             |       |
|----------------------------|--|------------------------------|--|-------|-------------|-------|
|                            |  |                              | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo  |       |             |       |
|                            |  |                              | 0%   | 50%   | 100%        |       |
| <b>TUTELA DELLA SALUTE</b> |  |                              |  |       |             |       |
| <b>1.a</b>                 | <b>PREVENZIONE PRIMARIA</b>  |                              |  |       |             |       |
| 1.a.1                      | Copertura vaccinale MPR nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza | UOC Igiene e Sanità Pubblica | Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java) | < 90% | da 90 a 95% | > 95% |
| 1.a.2                      | Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)   | UOC Igiene e Sanità Pubblica | Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java) | <60%  | da 60 a 75% | >75%  |
| 1.a.3                      | Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio  | UOC Igiene e Sanità Pubblica | Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java) | < 60% | da 60 a 75% | >75%  |
| 1.a.4                      | Grado di Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)                               | UOC Igiene e Sanità Pubblica | Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java) | < 25% | da 25 a 40% | > 40% |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte  | Fonte flusso dati   | risultato atteso   |       |             |       |
|------------------------|--|---|--|-------|-------------|-------|
|                        |  |   | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo  |       |             |       |
|                        |  |   | 0%   | 50%   | 100%        |       |
| 1.a.5                  | Grado di Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi  | UOC Igiene e Sanità Pubblica  | Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java) | <90%  | da 90 a 95% | >95%  |
| 1.a.6                  | grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese   | UOC Igiene e Sanità Pubblica  | Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java) | < 90% | da 90 a 95% | > 95% |
| 1.a.7                  | Grado di Copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi   | UOC Igiene e Sanità Pubblica  | Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java) | <90%  | da 90 a 95% | >95%  |
| <b>1.b</b>             | <b>PROMOZIONE STILI DI VITA SANI</b>   |   |  |       |             |       |
| 1.b.1                  | Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, UU.OO.CC Distretti, UOC Medicina Ambientale Villa D'Agri Potenza, UOOSSD Consultoriali | Indagine PASSI   | <23%  | da 23 a 33% | >33%  |
| 1.b.2                  | Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso                   | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, UU.OO.CC Distretti, UOC Medicina Ambientale Villa D'Agri Potenza, UOOSSD Consultoriali | Indagine PASSI   | <25%  | da 25 a 45% | >45%  |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte   | Fonte flusso dati  | risultato atteso   |      |             |      |
|------------------------|---|--|--|------|-------------|------|
|                        |   |  | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo                  |      |             |      |
|                        |   |  | 0%   | 50%  | 100%        |      |
| 1.b.3                  | Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica          | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, UU.OO.CC Distretti, UOC Medicina Ambientale Villa D'Agri Potenza, UOOSSD Consultoriali      | Indagine PASSI   | <25% | da 25 a 35% | >35% |
| 1.b.4                  | Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno                     | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, DSM, UU.OO.CC Distretti, UOC Medicina Ambientale Villa D'Agri Potenza, UOOSSD Consultoriali | Indagine PASSI   | <3%  | da 3 a 9%   | >9%  |
| 1.b.5                  | Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare                              | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, DSM, UU.OO.CC Distretti, UOC Medicina Ambientale Villa D'Agri Potenza, UOOSSD Consultoriali | Indagine PASSI   | <35% | da 35 a 55% | >55% |
| <b>1.c</b>             | <b>SCREENING ONCOLOGICI</b>   |  |  |      |             |      |
| 1.c.1                  | Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | UOC Radiologia ASP   | Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B) | <25% | da 25 a 50% | >50% |
| 1.c.2                  | Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella        | UOC Radiologia ASP   | Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B) | <35% | da 35 a 60% | >60% |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte   | Fonte flusso dati  | risultato atteso   |      |             |       |
|------------------------|---|--|--|------|-------------|-------|
|                        |   |  | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo                  |      |             |       |
|                        |   |  | 0%   | 50%  | 100%        |       |
| 1.c.3                  | Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto | UOC Radiologia ASP   | Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B) | <25% | da 25 a 50% | >50%  |
| <b>1.d</b>             | <b>SICUREZZA SUL LAVORO</b>   |  |  |      |             |       |
| 1.d.1                  | n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti  | UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)  | <5%  | da 5 a 10%  | > 10% |
| 1.d.2                  | n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati  | UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)  | <20% | da 20 a 30% | > 30% |
| 1.d.3                  | n. aziende ispezionate/n. personale UPG SPSAL   | UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)  | <40% | da 40 a 50% | > 50% |
| 1.d.4                  | n. sopralluoghi/n. personale UPG SPSAL  | UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)  | <70% | da 70 a 90% | > 90% |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte   | Fonte flusso dati                 | risultato atteso   |            |          |
|------------------------|---|-----------------------------------|--|------------|----------|
|                        |   |                                   | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo                              |            |          |
|                        |   |                                   | 0%   | 50%        | 100%     |
| <b>1.e</b>             | <b>SANITA' VETERINARIA</b>  |                                   |  |            |          |
| 1.e.1                  | raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale                                   | UOC SIAN                          | La fonte del dato è il sistema NSIS (NUOVO SISTEMA INFORMATIVO ALIMENTI) | NO(<100%)  | SI(100%) |
| 1.e.2                  | raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE   | UOC Area A Veterinaria            | Banca Dati Regionale(BDR)  | NO (<100%) | SI(100%) |
| 1.e.3                  | raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui) | SIAN; Area B e Area C Veterinarie | La fonte del dato è il sistema NSIS (NUOVO SISTEMA INFORMATIVO ALIMENTI) | NO (<100%) | SI(100%) |





**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore                                | Unità Operative coinvolte  | Fonte flusso dati   | risultato atteso  |       |               |       |
|---|--|---|---|-------|---------------|-------|
|   |  |   | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo                           |       |               |       |
|   |  |   | 0%  | 50%   | 100%          |       |
| <b>PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI</b> |  |   |   |       |               |       |
| <b>2.a</b>  | <b>APPROPRIATEZZA AREA CLINICA</b>   |   |   |       |               |       |
| 2.a.1   | Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso                                | UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria  | flusso SDO  | >180% | da 135 a 180% | <135% |
| 2.a.2   | Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti   | UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria  | flusso SDO  | >3%   | da 1,5 a 3%   | <1,5% |
| 2.a.5   | Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso | UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria  | flusso SDO  | >65%  | da 50 a 65%   | <50%  |
| <b>2.b</b>  | <b>APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA</b>  |   |   |       |               |       |
| 2.b.2   | Reti tempo dipendenti  | UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOC Pneumologia Territoriale ASP, DEU-118 | Ufficio pianificazione sanitaria del Dip. to. Politiche della Persona | NO    |               | SI    |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte   | Fonte flusso dati   | risultato atteso                            |       |               |       |
|------------------------|---|---|---|-------|---------------|-------|
|                        |   |   | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo |       |               |       |
|                        |   |   | 0%  | 50%   | 100%          |       |
| <b>2.c</b>             | <b>EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE</b>   |   |   |       |               |       |
| 2.c.1                  | Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti | UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOC Pneumologia Territoriale ASP  | flusso SDO                                  | >10%  | da 7 e 10%    | <7%   |
| 2.c.2                  | Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni                         | UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOSD Unità Scompenso cardiaco, UOSD Servizio Ambulatoriale di Cardiologia Venosa  | flusso SDO                                  | >195% | da 155 a 195% | <155% |
| 2.c.3                  | Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni                                   | UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOSD Diabetologia Ed Endocrinologia Potenza, UOSD Percorsi Integrati di Cura delle Patologie Endocrine e Metaboliche Lauria | flusso SDO                                  | >35%  | da 25 a 35%   | <25%  |
| 2.c.4                  | Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni                               | UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria, UOC Pneumologia Territoriale  | flusso SDO                                  | >35%  | da 25 a 35%   | <25%  |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore  | Unità Operative coinvolte  | Fonte flusso dati                             | risultato atteso                            |               |       |
|---|--|---|---|---------------|-------|
|   |  |   | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo |               |       |
|   |  |   | 0%  | 50%           | 100%  |
| 2.c.5<br>% di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (> = 65 anni) | UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UOSD Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani e Disabili e Cure Domiciliari, UU.OO.CC. Distretti e Assistenza Primaria | flusso ADI (assistenza domiciliare integrata) | <4%   | da 4 a 8%     | >8%   |
| 2.c.6<br>percentuale di presa in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari                                 | UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UOSD Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani e Disabili e Cure Domiciliari, UU.OO.CC. Distretti e Assistenza Primaria | flusso ADI (assistenza domiciliare integrata) | <35%  | da 35 a 55%   | >55%  |
| 2.c.7<br>tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni                          | UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria e DSM   | flusso SDO                                    | >300%                                       | da 200 a 300% | <200% |
| 2.c.8<br>percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche                                   | UUOCC Distretti, e DSM   | flusso SDO                                    | >6%   | da 4 a 6%     | <4%   |
| 2.c.9<br>tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni                                      | UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria e UOSD Servizio Territoriale e Pediatria Sociale  | flusso SDO                                    | >10%  | da 7 a 10%    | <7%   |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore                | Unità Operative coinvolte   | Fonte flusso dati  | risultato atteso                            |      |             |      |
|---------------------------------------|---|--|---|------|-------------|------|
|                                       |   |  | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo |      |             |      |
|                                       |   |  | 0%  | 50%  | 100%        |      |
| <b>2.d</b>                            | <b>EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA</b>                                     |  |   |      |             |      |
| 2.d.4                                 | Intervallo Allarme -Target dei mezzi di soccorso (minuti)                       | DEU -118   | flusso informativo EMUR                     | >26% | da 20 a 26% | <20% |
| <b>GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA</b> |   |  |   |      |             |      |
| <b>3.a</b>                            | <b>EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA</b>                                     |  |   |      |             |      |
| 3.a.1                                 | Pecentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza | UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali | flusso regionale farmaceutica               | <74% | da 74 a 76% | >76% |
| 3.a.2                                 | % utilizzo farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo)           | UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali | NSIS E/O FARMASTAT                          | <80% | da 80 a 95% | >95% |
| 3.a.3                                 | % utilizzo farmaci biosimilari (incremento dei livelli di utilizzo)             | UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali | NSIS E/O FARMASTAT                          | <15% | da 15 a 20% | >20% |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte   | Fonte flusso dati  | risultato atteso                            |      |             |      |
|------------------------|---|--|---|------|-------------|------|
|                        |   |  | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo |      |             |      |
|                        |   |  | 0%  | 50%  | 100%        |      |
| <b>3.b</b>             | <b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA</b>   |  |   |      |             |      |
| 3.b.1                  | consumo pro capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)                                | UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali | flusso regionale farmaceutica               | >30% | da 28 a 30% | <28% |
| 3.b.2                  | incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antidepressivi) | UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali | flusso regionale farmaceutica               | >40% | da 40 a 30% | <30% |
| 3.b.3                  | consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)               | UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali | flusso regionale farmaceutica               | >36% | da 26 a 36% | <26% |
| 3.b.4                  | Consumo di farmaci antibiotici sul territorio   | UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali | flusso regionale farmaceutica               | >22% | da 16 a 22% | <16% |
| <b>3.c</b>             | <b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA</b>  |  |   |      |             |      |
| 3.c.1                  | Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)                     | UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria, UOC Radiologia   | CUP   | >30% | da 20 a 30% | <20% |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore                                 | Unità Operative coinvolte   | Fonte flusso dati   | risultato atteso                            |       |               |       |
|--|---|---|---|-------|---------------|-------|
|  |   |   | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo |       |               |       |
|  |   |   | 0%  | 50%   | 100%          |       |
| 3.c.2  | Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi  | UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, UOC Radiologia  | CUP   | >8%   | da 6 a 8%     | <6%   |
| <b>CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI</b> |   |   |   |       |               |       |
| <b>4.b</b>   | <b>CURE PALLIATIVE</b>  |   |   |       |               |       |
| 4.b.1  | Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 gg. | UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UOC Area Medica di Assistenza Post Acuzie di Lauria  | flusso Hospice                              | <50%  | da 50 a 85%   | >85%  |
| 4.b.2  | consumo territoriale di farmaci oppioidi  | UOC Farmaceutica Territoriale, UU.OO.CC. Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative- ADI, UOSD Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani e Disabili e Cure Domiciliari | flusso regionale farmaceutica               | <1,6% | da 1,6 a 2,1% | >2,1% |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte  | Fonte flusso dati   | risultato atteso                            |      |             |      |
|------------------------|--|---|---|------|-------------|------|
|                        |  |   | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo |      |             |      |
|                        |  |   | 0%  | 50%  | 100%        |      |
| <b>4.c</b>             | <b>UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI</b>   |   |   |      |             |      |
| 4.c.1                  | Trasmissione Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa (tabella a pag. 95-96-97 della DGR) | Responsabili dei Procedimenti Flussi di cui alla DDG n.175 del 16/03/2018 | Flussi vari specificati nella DDG           | NO   |             | SI   |
| 4.c.4                  | copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici   | UOC Provveditorato Ecomato e UOC Farmaceutica Territoriale                | flusso NSIS                                 | <10% | da 10 a 15% | >15% |
| 4.c.5                  | copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici   | UOC Farmaceutica Territoriale   | flusso NSIS                                 | <80% | da 80 a 95% | >95% |



**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte  | Fonte flusso dati   | risultato atteso                            |     |      |
|------------------------|--|---|---|-----|------|
|                        |  |   | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo |     |      |
|                        |  |   | 0%  | 50% | 100% |
| <b>4.d</b>             | <b>RISK MANAGEMENT</b>   |   |   |     |      |
| 4.d.1                  | Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico   | UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico ASP  | Azienda ASP                                 | NO  | SI   |
| 4.d.2                  | Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico | UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico ASP  | Azienda ASP                                 | NO  | SI   |
| <b>4.e</b>             | <b>CONTROLLO CARTELLE CLINICHE</b>   |   |   |     |      |
| 4.e.1                  | verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche  | Referenti Medici dei POD di Lauria, Chiaromonte e Venosa e UOC Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate | Azienda ASP                                 | NO  | SI   |





**Indicatori DGR 190/2018 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2018 –**

**Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP**

| Descrizione indicatore | Unità Operative coinvolte  | Fonte flusso dati  | risultato atteso   |     |      |
|------------------------|--|--|--|-----|------|
|                        |  |  | intervallo di raggiungimento dell'obiettivo  |     |      |
|                        |  |  | 0%   | 50% | 100% |
| <b>4.f</b>             | <b>AUTORIZZAZIONE /ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE</b>  |  |  |     |      |
| 4.f.1                  | Verifica autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche | Dott.ssa Falanga Lucia in raccordo con UOC Attività tecniche, Referente Medico del POD di Chiaromonte e UOC Distretto della Salute di Senise | invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture riportate nel prospetto di cui alla DGR 190/2018 (pag. 106), già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori, entro il 31.12.2018 | NO  | SI   |
|                        |  | Direttore del Dipartimento Di Prevenzione Collettiva della Salute Umana  | invio alla Regione entro il 31/12/2018 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale per le strutture di cui alla DGR 190/2018  | NO  | SI   |

## Obiettivi aziendali specifici

### Area della Integrità, Legalità e Trasparenza

| DESCRIZIONE OBIETTIVO  | Dipartimenti e/o Unità Operative   |
|--|--|
| Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016 | UOSD Trasparenza<br>In collaborazione con la UOSD Prevenzione della corruzione e con le UU.OO. aziendali                         |
| Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016 | UOSD Trasparenza- in collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione, l'URP e la UOC Controllo di Gestione |
| Attuare tutte le misure di gestione del rischio corruttivo previste nel PTPCT 2016-2018 – Aggiornamento 2018   | RPC e UU.OO. individuate nell' allegato 2 del PTPCT 2016-2018 – Aggiornamento 2018   |

### Area della Prevenzione

| DESCRIZIONE OBIETTIVO  | Dipartimenti e/o Unità Operative  |
|--|---|
| Condurre con sistematicità l'analisi epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione umana e dello stato di salute delle popolazioni animali e diffondere le risultanze dell'analisi epidemiologica aprendo un confronto proattivo con gli operatori e con le comunità locali | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale  |
| Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute   | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale e UOC Medicina Ambientale Potenza e Villa d'Agri |
| Sviluppare sinergie tra i due Dipartimenti di Prevenzione  | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale  |
| Promuovere l'integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione ed i Distretti   | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale e UU.OO.CC. Distretti della Salute               |

| DESCRIZIONE OBIETTIVO  | Dipartimenti e/o Unità Operative  |
|--|---|
| Potenziare ulteriormente le attività di educazione sanitaria con particolare riferimento alle nuove patologie derivanti dai disturbi del comportamento e da stili di vita inadeguati, anche attraverso la realizzazione di campagne informative su tematiche specifiche, quali la prevenzione degli incidenti domestici, degli incidenti stradali e degli infortuni e malattie professionali | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, Dipartimento Salute Mentale, UU.OO.CC. Distretti della Salute e UU.OO.SS.DD. Consultoriali |
| Informatizzare l'attività di controllo e vigilanza sui luoghi di lavoro  | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana   |
| Potenziare le iniziative di confronto con le varie articolazioni presenti nella comunità (gruppi target, associazioni, stakeholder chiave, ecc.), anche attraverso l'attivazione di tavoli di lavoro correlati alle problematiche dell'attività di vigilanza e controllo   | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale                              |
| Progetto EpiBAS: Arruolamento popolazione di studio  | UOC Medicina Ambientale Potenza e Villa d'Agri  |
| Progetto EpiBAS: Raccolta dati statistici e di sorveglianza attiva su popolazione  | UOC Medicina Ambientale Potenza e Villa d'Agri  |
| Progetto EpiBAS: Correlazione dati ambientali e di sorveglianza  | UOC Medicina Ambientale Potenza e Villa d'Agri  |

## Area della Salute Mentale

| DESCRIZIONE OBIETTIVO  | Dipartimenti e/o Unità Operative  |
|--|---|
| Promozione di interventi di prevenzione del disagio mentale e delle dipendenze                     | UOC Serd Melfi, UOSD Serd Potenza, UOSD Serd Villa d'Agri ed UOSD Serd Iacono e CRA |
| Sviluppo delle attività di neuropsichiatria infantile  | Dipartimento Salute Mentale   |
| Attivazione di misure di integrazione per l'inclusione sociale e la lotta allo stigma              | Dipartimento Salute Mentale   |
| Lotta alle nuove dipendenze anche attraverso la realizzazione di campagne informative nelle scuole | Dipartimento Salute Mentale   |
| Favorire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale                         | Dipartimento Salute Mentale   |

**Area della Assistenza Territoriale**

| DESCRIZIONE OBIETTIVO  | Dipartimenti e/o Unità Operative   |
|--|--|
| Attuare PDTA per pazienti cronici portatori di diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie croniche ostruttive nei Distretti   | Dipartimento del Territorio e Dipartimento Post - Acuzie e Continuità Ospedale Territorio  |
| Rimodulare l'offerta nei distretti assicurando che le prestazioni specialistiche ed infermieristiche di base siano quanto più vicine ai luoghi di vita dell'assistito, concentrando le prestazioni più complesse in un solo centro per Distretto | Dipartimento del Territorio  |
| Favorire lo sviluppo delle forme associative dei MMG e PLS sia mono professionali (AFT) che interprofessionali (UCPP) come da normativa vigente  | UU.OO.CC Assistenza Primaria e UU.OO.CC Distretti della Salute   |
| Assicurare l'appropriatezza della spesa farmaceutica convenzionata   | U.O.C. Farmaceutica Territoriale, UU.OO.CC Assistenza Primaria e UU.OO.CC Distretti della Salute   |
| Monitorare l'efficacia del percorso per il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche   | Dipartimento del Territorio, Dipartimento Post - Acuzie e Continuità Ospedale Territorio e Dipartimento dei Servizi                      |
| Organizzare le dimissioni protette per la continuità delle cure, in linea con quanto previsto dalla DDG n. 64 del 9/02/2017  | Dipartimento Post - Acuzie e Continuità Ospedale Territorio  |
| Implementare il Progetto di Telemedicina   | UOC SIA, UOC Attività Tecniche, UOC Provveditorato ed Economato, UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure domiciliari e Palliative - ADI |
| Dare impulso al nuovo assetto del Sistema regionale dell'Emergenza urgenza 118, a seguito del subentro dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza nella competenza esclusiva in materia, di cui alla DDG n. 329 del 26/05/2017                     | DEU - 118  |

**Area Amministrativa e di Staff**

| DESCRIZIONE OBIETTIVO   | Dipartimenti e/o Unità Operative    |
|---|-------------------------------------|
| Riorganizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie  | Dipartimento Amministrativo e Staff |
| Incremento della collaborazione e dei collegamenti informativi e professionali tra le strutture produttive e quelle di supporto   | Dipartimento Amministrativo e Staff |
| Sviluppo del sistema di valutazione delle performance individuali sulla base di quanto previsto dal nuovo Regolamento aziendale sui processi e le procedure di valutazione  | Dipartimento Amministrativo e Staff |
| Sviluppo e potenziamento degli strumenti a supporto della contabilità analitica, anche attraverso la piena collaborazione, per quanto di competenza, delle UU.OO. aziendali e la loro fattiva partecipazione alle procedure di alimentazione della COAN | Dipartimento Amministrativo e Staff |
| Sviluppo del nuovo software del sistema contabile aziendale C4H   | Dipartimento Amministrativo e Staff |
| Potenziamento della rete informatica territoriale ed estensione dell'informatizzazione dei servizi volta a una sempre maggiore dematerializzazione delle attività   | Dipartimento Amministrativo e Staff |
| Monitoraggio degli Standard di Qualità dei servizi con riferimento alla percezione dell'utenza  | Dipartimento Amministrativo e Staff |

**ADEMPIMENTI LEA - VALUTAZIONE 2016  
ESTRATTO DEL VERBALE  
DEL MINISTERO DELLA SALUTE PROT. N. DGPROGS 0010033-P del 29/03/2018**

| DESCRIZIONE OBIETTIVO   | Dipartimenti e/o Unità Operative   |
|---|--|
| c.6) dispositivi medici   | UOC Provveditorato Economato e UOC Farmaceutica Territoriale   |
| s. 1-8-2) assistenza domiciliare e residenziale   | Dipartimento Post Acuzie, UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UOSD Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani e Disabili e Cure Domiciliari, UU.OO.CC. Distretti e Assistenza Primaria |
| c.2-c.3) obblighi informativi statistici<br>(limitatamente alle SDO)                      | Dipartimento Post Acuzie   |
| c.13) copertura e qualità dei flussi informativi in tema di sanità veterinaria e alimenti | Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale   |
| f) assistenza ospedaliera   | UOSD Flussi Informativi e Dipartimento Post Acuzie   |
| ah) accreditamento istituzionale  | Direttore del Dipartimento Di Prevenzione Collettiva della Salute Umana in raccordo con Dott.ssa Falanga Lucia   |
| ao) cure palliative e terapia del dolore  | UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UOSD Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani e Disabili e Cure Domiciliari, UU.OO.CC. Distretti e Assistenza Primaria                           |



**Obiettivi trasversali assegnati a tutte le UU.OO.CC e le UU.OO.SS.DD. Aziendali**

- “Pieno rispetto delle direttive impartite dalla Direzione Strategica”;
- “Rispetto dei tempi procedurali”.

***Il Commissario con poteri di Direttore Generale***

***Dott. Giovanni Berardino Chiarelli***