



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2020/00245

DEL 14/05/2020

Collegio Sindacale il 14/05/2020

OGGETTO

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020-2022 : ADEGUAMENTO DEL PIANO E DEL DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE ANNO 2020 A SEGUITO DELL'ADOZIONE DELLA DGR 129/2020.

Struttura Proponente

Budget e Controllo di Gestione

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
PP 2020-2022_Aggiornamento aprile 2020	161	Allegato 1 outcome obiettivi indicatori	8
Allegato 2 Documento di Direttive - Aggi	27		

Uffici a cui notificare

Valutazione e Trattamento giuridico del personale	Economico Patrimoniale
Gestione del Personale - (PZ)	Comunicazione e Relazioni Esterne - (PZ)

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 14/05/2020

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

Il Responsabile di Procedimento, Dott.ssa Alessandra D'Anzieri relaziona quanto segue:

VISTO il Decreto Legislativo n. 150/2009 che all'art.10 dispone che le amministrazioni pubbliche adottino, entro il 31 gennaio di ciascun anno, un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance" in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, tanto al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance;

DATO ATTO che il Piano della Performance individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

RICHIAMATA la deliberazione aziendale n. 220 del 26/03/2019, integrata dalla DDG n. 353/2019 con cui è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione per un triennio, con decorrenza dal 01/04//2019;

PRESO ATTO CHE:

- con DDG n. 02/2020 è stato dato avvio al processo di negoziazione del budget operativo dei CdR aziendali anno 2020 mediante la costituzione del comitato di budget e la proroga degli obiettivi di budget approvati con DDG n. 440/2019 per l'anno 2019, integrata dalla DDG n. 545/2019 e n. 685/2019, nelle more dell'approvazione del budget operativo per l'anno 2020;
- con DDG n. 38/2020 è stato adottato il Piano della Performance 2020-2022 (annualità 2020) ed il Documento di Direttive 2020, nelle more dell'approvazione dei nuovi obiettivi di salute e programmazione economico finanziaria e del budget operativo aziendale 2020;

CONSIDERATO che con la suddetta deliberazione n. 02/2020 questa Azienda ci si riservava di provvedere all'aggiornamento infrannuale del Piano della Performance 2020-2022 e del documento di direttive anno 2020, a seguito dell'adozione dei nuovi atti di programmazione regionale e aziendale nel corso dell'anno 2019;

RICHIAMATA la DGR n. 129 del 02/03/2020 con cui la Regione Basilicata ha modificato e integrato per l'anno 2020 gli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2018-2020 di cui alle DGR n 190/2018, DGR n. 395/2019 e DGR n. 931/2019;

DATO ATTO CHE la DGR 129/2020 ha sostanzialmente riconfermato gli obiettivi regionali già assegnati all'ASP con DD.GG.RR. nn.190/2018, 395/2018, 931/2018,1222/2018 introducendo soltanto alcune modifiche ed integrazioni limitatamente ad un esiguo numero di obiettivi e target di riferimento e per come appresso meglio precisato:

- **ha modificato i target di raggiungimento dell'obiettivo 2.c.6:**
 - **percentuale di presa in carico con CIA>0,13 per over 65 in cure domiciliari**

target non raggiunto 0%	parziale 50%	completo 100%
meno di 50	tra 50 e 70	più di 70

- **ha eliminato gli obiettivi:**
 - **1.a.4 grado di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari);**
 - **2.a.5 tasso di ospedalizzazione per interventi stripping vene;**

- **4.g.1 verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico (GAP);**
- **ha introdotto l'obiettivo:**
 - **4.h.1 contenimento della spesa del personale sanitario;**

VISTA la DDG n. **36 del 30/01/2019** con cui è stato adottato il PTPCT per il triennio 2020-2022;

RITENUTO opportuno adeguare il Piano della Performance 2020-2022 e del documento di direttive anno 2020, alla luce dei predetti documenti, attraverso l'aggiornamento ed integrazione del Piano della Performance 2020-2022, dell'Allegato n. 1 "Tabella su Outcome – Obiettivi-Indicatori-Target- Piano triennale della Performance 2020-2022- Aggiornamento aprile 2020" e dell'Allegato n. 2 "Documento di Direttive anno 2020", allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

RITENUTO opportuno rinviare ad atto successivo l'approvazione del budget operativo per l'anno 2020 dei CdR aziendali;

Dato atto che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Di prendere atto della DGR n. 129 del 02/03/2020 con cui la Regione Basilicata ha modificato e integrato per l'anno 2020 gli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2018-2020 di cui alle DGR n. 190/2018, DGR n. 395/2019 e DGR n. 931/2019;

- **Di rimodulare e riapprovare** il Piano della Performance 2020-2022 ed il Documento di Direttive anno 2020, a seguito delle modifiche e delle integrazioni apportate per l'anno 2020, con DGR n.129/2020, agli obiettivi regionali di salute e di programmazione sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2018-2020 di cui alle DGR n. 190/2018, DGR n. 395/2019 e DGR n. 931/2019, del PTPCT 2020-2022, del Piano della Performance 2020-2022, dell'Allegato n. 1 "Tabella su Outcome – Obiettivi-Indicatori-Target- Piano triennale della Performance 2020-2022- Aggiornamento aprile 2020" e dell'Allegato n. 2 "Documento di Direttive anno 2020", allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

- **Di riservarsi di** approvare con separato provvedimento il budget operativo per l'anno 2020 dei CdR aziendali;

- **Di disporre** la pubblicazione del Piano in parola sul sito istituzionale nella sezione "Trasparenza, Valutazione, Merito" a cura del responsabile per la Trasparenza, Dott. Antonio Bavusi;

- **Di disporre** altresì la notifica del presente atto al Presidente dell'OIV a cura della UOC Controllo di Gestione.

IL DIRETTORE GENERALE

In virtù dei poteri conferitigli con Decreto di nomina dal Presidente della Giunta Regionale di Basilicata n. 258 del 16.11.2018;

Letta e valutata la proposta deliberativa riportata in narrativa;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario, resi per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati e per l'effetto:

Di prendere atto della DGR n. 129 del 02/03/2020 con cui la Regione Basilicata ha modificato e integrato per l'anno 2020 gli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2018-2020 di cui alle DGR n. 190/2018, DGR n. 395/2019 e DGR n. 931/2019;

- **Di rimodulare e riapprovare** il Piano della Performance 2020-2022 ed il Documento di Direttive anno 2020, a seguito delle modifiche e delle integrazioni apportate per l'anno 2020, con DGR n.129/2020, agli obiettivi regionali di salute e di programmazione sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2018-2020 di cui alle DGR n. 190/2018, DGR n. 395/2019 e DGR n. 931/2019, del PTPCT 2020-2022, del Piano della Performance 2020-2022, dell'Allegato n. 1 "Tabella su Outcome – Obiettivi-Indicatori-Target- Piano triennale della Performance 2020-2022- Aggiornamento aprile 2020" e dell'Allegato n. 2 "Documento di Direttive anno 2020", allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

- **Di riservarsi di** approvare con separato provvedimento il budget operativo per l'anno 2020 dei CdR aziendali;

- **Di disporre** la pubblicazione del Piano in parola sul sito istituzionale nella sezione "Trasparenza, Valutazione, Merito" a cura del responsabile per la Trasparenza, Dott. Antonio Bavusi;

- **Di disporre** altresì la notifica del presente atto al Presidente dell'OIV a cura della UOC Controllo di Gestione.

Alessandra D'Anzieri

L'Istruttore

Il Responsabile Unico del Procedimento

Giovanni Berardino Chiarelli

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Il presente provvedimento è notificato ai destinatari a cura dell'istruttore.

Luigi D'Angola

Lorenzo Bochicchio

Giuseppe Spera

Il Direttore Sanitario
Luigi D'Angola

Il Direttore Generale
Lorenzo Bochicchio

Il Direttore Amministrativo
Giuseppe Spera

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
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Performance 2020-2022 Annualità 2020

rev.1_27 aprile 2020

EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano della Performance (ex art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150) è un documento programmatico triennale da adottare entro il 31 gennaio di ciascun anno, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Il P.P. individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

Il presente «Piano della Performance 2020-2022 – Annualità 2020» è stato redatto in conformità al suddetto D.L. n. 150/2009 e nel rispetto di quanto riportato nelle delibere della CIVIT (oggi ANAC) n.112/2010 “*Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance*”; n.6/2013 “*Linee Guida relative al ciclo gestione della performance per l’anno 2013*” ; n. 89/2010 “*Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del sistema di misurazione e valutazione della performance* (articoli 13, comma 6, lett. d e 30, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150); n. 104/2010 “*Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance* ”; Linee guida PCM-DFP: «*Linee guida per il Piano della performance*» - Ministeri (per quanto compatibili);n.4/2017 «*Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni*»; n.5/2017 «*Linee guida per la misurazione della performance individuale*».

I punti salienti del Piano della Performance 2020-2022 - Annualità 2020.

La prima parte del P.P. descrive “*chi siamo*” attraverso la rappresentazione dell’articolazione dell’ASP, dell’assetto organizzativo aziendale e dell’organigramma.

La seconda parte descrive il contesto interno ed esterno nel quale opera l’Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell’offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento.

Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane in dotazione, dei principali dati economico-finanziari e dei servizi sanitari erogati.

Il contesto esterno viene analizzato dal punto di vista *demografico* (struttura e dinamica della popolazione) ed *epidemiologico* (tassi di mortalità e di morbosità) per giungere ad una lettura del rapporto tra la domanda e l'offerta dei servizi, e dei flussi di mobilità attiva e passiva intra ed extra regionale..

La parte terza contiene la rappresentazione dell'Albero della Performance.

Gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, schematicamente declinati nell'Albero della Performance, sono coerenti con gli indirizzi di programmazione regionale (obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria di cui alla DGR n.395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 931/2019 e, successivamente, per l'anno 2020, come rimodulati dalla **DGR n.129/29020** nonché con il Documento di Direttive Anno 2020. Il presente Piano sarà integrato dal Budget Operativo dell'anno 2020.

L'ultima sezione del Piano della Performance (parte quarta) descrive il ciclo di gestione della performance, ponendo attenzione anche alla coerenza degli obiettivi di performance con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

In conclusione viene, infine, rappresentato il collegamento del Piano della Performance con il Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza 2020-2022.

In allegato al Piano segue la Tabella ripotante gli outcome, gli obiettivi, gli indicatori ed i target.

PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Relazione sulla Performance anno 2018: punti di debolezza, criticità e opportunità

Di seguito si rappresenta una disamina sintetica dei punti di debolezza e minacce al cambiamento, alcuni propri del contesto esterno, altri presenti all' interno dell'organizzazione aziendale:

I principali punti di debolezza:

- Insufficiente integrazione ospedale - territorio;
- Logistica carente nella sede legale;
- Carenza di personale;
- Presenza di popolazione anziana superiore rispetto alla media regionale
- Condizioni di disagio territoriale

Le minacce al cambiamento

- Reazioni al cambiamento delle categorie interessate dagli interventi di razionalizzazione
- Difesa corporativa del territorio;
- Rifiuto alla verifica ed all'integrazione;
- Resistenze dei privati alla ridefinizione di un nuovo modello di offerta nell'area sociosanitaria;
- Difficoltà dei comuni a sostenere la spesa compartecipata.

Le opportunità:

- Consapevolezza tra le parti sociali delle difficoltà nazionali e regionali;
- Riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera e territoriale;
- Sviluppo della tecnologia informatica, a supporto dei processi di regolazione e di governare dei sistemi operativi organizzativo - gestionali;
- Valorizzazione delle risorse umane;
- Sviluppo di una adeguata comunicazione tra l'Azienda e la comunità, in un'ottica di sempre maggiore trasparenza;
- Sviluppo delle reti interaziendali.

La disamina dei punti di debolezza e delle minacce al cambiamento deve fungere da stimolo a migliorare la performance nell'anno 2020, con azioni volte a omogeneizzare le procedure, a rafforzare l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri, a migliorare il clima interno e ad intensificare la comunicazione con gli utenti e con gli altri portatori di interesse.

La Relazione sulla Performance anno 2018 nel segnalare gli obiettivi non raggiunti nell'annualità di riferimento, orienta l'Azienda ad intensificare i suoi sforzi verso alcune direzioni in particolare, allo scopo di rimuovere gli ostacoli ed i rischi che impediscono il pieno conseguimento di determinati obiettivi.

Particolari criticità si rilevano nel conseguimento di obiettivi quali:

- ***La valutazione degli esiti della riorganizzazione e degli investimenti effettuati nelle strategie per il controllo del dolore (vedasi consumo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore);***
- ***Il miglioramento dell'efficacia dell'assistenza territoriale con particolare riferimento ad alcuni comportamenti prescrittivi nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, anche al fine di rispettare il tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale;***
- ***Il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa del sistema di emergenza-urgenza (vedasi l'indicatore «intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso»);***
- ***Il raggiungimento del Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni).***

L'impegno richiesto per il conseguimento di tali obiettivi necessita di una programmazione di medio e lungo periodo, stante la complessità delle variabili e dei fattori (interni ed esterni all'Azienda) che incidono concretamente sulla possibilità di ottenere risultati positivi.

**Visione ed obiettivi strategici ed operativi
per il triennio 2020-2022
Annualità 2020**

Il presente Piano ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei processi e delle azioni (*Performance Organizzativa*) attraverso cui l'Azienda intende raggiungere gli obiettivi volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro focus nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa aziendale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale di seguito richiamati:

- DGR n. 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 931/2019 con le quali la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi regionali di salute e di programmazione economico-finanziaria per le ASL e A.O. regionali per gli anni 2018-2020, nonché la DGR 129/2020 con la quale sono state apportate alle predette modifiche ed integrazioni per l'anno 2020;
- Documento di Direttive anno 2020, approvato in uno al presente Piano, che recepisce gli obiettivi di mandato di direzione e quelli della DGR n. 395/2019. In tale documento viene richiamata la metodica di budget e sono esplicitati gli obiettivi istituzionali e strategici individuati dalla Direzione Generale, in coerenza con le scelte programmatiche regionali e con gli atti di programmazione aziendali;
- DDG n. 440 del 26.06.2019 con cui sono state approvate, per l'annualità 2019, le schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale, a seguito del processo di negoziazione, ed è stata definita l'attività di programmazione, di monitoraggio e di verifica delle attività e dei costi delle unità operative stesse;
- DDG n. 2 del 08.01.2020. Avvio del processo di negoziazione del budget operativo dei CdR aziendali per l'anno 2020. Costituzione del Comitato di budget e proroga degli obiettivi negoziati nell'anno 2019;
- DDG n.723 del 8/11/2019 con la quale è stato adottato il bilancio economico preventivo 2020 e triennale 2020-2022.

Obiettivi di mandato

Nel 2019 ,a conclusione della fase di Commissariamento delle ASL lucane è stato nominato, con DPGR n. 258 del 16/11/2018 su conforme Delibera di Giunta Regionale n. 1222 del 16/11/2018, il nuovo Direttore Generale della Azienda ASP di Potenza.

Il Direttore Generale 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 del Contratto Rep. N. 7/2019.

Detti obiettivi si declinano come di seguito specificato.

- **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):** garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e garantire gli adempimenti finalizzati al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti medesimi previsti nel questionario ministeriale relativo all'erogazione dei LEA;
- **Equilibrio Economico Finanziario:** garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili;
- **Governo dei tempi di attesa:** garantire il rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (RAO); per le prestazioni di specialistica ambulatoriale non in classe di priorità va realizzato il contenimento delle liste di attesa, rilevate annualmente, anche attraverso specifici accordi interaziendali con la finalità di riportare tendenzialmente le prestazioni delle branche di cardiologia e di diagnostica per immagine entro un valore massimo di 60 gg e nel rispetto di quanto stabilito negli articoli 4 e 72 della LR N. 11 del 29.12.2018;

Obiettivi di mandato

- **Emergenza urgenza 118**: assicurare la riduzione graduale all'Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso garantendo per i primi due anni un valore dell'intervallo ricompreso nella griglia LEA ministeriale con punteggio pari a tre punti e nel terzo anno un valore dell'intervallo nella medesima griglia LEA con punteggio pari a sei punti;
- **Garanzia del rispetto del debito informativo**: garantire il corretto, completo e tempestivo adempimento del debito informativo, in particolare riferimento ai flussi informativi obbligatori nazionali (debito informativo Stato Regioni del 23.3.2005) e regionali;
- **Sanità Digitale**: garantire la piena attivazione del fascicolo sanitario elettronico nel rispetto della tempistica definita a livello nazionale e completare il processo di dematerializzazione di tutta la documentazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali farmaceutiche nel rispetto delle normative nazionali, e del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati;

Obiettivi di mandato

- **Piano Regionale di Prevenzione** : attuazione, con riferimento all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza-ASP, e integrazione con le altre Aziende Sanitarie regionali, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale della Prevenzione, con particolare attenzione alle disposizioni in materia di prevenzione vaccinale;
- **Trasparenza e lotta alla corruzione**: mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, nonché mettere in atto tutte le azioni previste dal Piano Aziendale di lotta alla Corruzione, provvedendo altresì al suo ordinario aggiornamento.

Obiettivi regionali DGR 395/2019 e DGR 931/2019

Gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria sono stati approvati dalla Regione Basilicata con DGR n.395/2019 integrata e modificata per l'anno 2019 con DGR 931/2019 e, per l'anno 2020, dalla DGR n.129/2020, Nell'Allegato 1 della predetta DGR sono state definite le aree di risultato ed i relativi obiettivi di salute assegnati alle Aziende Sanitarie. Risultano, altresì, esplicitate le metodologie e le schede di indicatori per ogni Azienda Sanitaria Regionale. Il sistema di valutazione 2018-2020 si compone di *n. 4 principali aree di risultato*, ciascuna articolata in più obiettivi, come di seguito riportato:

1) Tutela della salute:

- Prevenzione Primaria
- Promozione stili di vita sani
- Screening oncologici
- Sicurezza sul lavoro
- Sanità Veterinaria

2) Performance organizzative e cliniche aziendali:

- Appropriately area clinica
- Appropriately organizzativa
- Efficacia assistenziale territoriale
- Efficacia Percorso Emergenza - Urgenza

Obiettivi regionali DGR 395/2019 e DGR 931/2019

3) Gestione Economico-finanziaria:

- Efficienza prescrittiva farmaceutica
- Appropriately prescrittiva farmaceutica
- Appropriately prescrittiva diagnostica
- **Efficienza mobilità ospedaliera***

4) Conseguimento di obiettivi strategici regionali:

- **Valutazione ricerca***
- Cure Palliative
- Utilizzo dei flussi informativi
- Risk management
- Controllo cartelle cliniche
- Autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie
- **Monitoraggio spesa del personale sanitario***

**(in grassetto gli obiettivi integrativi stabiliti ex DGR n.129/2020)*

Gli obiettivi sono valutati mediante una serie di indicatori quali-quantitativi sintetici distinti per le 4 aree di risultato, all'ASP sono assegnati 17 obiettivi misurati da 51 indicatori. Alcuni dei 51 indicatori sono anche finalizzati al parere di conferma dell'incarico di direzione generale dopo il 24° mese e alla valutazione globale di performance dell'Azienda (VGP). Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo.

Per ogni indicatore è previsto 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.

Obiettivi regionali DGR 395/2019 e DGR 931/2019

Ai fini del parere di confermabilità nell'incarico di Direzione Generale dopo il 24-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 (≥ 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).

Obiettivi regionali DGR 395/2019 e DGR 931/2019

A fini, invece, della Valutazione Globale di Performance (V.G.P.) è stato selezionato un set ridotto di indicatori che, per l'ASP, è costituito dai 6 (sei) seguenti:

- 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 (≥ 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 2019, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2018 e quello conseguito nell'anno 2019. 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.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022-annualità 2020

Nel Bilancio di Previsione anno 2020 e triennale 2020-2022, adottato con DDG n. 723 del 08/11/2019, sono state individuate le risorse da impiegare per lo svolgimento delle azioni volte alla soddisfazione dei bisogni espressi dalla popolazione assistita e dagli stakeholder.

Gli obiettivi e le azioni per macro-area di assistenza sono stati riportati nella relazione di accompagnamento al suddetto Bilancio di previsione.

Gli obiettivi prioritari distinti per macro-area sono di seguito esplicitati.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022–annualità 2020

Area della Prevenzione

- incentivare la cultura della prevenzione, promuovendo iniziative volte al miglioramento degli stili di vita;
- ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
- sviluppare sinergie tra i due Dipartimenti di Prevenzione e promuovere l'integrazione con i Distretti;
- rafforzare il processo di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure;
- integrare i programmi di screening nei piani di prevenzione attiva;
- potenziare le attività di educazione sanitaria, con particolare riferimento alle nuove patologie derivanti dai disturbi del comportamento e da stili di vita inadeguati, anche attraverso campagne informative su tematiche specifiche;
- migliorare i livelli di copertura vaccinale e programmazione delle attività vaccinali, come previsto dal PNPV 2017-2019 e relativi protocolli operativi nonché dalle linee guida regionali circa l'inserimento delle vaccinazioni nei LEA e graduale inserimento di nuovi vaccini (es. HPV nei maschi e introduzione di anti-zoster negli anziani);
- informatizzare l'attività di controllo e vigilanza sui luoghi di lavoro;
- garantire il “consumatore” su qualità e sicurezza per tutti gli alimenti di origine animale, attraverso l'effettuazione omogenea e coordinata dei controlli e monitoraggio, in tutte le fasi della produzione e della distribuzione, previsti dal legislatore nazionale e regionale, con adattamento alle specifiche situazioni territoriali;

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022–annualità 2020

Area della Prevenzione

- promuovere azioni di formazione/informazione agli operatori/utenti, nonché a tutto il personale, sia della dirigenza che del comparto;
- potenziare le iniziative di confronto con le varie articolazioni presenti nella comunità (gruppi target, associazioni, stakeholder, ecc.), anche attraverso l'attivazione di tavoli di lavoro dedicati, per entrambi i Dipartimenti di Prevenzione, la partecipazione ai vari eventi organizzati da Istituzioni, Associazioni e privati cittadini attinenti alle materie di interesse, nonché assicurando la propria collaborazione ad Università, Istituti ed Enti Nazionali ed europei, per favorirne l'attività di ricerca e di azione;
- garantire il mantenimento dei requisiti di “territorio ufficialmente indenne”;

Progetto EpiBAS

- proseguire la attività iniziata nel 2019 al fine di completare il target di popolazione campionaria individuata (circa 2000 soggetti arruolati);
- Garantire l'eventuale estensione del campione e/o l'estensione dello studio ad altre aree ad altri comuni che già da tempo hanno effettuato richiesta formale;
- promuovere l'esportazione del modello di studio ad altre aree/siti ad elevata pressione ambientale.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022–annualità 2020

Area della Salute Mentale e delle Nuove Dipendenze

- promuovere interventi di prevenzione del disagio mentale e delle dipendenze;
- favorire l'attività di prevenzione dei CSM aziendali al fine di garantire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale;
- attivare misure di integrazione per l'inclusione sociale e la lotta allo stigma;
- promuovere la lotta alle nuove dipendenze anche attraverso la realizzazione di campagne informative nelle scuole;
- garantire la predisposizione ed la approvazione del progetto adeguamento SPDC c/o l'AOR San Carlo di Potenza che prevede un incremento del numero dei posti letto parametrato al tasso di occupazione superiore al 100%.
- Realizzare gli obiettivi e le attività previste nel "Piano Regionale 2017/2018 - Gioco d'Azzardo Patologico;

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022–annualità 2020

Area della Assistenza Territoriale

EFFICIENTAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO DELL'EMERGENZA URGENZA 118

- Adeguamento strutturale dei Punti Territoriali di Soccorso (P.T.S.), come da cronoprogramma dei lavori predisposto dall'UOC Attività Tecniche dell'ASP.
- Messa in sicurezza degli operatori del 118 attraverso il potenziamento dell'attività di sorveglianza in materia di sicurezza. Agli operatori verranno garantiti idonei dispositivi di sicurezza (divise e calzature).
- Superamento della precarietà contrattuale dei medici : con Deliberazione del Direttore Generale n. 710 del 29/10/2019, inoltre, è stato attivato, dopo 20 anni, il “Corso di formazione finalizzato al conseguimento dell'idoneità allo svolgimento delle attività di medico dell'emergenza sanitaria territoriale”. Tale corso si svolgerà nei primi mesi dell'anno 2020.
- Rispetto dei tempi dell'intervallo allarme target attraverso:
 - il completamento delle operazioni di collaudo delle nuove ambulanze (57 acquistate di cui 25 pervenute) e la dotazione delle stesse ai Punti Territoriali di soccorso;
 - la puntuale e tempestiva manutenzione delle ambulanze attualmente in uso;
 - attivazione e sviluppo del nuovo software di gestione della centrale operativa;
 - formazione del personale della centrale operativa 118 dei PP.TT.S..

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022 - annualità 2020

Area della Assistenza Territoriale

- Proposta per l'istituzione\modifiche\implementazione di nuove postazioni del DEU 118 sul territorio regionale che verrà elaborata e trasmessa al Dipartimento Politiche della Persona.

POTENZIAMENTO DEL RUOLO DEL DISTRETTO

- Il potenziamento del ruolo del distretto è la risposta necessaria per favorire un assetto integrato dei servizi sanitari e sociali.
- Nel distretto dovranno afferire anche le istituzioni che hanno responsabilità dei servizi sociali (i Comuni associati), il volontariato e il terzo settore, per costruire un modello forte ed omogeneo per la gestione dei servizi ad integrazione socio-sanitaria affinché diventi un “distretto della salute e della coesione sociale”.
- Il Distretto deve essere un luogo riconoscibile dai cittadini perché risponde non solo ad aspetti amministrativi ma ai bisogni di salute della comunità locale come parte della essenziale della governance di sistema.
- Il modello di governo da realizzare è quello “distretto forte” in cui confluiscono committenza e gestione dei servizi territoriali (produzione) e con un direttore più operativo e gestionale.
- Un distretto «forte» deve definire il luogo e le modalità di confronto con gli enti locali (Comitato dei Sindaci), programmare mediante il Programma delle attività territoriali (PAT) da aggiornare periodicamente (art. 3 quater comma 2 del D.Lgs 502/1992).

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022–annualità 2020

Area della Assistenza Territoriale

- E' necessario, pertanto, definire le modalità di coordinamento con i Dipartimenti aziendali (DSM, Prevenzione, etc.) per il raggiungimento degli obiettivi individuati nel PAT e per i quali il distretto deve avere una funzione di co-programmazione, sviluppo e controllo.
- Le linee strategiche del distretto sono:
- rendere esplicita la definizione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per pz fragili, cronici e disabili;
- adottare un modello di presa in carico capillare complessiva omogenea ed equa al fine di aumentare l'appropriatezza del contesto di cura;
- sviluppare percorsi strutturati per pz fragili e disabili volti a superare le diseguaglianze di accesso;
- costituire un gruppo tecnico per l'analisi della domanda, dell'offerta territoriale e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche disponibili;
- elaborare un programma delle attività territoriali e di ri-pianificazione dell'offerta territoriale che tenga conto della messa in comune" ed appropriatezza nell'uso delle risorse;
- sviluppare adeguati percorsi assistenziali in modo da garantire che le prestazioni rese al paziente siano uniformate e condivise dai professionisti;

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022 - annualità 2020

- potenziare le sinergie con gli enti territoriali (comuni in primis) anche attraverso l'utilizzo dello strumento della conferenza dei sindaci.

ALTRE AZIONI E STRATEGIE OPERATIVE

- Sviluppare la centrale unica di dimissioni;
- Garantire l'omogeneizzazione dell'ADI;
- Promuovere l'appropriatezza della spesa farmaceutica;
- Attuare PDTA per pazienti cronici portatori di diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie croniche ostruttive nei Distretti;
- Garantire l'abbattimento delle liste di attesa ed appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Monitorare l'efficacia del percorso per il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche.

POLIAMBULATORIO MADRE TERESA DI CALCUTTA

- Potenziamento dell'attività chirurgia;
- Miglioramento e potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica (TAC 64 slice, di una RM 1,5 tesla ed di un mammografo).

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022–annualità 2020

Area della Assistenza Territoriale

RIORGANIZZAZIONE DEI PRESIDII OSPEDALIERI DISTRETTUALI

PRESIDIO DISTRETTUALE DI CHIAROMONTE

- Potenziamento delle attività relative ai disturbi dello spettro autistico: attuazione di un progetto per il sostegno del paziente autistico adulto;
- Sviluppo di due moduli residenziali per bambini affetti da autismo in età evolutiva;
- Consolidamento delle attività del Centro Disturbi Alimentari e del Centro di Riabilitazione Alcolologia;
- Sviluppo della rete di riabilitazione anche attraverso il coinvolgimento dei medici di medicina generale e pediatri di Libera scelta;
- Miglioramento e potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale attraverso il potenziamento della dotazione strumentale ed in particolare di un Telecomandato, di un Angio CT, di un Biometro, di due Ecografi di fascia alta e di un Ecografo portatile;
- Prestazioni di chirurgia ambulatoriale.

Area della Assistenza Territoriale

RIORGANIZZAZIONE DEI PRESIDII OSPEDALIERI DISTRETTUALI

PRESIDIO DISTRETTUALE DI LAURIA

- Consolidamento delle attività dell'Hospice Pediatrico in collaborazione con l'AORN Santobono Pausilipon di Napoli;
- Predisposizione di un progetto per l'avvio delle procedure finalizzate alla realizzazione della LAIC;
- Miglioramento e potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale attraverso il potenziamento della dotazione strumentale ed in particolare di una Risonanza articolare a basso campo e di un mammografo.

PRESIDIO DISTRETTUALE DI MARATEA

- Attivazione di ulteriori Strutture Residenziali da dedicarsi alle cure, anche riabilitative, per anziani e disabili, nonché un Centro residenziale Alzheimer.

Area della Assistenza Territoriale

RIORGANIZZAZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI DISTRETTUALI

PRESIDIO DISTRETTUALE DI VENOSA

- Potenziamento dell'attività chirurgia e in particolare della chirurgia oculistica;
- Miglioramento e potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale attraverso il potenziamento della dotazione strumentale ed in particolare di una TAC 32 slice, di un Telecomandato e di un Angio CT;
- Completamento dei lavori di ristrutturazione del reparto di Lungodegenza;
- Consolidamento del Centro Alzheimer attraverso anche il reclutamento di un neurofisiopatologo ed un terapeuta occupazionale;
- Avvio delle procedure finalizzate alla realizzazione di n. 10 posti letto di RSA.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022–annualità 2020

Area Amministrativa e di Staff

- Monitoraggio e razionalizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie;
- Azioni di sensibilizzazione per una maggiore appropriatezza prescrittiva nell'ambito farmaceutico;
- Applicazione delle misure programmate con il Piano Triennale 2019-2021;
- Valorizzazione della collaborazione e dei collegamenti informativi e professionali tra le strutture di erogazione dei servizi sociosanitari e quelle di supporto;
- Rivisitazione del sistema di valutazione delle performance individuali e di struttura;
- Potenziamento della rete informatica territoriale ed estensione dell'informatizzazione dei servizi volta a una sempre maggiore dematerializzazione delle attività;
- Monitoraggio e razionalizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie;
- Valorizzazione della collaborazione e dei collegamenti informativi e professionali tra le strutture di erogazione dei servizi sociosanitari e quelle di supporto;
- Rivisitazione del sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale;

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022–annualità 2020

Area Amministrativa e di Staff

- Potenziamento della rete informatica territoriale ed estensione dell'informatizzazione dei servizi volta a una sempre maggiore dematerializzazione delle attività;
- Costante monitoraggio dell'anagrafica aziendale e del suo allineamento con il MEF;
- Verifica periodica sulla corretta alimentazione, in tutte le strutture aziendali, dei flussi informativi verso la Regione ed il Ministero;
- Rafforzamento della collaborazione interaziendale attraverso la realizzazione dei Dipartimenti interaziendali regionali e delle strutture complesse interaziendali;
- Monitoraggio degli Standard di Qualità dei servizi con riferimento alla percezione dell'utenza;
- Individuazione e rilevazione del fabbisogno di personale secondo principi di efficienza ed efficacia;
- Sviluppo del Piano di Comunicazione ed efficientamento;
- Razionalizzazione delle attività negoziali nella ripartizione di competenze tra gli uffici amministrativi.

L' Equilibrio Economico-Finanziario

Il bilancio preventivo per l'anno 2020, approvato con DDG n. 723 del 08/11/2019, evidenzia un risultato economico a pareggio. Le azioni di contenimento dei costi, poste in essere dall'azienda, hanno fatto registrare negli anni una graduale riduzione delle perdite di esercizio fino a far rilevare a partire dall'anno 2016 un utile di esercizio. Dalle risultanze delle previsioni per l'anno 2020 si rileva che questa Azienda tenderà a garantire il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario anche per l'esercizio 2020.

Alla luce dei vincoli normativi l'ASP ha ravvisato l'esigenza di mettere in campo azioni finalizzate al contenimento dei costi, individuate e descritte nella relazione di accompagnamento al bilancio preventivo 2020 e triennale 2020-2022.

Sono state individuate alcune macro aree di intervento per le quali l'Azienda ASP di Potenza deve intervenire con misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa al fine di assicurare l'equilibrio economico.

Di seguito si elencano le suddette aree di intervento :

- **FARMACI - DISPOSITIVI MEDICI - VACCINI**

- 1.razionalizzazione delle scorte di farmaci dei magazzini farmaceutici; 2. monitoraggio mensile sul rispetto del tetto di spesa dei consumi di farmaci e dispositivi medici; 3. incontri periodici con tutti i medici prescrittori per la razionalizzazione dei farmaci distribuiti dalle farmacie territoriali anche in nome e per conto; 4. attività di verifica sull'appropriatezza prescrittiva 5. monitoraggio del consumo dei farmaci innovativi e per la cura dell'epatite C; 6. monitoraggio dei costi relativi alla distribuzione dei vaccini per la recente normativa che prevede l'assoggettamento all'obbligo vaccinale per 12 malattie)

- **ACQUISTI BENI E SERVIZI**

- 1.monitoraggio trimestrale degli acquisti di beni e servizi rispetto al budget previsto 2. monitoraggio dei costi relativi a collaborazioni professionali. 3 tenuta e aggiornamento dello scadenziario dei contratti)

-
- **PERSONALE:**
 - aumenti di costo per gli incrementi contrattuali;
 - aumenti di costo per le assunzioni che saranno realizzate secondo il Piano di Fabbisogno del Personale per il Triennio 2019/2021;
 - riduzione dei costi per i pensionamenti e le cessazioni dal servizio;
 - individuazione, con delibera n. 640 del 23/09/2019, del tetto massimo dei compensi aggiuntivi di cui all'art. 56 del CC.NN.LL. delle Aree Dirigenziali dell'08/06/2000 ed alla Legge n. 1 dell'08/01/2002 per l'anno 2019 individuazione, con Delibera n. 424 del 14/06/2019, del tetto massimo per rimborsi spese al personale dipendente per l'anno 2019,

-
- **ONERI DIVERSI DI GESTIONE**
 - abbattimento dei compensi relativi alla voce di costo “Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli organi direttivi e collegio sindacale”;
 - azzeramento dei costi delle Commissioni Invalidi Civili;
 - riduzione del tetto di spesa per la voce di costo “rimborso spese al personale dipendente”, in applicazione dell’art. 19 della L.R. n. 16. Con delibera aziendale n. 250 del 15/05/2014 è stato previsto il limite di spesa con esclusione del personale di ispezione;
 - riduzione dei costi di cui alla L.R. 17/2011, art. 11, per compensi per la partecipazione a commissioni.
 - Previsione della quota a carico dell’Azienda per il pagamento delle attività della SUAB.

 - **GODIMENTO DEI BENI DI TERZI**
 - è stato avviato un processo di rivisitazione delle sedi aziendali tendente all’eliminazione dei fitti passivi ed ad una maggiore efficienza organizzativa mediante accorpamento in un’unica sede di servizio delle attività dislocate su più sedi;
 - i processi di razionalizzazione dei costi hanno prodotto un effetto di contenimento della spesa.

Obiettivi correlati alla promozione delle pari opportunità sul lavoro all'interno dell'Azienda e recepiti nel Piano della Performance.

Nell'ASP è attivo il “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG), rinnovato nella sua composizione con Deliberazione del Commissario n. 446 del 20.06.2018.

Con DDG n. 446 del 26.06.2019 è stato adottato il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2019-2021(PAP) predisposto dal CUG.

Il suddetto Piano individua tre aree di intervento come di seguito riportate:

1. Formazione, divulgazione e implementazione delle attività del C.U.G.;
2. Benessere organizzativo, stress lavoro correlato, conciliazione tempi di vita – tempi di lavoro;
3. Analisi della Organizzazione aziendale rispetto alle pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e fenomeni di mobbing.

Per ogni area sono state definite le Singole Azioni Positive, per un totale di 11 azioni, specificando per ciascuna: obiettivi, descrizione dell'intervento, soggetto promotore/attuatore, strutture aziendali coinvolte, destinatari, tempi di realizzazione, costi operativi, indicatori di esito

Obiettivi correlati alla promozione delle pari opportunità sul lavoro all'interno dell'Azienda e recepiti nel Piano della Performance.

Sono stati proposti i seguenti obiettivi di performance relativamente alla promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo e al contrasto di ogni forma di discriminazione in ambito lavorativo all'interno dell'Azienda:

Obiettivo n.1 : Attuazione delle azioni previste nel PAP 2019-2021; in riferimento a tale obiettivo si sottolinea l'importanza dell'attuazione nel 2020 delle seguenti azioni del PAP 2019-2021:

- Eventi formativi e informativi per tutti/e i/le dipendenti sulle tematiche del C.U.G;
- Valutazione del benessere organizzativo, attraverso l'adozione del questionario predisposto dall'ANAC sul benessere organizzativo (da considerarsi obiettivo di performance per tutte le UU.OO);
- Convenzioni con servizi educativo-culturali e di assistenza presenti sul territorio provinciale;

Obiettivo n.2: Relazione annuale del CUG sulla situazione del personale relativamente alle materie di propria competenza, con allegate informazioni fornite al CUG entro il 1 marzo 2020 dall'amministrazione.

•	PARTE PRIMA.....	01
○	Chi siamo	
•	Articolazione dell'ASL di Potenza.....	02
•	Assetto Organizzativo Aziendale.....	05
•	PARTE SECONDA.....	08
○	Il Contesto Interno.....	09
•	Le risorse umane.....	10
•	Principali dati economico finanziari.....	13
•	I servizi sanitari erogati.....	16
○	Il Contesto Esterno.....	52
•	Analisi Demografica.....	53
•	Analisi Epidemiologica.....	59
•	Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente flussi di mobilità.....	63
	Framework economico del servizio sanitario nazionale e regionale.....	67

•	PARTE TERZA.....	74
○	Albero della Performance: declinazione degli obiettivi strategici ed operativi 2020-2022	75
•	PARTE QUARTA.....	98
○	Ciclo di gestione della performance	
•	Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance.....	99
•	Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.....	100
•	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	101
•	Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance.....	102
•	Collegamento del Piano della Performance con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022	107
•	Dalla Pianificazione Strategica alla Performance Organizzativa.....	108
•	Dalla Performance organizzativa alla Performance individuale	110
•	I Progetti obiettivi per il personale del comparto.....	113
•	Comunicazione della Performance 2020/2022.....	116
•	Allegato 1 - Tabella su Outcome – Obiettivi – Indicatori – Target	

PARTE PRIMA

Chi siamo

Articolazione dell'ASL di Potenza

- L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (**ASP**) è stata istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008.
- L'ASP, dal 1 gennaio 2009, è subentrata alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro.
- Per effetto della L.R. 2/2017, a partire dal 01.01.2017, l'attività per acuti erogata dai Presidi Ospedalieri di Melfi, Lagonegro e Villa d'Agri è stata trasferita all'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza.
- L'**ASP** è dotata di personalità giuridica e svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Potenza.
- Il sito internet istituzionale è il seguente: www.aspbasilicata.it
- Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



- Il territorio comprende **100 comuni** con una popolazione complessiva di **364.960 abitanti** in un'area di **6.594 km²**, ed è organizzato nei seguenti **sei Distretti**:

- **Distretto Venosa**
- **Distretto Melfi**
- **Distretto Potenza**
- **Distretto Villa d'Agri**
- **Distretto Lauria**
- **Distretto Senise**

L'ASP di Potenza opera mediante **4 Presidi Ospedalieri Distrettuali (POD)** e **98 presidi non ospedalieri a gestione diretta** che erogano i seguenti tipi di assistenza:

TIPO STRUTTURA	NUMERO DI STRUTTURE
STRUTTURE OSPEDALIERE PER POST ACUTI	4
STRUTTURA RESIDENZIALE	8
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	3
AMBULATORIO E LABORATORIO	49
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	34

Fonte: Modello Ministeriale STS 11

L'ASP di Potenza comprende **58 strutture convenzionate**, che erogano i seguenti tipi di assistenza:

TIPO STRUTTURA	NUMERO DI STRUTTURE
STRUTTURA OSPEDALIERA PER POST - ACUTI	1
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	2
STRUTTURA RESIDENZIALE	20
AMBULATORIO E LABORATORIO	32
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	3

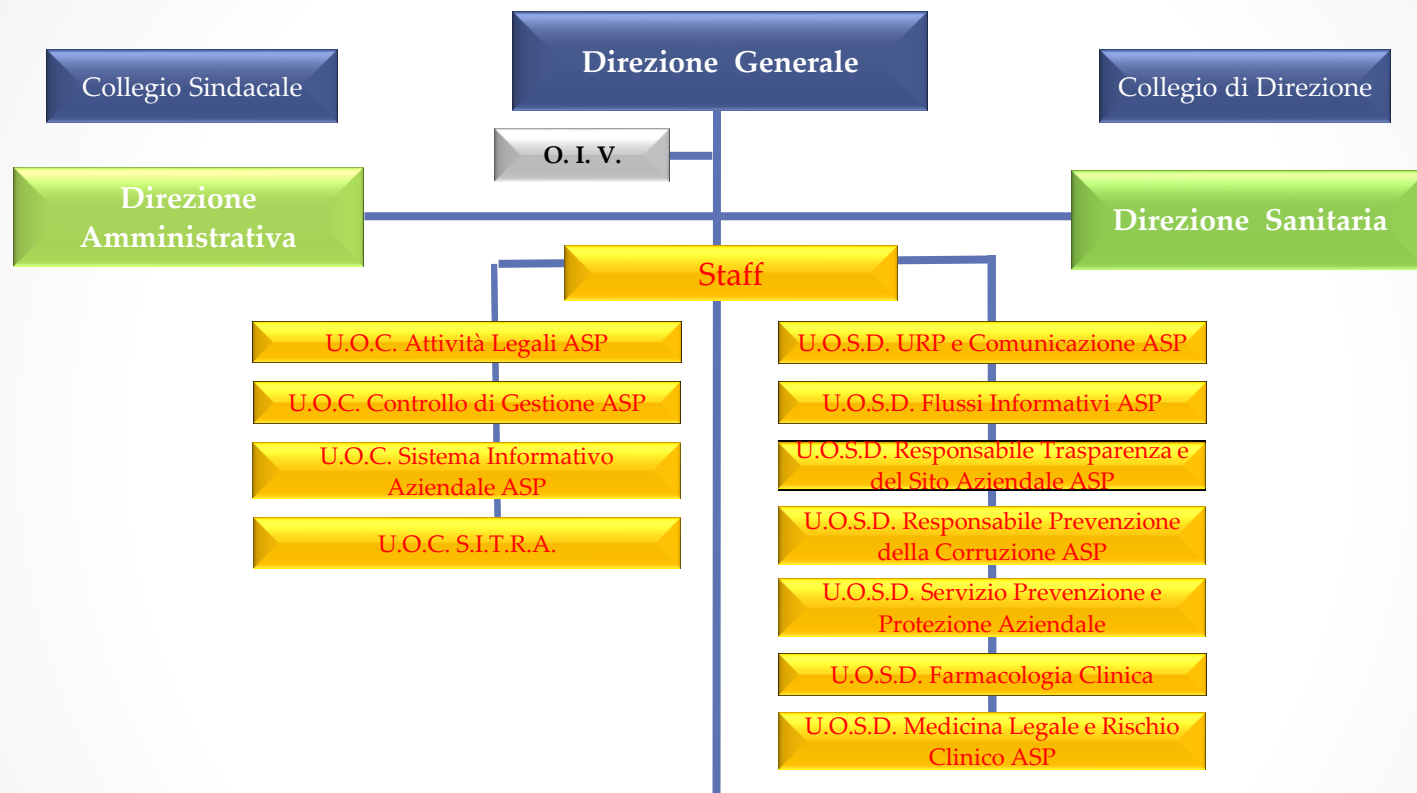
Fonte: Modello Ministeriale STS 11-RIA 11

Assetto Organizzativo aziendale

- L'**organizzazione aziendale** è articolata nelle funzioni amministrativa-tecnico-logistica, di prevenzione, territoriale ed ospedaliera.
- Gli organi aziendali sono:
 - Direttore Generale
 - Collegio Sindacale
 - Collegio di Direzione
- Lo svolgimento delle funzioni direzionali è supportato da:
 - Strutture di Staff
 - OIV
 - Organismi previsti
(Conferenza dei Sindaci, Consiglio dei Sanitari, Comitato Etico, Comitati Consultivi Misti, Comitato Unico di Garanzia)
- La **funzione di prevenzione** si articola in:
 - Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana
 - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale

-
- La **funzione territoriale** svolta nei Distretti Sanitari di Base si articola nelle seguenti attività assistenziali:
 - Assistenza Primaria Assistenza Domiciliare
 - Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Protesica
 - Assistenza Riabilitativa
 - Assistenza Farmaceutica
 - Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
 - Assistenza Sociosanitaria
 - Assistenza Alle Dipendenze Patologiche
 - Assistenza Residenziale, Semiresidenziale e Territoriale
 - Emergenza-urgenza 118
 - Assistenza Termale
 - La **funzione di integrazione – ospedale territorio** si articola nei:
 - Presidi Distrettuali per le Post-Acuzie
 - Dipartimento post acuzie e continuità ospedale territorio
 - Dipartimento Salute Mentale.

ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE



Dipartimenti



PARTE SECONDA

Il Contesto Interno

Il Contesto Esterno

Il Contesto Interno

- Le risorse umane
- Principali dati economico finanziari
- I servizi sanitari erogati

LE RISORSE UMANE

Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato ed indeterminato, alla data del **31 dicembre 2018**, sono pari a n. **1.916** unità.

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI DELLE RISORSE UMANE ANNO 2018	
Età media del Personale (anni)	46
Età media dei dirigenti (anni)	57
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2015-2016	-3,52%
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2016-2017	-27,67%
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2017-2018	-2,49%
% di dipendenti in possesso di laurea al 31/12/2018	35,22%
% di dirigenti in possesso di laurea al 31/12/2018	100%
Ore di formazione per il personale dipendente-anno 2018	13.522
Ore di formazione per il personale dipendente-anno 2019	11.827
Turnover del personale	12,89%
Costi di formazione anno 2018	€ 67.932
Costi di formazione anno 2019	€ 70.802

Fonte dati: UOC Gestione delle Risorse umane

Nelle tabelle che seguono si riportano gli indicatori sul benessere organizzativo e sull'analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni sui dati del personale in servizio al 31 dicembre 2018 (Fonte UOC Gestione del Personale)

Analisi Benessere organizzativo	
Indicatori	Valore
Tasso di assenza	22,40%
Tasso di dimissioni premature	0,00%
Tasso di richieste di trasferimento	1,82%
Tasso di infortuni	4,70%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 23.568

Analisi di genere		
Indicatori		Valore
% di dirigenti donne		6,99%
% di donne rispetto al totale del personale		52,56%
Stipendio medio percepito dal personale donna:	personale dirigente:	€ 38.411,00
	personale non dirigente	€ 22.435,00
% di personale donna assunto a tempo indeterminato nell'anno (% calcolata sul totale degli assunti nell'anno)		63,60%
Età media del personale femminile	personale dirigente:	56
	personale non dirigente	45
% donne laureate rispetto al totale personale femminile		33,17%
Ore di formazione al personale femminile –anno 2018		6.365

Fonte dati: UOC Gestione delle Risorse umane

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

L'ASP di Potenza elabora i propri bilanci in ottemperanza ai principi contabili per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nonché in osservanza della normativa contabile vigente.

Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli esercizi contabili relativi all'ultimo quinquennio 2014-2018. Nello specifico, si rappresenta il confronto dei conti economici 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018. Gli importi sono espressi in migliaia di euro.

VOCE MODELLO CE	CONSUNTIVO 2014	CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2018
Totale valore della produzione (A)	679.507	676.609	682.528	666.474	666.876
Totale costi della produzione (B)	667.684	674.425	667.816	657.371	660.588
Totale proventi e oneri finanziari (C)	7	-135	-196	-97	-210
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-674	4.455	-639	-1.104	1.852
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	11.146	6.504	13.877	10.110	7.930
Totale imposte e tasse	10.937	10.964	10.818	7.903	7.650
RISULTATO DI ESERCIZIO	209	-4.460	3.059	2.207	280
N.B. Valori espressi in migliaia di euro					

RISULTATO DI ESERCIZIO 2018

- L'esercizio 2018 dell'ASP si è chiuso con un **utile di € 280 mila**, nonostante una riduzione dei contributi in c/esercizio, dei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria e dei ricavi relativi alla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket). Tale risultato economico, rispetto all'anno precedente è dovuto prevalentemente a:
 - Aumento del valore della produzione di euro 402 mila (+0.06,%);
 - Aumento dei costi della produzione di euro 3.217 mila (+0,49%) I costi sostenuti nell'anno 2018 ammontano ad euro 660.588 mila e quelli dell'anno 2017 ad euro 657.371 mila.

I SERVIZI SANITARI EROGATI

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

L'azienda ASP nell'anno 2019, in continuità con l'anno 2018, ha garantito l'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplati nei LEA in condizione di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza. La garanzia dell'effettiva erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini è disciplinata dal **DM 12 dicembre 2001**, che, emanato ai sensi del **D. Lgs. 56/2000**, fornisce un **set di indicatori** rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria finalizzata agli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il "**Mantenimento dell'erogazione dei LEA**" della Regione Basilicata è verificato attraverso l'utilizzo della "**Griglia LEA**"; essa prevede un set di indicatori, ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera. Tali indicatori individuano per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza ed evidenziano i punti di forza della stessa erogazione.

La certificazione degli adempimenti avviene mediante un Questionario, ed un'analisi della stessa documentazione richiesta alle regioni, integrata con informazioni già presenti presso il Ministero.

Dagli esiti provvisori del monitoraggio LEA relativo all'anno 2018, la Regione Basilicata ha ottenuto un punteggio di **191**. Si registra un miglioramento del risultato di 2 punti rispetto al punteggio dell'anno 2017 di 189 e pertanto è risultata **adempiente**.

I servizi sanitari erogati

ATTIVITA' OSPEDALIERA

A seguito del riordino del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione della L.R. n. 2/2017, nei presidi ospedalieri distrettuali (POD), gestiti dall'ASP, viene svolta attività sanitaria territoriale e attività ospedaliera non per acuti. attraverso i POD l'Azienda garantisce la continuità delle cure, la integrazione dell'assistenza e la flessibilità degli interventi.

Nei POD di Chiaromonte, Lauria e Venosa e presso la Fondazione "Don Carlo Gnocchi Onlus" di Acerenza, l'attività ospedaliera erogata nell'anno 2018 ha registrato 1.303 ricoveri complessivi in post-acuzie (di cui n. 46 DH Riabilitazione Lauria), a fronte di un dato 2017 pari a 1.293 ricoveri, con un aumento complessivo dello 0,7%; la valorizzazione economica complessiva è diminuita di euro 18.503,59 pari al - 0,23%.

Distribuzione dei ricoveri per tipologia di ricovero e per anno - periodo 2016/2018			
Tipologia Ricoveri	Ricoveri 2016	Ricoveri 2017	Ricoveri 2018
Ricoveri per riabilitazione	509	559	580
Ricoveri lungodegenti	653	669	677
Totale ricoveri per post-acuti	1.162	1.228	1.257
Ricoveri per riabilitazione DH	58	65	46
TOTALE	1.220	1.293	1.303

Fonte dati AIRO

I servizi sanitari erogati

ATTIVITA' OSPEDALIERA

Valorizzazione Economica			
Tipologia Ricoveri	Ricoveri 2016	Ricoveri 2017	Ricoveri 2018
Ricoveri per riabilitazione	€ 4.444.184,25	€ 4.844.441,47	€ 4.910.169,12
Ricoveri lungodegenti	€ 2.993.697,20	€ 3.047.382,80	€ 3.034.431,40 €
Totale ricoveri per post-acute	€ 7.437.881,45	€ 7.891.824,27	€ 7.944.600,52 €
Ricoveri per riabilitazione DH	€ 163.244,50	€ 207.566,24	€ 136.286,40 €
TOTALE	€ 7.601.125,95	€ 8.099.390,51	€ 8.080.886,92 €

Fonte dati AIRO

Universo Salute Srl

La struttura Universo Salute, già Don Uva, eroga in convenzione prestazioni ospedaliere post-acute per conto dell'Azienda Sanitaria ASP, nel rispetto del comma 2 dell'art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/92, che riconosce ai cittadini la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui sono stati definiti appositi accordi contrattuali.

L'attività ospedaliera per post-acute, erogata dalla struttura nel triennio 2016-2018, è riportata nella seguente tabella:

I servizi sanitari erogati

ATTIVITA' OSPEDALIERA

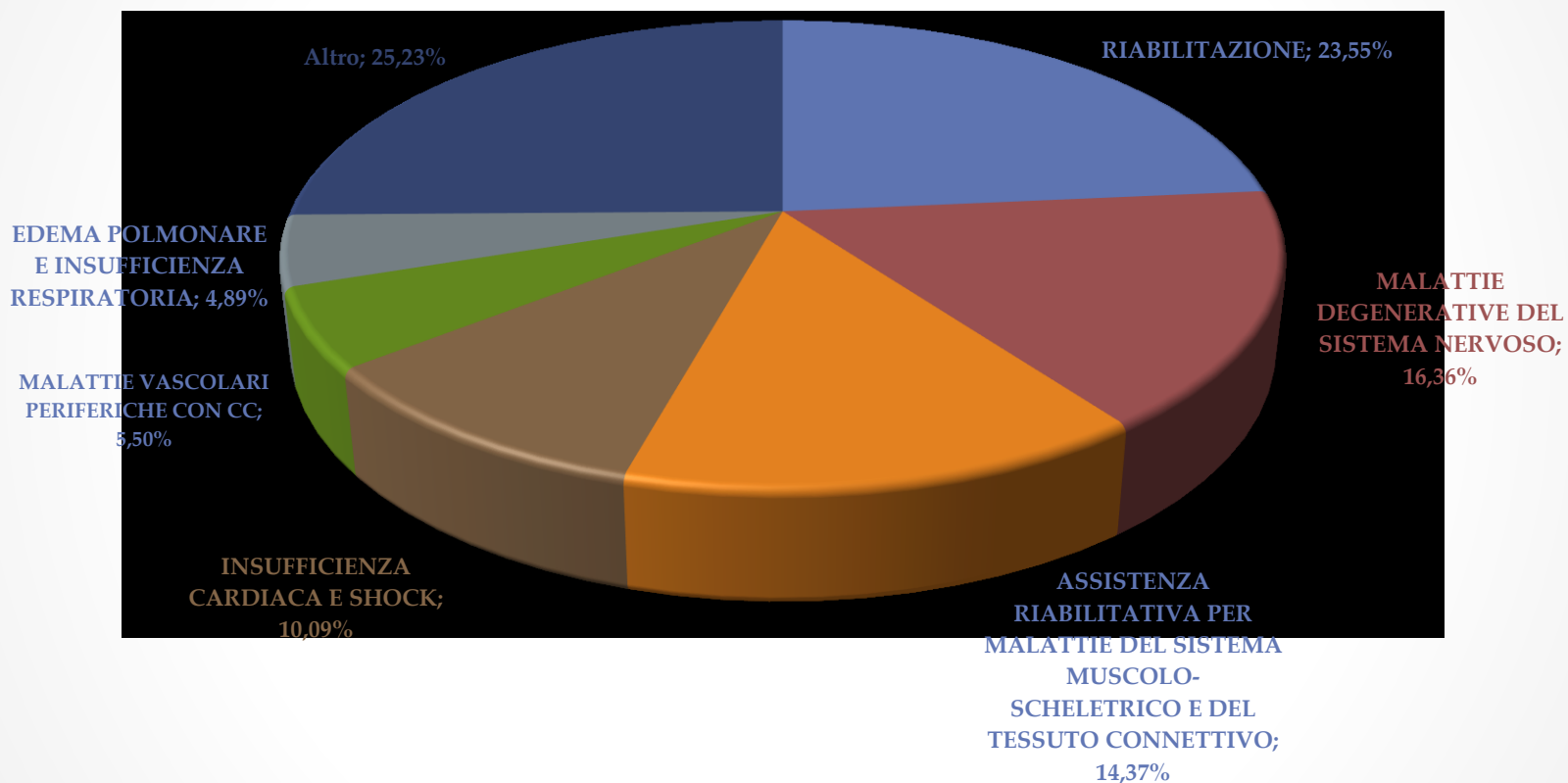
Distribuzione dei ricoveri per tipologia di ricovero e per anno - periodo 2016/2018			
Tipologia Ricoveri	Ricoveri 2016	Ricoveri 2017	Ricoveri 2018
Ricoveri per riabilitazione	196	135	223
Ricoveri lungodegenti	83	74	94
Totale ricoveri per post-acuti	279	209	317
Ricoveri per riabilitazione DH			
TOTALE	279	209	317

Valorizzazione Economica			
Tipologia Ricoveri	Ricoveri 2016	Ricoveri 2017	Ricoveri 2018
Ricoveri per riabilitazione	€ 1.812.372,92	€ 443.088,80	€ 1.943.093,60
Ricoveri lungodegenti	€ 581.072,80	€ 1.260.766,96	€ 577.623,20
Totale ricoveri per post-acuti	€ 2.393.445,72	€ 1.703.855,76	€ 2.520.716,80
Ricoveri per riabilitazione DH			
TOTALE	€ 2.393.445,72	€ 1.703.855,76	€ 2.520.716,80

Fonte dati AIRO

I servizi sanitari erogati

% RICOVERI DI LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE DISTINTI PER TIPOLOGIA - ANNO 2018



I servizi sanitari erogati

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Come si evince dalla seguente tabella le prestazioni ambulatoriali per esterni erogate dall'ASP nell'anno 2018 sono diminuite rispetto all'anno 2017 per numero del 15,66% e per valore del 1,09%. Va, tuttavia, tenuto presente che le prestazioni ambulatoriali rilevate nell'anno 2017 (prevalentemente 1° semestre) si riferiscono anche a quelle erogate dai PP.OO. per acuti di Lagonegro, Melfi e Villa d'Agri.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2017	2018
Numero prestazioni per esterni	1.645.924	1.388.194
Valore prestazioni ambulatoriali	€ 20.903.028	€ 20.673.997,93

Fonte: CUP

Prestazioni ambulatoriali
erogate negli anni 2017-2018
tariffa nazionale

I servizi sanitari erogati

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – ANNO 2018

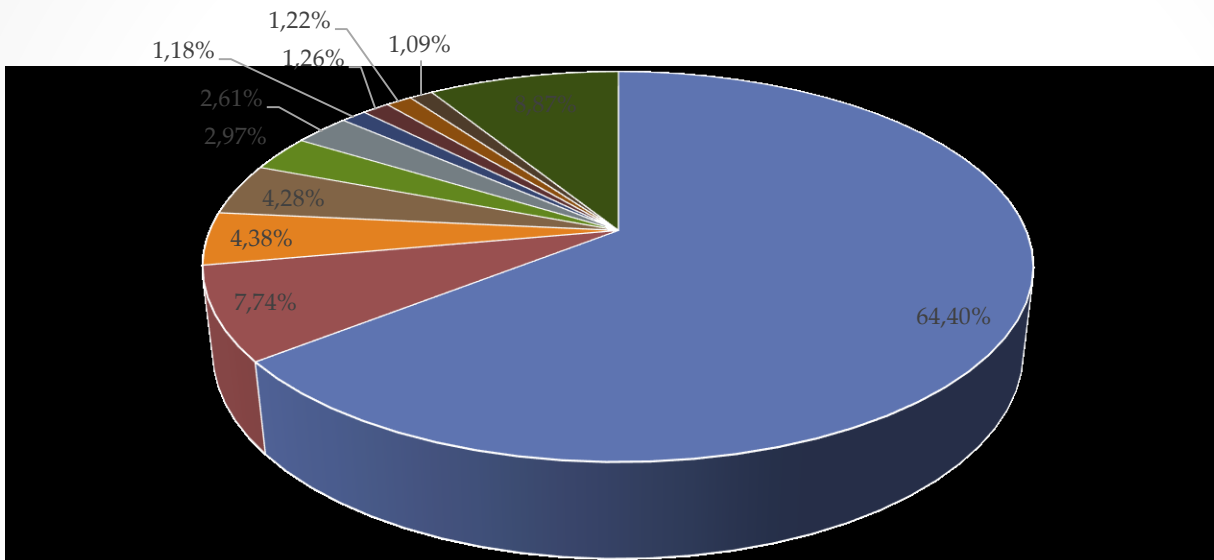
Da una analisi per branca delle prestazioni di specialistica ambulatoriali, erogate dalle strutture territoriali aziendali, emerge che trattasi, prevalentemente, di prestazioni relative ad esami di laboratorio analisi, di nefrologia e di radiologia come si evince dalla tabella seguente:

% DI INCIDENZA DELLE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE ANNO 2017 - 2018		
Specialità	% ANNO 2017	% ANNO 2018
Laboratorio di Analisi	67,19%	64,40%
Fisioterapia	3,82%	4,28%
Nefrologia	6,30%	7,74%
Radiologia	4,43%	4,38%
Oculistica	2,66%	2,97%
Cardiologia Medica	2,54%	2,61%
Otorinolaringoiatria	1,15%	1,18%
Medicina	0,62%	0,53%
Psichiatria	1,12%	1,26%
Pneumologia	1,17%	1,22%
Ginecologia	0,77%	0,70%
Chirurgia	0,52%	0,28%
Dermatologia	0,79%	1,09%
Diabetologia	0,70%	0,82%
Ortopedia	0,42%	0,24%
Cardiologia	0,27%	0,17%
ALTRO	6,00%	7,00%
TOTALE	100%	101%

Fonte dati CUP

I servizi sanitari erogati

Prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca anno 2018



- Laboratorio di analisi
- Nefrologia
- Radiologia
- Fisioterapia
- Oculistica
- Cardiologia Medica
- Otorinolaringoiatria
- Psichiatria
- Pneumologia
- Dermatologia
- Altro

ASSISTENZA ALLE DIPENDENZE

UTENTI IN CARICO PRESSO I SERD DELL'ASP DI POTENZA ANNI 2016-2017-2018			
	2016	2017	2018
SERD di Melfi	452	509	642
SERD di Potenza	570	620	606
SERD di Villa d'Agri	221	220	192
SERD di Lagonegro	193	220	211
TOTALE ASP	1.436	1.569	1.651

INCONTRI DI INFORMAZIONE E/O PREVENZIONE NELLE SCUOLE ANNO 2016-2017-2018

INCONTRI DI INFORMAZIONE E/O PREVENZIONE NELLE SCUOLE ANNO 2016				
AREA	Serd di Melfi	Serd di Potenza	Serd di Villa d'Agri	Serd di Lagonegro
FUMO	6	2	5	6
ALCOOL	10	20	5	7
DIPENDENZE	10	5	5	6
MALATTIE INFETTIVE	0	0	0	0
GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	10	3	4	5

Fonte dati SERD Aziendali

ASSISTENZA ALLE DIPENDENZE

INCONTRI DI INFORMAZIONE E/O PREVENZIONE NELLE SCUOLE - ANNO 2017				
AREA	Serd di Melfi	Serd di Potenza	Serd di Villa d'Agri	Serd di Lagonegro
FUMO	3	2	7	6
ALCOOL	25	5	6	6
DIPENDENZE	25	5	5	0
MALATTIE INFETTIVE	1	0	0	0
GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	0	4	6	6

INCONTRI DI INFORMAZIONE E/O PREVENZIONE NELLE SCUOLE - ANNO 2018				
AREA	Serd di Melfi	Serd di Potenza	Serd di Villa d'Agri	Serd di Lagonegro
FUMO	1	2	5	7
ALCOOL	1	4	5	6
DIPENDENZE	6	5	5	5
MALATTIE INFETTIVE	6	0	0	0
GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	1	3	6	6

Fonte dati SERD Aziendali

IL CENTRO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA

IL CENTRO È ORGANIZZATO IN UN'OFFERTA DI TIPO RESIDENZIALE CON UNA RECETTIVITÀ DI N. 12 POSTI LETTO. IL DATO 2018 RELATIVO ALLA PRODUTTIVITÀ DEL SERVIZIO È SOSTANZIALMENTE ALLINEATO A QUELLO DEL 2016. PUR RISPETTANDO GLI STANDARD QUALI-QUANTITATIVI FISSATI DALLA SCHEDA DI BUDGET 2018, RISPETTO AL 2017 SI REGISTRA UN DECREMENTO (- 17,5% SULLE GG. DI DEGENZA E - 9,0 % SUL N. COMPLESSIVO DEI RICOVERI) IN FUNZIONE DELLA NOTA CARENZA DI PERSONALE (SEGNATAMENTE INFERMIERI, PSICOTERAPEUTA E PSICHIATRA) SOLO IN PARTE RIDIMENSIONATA VERSO FINE ANNO, LA QUALE HA CONDIZIONATO NEGATIVAMENTE L'ACCESSO AL RICOVERO DI SOGGETTI MULTIPROBLEMATICI.

	2016	2017	2018
Posti Letto Residenziali	12	12	12
Ricoveri Residenti	63	67	61
Ricoveri extra ASL	47	50	34
Pazienti Disintossicati	106	110	91
Giornate di Degenza	2384	2857	2358
Prime Visite	82	75	78
Controlli Ambulatoriali	106	108	96
Consulenze	98	108	92

Fonte dati: UOSD SERD Lagonegro e CRA

ASSISTENZA DOMICILIARE

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI CURE DOMICILIARI DELL'ASP È GOVERNATO DA CENTRI DI COORDINAMENTO PRESENTI NEI VARI AMBITI AZIENDALI CHE COSTITUISCONO LA SALA DI REGIA DI TUTTE LE ATTIVITÀ CORRELATE A TALE SETTING ASSISTENZIALE. COMPETENZA DI TALI STRUTTURE È L'ATTIVAZIONE DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE DISTRETTUALE PER LA VALUTAZIONE DEL CASO E L'EVENTUALE PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE. È UN PUNTO UNICO DI ACCESSO, DI ACCOGLIENZA, DI INFORMAZIONE E PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA PER LE ATTIVITÀ SOCIO-SANITARIE RIVOLTE A TUTTI GLI AMMALATI CRONICI. PER RISPONDERE AL LORO BISOGNO DI SALUTE È STATO COSTRUITO UN VERO E PROPRIO HUB LOGISTICO. OGNI PAZIENTE CANDIDATO ALLE CURE DOMICILIARI VIENE PREVENTIVAMENTE SOTTOPOSTO A VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD) PER IDENTIFICARNE I BISOGNI E LE PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI. NEL PROGRAMMARE L'INTERVENTO ASSISTENZIALE SI MIRA A MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA, AD OTTIMIZZARE L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E A RIDURRE L'UTILIZZO DEI SERVIZI NON NECESSARI. L'AZIENDA HA ADOTTATO UN MODELLO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ATTRAVERSO L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO AD UN SOGGETTO ESTERNO, MEDIANTE IL RICORSO A PROCEDURE DI GARE AD EVIDENZA PUBBLICA. TALE SOGGETTO METTE A DISPOSIZIONE UN POOL DI PROFESSIONISTI (INFERMIERI, GERIATRI, PALLIATIVISTI, FISIOTERAPISTI, ECC.) PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DOMICILIARI. TALE ESTERNALIZZAZIONE PRESENTA UNA SUA PECULIARITÀ IN QUANTO, ACCANTO ALLE ECONOMIE DI SCALA, AI VANTAGGI ORGANIZZATIVI CHE DERIVANO DALLA MAGGIORE FLESSIBILITÀ DI GESTIONE DEL PERSONALE, A UN BUON CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO IN GRADO DI BEN REGOLARE RUOLI E COMPITI DI OGNUNO E I RECIPROCI DOVERI, HA ADOTTATO L'ATTUAZIONE CONDIVISA DEL SISTEMA MODULARE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTERRAY, ATTRAVERSO IL QUALE LE MODALITÀ DI PRESA IN CARICO E IL MONITORAGGIO SONO A CARICO DEL SOGGETTO PUBBLICO, CHE "ASSUME IN TOTO" IL GOVERNO CLINICO DEL PAZIENTE.

ASSISTENZA DOMICILIARE

I PAZIENTI SONO CLASSIFICATI IN BASE AL PROFILO DI CURA E AI LIVELLI D'INTENSITÀ, SECONDO I PARAMETRI INDICATI DAL COEFFICIENTE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE. ATTRAVERSO UNA SERIE DI INIZIATIVE CONCERTATE, SI PROCEDE ALLA CODIFICA DEI MALATI TERMINALI E DEI MALATI CRONICI A RILEVANTE IMPATTO EMOTIVO E RICHIEDENTI NOTEVOLI RISORSE, QUALI I PORTATORI DI SLA E/O I MALATI IN VENTILAZIONE ASSISTITA.

IL NUMERO DI TALI PAZIENTI È IN AUMENTO PROGRESSIVO NEGLI ANNI, COSÌ COME SONO IN COSTANTE AUMENTO LE RISORSE STRUTTURALI E UMANE MESSE A LORO DISPOSIZIONE.

RILEVANTE DIVENTA IL COSTO RAPPRESENTATO DALL'ACQUISTO DI STRUMENTARIO DOMICILIARE (VENTILATORI, ASPIRATORI, COMUNICATORI, PRESIDIO ANTIDECUBITO ETC..).

CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E CON I MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE SONO STATE MESSE A PUNTO MODALITÀ OPERATIVE FINALIZZATE A ESTENDERE ANCHE A LORO L'APPLICAZIONE DEL SISTEMA INTERRAY.

IL RAPPORTO TRA IL N. PAZIENTI IN CURE DOMICILIARI DI ETÀ > 65 ANNI E LA POPOLAZIONE IN ETÀ > 65 ANNI (84.751 RESIDENTI >65 ANNI ALLA DATA DEL 01.01.2019 - FONTE DATI ISTAT) È DEL 7,06%.

NELLA TABELLA CHE SEGUE SI RIPORTANO GLI INDICATORI SCELTI PER IL MONITORAGGIO.

ATTIVITA' CURE DOMICILIARI – PRINCIPALI INDICATORI

	2016	2017	2018
N. pazienti complessivi	4.337	5.470	5.980
Giornate di assistenza	186.011	271.604	302.282
Numero accessi	213.108	310.857	343.404
Numero prestazioni	312.815	446.267	478.481
Prestazioni/giornate di ass	1,68	1,64	1,58
Media gg. Ass./pz	42,89	49,65	50,55
Media accessi/pz	49,14	56,83	57,83
Media prest./paz.	72,13	81,58	80,01
TOTALE FATTURATO (iva esclusa)	€ 5.016.877,55	€ 5.882.126,52	€ 5.882.126,52

PRINCIPALI INDICATORI DI COSTO IN ADI - ANNO 2016-2018

Descrizione costo	2016	2017	2018
Costo Medio giornata di degenza (senza farmaceutica) a paziente	€ 26,97	€ 21,66	€ 19,46
Peso giornata di degenza (prestazioni/giornate di assistenza)	1,68	1,64	1,58
Costo Medio giornata di degenza (con farmaceutica)	€ 33,87	€ 27,59	€ 20,12
Costo Medio paziente (senza farmaceutica)	€ 1.156,76	€ 1.075,34	€ 983,63
Costo Medio paziente (con farmaceutica)	€ 1.452,77	€ 1.369,99	€ 1.320,10

FONTE DATI: UOC ONCOLOGIA CRITICA
TERRITORIALE E CURE DOMICILIARI

IL CENTRO PER I DISTURBI ALIMENTARI (DCA)

DATI ATTIVITA' DEL CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DI CHIAROMONTE			
Dati Attività	2016	2017	2018
n° ricoveri residenza	60	55	43
n° giornate ricoveri residenza	5.003	4.457	4.090
n° gg. Assenza residenza	635	564	427
Tariffe stabilite dalla D.G.R 1454 dell'11/10/2011			
retta giornaliera x ricovero residenza	290	290	290
giornata di assenza residenza (retta residenza -30%)	203	203	203
Valore	Gennaio-Dicembre 2016	Gennaio-Dicembre 2017	Gennaio-Dicembre 2018
Valore ricoveri residenza	1.450.870,00	1.292.530,00	1.186.100,00
Valore gg. Assenza residenza	128.905,00	114.492,00	86.681,00
Somme dei Valori di ricovero	1.579.775,00	1.407.022,00	1.272.781,00
Numero prestazioni ambulatoriali	2.557	1.614	1.382
Valore prestazioni ambulatoriali	46.571,95	29.682,93	26.160,09

Alla voce "Numero prestazioni ambulatoriali" sono comprese: prime valutazioni psichiatriche, prime valutazioni neuropsichiatriche infantili, visite ambulatorio integrato DCA (internistica, psicoterapeutica e dietologica) e visite dell'ambulatorio per il peso (dietologica).

Fonte dati :UOSD Centro Disturbi Alimentari di Chiaromonte

RSA MARATEA

RSA MARATEA R2 Gennaio-Dicembre 2017-2018

Tipologia di assistenza R2	N. Posti Letto	Gennaio-Dicembre 2017			Gennaio-Dicembre 2018		
		N. pazienti	Giornate di ricovero	Importo complessivo	N. pazienti	Giornate di ricovero	Importo complessivo
TOTALE	14	36	4511	508.840,80	44	4494	506.923,20

RSA MARATEA - R3 - Gennaio-Dicembre 2017-2018

Tipologia di assistenza R3	N. Posti Letto	Gennaio-Dicembre 2017			Gennaio-Dicembre 2018		
		N. pazienti	Giornate di ricovero	Importo complessivo	N. pazienti	Giornate di ricovero	Importo complessivo
TOTALE	16	23	5184	467.804,16	22	5.100	460.224,00

PROSPETTO TASSO DI OCCUPAZIONE DAL 01/01/2017 AL 31/12/2017

STRUTTURA	TIPOLOGIA DI RICOVERO	GIORNATE DI DEGENZA	TASSO DI OCCUPAZIONE
RSA – R3 Maratea	R3 – 16 Posti letto	5184	88,76
RSA – R2 Maratea	R2 – 14 posti letto	4511	88,27

PROSPETTO TASSO DI OCCUPAZIONE DAL 01/01/2018 AL 31/12/2018

STRUTTURA	TIPOLOGIA DI RICOVERO	GIORNATE DI DEGENZA	TASSO DI OCCUPAZIONE
RSA – R3 Maratea	R3 – 16 Posti letto	5100	87,32
RSA – R2 Maratea	R2 – 14 posti letto	4494	87,94

Fonte dati: UOSD Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani e Disabili

RSA CHIAROMONTE

RSA CHIAROMONTE Gennaio-Dicembre 2017-2018

Tipologia di assistenza	N. Posti Letto	Gennaio -Dicembre 2017			Gennaio -Dicembre 2018		
		N. pazienti	Giornate di ricovero	Importo complessivo	N. pazienti	Giornate di ricovero	Importo complessivo
R3	20	93	6717	606.142,08	98	6852	618.324,48
TOTALE	20	93	6717	606.142,08	98	6852	618.324,48

RSA CHIAROMONTE: PROSPETTO TASSO DI OCCUPAZIONE DAL 01/01/2017 AL 31/12/2017

STRUTTURA	TIPOLOGIA DI RICOVERO	GIORNATE DI DEGENZA	TASSO DI OCCUPAZIONE
RSA – R3 Chiaromonte	R3 - 20 posti letto	6717	92,01

RSA CHIAROMONTE: PROSPETTO TASSO DI OCCUPAZIONE DAL 01/01/2018 AL 31/12/2018

STRUTTURA	TIPOLOGIA DI RICOVERO	GIORNATE DI DEGENZA	TASSO DI OCCUPAZIONE
RSA – R3 Chiaromonte	R3 - 20 posti letto	6852	93,86

Fonte dati: UOSD Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani e Disabili

LA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA – DEU 118

La nuova organizzazione dell'emergenza urgenza sul territorio regionale comprende:

- n.1 Centrale Operativa a Potenza;
- n.11 postazioni MIKE (con medico, infermiere e autista soccorritore)
- n.27 postazioni INDIA (con infermiere e autista soccorritore) ivi compresa la nuova postazione ECHO 01 di Potenza
- n.1 postazione PTS (mezzi medicalizzati con medico e infermiere)
- n.7 postazioni PPI (primo intervento con medico e infermiere, presso gli Ospedali Distrettuali)
- n. 2 postazioni HEMS (elicotteri con anestesista rianimatore e infermiere).

Di seguito si riportano i dati attività del Servizio Emergenza Urgenza (DEU) relativi all'anno 2018 confrontati con quelli dell'anno 2017:

Descrizione dati	2018	2017
numero di chiamate 118	243.605	237.160
numero interventi rossi	6.363	5.805
numero interventi gialli	27.550	25.666
numero interventi verdi	7.019	4.972
numero interventi bianchi	101	140
numero eventi associati	4.436	2.793
numero eventi trasferiti	7.731	7.840
Numero missioni annullate	995	1.226
Numero missioni concluse sul posto	14.038	10.474
Numero missioni concluse con il trasporto in ospedale	25.089	24.001
Numero missioni concluse con Rendez- Vous	3.460	2.798
Numero missioni concluse in punto di primo intervento	6	2
Trasporto in pronto soccorso	24.759	23.771
Trasporto diretto in reparto di specialita'	698	544
Tattamento sul posto senza trasporto	6.549	3.552
Rifiuto Trasporto	6.785	5.987
Decesso sul posto	874	925

Fonte dati DEU

Decesso durante il trasporto	9	18
Rifiuto Soccorso	231	227
Trasporto in punto di primo intervento	7	2
Numero pazienti codice criticità rossa	2.015	1.896
Numero pazienti codice criticità gialla	17.261	16.016
Numero pazienti codice criticità verde	19.509	15.937
Numero pazienti codice criticità bianca	127	96
Numero di mezzo base di soccorso base	23.111	21.402
Numero di mezzo base di soccorso avanzato	16.800	16.314
Numero di mezzo Elisoccorso	876	915
Numero di mezzo Automedica	1.069	1.034
Numero medici	93	55
Numero infermieri	254	209
Numero autisti	201	124

Fonte dati DEU

Auto medica (equipaggio composto da medico ed infermiere-autista)

Area collina Materana

Strada statale svincolo Basentana\Scalo Albano di L.

Strada Statale Sinnica

Matera città

Strada Provinciale 6 Appula

Castelsaraceno

Ambulanza Mike (equipaggio composto da medico, infermiere ed autista)

Area collina materana

Strada Statale 169

Senise

SATA S. Nicola di Melfi

Ambulanza India (equipaggio composto da infermiere ed autista)

Potenza città

Fonte dati DEU

PREVENZIONE UMANA

PRINCIPALI DATI DI ATTIVITA' 2018 CONFRONTO 2017

Prevenzione delle malattie infettive			
Attività	2017	2018	Δ 2017 vs 2018
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	191.423	137.713	-28,06%
Vaccinazioni internazionali	688	544	-20,93%
Indagini epidemiologiche	348	257	-26,15%
Controllo sanitario immigrati	809	288	-64,40%
Rilascio certificati vaccinali	41.795	18.574	-55,56%

Fonte dati UOC Igiene e Sanità Pubblica

Attività Medico legale

Attività	2017	2018	Δ 2017 vs 2018
Patenti di guida	11.295	12.131	7,40%
Visite mediche della C.M.L.P.	4.367	4.248	-2,72%
Esami psicotecnica	792	1.112	40,40%
Rilascio/rinnovo porto d'armi	1.868	1.918	2,68%
Visite fiscali	4.049	64	-98,42%
Visite necroscopiche	2.073	2.111	1,83%
Trasporti salme	1.650	1.151	-30,24%
Traslazioni/estumulazioni	605	105	-82,64%

Fonte dati UOC Igiene e Sanità Pubblica

PRESTAZIONI UOC "Igiene e Sanità Pubblica"	Anno 2017	Anno 2018	scostamento in valori assoluti	% di scostamento 2017 vs 2018
Prevenzione Malattie Infettive				
1 Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate*	191.423	137.713	-53.710	-28,06%
2 Vaccinazioni internazionali	688	544	-144	-20,93%
3. Vaccinazione antipoliomelite Immigrati	non rilevato	500	===	===
4. Indagini epidemiologiche e provvedimenti conseguenti	486	257	-229	-47,12%
5. Controllo sanitario immigrati	809	288	-521	-64,40%
6. Rilascio Certificati Vaccinali	41.795	18.574	-23.221	-55,56%
Attività Medico Legale				
1 Rilasci/Conferma Patente A – B – D – E – K	11.295	12.131	836	7,40%
2 Esami psicotecnica	792	1.112	320	40,40%
3 Rilascio/Rinnovo Porto d'Armi	1.868	1.918	50	2,68%
4 Certificati idoneità lavoro	35	46	11	31,43%
5 Visite Medico Fiscali per tutela lavoratrici madri	344	255	-89	-25,87%
6 Certificati di idoneità psicofisica all'adozione	42	83	41	97,62%
7 Visite per rilascio contrassegno automobilistico H	400	376	-24	-6,00%
8 Visite Fiscali	4.049	64	-3.985	-98,42%
9 Atti relativi alla Legge 210/92	26	63	37	142,31%
10 Certificati di interdizione dal lavoro per maternità	602	427	-175	-29,07%
11 Certificati cessione quinto dello stipendio	50	30	-20	-40,00%
12 Certificazioni elettori fisicamente impediti	32	43	11	34,38%
13 Rilascio/Rinnovo libretti idoneità sanitaria	90	59	-31	-34,44%
14 Visite di Medicina dello Sport	2.024	2.065	41	2,03%
15 Visite mediche della C.M.L. per patenti di guida	4.367	4.248	-119	-2,72%
16 Certificazioni Gravi patologie	9	15	6	66,67%

Polizia Mortuaria

1 Visite necroscopiche	2.073	2.111	38	1,83%
2 Certificati necroscopici	675	547	-128	-18,96%
3 Trasporti salme	1.650	1.151	-499	-30,24%
4 Traslazioni/Estumulazioni	605	105	-500	-82,64%
5 Idoneità carri funebri	111	103	-8	-7,21%
6 Vigilanza P.M.	100	205	105	105,00%
Controllo e Vigilanza Igienico-Sanitaria				
1 Pareri preventivi edilizia resid., commerciale, servizi, ecc.	298	328	30	10,07%
2 Pareri preventivi insediamenti produttivi e zootecnici	79	130	51	64,56%
3 Piani bonifiche amianto	127	138	11	8,66%
4 Certificati antigiene alloggi	68	61	-7	-10,29%
5 Idoneità studi medici e strutture Sanitarie (L.R. 28/2000)	72	192	120	166,67%
6 Idoneità locali – barbieri - parrucchieri - estetisti	105	33	-72	-68,57%
7 Attività strutture socio sanitarie e di servizio (asili, scuole, impianti Sportivi, sedi formative)	153	66	-87	-56,86%
8. Attività di vigilanza e/o esposti richieste di P.G.	non rilevato	31	===	===
9 Altro com. abil. Gas tossici, pubblico spettacolo, abilitazione Vendita fitosanitari, rad. Ionizzanti, conf. Servizio, ecc.	148	139	-9	-6,08%
10 Attività di educazione sanitaria	1.212	3.925	2.713	223,84%
11 Visite mediche preventive alunni	80	117	37	46,25%
Totale	268.782	190.193	-79.120	-29,44%

* Si precisa che per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate si intendono i vaccini per ogni singola malattia. Sono incluse le vaccinazioni antinfluenzali ed antipneumococche

Fonte dati UOC Igiene e Sanità Pubblica

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

Nell'anno 2018, per quest'area, sono state svolte le seguenti attività:

Visite Dietologiche	2017	2018	Δ 2017 vs 2018
Visite dietologiche effettuate	755	797	+5,56%
Visite dietologiche di controllo	890	923	+3,70%

Fonte dati UOC SIAN

ATTIVITA' S.I.A.N. 2018/2017

DESCRIZIONE ATTIVITA'	Anno 2018	Anno 2017
Campioni effettuati residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	81	81
Sicurezza degli Alimenti: Segnalazioni Certificate di Inizio Attività	1402	2.158
Controllo delle acque destinate a consumo umano: giudizi di potabilità	733	440
Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari: notifiche malattie infettive	26	39
Verifiche dei Sistemi di Allerta, per alimenti non idonei: interventi di vigilanza	361	159
Prevenzione squilibri nutrizionali: Tabelle dietetiche predisposte	83	117
Prevenzione sovrappeso ed obesità: interventi educativi nelle scuole	60	48
Igiene degli alimenti: procedure di categorizzazione del rischio	482	397
Igiene degli Alimenti: Audit	29	10
Igiene degli alimenti: controllo ufficiale degli alimenti - campioni prelevati	81	125

Fonte dati UOC SIAN

MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO DATI DI ATTIVITA' ANNI 2018-2017			
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Anno 2017	Anno 2018	Δ 2017 vs 2018
Eventi formativi	4	4	0,00%
Cantieri notificati all'U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro	1.469	1150	-21,72%
· dei quali ispezionati	581	569	-2,07%
Interventi nei cantieri effettuati su segnalazioni pervenute da cittadini, lavoratori, sindacati	27	14	-48,15%
Sopralluoghi in agricoltura	108	138	27,78%
· disposizioni	82	32	-60,98%
· illeciti amministrativi	10	11	10,00%
· prescrizioni a carattere penale	25	28	12,00%
· deleghe di indagine della Procura per infortuni sul lavoro	11	19	72,73%
Attività di vigilanza nel settore dell'Industria e dei servizi: aziende ispezionate	394	312	-20,81%
· Contravvenzioni impartite	106	109	2,83%
· disposizioni emesse	178	186	4,49%
· illeciti amministrativi rilevati	10	15	50,00%
Infortuni sul lavoro con prognosi >30	72	68	-5,56%
Indagini di polizia giudiziaria	24	34	41,67%
Totale delle aziende attive sul territorio aziendale	8.650	8.650	0,00%
Totale delle aziende attive oggetto di vigilanza	1.259	1.103	-12,39%

Fonte dati UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro

PREVENZIONE, PROTEZIONE, IMPIANTISTICA NEI LUOGHI DI LAVORO

Per l'anno 2018, come per quello precedente, l'U.O.C. Prevenzione Protezione Impiantistica Luoghi di Lavoro ha svolto verifiche e controlli periodici su apparecchi e su impianti nei luoghi di lavoro, al fine di accertarne il mantenimento delle condizioni di sicurezza.

PRESTAZIONI UOC "SP.P.I.L.L."	Anno 2017	Anno 2018	Δ 2017 vs 2018
Verifica Apparecchi di sollevamento	343	346	0,87%
Verifica protezione scariche atmosferiche	9	7	-22,22%
Verifica impianti messa a terra	184	121	-34,24%
Verifica luoghi a rischio incendio	21	26	23,81%
Verifica apparecchi a pressione di gas	291	234	-19,59%
Verifica impianti di riscaldamento	9	7	-22,22%
Verifica generatori di vapore	21	21	0,00%
Verifica impianti ascensori	75	108	44,00%
Commissioni L.R. 28/00	23	18	-21,74%
Rilascio libretti cond. generatori di vapore	21	41	95,24%
Accertamento tirocinio Gen. Vapore	1	1	0,00%
Taratura valvole di sicurezza	90	10	-88,89%
Commissione Pubbl. Spett.	6	1	-83,33%
Commissione Tecnica	Non rilevato	1	n.d.
Comitato Tecnico Regionale	5	9	80,00%
Commissione Patentini G.V.	1	1	0,00%
Comitato di Dipartimento	2	1	-50,00%
Rottamazione app. sollevamento	2	0	-100,00%
Sopralluogo	2	2	0,00%
Convegni	Non rilevato	3	n.d.

TRIMESTRE	Verifiche Anno 2017 N.	Verifiche Anno 2018 N.	Δ 2017 vs 2018
I TRIMESTRE	298	205	-31,21%
II TRIMESTRE	242	268	10,74%
III TRIMESTRE	218	170	-22,02%
IV TRIMESTRE	285	227	-20,35%
TOTALI	1.043	870	-16,59%

Fonte dati UOC Prevenzione Protezione Impiantistica Luoghi di Lavoro

PREVENZIONE DELLA SANITA' E BENESSERE ANIMALE

AREA "A" – SANITÀ ANIMALE

Le attività di controllo/monitoraggio effettuati, sono riepilogati nelle tabelle che seguono, relative all'anno 2018.

Risanamento della TBC Bovina/Bufalina nel territorio di propria competenza (soggetti di età > 42 gg)			
ANNO	Capi da controllare	Capi controllati	%
2017	1.898	1.898	100%
2018	2.000	2.000	100%

Risanamento della BRUCellosi Bovina/Bufalina (soggetti di età > 12 mesi)			
ANNO	Allevamenti da controllare	Allevamenti controllati	%
2017	1.826	1.826	100%
2018	1.849	1.849	100%

Fonte dati UOC AREA A Sanità Animale

Risanamento della Leucosi Bovina/Bufalina enzootica (soggetti di età > 12 mesi)

ANNO	Allevamenti da controllare	Allevamenti controllati	%
2017	1.826	1.826	100%
2018	1.849	931	50%

Risanamento della Brucellosi Ovi-Caprina (soggetti di età > 6mesi)

ANNO	Allevamenti da controllare	Allevamenti controllati	%
2017	4.972	4.972	100%
2018	4.354	4.354	100%

Malattia Vescicolare del Suino

ANNO	Allevamenti da <u>Riproduzione</u> controllati	Allevamenti presenti in BDN	Allevamenti da sottoporre a controllo	%
2017	204	215	204	95%
2018	203	203	203	100%

Fonte dati UOC AREA A Sanità Animale

Malattia Vescicolare del Suino (MVS) controlli di tutti gli allevamenti suini da ingrasso

ANNO	Allevamenti da <u>Ingrasso</u> controllati	Allevamenti presenti in BDN	Allevamenti da sottoporre a controllo	%
2017	64	73	64	100%
2018	88	88	88	100%

Georeferenziazione (indicazione coordinate geografiche)

ANNO	Strutture	N° Allevamenti Totali	N° Allevamenti i <u>con</u> Coordinate Geografiche	N° Allevamenti <u>privi</u> Coordinate Geografiche
2017	ASP	12.364	12.304	60
2018	ASP	Tutte le aziende in BDN	Tutte le aziende in BDN	0

Fonte dati UOC AREA A Sanità Animale

AREA “B” IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

In esecuzione del piano Nazionale Residui, la percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale per il biennio 2017-2018 è riportata nella tabella seguente:

PIANO NAZIONALE RESIDUI			
Campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale			
ANNO	Campioni programmati	Campioni controllati	%
2017	54	54	100%
2018	34	34	100%
Controllo ufficiale sui residui di fitosanitari nei prodotti alimentari			
ANNO	Campioni programmati	Campioni controllati	%
2017	24	24	100%
2018	23	23	100%

Fonte dati UOC AREA B

AREA “C” – IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

L'U.O. Area “C” si occupa della revisione ed aggiornamento della Banca dati dell'Anagrafe canina, la profilassi del randagismo, la farmacovigilanza, la revisione e l'aggiornamento della Banca dati ricette veterinarie, gli adempimenti previsti dal Piano nazionale residui, il controllo igienico delle stalle e del benessere animale anche nella fase di trasporto, la profilassi della BSE ed il controllo e campionatura mangimi, la registrazione degli allevamenti ai sensi dell'art.6 Reg. CE n.854/2004

Attività	Anno 2017	Anno 2018	Δ 2017 vs 2018
DGR 190/2018: raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	78	91	16,67%
(il numero dei campioni da controllare è stabilito dal Ministero per la Regione e a cascata per le ASL)			
DGR n.606/2010 OB. C1 Attuazione della normativa statale e regionale sul Randagismo: Interventi profilattici e terapeutici, nonché di sterilizzazione su cani e gatti	1.228	1.248	1,63%
DGR n.606/2010 OB. C1 Attuazione della normativa statale e regionale sul Randagismo: Controllo cani morsicatori	146	74	-49,32%
DGR n.606/2010 OB. C1 Attuazione della normativa statale e regionale sul Randagismo: Controlli sanitari sui cani randagi accalappiati	528	473	-10,42%
DGR n.606/2012 - OB. C2 Implementazione della Banca Dati anagrafe animali (Cani e Gatti) attivate presso il nodo regionale nel rispetto delle normative di settore e delle tempistiche previste dai relativi manuali operativi	4.323	4.154	-3,91%
DGR n.606/2012 - OB. C2 - Garantire la regolare tenuta dell'Anagrafe generale canina: compilazione scheda segnaletica ed impianto di microchip	4.323	4.154	-3,91%
Controlli per ottimale produzione di latte in allevamento	165	95	-42,42%
Controllo e vigilanza per l'Esecuzione del Piano nazionale alimentazione animale (il numero dei campioni da controllare è stabilito dal Ministero per la Regione e a cascata per le ASL)	97	111	14,43%
Farmaco vigilanza e farmacovigilanza veterinaria: aggiornamento della banca dati informatizzata delle ricette pervenute.	n. 555 ricette /n. 2.955 pervenute = (20%)	n. 650 ricette/n. 3.250 pervenute =(20%)	0%
Farmaco vigilanza e farmacovigilanza veterinaria: vigilanza sugli allevamenti, sui depositi di farmaci, sulle farmacie e presso ambulatori e studi veterinari. Controlli in allevamento	595	350	-41,18%
Benessere animale in allevamento. N. controlli	375	350	-6,67%
Benessere animale durante il trasporto in collaborazione con la polizia stradale	5	4	-20,00%

Fonte dati UOC AREA C

Il Contesto Esterno

- Analisi demografica
- Analisi epidemiologica
- Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente – flussi di mobilità
- Framework economico del sistema sanitario nazionale e regionale

ANALISI DEMOGRAFICA

- L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza e si estende per **6.594,44 Km^q**.
- Il territorio provinciale è composto da **100 comuni**, con una popolazione residente all'1/01/2019 di **364.960 abitanti** ed una densità di popolazione di **55,34 ab/Km^q** (tra le più basse fra le provincie italiane).
- I **nuclei familiari** sono **153.380** con un **numero medio di componenti per famiglia di 2,37 persone**.



-
- Il quadro generale del contesto demografico della Provincia di Potenza risulta caratterizzato dai seguenti fenomeni:
 1. diminuzione della popolazione residente;
 2. mutamenti nella piramide dell'età della popolazione;
 3. invecchiamento della popolazione;
 4. riduzione della natalità;
 5. mutamenti relativi alla composizione delle famiglie (riduzione del numero dei componenti; incremento delle famiglie mono genitoriali per effetto dell'aumento del numero di separazioni e divorzi).

DIMINUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

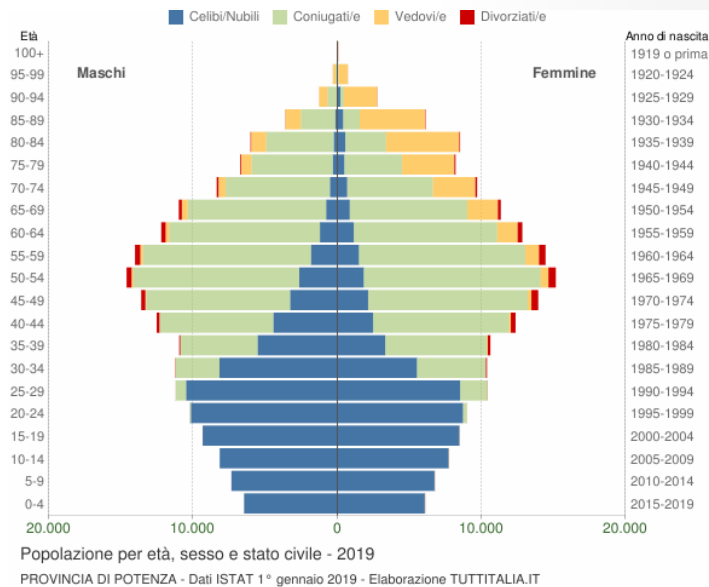
La popolazione residente registra un trend negativo nell'ultimo decennio. In particolare, dal 2010 al 2019 è diminuita del 5,28%.

Popolazione residente Provincia di Potenza al 1 Gennaio - trend 2010/19											
Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Diff.2019 vs 2010
Maschi	188.404	187.683	184.491	183.938	184.534	183.661	182.837	181.987	180.959	179.328	-4,82
Femmine	196.905	196.108	193.021	192.244	192.724	191.653	190.260	188.693	187.292	185.632	-5,73
Totale	385.309	383.791	377.512	376.182	377.258	375.314	373.097	370.680	368.251	364.960	-5,28

Fonte: Ns elaborazione su dati ISTAT 2019 – estrazione del 07/01/2020

MUTAMENTI NELLA PIRAMIDE DELL'ETÀ DELLA POPOLAZIONE

Si registra un declino delle fasce d'età più giovani, cui si accompagna un aumento delle generazioni più anziane, con una elevata quota di donne nelle età più avanzate. La tendenza all'invecchiamento demografico non solo produce effetti sul carico sociale per la popolazione attiva ma ha anche evidenti implicazioni di natura sociale e sanitaria sul fronte della domanda di servizi.



Fonte: Ns elaborazione su dati Istat 2019 – estrazione del 07/01/2020

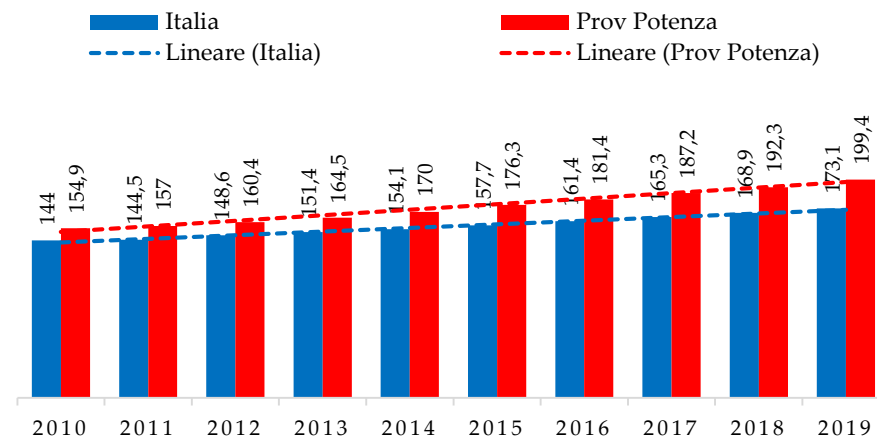
INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella giovane (da 0 a 14 anni), vede un trend in costante crescita negli anni dal 2008 al 2019. Nel 2019 l'indice di vecchiaia nella provincia di Potenza si attesta su un valore di 199,4%, al di sopra del valore nazionale pari a 173,1). In prospettiva se non si registra un incremento di fecondità o un flusso migratorio consistente, la popolazione tenderà ad invecchiare ulteriormente, con un ricambio generazionale insufficiente a compensare tale tendenza.

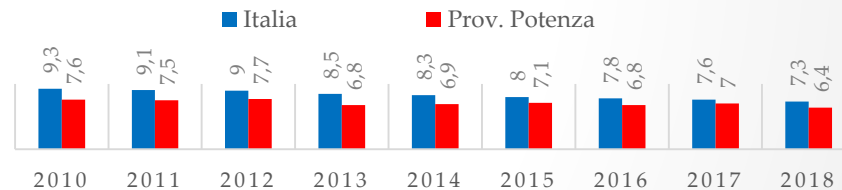
RIDUZIONE DELLA NATALITÀ

Il trend del tasso di natalità registrato nella provincia di Potenza vede un costante decremento, infatti si passa da un tasso dell' 7,6 del 2010 ad un tasso del 6,4 del 2018, in diminuzione rispetto al 2017 ed inferiore al tasso di nascita complessivamente registrato in Italia.

INDICE DI VECCHIAIA AL 1° GEN. TREND 2010-2019



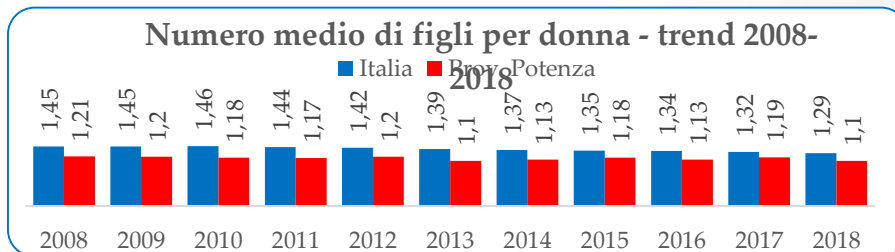
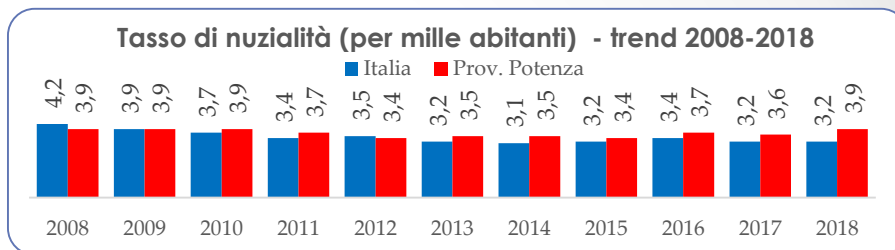
TASSO DI NATALITÀ (PER 1.000 ABITANTI)



Tasso di Natalità (per 1.000 Abitanti)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ 2010/2018
Italia	9,3	9,1	9	8,5	8,3	8	7,8	7,6	7,3	-21,51
Prov. Potenza	7,6	7,5	7,7	6,8	6,9	7,1	6,8	7	6,4	-15,79

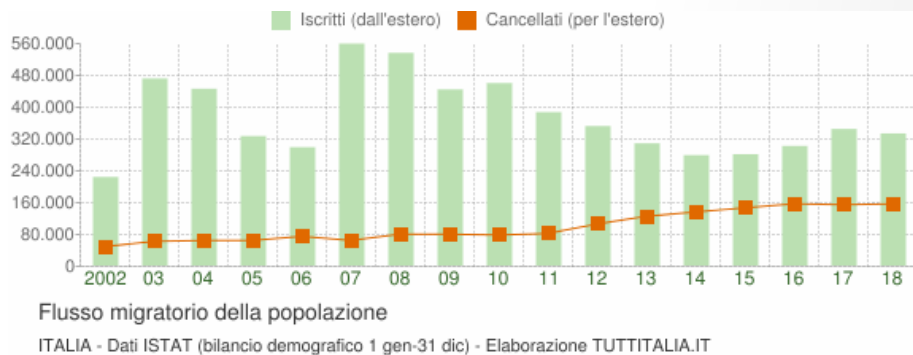
MUTAMENTI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE

- Il tasso di nuzialità si è ridotto nel periodo di riferimento, anche se in modo meno rapido rispetto alla media nazionale.
- **Al 1° gennaio 2019 il tasso di nuzialità è pari a 3,9 per mille abitanti.**
- **Il numero medio di figli per donna passa da 1,21 del 2008 a 1,1 del 2018.**



FLUSSO MIGRATORIO

- Il grafico visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso la provincia di Potenza negli ultimi anni.
- I trasferimenti di residenza sono riportati come iscritti e cancellati dall'Anagrafe dei comuni della provincia.
- Fra gli iscritti, sono evidenziati con colore diverso i trasferimenti di residenza da altri comuni, quelli dall'estero e quelli dovuti per altri.
- Popolazione straniera residente in provincia di Potenza al 1° gennaio 2019. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.



ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Per quanto riguarda la misurazione dei fenomeni che costituiscono i fattori determinanti del corretto stile di vita:

In Basilicata, nel 2017, l'ISTAT rileva che il 19,5% dei lucani ha consolidate abitudini al fumo, tale dato è in linea con la media nazionale del 19,7%. Nel consumo di alcol il dato regionale risulta inferiore a quello nazionale(% popolazione italiana che fa consumo di alcol 57,5 vs Italia 65,40).

L'eccesso di peso (Sovrappeso e obesità: Basilicata 51,7 vs Italia 47,5), la sedentarietà (46,4 vs Italia 33,4) e le basse percentuali di chi dichiara una corretta alimentazione costituiscono fattori di rischio che rappresentano serie criticità per le politiche sanitarie regionali.

In Basilicata, sempre facendo riferimento ai dati ISTAT, la prevalenza delle malattie croniche raggiunge il 38,6% della popolazione, contro un valore nazionale pari a 39,1% che dichiara di essere colpito da almeno una malattia cronica; si nota un aumento rispetto all'anno 2015, in cui il valore della Basilicata era pari a 36,2% contro quello nazionale pari a 38,3%. Il 21,1% dei lucani dichiara due o più patologie croniche, a fronte di un dato nazionale del 20,7%.

I “cronici in buona salute” rappresentano il 28,7% dei lucani contro il 42,3% a livello nazionale. Quest'ultimo dato è particolarmente meritevole di interesse, perché segnala, almeno nella percezione degli intervistati, una minore capacità di presa in carico della popolazione cronica a livello regionale rispetto al dato nazionale, peraltro si nota un calo rispetto al 2015, quando le percentuali erano rispettivamente pari al 34,7% e al 41,2%. Coerentemente, un “buono stato di buona salute” è riferito dal 63,0% dei residenti in Basilicata a fronte di un dato nazionale del 70,1%.

La popolazione lucana di tutte le fasce d'età percepisce le proprie condizioni di salute come più precarie rispetto alla media italiana ed inferiore alla media è il numero di cronici che dichiarano di godere di buona salute.

La percentuale di lucani affetti da una o più malattie croniche è sempre più elevata della media italiana il cui valore risulta relativamente stabile.

Tra le malattie croniche maggiormente dichiarate quelle con valori percentuali superiori alla media nazionale riguardano, particolarmente, il diabete mellito, le malattie osteoarticolari e l'osteoporosi, le malattie di cuore.

Le altre malattie croniche riportano valori pressoché in linea con la media italiana.

In Basilicata, quindi, si va delineando sempre più la necessità di gestire un malato cronico, affetto da più patologie contemporaneamente presenti, spesso condizionate non solo da fattori inequivocabilmente connessi allo stato morboso ma anche da determinanti non biologici quali lo status socio-familiare, economico, ambientale che possono condizionare non solo la percezione negativa della propria condizione psico-fisica e gli atteggiamenti di contrasto alle malattie, ma anche vincolare l'accessibilità alle cure necessarie nonché limitarne la qualità per incostante adesione ai protocolli sanitari - questo ancor più perché in Basilicata le disuguaglianze sociali sono un problema attuale e pressante.

Va rilevato, inoltre, che l'1,6 % della popolazione residente della provincia di Potenza è affetta da una patologia mentale.

In Basilicata, secondo il rapporto Osservasalute 2017, i dati di mortalità - anno 2015 - risultano pari a 108,0 per 10.000 per i maschi e per le femmine a 68,7 per 10.000. Si tratta di valori non troppo distanti da quelli nazionali (maschi: 108 per 10.000; femmine: 70 x 10.000).

La mortalità per causa indica tra le principali condizioni le malattie del sistema circolatorio, che in Basilicata registrano tassi superiori al dato nazionale: 41,0 decessi per 10.000 contro un dato nazionale pari a 36,0 x 10.000.

Le malattie neoplastiche evidenziano invece una minore incidenza rispetto al dato nazionale: 26,0 per 10.000 versus 29,0.

Un dato piuttosto critico riguarda la mortalità nel primo anno di vita, che, con riferimento al 2014, è stata pari in Basilicata a 4 deceduti ogni 1.000 nati contro un dato italiano pari a 2.

Anche la mortalità neonatale registra valori più alti in Basilicata (3,2) rispetto al resto del Paese (2,0).

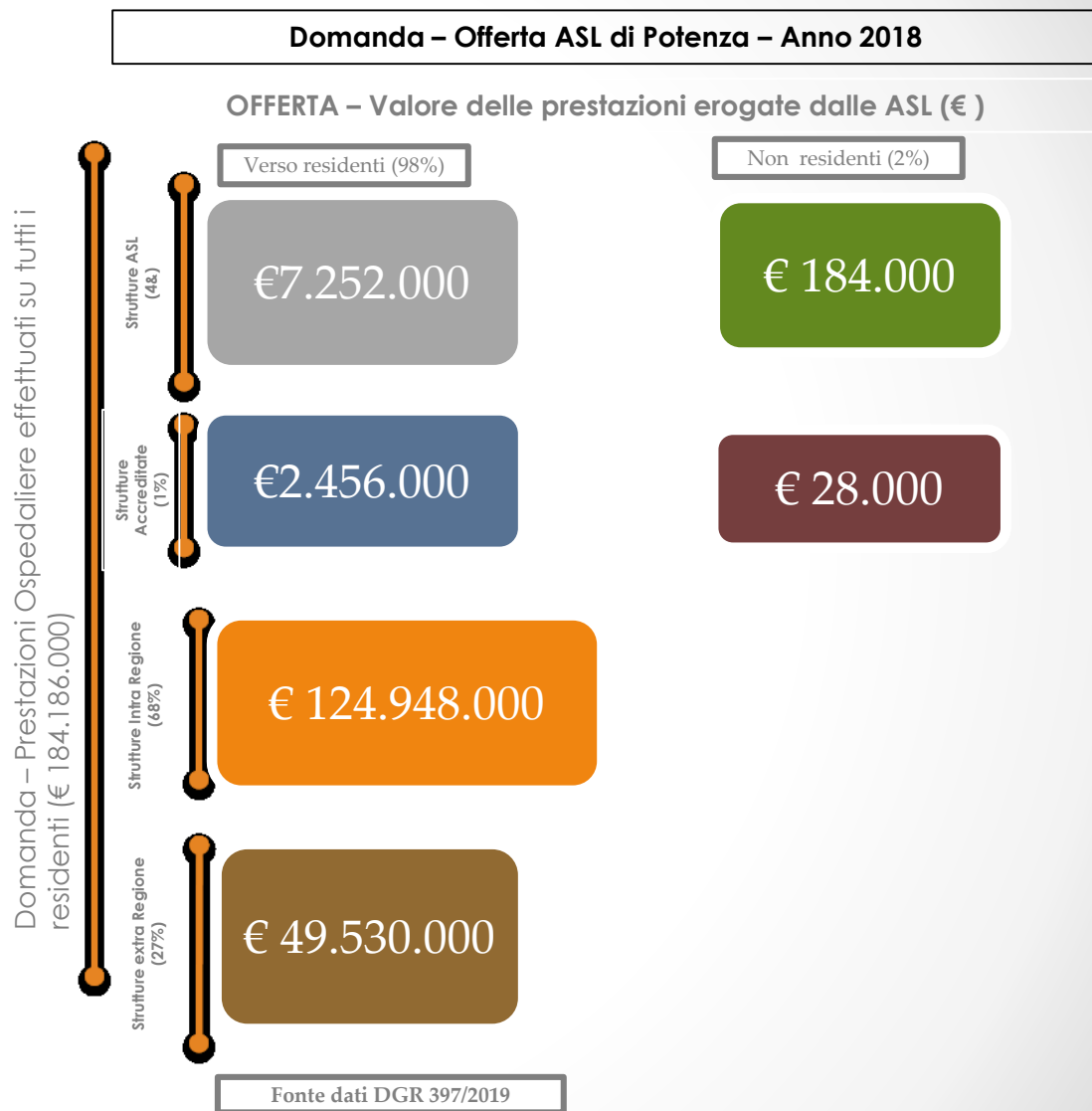
La mortalità per suicidio registra un trend in calo in Basilicata e relativamente stabile in Italia. Basilicata: 0,55 rispetto a un dato nazionale di 0,67.

Nel complesso, è evidente che la popolazione lucana è caratterizzata da un progressivo invecchiamento, da cui l'inevitabile incremento di malattie cronico-degenerative.

Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente - flussi di mobilità

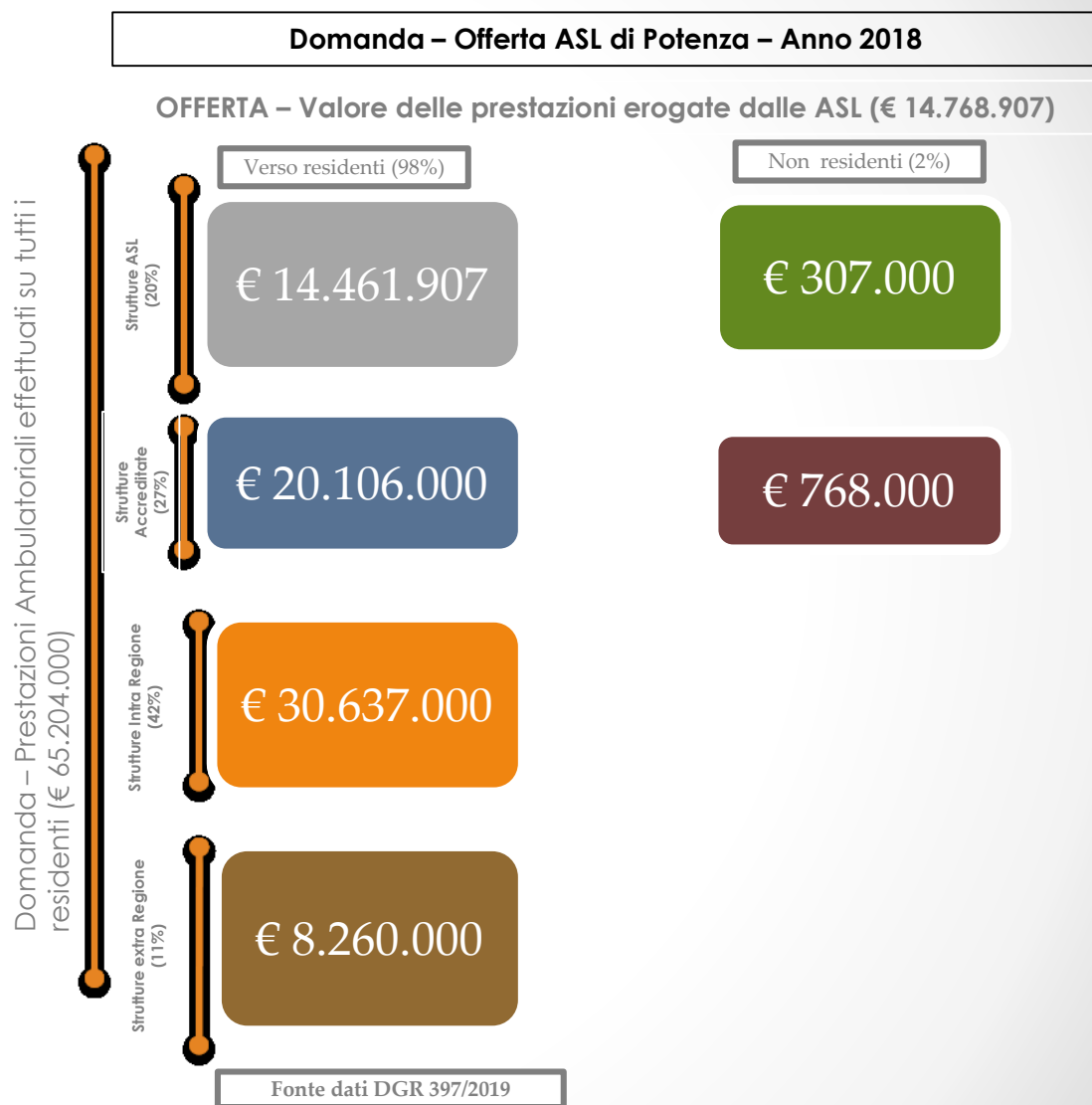
Analisi della domanda e dell'offerta dell'attività ospedaliera

- I ricoveri ospedalieri erogati ai pazienti residenti nel territorio ASP sono complessivamente di euro 184.186.000 Il 68% di detto valore è stato registrato nelle strutture intra-regione.
- Il valore dei ricoveri in mobilità passiva rappresenta il 95% del totale.
- Trattasi prevalentemente di prestazioni erogate a pazienti residenti dalle altre strutture pubbliche della Regione.



Analisi della domanda e dell'offerta della specialistica ambulatoriale

- Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate ai pazienti residenti nel territorio ASP sono complessivamente di euro 73.464.907. Il 20% di detto valore è stato registrato nelle strutture aziendali.
- Si fa presente che il dato di mobilità passiva intraregionale ed extraregionale è stato comunicato dalla Regione Basilicata con DGR 397 del 28 giugno 2019.
- Il valore delle prestazioni ambulatoriali in mobilità passiva rappresenta il 53% del totale.
- Trattasi prevalentemente di prestazioni erogate a pazienti residenti dalle altre strutture pubbliche della Regione.



Mobilità attiva specialistica ambulatoriale intra ed extra regionale

- L'Azienda Sanitaria di Potenza nell'anno 2018 ha erogato attraverso le proprie strutture circa 307.000 (mobilità attiva).
- Tale valore rappresenta il 2,12% di quello delle prestazioni ambulatoriali complessive effettuate nell'anno in esame.
- Le prestazioni verso i non residenti sono diminuite rispetto a quelle dell'anno precedente.
- Si rileva, rispetto all'anno precedente, una diminuzione del numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture aziendali (-27,94%) per effetto del riordino del SSR di cui alla legge regionale n. 2/2017, mentre, le strutture accreditate dell'ASP registrano un incremento complessivo dell'5,2%.
- Nell'anno 2018 le prestazioni effettuate a pazienti non residenti dalle strutture accreditate ha rappresentato in termini di valorizzazione il 3,82% del totale erogato.
- Complessivamente le prestazioni ambulatoriali erogate in mobilità attiva rappresentano il 3,11 % dell'offerta aziendale resa sia presso le nostre strutture che presso le strutture accreditate.

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Dal Rapporto C.R.E.A. Sanità 2018 si evince che la diminuzione negli anni del finanziamento del SSN è un fatto oggettivo e le motivazioni possono essere di due tipi:

- l'ottima salute dei cittadini italiani;
- la riduzione degli sprechi.

Gli sprechi, pur essendoci, non rappresentano una fonte credibile ed esaustiva di finanziamento.

Si rileva che la spesa sanitaria italiana è inferiore a quella dei Paesi dell'EU-Ante 1995 del 31,3% (il gap è raddoppiato rispetto al 2000 e sarebbe maggiore se non ci fossero state la crisi e la Grecia e la Brexit). Tale gap è ridotto dalla crescita della spesa privata, perché per la spesa pubblica è addirittura del 36,8%. Come evidenziato dal grafico sottostante i livelli di spesa italiani ed i tassi di crescita sono storicamente inferiori a quelli degli altri Paesi EU.

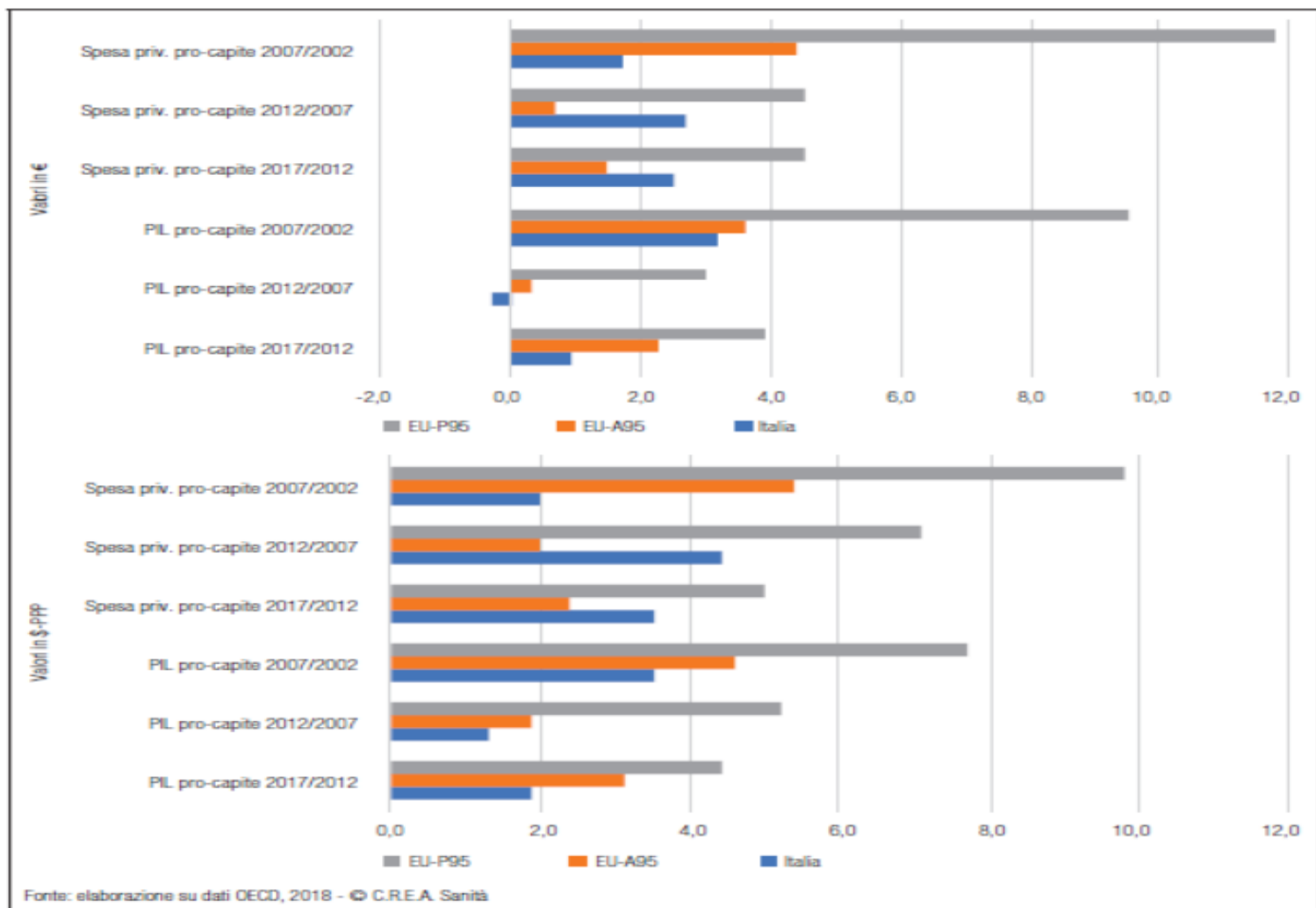
In Sanità si ritiene che «chi» spende meno è più inefficiente.

La spesa sanitaria corrente italiana, nel 2017, è di € 2.522,2 pro-capite (OECD).

La spesa pubblica nel 2017 è inferiore del 36,8% rispetto a quella dei Paesi EU-Ante 1995, mentre è maggiore del 169,4% rispetto a quella dei Paesi EU-Post 1995.

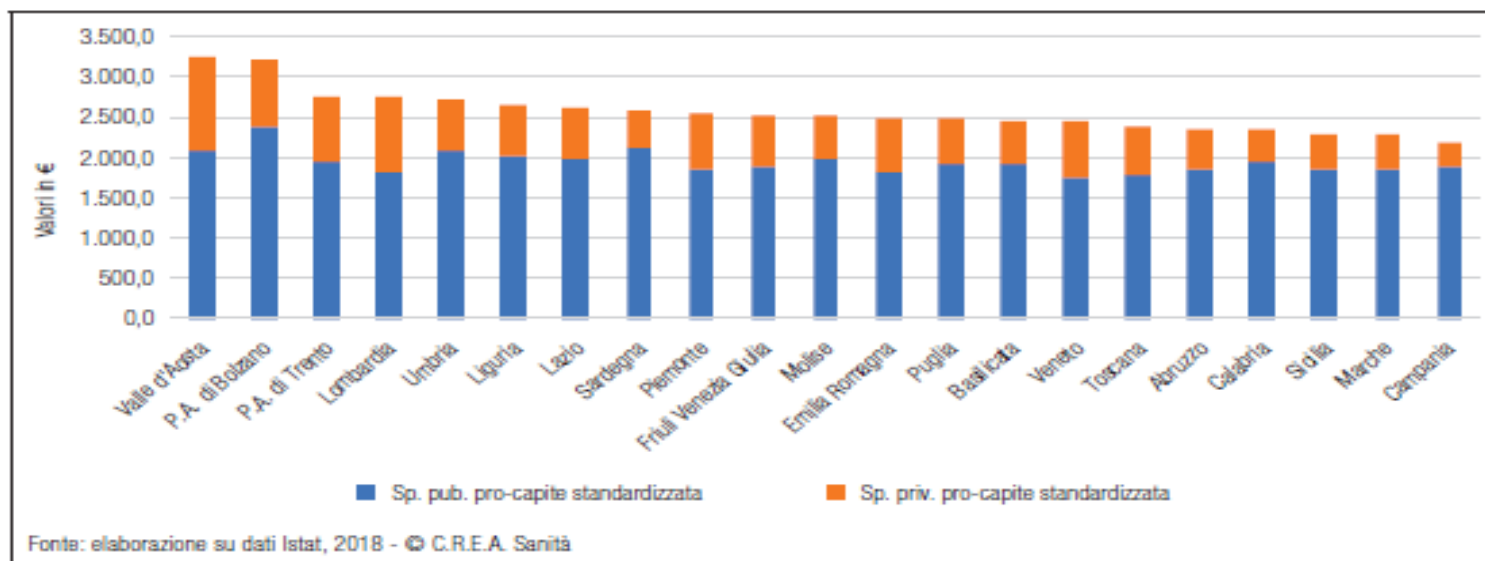
FRAMEWORK ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Confronti della spesa sanitaria delle famiglie e del PIL pro-capite. Variazioni Italia vs EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



- La spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata), nel 2017, si è attestata a € 2.491,2 pro-capite (€ 150,9 mld.) in aumento dell'1,8% rispetto al 2016 con valori massimi in Valle d'Aosta e nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 3.251,4, € 3.201,6 e € 2.745,4); all'estremo opposto si collocano Sicilia (€ 2.274,4), Marche (€ 2.271,3) e Campania (€ 2.174,1). La differenza tra la regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 49,6%, ovvero € 1.077,3; anche escludendo le regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 559,4 (ovvero al 25,7%).

Figura 3.7. Spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2017



Nel 2017, la spesa sanitaria pubblica totale ha raggiunto € 113,1 mld.: in crescita dello 0,8% rispetto all'anno precedente.

Per quanto concerne, in particolare, la spesa pubblica pro-capite, nel 2017, essa è pari a € 1.867,2 (+1,0% rispetto al 2016) .

Figura 3.8. Spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione semplice e standardizzata. Anno 2017

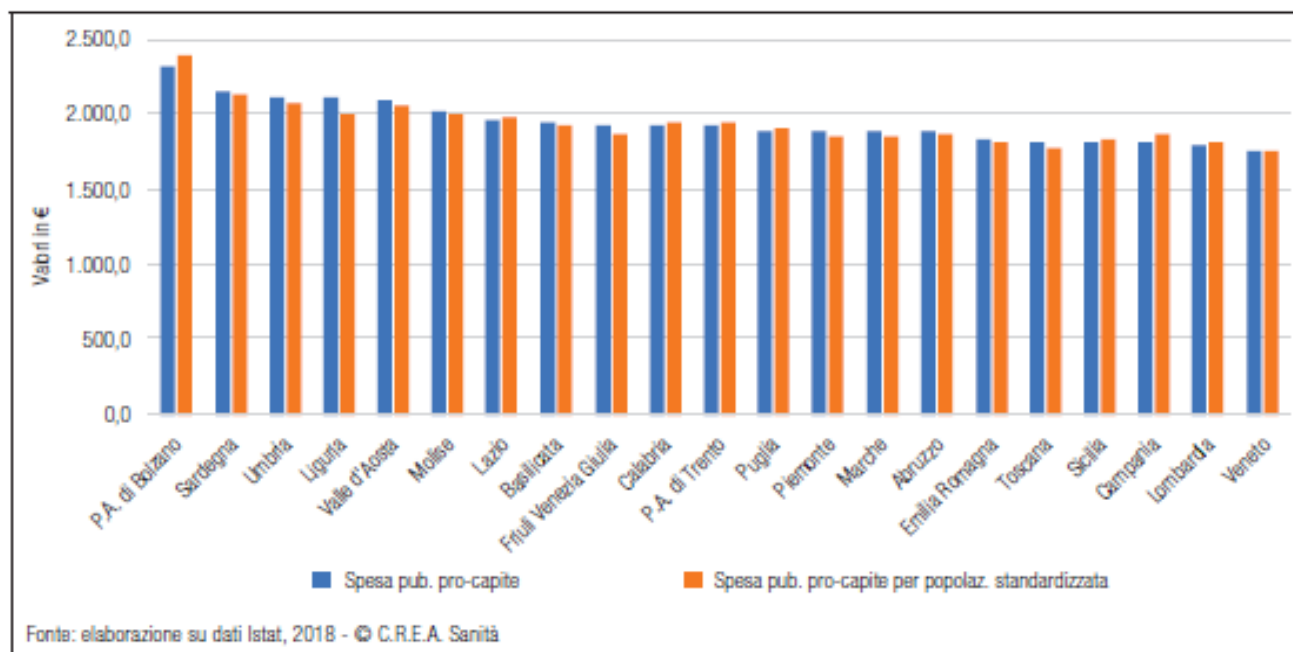


Tabella 3.1. Spesa sanitaria pubblica regionale

Regioni	Spesa pro-capite nominale Anno 2017	Var. media annua nominale (%) 2017/2012
Italia	1.867,2	0,4
Piemonte	1.887,1	0,3
Valle d'Aosta	2.081,1	-2,0
Lombardia	1.797,9	0,5
P.A. di Bolzano	2.305,6	0,4
P.A. di Trento	1.913,2	-0,8
Veneto	1.761,5	0,6
Friuli Venezia Giulia	1.922,7	-1,1
Liguria	2.102,8	0,6
Emilia Romagna	1.829,9	0,3
Toscana	1.812,6	0,1
Umbria	2.111,8	2,9
Marche	1.877,0	0,9
Lazio	1.950,4	-0,8
Abruzzo	1.876,1	0,9
Molise	2.022,1	0,3
Campania	1.799,4	0,7
Puglia	1.889,1	1,2
Basilicata	1.937,8	1,1
Calabria	1.922,4	0,9
Sicilia	1.808,9	0,6
Sardegna	2.137,4	0,6

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Tra il 2012 ed il 2017 la spesa pubblica pro-capite è aumentata dell'1,2% (variazione media annua pari allo 0,4%). Tale incremento, in termini reali, equivale ad una variazione media annua negativa pari allo 0,1% (ovvero -€ 5,4 pro-capite).

A livello regionale, l'Umbria ha riportato la crescita più sostenuta (+2,9% medio annuo) a cui fanno seguito la Puglia con l'1,2% medio annuo, la Basilicata con l'1,1%, le Marche e l'Abruzzo entrambe con un +0,9%. All'estremo opposto si collocano la Valle d'Aosta che ha riportato una contrazione della spesa pubblica pro-capite espressa in termini nominali del 2,0% medio annuo, il Friuli Venezia Giulia dove ha superato l'1,0%, la P.A. di Trento ed il Lazio (Regione quest'ultima, ricordiamo, in Piano di Rientro al 2017), con lo 0,8%.

Per quanto concerne la spesa sanitaria pro-capite delle famiglie, nel 2017 risulta pari a € 624,0 (+4,4% rispetto al 2016).

Dall'analisi della composizione dei consumi sanitari delle famiglie, si riscontra come si stia progressivamente riducendo la quota di spesa privata per farmaci, articoli sanitari e materiale terapeutico, passando dal 41,6% del 2000 al 36,4% nel 2017 (-1,6 punti percentuali rispetto al 2016), e stia invece aumentando quella per i servizi ospedalieri ed ambulatoriali (visite specialistiche, esami, odontoiatria, etc.), passata dal 58,4% al 63,6% (+1,4 punti percentuali nell'ultimo biennio).

PARTE TERZA

**Albero della Performance: declinazione degli
obiettivi strategici ed operativi 2020-2022**

Annualità 2020

ALBERO DELLA PERFORMANCE

Mission e vision aziendali

L'Azienda ASP è una organizzazione che:

1. agisce, in collaborazione con altri soggetti, per la produzione e mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
2. gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
3. persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

La **missione strategica** dell'Azienda è:

Soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Basilicata, secondo i principi di equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza.

La **visione strategica** dell'Azienda è improntata pertanto a:

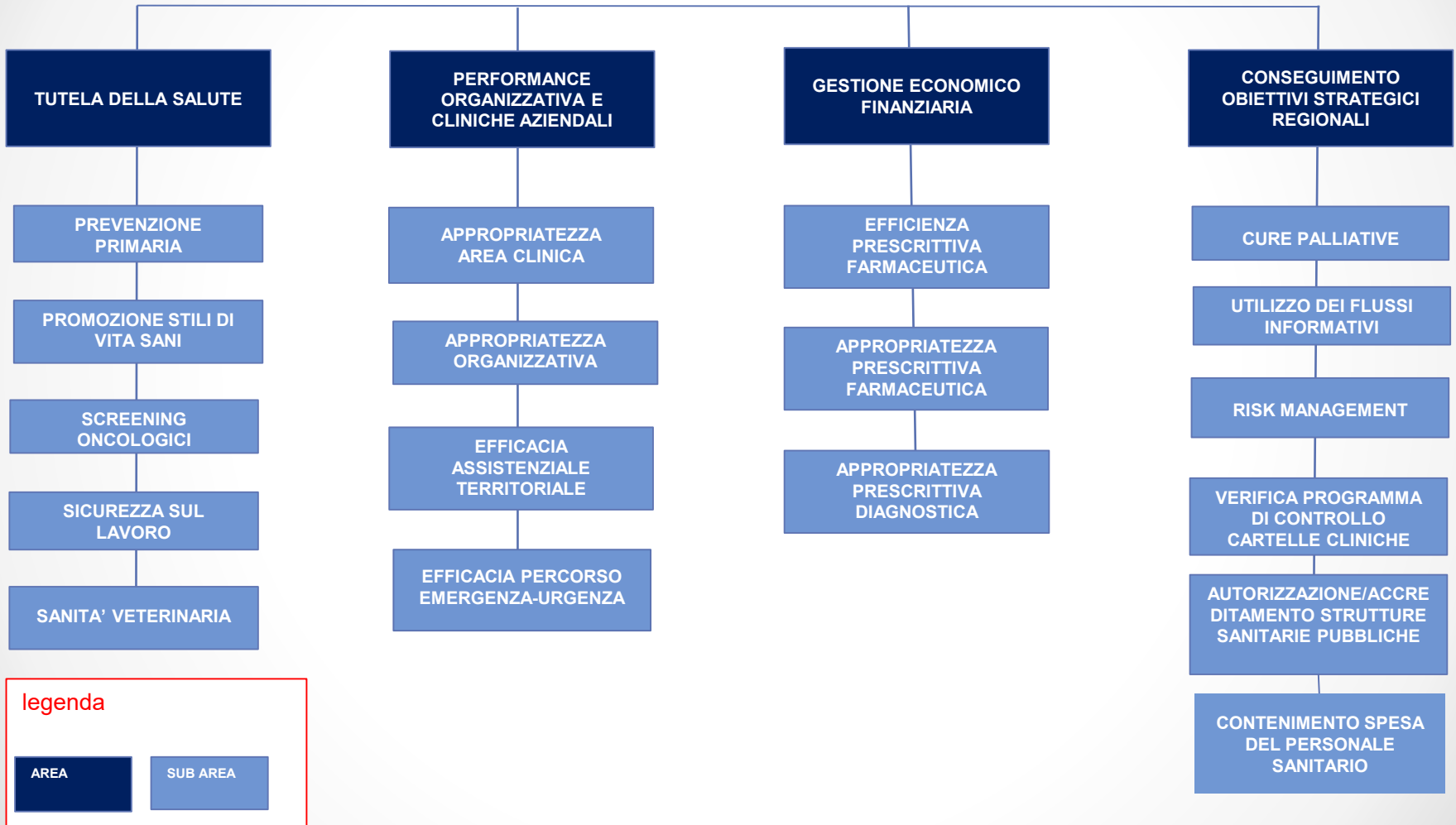
Sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende sanitarie regionali ed i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché con tutti gli altri "stakeholders" per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali regionali per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati; sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

Are Strategic Areas



Per ognuna delle aree strategiche sono individuate le **sub-aree** (ossia degli ambiti omogenei di operatività dell'Azienda) e le principali correlazioni logiche tra le aree e le sub-aree (ossia le integrazioni operative che devono essere ricercate e perfezionate attraverso l'organizzazione per erogare servizi assistenziali di qualità).

AREE E SUB-AREE STRATEGICHE



PREVENZIONE PRIMARIA

PROMOZIONE DI STILI DI
VITA SANI

SCREENING ONCOLOGICI

SICUREZZA SUL LAVORO

SANITA' VETERINARIA

PRINCIPALI SFIDE

- Miglioramento della copertura vaccinale.
- Miglioramento degli stili di vita e diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione, di prevenzione dell'abuso di alcol e prevenzione del fumo.
- Miglioramento del grado di estensione delle campagne di screening per il controllo delle patologie oncologiche.
- Mantenimento del livello attuale dell'attività di vigilanza per la sicurezza degli ambienti di lavoro.
- Aumento dei controlli igienico-sanitari per la sicurezza degli alimenti di origine vegetale
- Aumento dei controlli igienico-sanitari per la sicurezza degli alimenti di origine animale.

PREVENZIONE PRIMARIA

Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione

Migliorare la copertura vaccinale

Copertura vaccinale MPR nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)

Copertura vaccinale papilloma virus HPV nella popolazione bersaglio

Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi

Grado di copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi

Grado di copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi

Obiettivo di mandato D.G.

PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI

Miglioramento della qualità di vita

% di persone intervistate consigliate dal medico o da altro operatore sanitario di fare attività fisica

% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso

% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o da altro operatore sanitario di fare attività fisica

% di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o da altro operatore sanitario di bere meno

% di fumatori consigliati dal medico o da altro operatore sanitario di smettere di fumare

Promozione di stili di vita sani

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

TUTELA DELLA SALUTE

SCREENING ONCOLOGICI

Prevenzione delle patologie oncologiche

Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening

Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina

Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella

Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

SICUREZZA SUL LAVORO

Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

N. Aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti

N. Cantieri ispezionate/N. Cantieri notificati

N. Aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL

N. Sopralluoghi /N. personale UPG SPSAL

Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

SANITA' VETERINARIA

Sicurezza degli alimenti

Contaminazione degli alimenti, controllo per la riduzione dei residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale

Raggiungimento della copertura % dei campioni effettuati per la ricerca di residui fitosanitari negli alimenti di origine vegetale

Controllo ovini e caprini per SCRAPIE

Raggiungimento della copertura % di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE

Percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Raggiungimento della copertura % di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**APPROPRIATEZZA AREA
CLINICA**

**APPROPRIATEZZA
ORGANIZZATIVA**

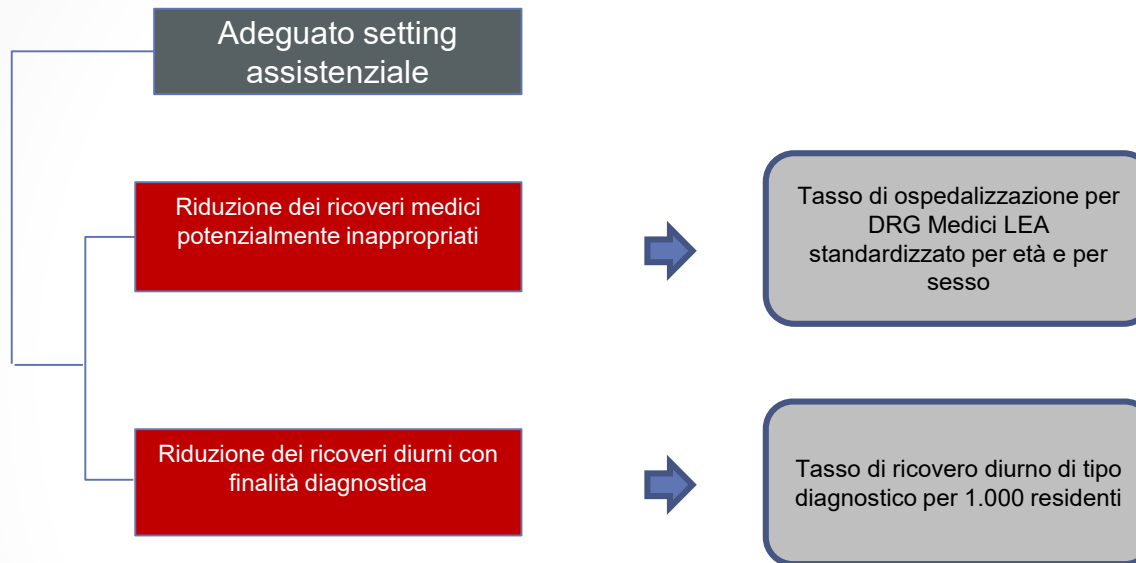
**EFFICACIA ASSISTENZIALE
TERRITORIALE**

**EFFICACIA PERCORSO
EMERGENZA-URGENZA**

PRINCIPALI SFIDE

- Migliorare l'appropriatezza delle cure
- Migliorare l'efficacia dell'assistenza territoriale.
- Contenere il numero di ricoveri ospedalieri per abitante al fine di riallocare le risorse per l'attivazione dei servizi territoriali.
- Migliorare la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative
- Favorire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale
- Migliorare il grado di estensione dell'assistenza domiciliare al fine di contrastare l'istituzionalizzazione impropria e precoce degli anziani
- Consolidare l'integrazione tra gli ospedali del SSR ed il sistema emergenza – urgenza
- Sviluppare sinergie ed integrazioni nell'organizzazione dell'emergenza – urgenza
- Attivare momenti informativi/formativi rivolti ai Medici di Medicina Generale ed ai Medici di Continuità Assistenziale sulle tematiche dell'emergenza-urgenza
- Migliorare l'appropriatezza organizzativa del sistema emergenza - urgenza (tempestività di risposta - riduzione intervallo allarme-target 118)

APPROPRIATEZZA AREA CLINICA



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

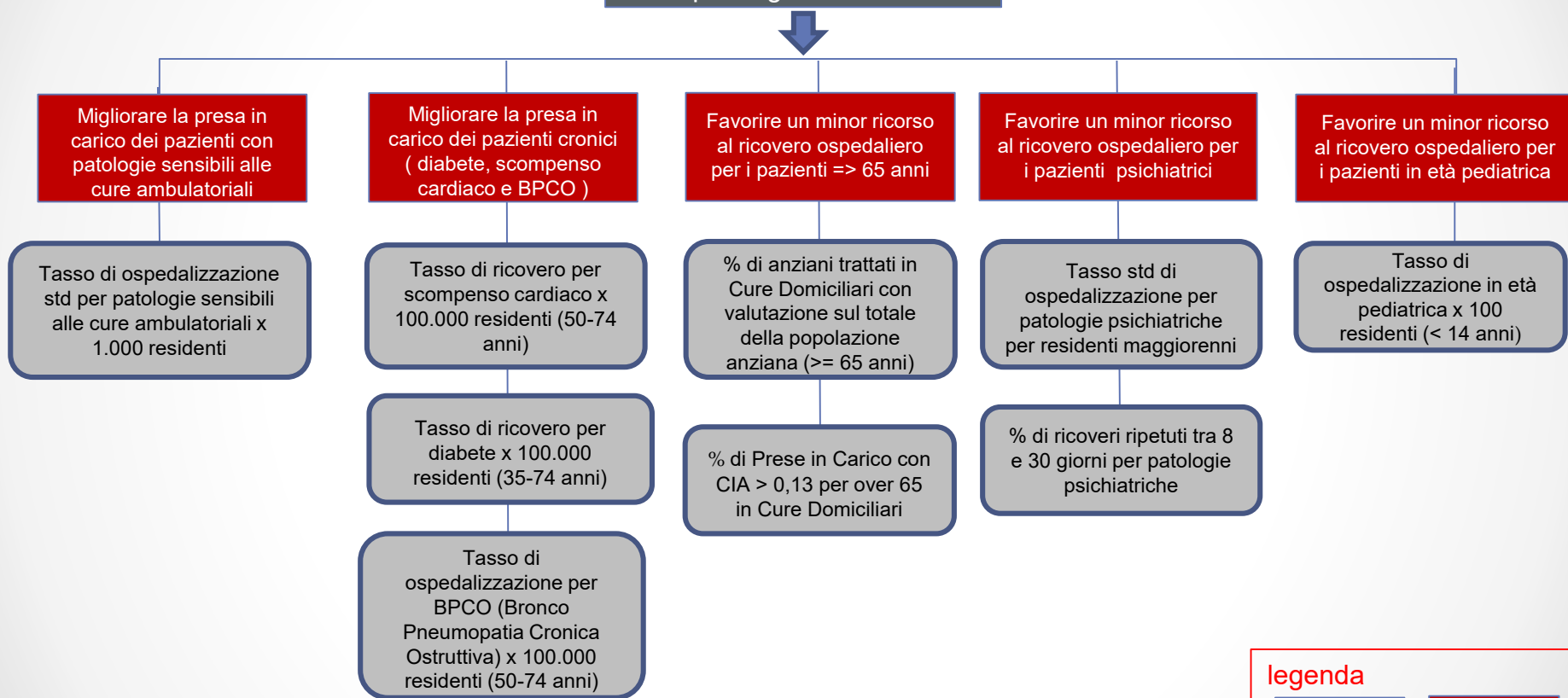
Outcome

Indicatore

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Efficacia assistenziale nelle patologie croniche



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Governo dei tempi di attesa

Rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classe di priorità (RAO)

Assenza di liste critiche

Contenimento delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali non in classe di priorità : riportare le prestazioni delle branche di cardiologia e di diagnostica per immagine entro 60gg.

Tempi di attesa

Obiettivo di mandato D.G.

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA-URGENZA

Appropriatezza organizzativa
(Tempi di risposta DEU 118)



Riduzione Tempi di attesa - Emergenza



Intervallo Allarme - Target dei mezzi
di soccorso (minuti)

legenda

SUB-AREA

Obiettivo
strategico

Outcome

Indicatore

Obiettivo di mandato D.G.

**EFFICIENZA PRESCRITTIVA
FARMACEUTICA**

**APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA
FARMACEUTICA**

**APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA
DIAGNOSTICA**

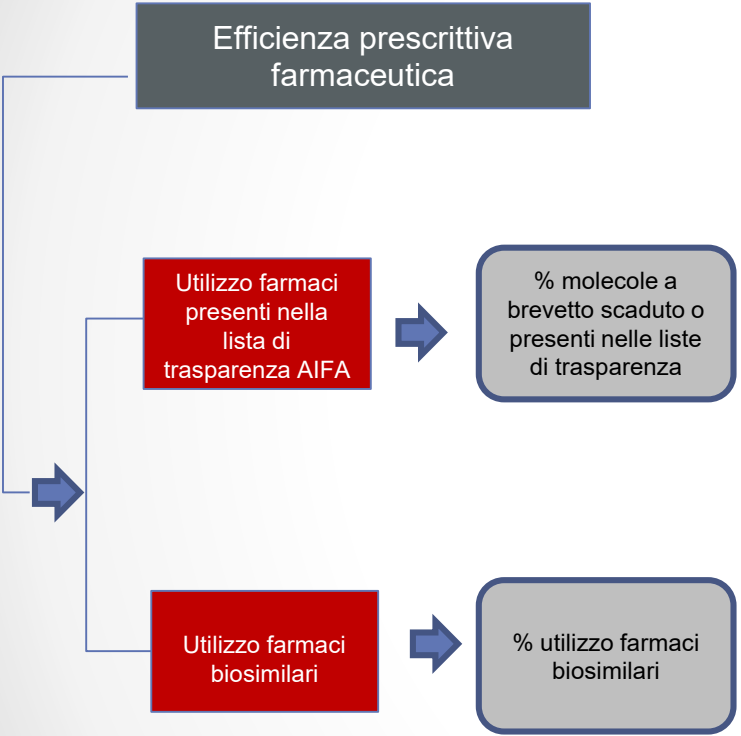
**EQUILIBRIO ECONOMICO-
FINANZIARIO**

PRINCIPALI SFIDE

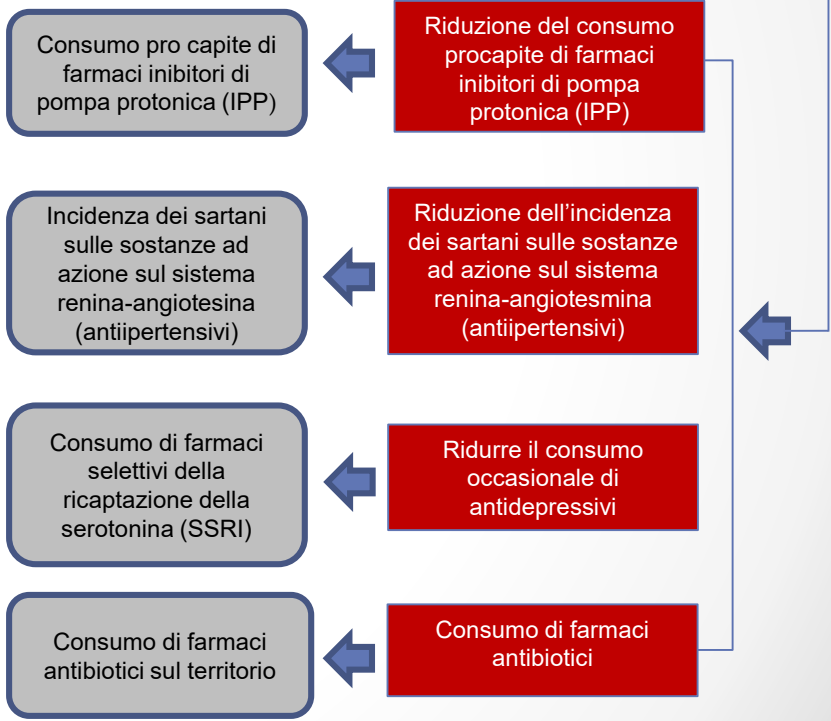
- Miglioramento dell'efficienza prescrittiva farmaceutica attraverso il corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci.
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica.
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica.
- Razionalizzazione ed efficientamento della spesa sanitaria.

EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA



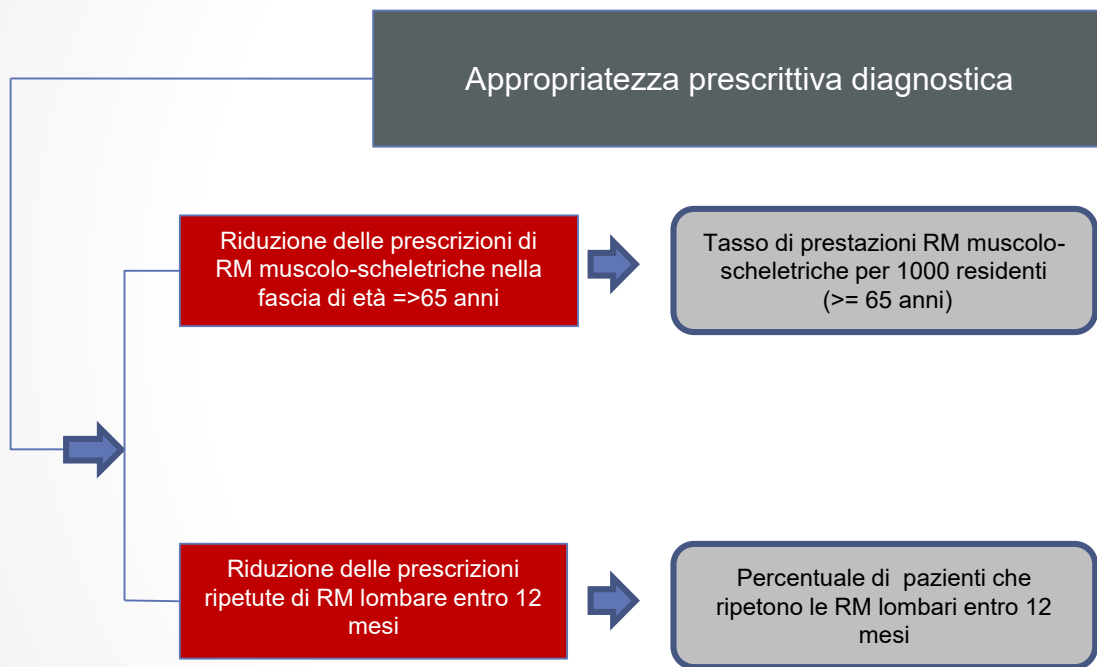
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica



legenda

SUB-AREA	Obiettivo strategico
Outcome	Indicatore

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA



legenda

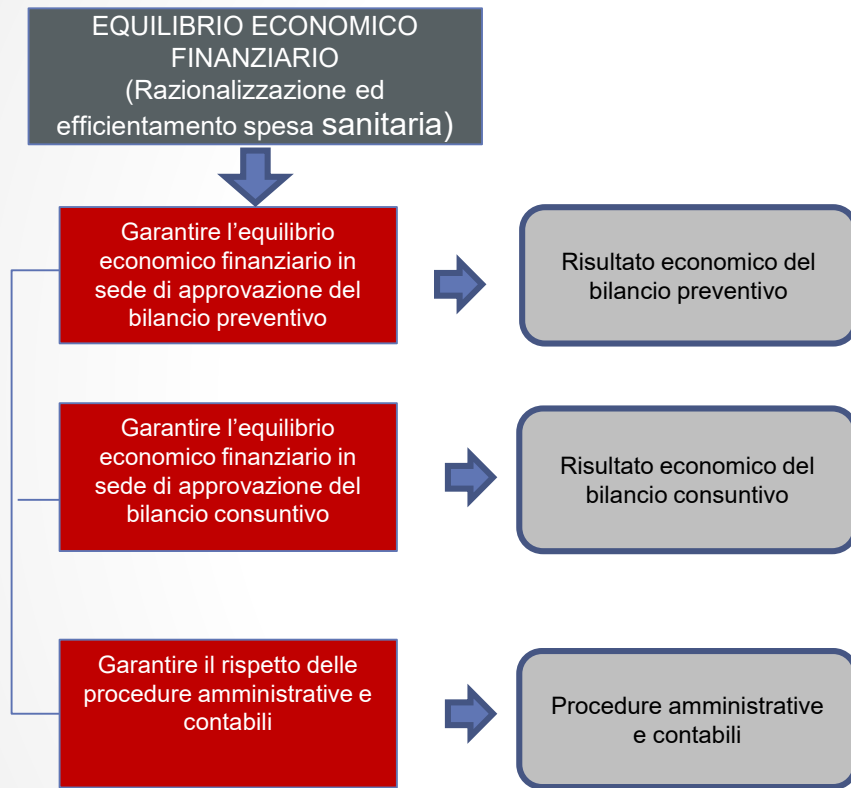
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO



Obiettivo di mandato D.G.

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

CURE PALLIATIVE

UTILIZZO DEI FLUSSI
INFORMATIVI

RISK MANAGEMENT

VERIFICA DEL PROGRAMMA DI
CONTROLLO DELLE CARTELLE
CLINICHE

AUT./ACCR.STRUTTURE
SANITARIE PUBBLICHE

CONTENIMENTO DELLA SPESA
DEL PERSONALE SANITARIO

SANITA' DIGITALE

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA

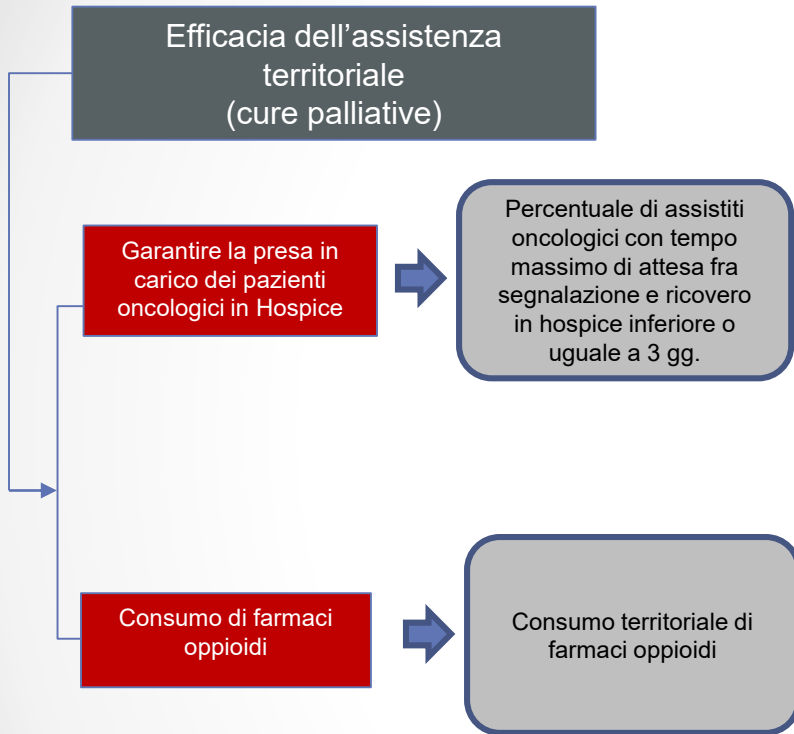
EMPOWERMENT AZIENDALE

PRINCIPALI SFIDE

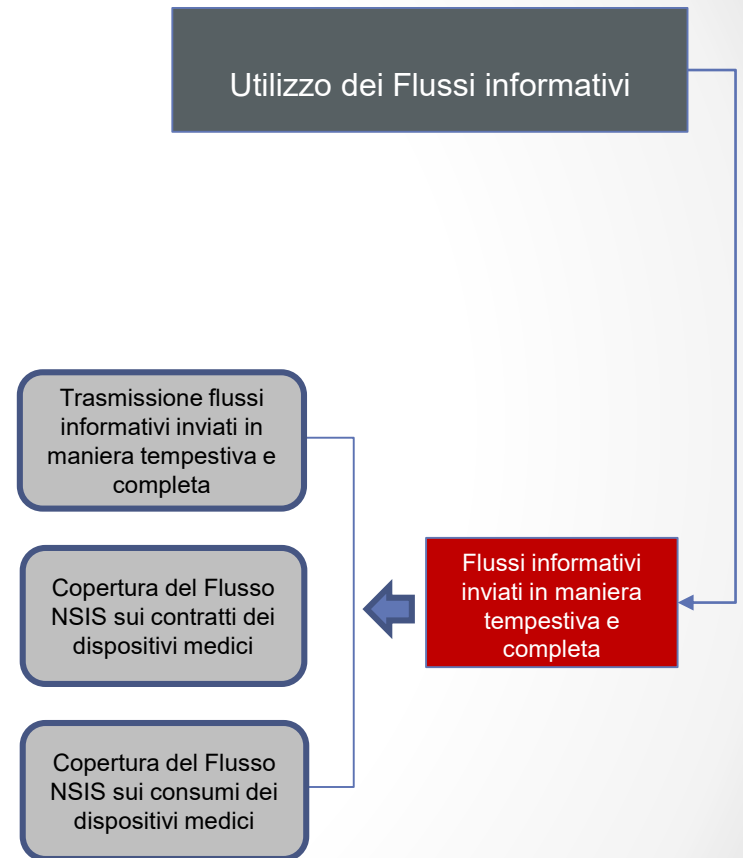
- Potenziamento della lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS.
- Miglioramento della tempistica e il grado di completezza e attendibilità dei flussi informativi.
- Miglioramento del livello di sicurezza per i pazienti e gli operatori.
- Controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte.
- Verifica delle autorizzazioni/accreditamento delle strutture pubbliche.
- Miglioramento ed efficientamento spesa per il personale: verifica rispetto limite di spesa annuale per il personale fissato con DGR n.798/2019 (2019-2021).
- Implementazione degli strumenti sanitari digitali per migliorare la cura dei pazienti.
- Garantire il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori.
- Favorire la crescita progressiva della capacità dei dipendenti di partecipare ai processi e alle decisioni aziendali.

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

CURE PALLIATIVE



UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

Obiettivo di mandato D.G.

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

RISK MANAGEMENT

Risk Management

Adozione e Trasmissione alla Regione Basilicata del Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico entro il 30 giugno

Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico

Trasmissione alla Regione Basilicata della Relazione Annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale entro il 28 febbraio

Relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico.

CONTROLLO DELLE CARTELLE CLINICHE

Verifica del programma di controllo Cartelle Cliniche

Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche

Valutazione Appropriatelyzza-Accuratezza Cartelle Cliniche

legenda

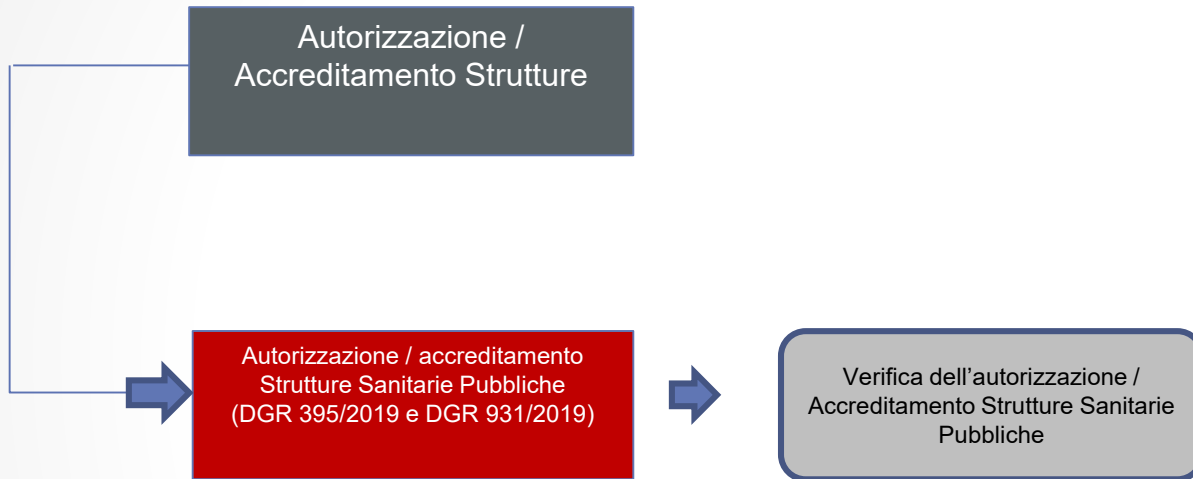
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

AUTORIZZAZIONE / ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE



legenda

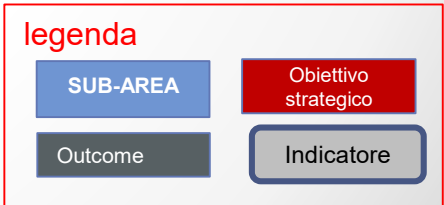
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

CONTENIMENTO DELLA SPESA DEL PERSONALE SANITARIO



SANITA' DIGITALE

Digitalizzazione e dematerializzazione

Garantire la piena attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Piena Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Completare il processo di dematerializzazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali e farmaceutiche

100% delle prescrizioni ambulatoriali e farmaceutiche dematerializzate

Obiettivo di mandato D.G.

legenda

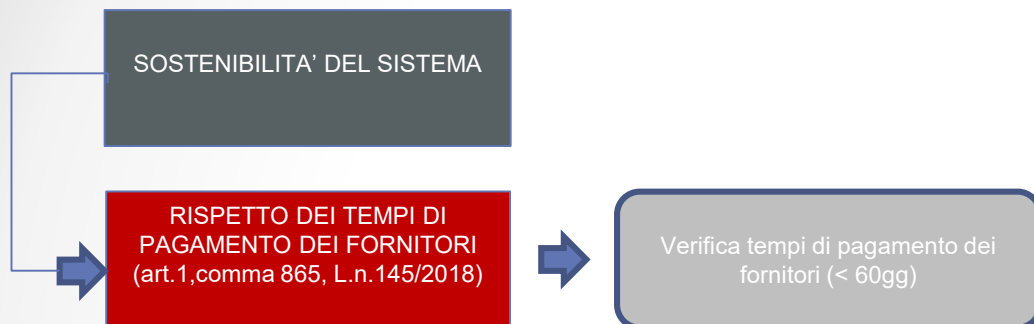
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA



Obiettivo All. B) DGR n.129/2020

legenda

SUB-AREA

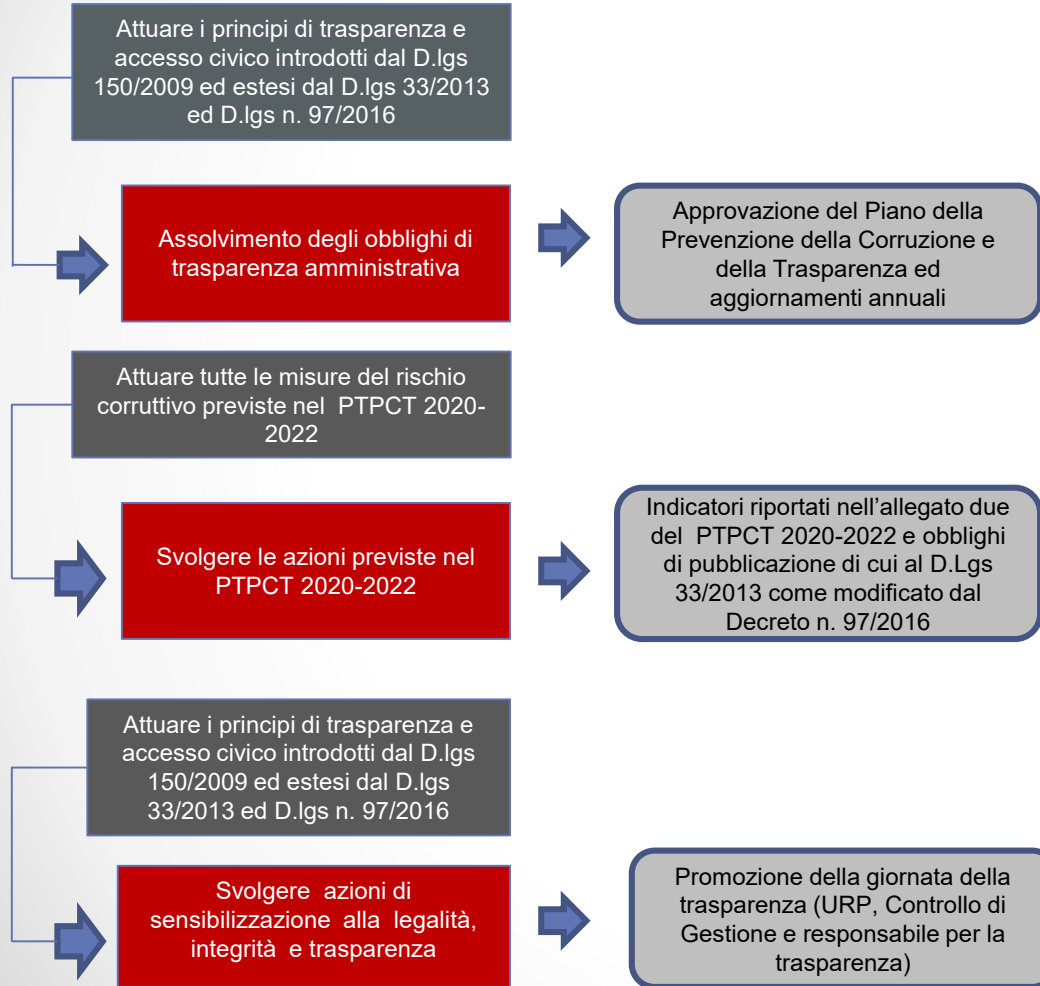
Obiettivo
strategico

Outcome

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE

Obiettivo di mandato D.G.



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

PARTE QUARTA

Ciclo di gestione della Performance

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

- Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano;
- Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio;
- Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance;
- Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance
- Collegamento tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance
- Dalla Pianificazione Strategica alla Performance Organizzativa
- Dalla Performance Organizzativa alla Performance Individuale
- I Progetti Obiettivo per il personale del Comparto
- Prospettive: La valutazione partecipativa
- Comunicazione del Piano della Performance

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano

Con riferimento ai soggetti coinvolti per giungere alla definizione dei contenuti del Piano Triennale, si rappresenta che la U.O.C Controllo di Gestione ha predisposto la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica, coinvolgendo diversi attori, quali la U.O.C. Gestione delle Risorse, la UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del Personale, la U.O.C. Economico Patrimoniale, la UOSD Formazione, il CUG, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Di seguito la rappresentazione sintetica della tempistica del processo:

N	Fase del Processo	Triennio di riferimento					
		Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr
1	Avvio del processo di elaborazione del Piano	■					
2	Definizione degli obiettivi di performance	■					
3	Redazione del Documento		■				
4	Condivisione del Piano della Performance			■			
5	Approvazione ed adozione del Piano			■			
6	Comunicazione del piano all'interno e all'esterno			■	■		

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale e pluriennale, attraverso:

- ❖ l'inclusione all'interno del Piano della Performance degli obiettivi strategici declinati nella Relazione al Bilancio preventivo 2020 e pluriennale 2020-2022;
- ❖ l'attenzione a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utili al loro conseguimento.

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance

- L'adozione del Piano rappresenta il punto di partenza del ciclo di gestione delle performance dell'ASP. Tale Piano è dinamico e difatti verrà aggiornato periodicamente, anche in corso d'anno, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance. Attraverso tale aggiornamento sarà possibile individuare eventuali nuovi obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria aziendali o adeguare gli obiettivi e i target già assegnati sulla base delle evidenze emerse in corso di monitoraggio infra-annuale.
- Inoltre, affinché la procedura del Ciclo di gestione della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si illustrano le azioni già intraprese e quelle da porre in essere:
 - ❖ è stato costituito l'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** per garantire la correttezza e il regolare funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della performance;
 - ❖ è stato adottato il **Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo**;
 - ❖ è in corso di adozione il nuovo regolamento che disciplina il “**Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance**” organizzativa e individuale, quale strumento unitario atto a favorire il miglioramento continuo del contributo che ciascuno apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda;
 - ❖ è stato avviato il processo di implementazione del **sistema di controllo direzionale** che consentirà il monitoraggio periodico dei principali indicatori di attività (cruscotto direzionale).

Collegamento del Piano della Performance con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022

- Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance è anche strumento fondamentale attraverso cui trasparenza e prevenzione della corruzione si realizzano.
- La corruzione trova terreno fertile nella scarsa qualità della burocrazia, in sistemi sanzionatori percepiti come inefficaci, nell'eccesso di norme ed oneri burocratici, nella scarsa diffusione della cultura della trasparenza nell'azione amministrativa.
- E' necessario perciò che il Ciclo di gestione della Performance sia pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.
- L'Azienda Sanitaria di Potenza, in applicazione della L. n.190/2012 sulla prevenzione della corruzione e del D. Lgs. n. 33/2013 di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione, ha adottato i seguenti atti:
 - ❖ con delibera n. 137 del 06.03.2013 è stata approvato il **Codice Etico**.
 - ❖ con delibera n. 198 del 17/03/2016 ha nominato il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione**;
 - ❖ con delibera n. 36 del 26/01/2016 ha nominato il **Responsabile della Trasparenza**;
 - ❖ con delibera n. 756 del 18.12.2013 ha adottato il **Codice di Comportamento Aziendale** (ai sensi del DPR n.62/2013);
 - ❖ con delibera n. 418 del 05.08.2014 è stata approvata la procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità nell'ASP (**Whistleblowing Policy**);
 - ❖ sono stati adottati i PTPC per gli anni 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020 entro il 31 gennaio di ciascun anno.

-
- Ai sensi delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 97/2016, che hanno modificato il D.Lgs. n. 33/2013 e la Legge n. 190/2012, il PTPC, infatti, assume un ruolo programmatico ancora più incisivo, dovendo definire gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione e per la trasparenza fissati dal Direttore Generale. Inoltre l'art. 10, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.
 - Nel PTPC sono, infatti, resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) ha individuato, seguendo le indicazioni dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione, gli obiettivi, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati in allegato al PTPC 2020-2022. In tale ottica il Piano della Performance deve coordinarsi e collegarsi con il PTPC (art. 10, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.), in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative, definendo gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.
 - Con riferimento alla metodologia utilizzata dall'Azienda ASP per la definizione degli obiettivi e la valutazione della performance organizzativa, gli obiettivi indicati nel PTPC saranno declinati alle articolazioni aziendali Centro di Responsabilità come "adempimento", nel caso di mantenimento delle attività già in atto in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ovvero come "obiettivo" nel caso di attività incrementali di sviluppo o di miglioramento della qualità della prestazione.

-
- L'ASP già in sede di elaborazione dei precedenti Piani della Performance e di negoziazione dei budget operativi (ivi compreso il budget operativo 2018 e 2019) ha previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance organizzativa e individuale dei dirigenti nel campo della prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza.
 - Nell'ottica della integrazione e coerenza dei predetti strumenti programmatori, richiamata anche nel Piano Nazionale Anticorruzione, nel Piano della Performance 2020-2022, sono stati previsti obiettivi, indicatori e target che trovano piena corrispondenza nelle principali misure di gestione del rischio corruttivo e di trasparenza.
 - La normativa sulla trasparenza (art. 10 comma 6 del D. Lgs 33/2013) prevede specifiche iniziative finalizzate alla diffusione della conoscenza dei contenuti del Piano e della Relazione sulla Performance tra le associazioni di utenti, stakeholders ed a ogni altro osservatore qualificato, anche attraverso l'organizzazione di apposite **Giornate della Trasparenza**. A tal proposito l'ASP nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ha previsto l'organizzazione di eventi volti a sensibilizzare il contesto interno ed esterno rispetto ai temi della legalità, trasparenza, integrità e contrasto alla corruzione in ambito sanitario.
 - Per l'area della gestione del rischio corruttivo gli obiettivi strategici , relativi al triennio 2020-2022, sono i seguenti:
 - assicurare il pieno coinvolgimento dell'Organo di governo, dei dirigenti e di tutto il personale in servizio nella gestione del rischio corruttivo;
 - realizzare l'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno;

-
- rendere più efficace il monitoraggio e controllo dell'applicazione delle misure programmate, anche attraverso l'elaborazione di indicatori specifici;
 - assicurare la maggiore attenzione al rigoroso rispetto dei doveri del Codice di Comportamento anche attraverso verifiche periodiche da parte dei Direttori delle UOC e UOSD;
 - incrementare il livello di qualità della formazione in materia di legalità, trasparenza e anticorruzione;
 - introdurre misure ulteriori e contestualizzate rispetto alle aree di rischio specifiche di un'Azienda Sanitaria territoriale, anche tenuto conto delle risultanze derivanti dall'analisi del contesto esterno e del contesto interno.
- I suddetti obiettivi strategici sono tradotti in obiettivi operativi, misure di gestione del rischio e relativi indicatori di monitoraggio all'interno del PTPCT 2020 / 2022 nell'Allegato 2 *“Misure di gestione del rischio corruttivo programmate per il triennio 2020 / 2022 - Responsabili - Tempistica e Risultati Attesi”*.
 - Anche la pubblicazione dei documenti Piano della Performance e Relazione della Performance rappresenta un ulteriore obiettivo della trasparenza.

Collegamento tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance

- Il processo di pianificazione, programmazione e controllo ha l'obiettivo di organizzare in modo efficace ed efficiente il complesso delle attività finalizzate a definire gli obiettivi strategici e della gestione aziendale, individuare e monitorare le azioni che consentono di conseguirli, controllare i risultati conseguiti rispetto a quanto pianificato e programmato.
- Da tale considerazione emerge il nesso stretto che esiste tra **Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance**.
- Infatti, l'ASP - nell'ambito della realizzazione del Percorso attuativo di certificabilità definito dalla Regione Basilicata in attuazione del D.M. Salute 1/3/2013 - con Del. n. 775/2013, ha approvato il **Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo** in cui sono descritte le procedure strategiche di pianificazione e programmazione aziendale.
- Tra le procedure sistematizzate nel Manuale si ritrovano anche quelle relative all'elaborazione del **Piano Triennale della Performance**, all'adozione del budget generale e operativo, alla definizione del sistema di controllo e monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali.
- Pertanto, una volta adottato il **Sistema di Valutazione della Performance**, in corso di validazione, il percorso di integrazione del Ciclo di P&C con il Ciclo di gestione della Performance potrà considerarsi pienamente realizzato.

Dalla Pianificazione Strategica alla Performance Organizzativa

Gli obiettivi strategici, come riportati nell'allegato 1 al presente Piano, danno origine a obiettivi aziendali annuali, garantendo il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

Nella programmazione annuale si terrà inoltre conto della integrazione e /o modifica degli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria che sarà eventualmente definita dalla Giunta Regionale per l'anno 2020. Tali obiettivi, al momento, non sono ancora stati formalizzati.

L'azienda assegnerà obiettivi e risorse alle proprie unità operative tramite il processo di budget. Tempi, modalità e soggetti coinvolti nel processo di budget saranno descritti nel Documento di Direttive.

Le risorse, gli obiettivi, gli indicatori per il monitoraggio e le soglie da raggiungere saranno invece definiti nella scheda budget di ciascuna unità operativa e unità semplice dipartimentale, negoziata in appositi incontri che si terranno nel mese di febbraio.

Le schede, oltre a recepire gli obiettivi e gli indicatori di cui all'allegato 1, espliciteranno gli ulteriori obiettivi che la Direzione riterrà utili al fine del pieno sviluppo delle attività aziendali, come meglio esplicitato nel Documento di Direttive.

Nel corso dell'anno saranno prodotti report di monitoraggio che verranno condivisi con le unità operative. La valutazione della performance organizzativa avverrà in due momenti distinti. La valutazione complessiva dell'Azienda che sarà fatta dalla Giunta regionale.

L'Azienda sarà inoltre valutata, al pari delle altre Aziende del SSSR, in ragione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati con deliberazione di Giunta.

Il Direttore Generale dell'ASP di Potenza , infatti, è sottoposto a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale.

Dalla Pianificazione Strategica alla Performance Organizzativa

Il secondo momento di valutazione riguarda invece le singole unità organizzative dell'Azienda ASP, che saranno valutate in ordine al livello di raggiungimento degli obiettivi loro assegnati.

Gli esiti del processo di valutazione della performance organizzativa necessitano di essere documentati:

- da reportistica definita, preventivamente, da parte della Direzione;
- di un set di indicatori concordati e capaci di cogliere, con significatività, accuratezza e tempestività, le dimensioni dell'efficienza e dell'efficacia delle attività e dei processi aziendali.

Lo sviluppo di un set di misure di output e di processo in ambito amministrativo, costituiscono un'area di interesse e di innovazione per il servizio sanitario pubblico, per il quale, storicamente, sono state sviluppate misure per le attività sanitarie.

La correlazione tra gli obiettivi definiti nelle schede di budget ed il sistema premiante sarà garantita dalla pesatura degli obiettivi, il cui raggiungimento incide sulla valutazione del direttore di unità operativa e del responsabile di unità semplice dipartimentale e su ciascun dipendente afferente a ciascuna di essa.

A garanzia del regolare svolgimento del ciclo della performance, l'Organismo Indipendente di Valutazione sarà tenuto informato di ogni fase, dall'assegnazione, al monitoraggio e alla valutazione.

Dalla Performance Organizzativa alla Performance Individuale

L'Azienda ASP, come previsto dall'art. 18 del decreto legislativo n. 150/2009, promuove il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti, secondo logiche meritocratiche, e valorizza il proprio personale, attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici a coloro che conseguono le migliori performance. Ne riconosce professionalità e qualità delle prestazioni individuali.

La valutazione della performance individuale riguarda tutti i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato.

Ha periodicità annuale ed è il presupposto per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei premi correlati alla performance, rispettivamente al personale dirigenziale ed al personale del comparto.

A seguito della negoziazione degli obiettivi di budget con i direttori delle unità operative e con i responsabili delle unità operative semplici dipartimentali, i direttori procedono con l'assegnazione ai dirigenti degli obiettivi individuali; essi devono essere chiari, precisi e sintetici e, nella loro assegnazione, il direttore dovrà tener conto dei compiti affidati al valutato, improntando l'assegnazione ai principi della partecipazione e della trasparenza.

Al fine di orientare efficacemente l'operato dei collaboratori, è necessario che il direttore, in primo luogo, illustri ai propri collaboratori gli obiettivi di budget della struttura, e successivamente avvii una discussione sufficientemente analitica sugli obiettivi individuali da raggiungere, affinché gli stessi siano il frutto di un confronto con il collaboratore sul contenuto dell'obiettivo, sulle modalità attuative e sulle condizioni alle quali l'obiettivo si considera conseguito; devono essere resi noti anche i parametri di valutazione ed esplicitati i risultati attesi.

Dalla Performance Organizzativa alla Performance Individuale

La fase dell'assegnazione degli obiettivi si conclude con la sottoscrizione di un'apposita scheda comprovante la condivisione e l'accettazione degli stessi. La valutazione della performance individuale è di responsabilità del superiore gerarchico

La valutazione viene effettuata attraverso apposite schede individuali, differenti per il personale della dirigenza e del comparto.

Gli altri fattori oggetto di valutazione, relativi al personale dirigenziale e distinti a seconda di incarichi che prevedano o meno la gestione di risorse, riguardano oltre alla partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, l'efficacia dei modelli gestionali adottati, le capacità manageriali e/o professionali, l'osservanza dell'orario di lavoro e delle direttive, la gestione e valutazione del personale, il rispetto del processo di valutazione ed il rapporto con l'utenza.

I fattori di valutazione per il personale del comparto, differenziati tra dipendenti titolari di posizione organizzativa e di coordinamento e dipendenti non titolari, riguarderanno oltre alla partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, le competenze e i comportamenti professionali, i comportamenti organizzativi e le capacità relazionali.

Il direttore compila, quindi, le schede di valutazione finale, determinando il punteggio di realizzazione di ciascun ambito di valutazione. Le schede di valutazione devono essere sottoscritte dal direttore e, per presa visione del contenuto, dal valutato.

I soggetti valutatori sono differenti a seconda che i dipendenti rivestano profili dirigenziali o meno, in particolare:

- i direttori di Unità Operative Complesse (UOC) ed i responsabili di unità operative semplici Dipartimentali vengono valutati dal Direttore di Dipartimento di riferimento;

Dalla Performance Organizzativa alla Performance Individuale

- i responsabili delle Unità Operative Semplici, articolazione interna di UOC, sono valutati dal direttore della Struttura Complessa di riferimento;
- i dirigenti con incarico professionale e senza incarico sono valutati dal direttore della Struttura Complessa, della Struttura Semplice dipartimentale e della Struttura Semplice di riferimento;
- il personale del comparto viene dal direttore della Struttura Complessa, della Struttura Semplice dipartimentale e della Struttura Semplice di riferimento.

In caso di mancanza, la valutazione viene effettuata dal Direttore di Dipartimento di riferimento.

La valutazione positiva consentirà l'erogazione della retribuzione di risultato per il personale dirigente o dei premi correlati alla performance per il personale del comparto.

Tali modalità sono tuttavia in fase di revisione e potranno subire delle modifiche nel corso dell'anno, anche al fine di allinearsi con le tempistiche dettate dal D.Lgs. 150/2009 e dal D.Lgs. 74/2016, che prevedono che la conclusione del ciclo della performance avvenga entro il mese di giugno dell'anno successivo.

I Progetti Obiettivi per il personale del Comparto

Fondo produttività collettiva anno 2020 quota strategica progetti incentivanti.

Il Regolamento Applicativo del sistema incentivante, approvato da questa Azienda con deliberazioni n. 682/2013, ha stabilito che *“la disponibilità del fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali è, giusta intesa sindacale, ripartito in due sub fondi:*

- **a)** il 70% per incentivi collegati al raggiungimento degli obiettivi di budget;
- **b)** il 30% per incentivi collegati al raggiungimento degli obiettivi di specifici progetti definiti dalla direzione generale”.

Il Fondo sub “a” è collegato al budget.

La quota del 30%, dunque, è di diretta gestione della Direzione Generale e la stessa informa le rappresentanze sindacali delle determinazioni assunte in tale ambito.

Per l’anno 2020 la Direzione Generale intende definire i progetti, *nei limiti delle risorse disponibili*, eventualmente anche sulla base delle proposte che le U.O. faranno pervenire all’attenzione del Direttore Generale.

La Direzione Generale si riserva di verificare la valenza strategica dei progetti proposti ai fini dell’approvazione degli stessi.

I Progetti Obiettivi per il personale del Comparto

Criteri generali per la gestione della quota incentivante

La gestione della quota strategica incentivante avverrà nel rispetto dei seguenti criteri generali:

- i compensi saranno attribuiti sulla base delle prestazioni lavorative poste in essere dai singoli dipendenti interessati, prendendo in considerazione sia i risultati (individuali o collettivi) ottenuti rispetto agli standards/obiettivi previamente assegnati che l'impegno orario aggiuntivo profuso. In entrambi i casi i risultati, per i quali l'Azienda consegua incrementi della produttività e/o miglioramenti quali-quantitativi nell'erogazione dei servizi ovvero riduzioni significative delle spese, dovranno essere oggettivi e misurabili, con riferimento agli obiettivi strategici aziendali individuati, sia nell'ambito del settore di appartenenza del lavoratore che per effetto del coinvolgimento dello stesso in attività multidisciplinari e strategiche;
- i risultati raggiunti dai dipendenti nell'ambito del settore di appartenenza, da remunerare nell'ambito della quota della Direzione Generale, devono essere ***diversi ed ulteriori*** rispetto a quelli remunerati nell'ambito del budget assegnato per l'incentivazione alla struttura presso la quale prestano servizio e relativi ad **attività ed obiettivi di sviluppo** (con finalità strategiche, innovative o di miglioramento) da perseguire con impegno orario aggiuntivo (per un massimo di 180 ore annue).

I Progetti Obiettivi per il personale del Comparto

- Tra le aree di sviluppo strategico che l'azienda intende perseguire si segnalano: *assolvimento di tutti gli adempimenti LEA, contenimento delle liste di attesa, attività di supporto alla programmazione e alla pianificazione strategica, gestione del rischio clinico, progetti finalizzati al miglioramento delle performance clinico-organizzative dell'azienda, attività finalizzate alla realizzazione di programmi di acquisto per l' ammodernamento tecnologico o di lavori di interesse strategico, attività dirette all'attuazione del piano dei fabbisogni 2019-2021;*
- possono trovare valorizzazione, nell'ambito della quota della Direzione Generale, gli specifici obiettivi assegnati, diversi ed ulteriori, rispetto a quelli assegnati per effetto dell'incarico di posizione organizzativa oltre ad elementi, dimostrabili, di impegno individuale nelle attività svolte. Nel primo caso devono essere "certificate" le ulteriori attività svolte dal dipendente, nell'altro caso l'impegno individuale valorizzato deve trovare riscontro nelle valutazioni finali espresse;
- i singoli dipendenti possono partecipare a più di un progetto strategico nel rispetto del limite di impegno orario annuo complessivo di **180 ore**;
- a consuntivo, previa valutazione del grado di conseguimento degli obiettivi da parte dell'OIV, al dipendente verrà corrisposta, di norma, una tariffa oraria in misura non superiore alla tariffa prevista per le prestazioni di lavoro straordinario per la categoria di appartenenza, eventualmente maggiorata per quei progetti riconosciuti di particolare valenza strategica nel limite massimo del **20%**.
- sono escluse dalla presente disciplina le prestazioni o i risultati del personale incentivati da specifiche disposizioni di legge;
- gli incentivi percepiti, sommati ad altri emolumenti riconosciuti da specifiche disposizioni di legge, non potranno, superare il **20%** delle voci stipendiali fisse e continuative in godimento.

I Progetti Obiettivi per il personale del Comparto

Modalità di presentazione dei progetti

Le candidature dei **progetti del personale del comparto** dovranno essere predisposte dai direttori/dirigenti responsabili delle UU.OO. di appartenenza mediante utilizzo dell'allegata **scheda-progetto**, elaborata allo scopo di garantire uniformità di trattamento e completezza delle informazioni.

Tali progetti dovranno essere trasmessi al Controllo di Gestione e saranno esaminati dal Comitato di Budget che predisporrà una proposta al Direttore Generale per l'autorizzazione o il diniego alla realizzazione.

L'UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del personale ASP valuterà i risultati finali conseguiti, effettuerà il calcolo degli emolumenti dovuti e, acquisito il parere dell'OIV, proporrà al Direttore Generale l'approvazione degli esiti di progetto con autorizzazione alla liquidazione delle somme spettanti.

La presentazione del progetto non comporta l'approvazione dello stesso né implicita autorizzazione alla realizzazione delle azioni proposte.

Per i progetti presentati da responsabili di UO afferenti a strutture dipartimentali gli stessi dovranno essere approvati anche dal Direttore di Dipartimento.

La Direzione Strategica si riserva di predisporre autonomamente ulteriori progetti relativi al conseguimento di obiettivi di particolare valenza strategica e, nel corso dell'anno, di rimodulare e/o integrare gli obiettivi contenuti nei progetti approvati, qualora riconosca importanti, motivate e oggettive modificazioni di contesto.

Prospettive: La Valutazione Partecipativa

Cosa è la valutazione partecipativa

La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della performance che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, coinvolge non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti. All'interno di tale rapporto, il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) o dai cittadini (valutazione civica). Molti metodi di valutazione, anche sofisticati, non riconoscono agli stakeholder autonomia nella valutazione.

Il punto di vista dei cittadini è considerato oggetto di indagine, ovvero uno dei tanti punti di vista da tenere in considerazione durante la valutazione. Nella valutazione partecipativa, invece, tale prospettiva si ribalta. Il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività e dei servizi di cui beneficia, anche ai fini del miglioramento organizzativo.

La valutazione partecipativa è svolta in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili aventi anche lo scopo di ridurre l'asimmetria informativa, per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione.

Sono dunque i cittadini e/o gli utenti stessi, dotati di adeguati strumenti, a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi.

L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati standard quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti. La valutazione partecipativa ha come principale finalità l'integrazione dell'azione amministrativa con il punto di vista dei cittadini e/o degli utenti. Le informazioni raccolte a valle del processo di partecipazione sono rilevanti ai fini della programmazione futura e utili al miglioramento delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione.

Prospettive: La Valutazione Partecipativa

Finalità e principi

La valutazione partecipativa mira a:

- ✓ **migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici**, avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti;
- ✓ **promuovere processi di innovazione amministrativa**;
- ✓ **mobilitare risorse e capitale sociale presenti sul territorio**, attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini;
- ✓ **gestire e ridurre i conflitti**, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il deficit di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica;
- ✓ **integrare il performance management nei processi decisionali**, collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di performance.

È fondamentale identificare i principi più rilevanti che sono alla base della valutazione partecipativa:

- 1. lavoro in collaborazione tra amministrazioni pubbliche e attori sociali**, ovvero cittadini attivi e organizzazioni di promozione e di tutela dei diritti; per essere efficace, tale legame deve ispirarsi alla condivisione degli obiettivi di miglioramento che si vogliono perseguire, mettendo insieme diversi tipi di risorse;
- 2. piena consapevolezza (sia da parte dell'amministrazione che dei cittadini) della necessità di superare l'autoreferenzialità** nell'affrontare gli aspetti connessi alla qualità dei servizi e/o delle attività oggetto di valutazione;
- 3. valutazione partecipativa quale strumento aperto a tutti coloro che intendono fornire il proprio apporto costruttivo e concreto** senza secondi fini; il concetto alla base dell'apertura agli stakeholder è che il loro coinvolgimento possa spingere le amministrazioni pubbliche a migliorare le attività e i servizi erogati.

Comunicazione del Piano della Performance

La comunicazione del **Piano della Performance 2020-2022 - Annualità 2020** seguirà le seguenti modalità:

- **Publicazione sul sito internet aziendale della Bozza del Piano** (a cura del Dirigente Responsabile dell'aggiornamento del sito) per condivisione del piano e per eventuali suggerimenti di integrazione da parte degli stakeholder
- **Publicazione sul sito internet aziendale del Piano approvato** (a cura del Dirigente Responsabile dell'aggiornamento del sito)
- Presentazione del Piano al Collegio di Direzione
- **Trasmissione del Piano** (a cura della U.O.C. Controllo di Gestione) a:
 - Dipartimento Regionale Servizi alla Persona
 - Conferenza dei Sindaci
 - Collegio Sindacale
 - O.I.V.
 - Collegio di Direzione
- **Diffusione del Piano tra gli organi di stampa** (a cura dell'Ufficio Stampa)
- **Presentazione del Piano all'interno della Giornata della Trasparenza** (a cura del Responsabile per la Trasparenza e del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, in collaborazione con l'URP e con il Responsabile della U.O. Controllo di Gestione)

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022- AGGIORNAMENTO APRILE 2020

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2020	Piano Target 2021	Piano Target 2022	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
1	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale MPR nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	N.Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione	> 95%	> 95%	> 95%	93,70%	96,10%	99,00%	95,40%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
2	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni/Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente	>75%	>75%	>75%	nd	48,00%	63,00%	N.D	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
3	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale papilloma virus HPV nella popolazione bersaglio	Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/nr. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno d'età	> 75%	> 75%	> 75%	84,40%	87,06%	85,85%	83,00%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
4	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi	N. Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica /N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	>95%	>95%	>95%	90,30%	95,00%	93,00%	92,96%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
5	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antipneumococcica al 24° mese	N.Cicli vaccinali (3°dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	> 95%	> 95%	> 95%	98,10%	98,00%	98,00%	98,72%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
6	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Grado di copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi	N. cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre di ciascun anno per esavalente e per la coorte in esame/N. bambini vaccinabili di età inferiore ai 24 mesi	> 95%	> 95%	> 95%	98,50%	99,00%	99,00%	98,60%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
7	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	N. totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni/Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	>33%	>33%	>33%	n.d.	19,86%	22,11%	n.d.	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
8	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	N. totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni/Sommatoria persone intervistate sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni	>45%	>45%	>45%	n.d.	32,24%	46,35%	n.d.	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022- AGGIORNAMENTO APRILE 2020

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2020	Piano Target 2021	Piano Target 2022	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
9	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	N. totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nei tre anni/Sommatoria persone sovrappeso o obese intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	>35%	>35%	>35%	n.d.	29,42%	29,99%	n.d.	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
10	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nei tre anni/Sommatoria di bevitori a maggior rischio nei tre anni	> 9%	> 9%	> 9%	n.d.	4,91%	8,43%	n.d.	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
11	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	N. di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare nei tre anni/N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni	> 55%	> 55%	> 55%	n.d.	46,29%	54,32%	n.d.	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
12	PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello,in un programma organizzato, per cervice uterina	Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina/Donne residenti(25-64)/3	>50	>50	>50	n.d.	20,00%	51,29%	42,03%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
13	PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello,in un programma organizzato, per mammella	Persone in età target che seguono il test di screening per carcinoma mammella/Donne residenti(50-69)/2	>60	>60	>60	n.d.	68,40%	75,90%	78,79%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
14	PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello,in un programma organizzato, per colon retto	Persone in età target che seguono il test di screening per tumori al colon retto/Persone residenti(50-69)/2	>50	>50	>50	n.d.	45,90%	45,56%	43,91%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
15	PREVENZIONE	SICUREZZA SUL LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	>10	>10	>10	n.d.	14,55%	12,75%	10,53%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
16	PREVENZIONE	SICUREZZA SUL LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati	n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati	>30	>30	>30	n.d.	39,14%	49,97%	27,04%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
17	PREVENZIONE	SICUREZZA SUL LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	n. aziende ispezionate/n. personale UPG SPSAL	n. aziende ispezionate/N. personale UPG ponderatoSPSAL	>50	>50	>50	n.d.	91,03%	88,59%	62,01%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
18	PREVENZIONE	SICUREZZA SUL LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	n. sopralluoghi/n. personale UPG SPSAL	N. sopralluoghi(voce 2.4 D scheda di attività)/N. personale UPG SPSAL	>90	>90	>90	n.d.	132,00%	126,00%	108,40%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
19	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Contaminazione degli alimenti - Controllo per la riduzione dei residui di fitosanitari nei prodotti alimentari	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	(N. di campioni effettuati inseriti nel NSIS/N. campioni assegnati)*100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
20	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Controllo ovini e caprini per SCRAPIE	raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	(N. di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati per scrapie/N. totale di capi morti di età superiore ai 18 mesi da testare)*100. Possono essere scorporati al denominatore i capi per i quali non è stato possibile fare il prelievo	100%	100%	100%	84,02%	50,10%	100%	100%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
21	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di farmaci contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di farmaci contaminanti negli alimenti di origine animale(Piano Nazionale residui)	(N. campioni effettuati/N. campioni programmati)*100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022- AGGIORNAMENTO APRILE 2020

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2020	Piano Target 2021	Piano Target 2022	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
22					Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso	N. ricoveri per DRG medici relativi ai residenti/N. residenti	<135	<135	<135	n.d.	190,15%	181,27%	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13AN del 03.03.2020	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
23	LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Adeguatezza setting assistenziale	Riduzione dei ricoveri medici potenzialmente inappropriati	n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020
24					Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	(N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica/N. residenti)*1000	<1,5	<1,5	<1,5	n.d.	4,22%	3,10%	n.d.	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
25	LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Adeguatezza setting assistenziale	riduzione dei ricoveri diurni con finalità diagnostica	n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020
26					Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	(N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti/N. residenti)*1000 residenti	<7	<7	<7	n.d.	6,30%	5,84%	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13AN del 03.03.2020	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
27	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti con patologie sensibili alle cure ambulatoriali	n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020
28					Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	(N. ricoveri per scompenso cardiocircolatorio 50-74 anni relativi ai residenti/N. residenti 50-74 anni) * 100.000 ab	<155	<155	<155	170,74%	167,82%	131,75%	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13AN del 03.03.2020	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
29					n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020
30	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i Medici Cardiologi ASP della giornata sulla Prevenzione e Promozione di informazioni delle attività territoriali sullo Scompenso Cardiaco	almeno una giornata	almeno una giornata	almeno una giornata	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020
31					mantenimento delle attività ambulatoriali	mantenimento delle attività ambulatoriali rispetto all'anno 2019	garantire il mantenimento delle attività ambulatoriali dello scompenso cardiaco	garantire il mantenimento delle attività ambulatoriali dello scompenso cardiaco	garantire il mantenimento delle attività ambulatoriali dello scompenso cardiaco	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020
32					Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	(N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti/N. residenti 35-74 anni)*100.000 ab	< 25	< 25	< 25	n.d.	19,27%	20,21%	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13AN del 03.03.2020	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
33	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022- AGGIORNAMENTO APRILE 2020

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2020	Piano Target 2021	Piano Target 2022	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore	
	AREA STRATEGICA	SUB AREA													
34					n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i Medici Diabetologi dell' ASP della Giornata sulla Prevenzione e Promozione di informazioni delle attività territoriali sul Diabete	almeno una giornata	almeno una giornata	almeno una giornata	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020	
35	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	(N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti/N. residenti 50-74 anni)*100.000 ab	< 25	< 25	< 25	26,66%	15,10%	22,32%	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13AN del 03.03.2020	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020	
36					n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.	almeno n. 4 audit organizzati dai Direttori di Distretto, dai Medici Pneumologi dell'ASP e con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 4 audit organizzati dai Direttori di Distretto, dai Medici Pneumologi dell'ASP e con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	almeno n. 4 audit organizzati dai Direttori di Distretto, dai Medici Pneumologi dell'ASP e con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Documento Direttive 2020
37					n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i Pneumologi dell' ASP della giornata sulla Prevenzione per la lotta al fumo e al tabagismo	almeno una giornata	almeno una giornata	almeno una giornata	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
38	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti=>65 anni	% di anziani trattati in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana(=> 65 anni)	(Persone >= 65anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare,con valutazione/Popolazione residente=>= 65 anni)*100	>8	>8	>8	n.d	5,53%	6,32%	6,88%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020	
39	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti=>65 anni	Percentuale di presa in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari	N. di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni/N. di prese in carico PIC per cure domiciliari, per persone con età > o uguale a 65 anni	> 70	> 70	> 70	n.d	40,75%	91,99%	91,98%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020	
40	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA PSICHIATRICA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per pazienti psichiatrici	tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	(N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni/Popolazione residente maggiorenni)* 100.000 residenti	< 200	< 200	< 200	n.d	172,64%	137,13%	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13AN del 03.03.2020	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020	
41	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA PSICHIATRICA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per pazienti psichiatrici	percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 gg. dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen -30 nov. , evento successivo nel periodo 1 gen-31 dic.) /N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gen. Al 30 nov.	< 4	< 4	< 4	n.d	5,99%	5,89%	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13AN del 03.03.2020	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020	

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022- AGGIORNAMENTO APRILE 2020

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2020	Piano Target 2021	Piano Target 2022	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
42	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA PEDIATRICA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per pazienti in età pediatrica	tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni	Nr ricoveri dei residenti in età pediatrica (<14 anni)/Popolazione residente(<14 anni)	< 7	< 7	< 7	n.d	7,95%	6,87%	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13AN del 03.03.2020	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
43	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA - URGENZA	EMERGENZA URGENZA	Appropriatezza organizzativa (118)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	Intervallo Allarme -target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata(allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto(target).Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con codice criticità presunta valorizzato con rosso o giallo. Sono escluse le missioni di elisoccorso.	<20 minuti	<20 minuti	<20 minuti	22,01 minuti	24 minuti	23 minuti	26 min.	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
44	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	Pecentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	N. confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza /N. confezioni complessivamente erogate	>76	>76	>76	77,75%	82,32%	82,69%	83,14%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
45	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci biosimilari	% utilizzo farmaci biosimilari	(Totale unità posologiche biosimilari immesse in commercio al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di valutazione /Totale unità posologiche (biosimilari + originator) immesse in commercio al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di valutazione	> 65%	> 65%	> 65%	n.d	66,60%	72,10%	50,15%	DGR 395/2019 e s.m.i DGR931/2019- DGR 129/2020
46	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	riduzione del consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP)	consumo pro-capite di farmaci inibitori pompa protonica	N.unità posologiche di IPP erogate/Popolazione residente pesata	< 28	< 28	< 28	n.d	30,59%	30,24%	29,32%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
47	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	riduzione dell'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina(antiipertensivi)	incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina(antiipertensivi)	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali/N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogati dalle farmacie territoriali	< 30	< 30	< 30	n.d	45,08%	45,74%	46,64%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022- AGGIORNAMENTO APRILE 2020

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2020	Piano Target 2021	Piano Target 2022	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
48	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ridurre il consumo occasionale di antidepressivi	consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina(SSRI)	(DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo/Popolazione pesata x 365)* 1.000 ab	< 26	< 26	< 26	n.d	22,76%	22,75%	22,98%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
49	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Consumo di farmaci antibiotici	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	(DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo /Popolazione pesata x 365) *1000 ab	< 16	< 16	< 16	22,20%	21,38%	21,27%	17,22%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
50	DIAGNOSTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	riduzione delle prescrizioni di RM muscolo-scheletrica nella fascia di età = > 65 anni	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti(>=65 anni)	(N. accessi RM muscolo scheletriche pazienti >= 65 anni relativi ai residenti/Popolazione residente >= 65 anni)*1000	< 20	< 20	< 20	n.d	22,89%	10,22%	12,54%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
51	DIAGNOSTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	riduzione delle prescrizioni ripetute di RM lombare entro 12 mesi	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	(Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 gg. Successivi alla prima prestazione/Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente)*100	< 6	< 6	< 6	n.d	10,26%	5,77%	4,10%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
52	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Efficacia dell'assistenza territoriale (cure palliative)	garantire la presa in carico dei pazienti oncologici in Hospice	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 gg.	N. di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o = a 3 gg./N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa	>85	>85	>85	n.d	n.d	> 85%	>85%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
53	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Efficacia dell'assistenza territoriale (cure palliative)	Consumo di farmaci oppioidi	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	(ddd farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo/n.res.x 365)*1000	> 2,1	> 2,1	> 2,1	1,11%	1,37%	1,38%	1,64%	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022- AGGIORNAMENTO APRILE 2020

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2020	Piano Target 2021	Piano Target 2022	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
54	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha trasmesso i flussi nei termini e secondo le modalità previsti nell'anno di riferimento indicati nella tabella della DGR 395/2019 (pag. 92-93-94). La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha inviato uno o più di uno solo dei flussi indicati nella tabella secondo le modalità ed entro i termini previsti nell'anno di riferimento.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
55	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	numeri di di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti/numero di repertorio/BD trasmesso con il flusso consumo	> 15	> 15	> 15	n.d	n.d	0,00%	dato richiesto alla regione, ma non ancora disponibile	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
56	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal flusso consumi ministeriale NSIS/costi rilevati dal modello di conto economico	> 95	> 95	> 95	n.d	n.d	96,30%	dato richiesto alla regione, ma non ancora disponibile	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
57	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Risk Management	Adozione e attualizzazione e trasmissione alla Regione Basilicata del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	Piano di prevenzione del Rischio Clinico	=	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	SI	SI	SI	SI	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
58	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Risk Management	Trasmissione alla Regione Basilicata della Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	=	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	SI	SI	SI	SI	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
59	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Controllo cartelle cliniche	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	cartelle cliniche dimessi controllate secondo quanto previsto dal DM 10.12.2009	La valutazione è positiva (SI) se ogni azienda ha realizzato il programma di controllo deliberato dalla Regione Basilicata ed ha trasmesso gli esiti secondo le modalità e i termini specificati dello stesso programma. La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha realizzato il programma di controllo.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
60	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Autorizzazione/Accreditamento strutture sanitarie pubbliche	Verifica dell'Autorizzazione/Accreditamento strutture sanitarie pubbliche DGR 395/2019	1) Invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture riportate nel prospetto di cui alla DGR 395 (pag. 103 dell'allegato 1), già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16, comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31.12.2019. 2) Completamento del processo di autorizzazione definitiva per le strutture elencate nella tabella della DGR 395/2019 (pag. 104-105), mediante l'invio alla Regione entro il 31/12/2019 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale	Esito positivo (SI) è rappresentato: 1) dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture riportate nel prospetto di cui alla DGR 395/2019 (pag. 103 dell'allegato 1), già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori, entro il 31.12.2019; 2) dal completamento del processo di autorizzazione definitiva per le strutture elencate nella tabella della DGR 395/2019 (pag. 104-105), mediante l'invio alla Regione entro il 31/12/2019 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1) richieste ulteriori integrazioni - per la RSA-R2 l'istanza di autorizzazione definitiva è stata inoltrata in Regione in data 20-3-2018 prot. n. 29760. Per le altre strutture elencate nella DGR 395/2019 l'istanza di autorizzazione definitiva non è trasmessa. 2) SI per la verifica presso le strutture da parte della CTA aziendale. La procedura ancora non si è conclusa in quanto le Aziende Sanitarie non hanno ottemperato alle richieste ed anche nel caso di riscontro lo stessa non è stata esaustiva.	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
61	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Contenimento della spesa del personale sanitario	Contenimento della spesa del personale sanitario	Contenimento della spesa del personale sanitario	spesa annuale del personale e rispetto dei tetti fissati con DGR 06.11.2019 N. 798	SI	SI	SI	n.d	n.d	n.d	n.d	DGR 395/2019 modificata ed integrata dalla DGR 129/2020
62	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013 e D.LGS.n. 97/2016	Assolvimento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Approvazione del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e aggiornamenti annuali	=	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) e D.LGS.n. 97/2016
63	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare tutte le misure di gestione del rischio corruttivo previste nel PTPCP 2020-2022	Svolgere azioni previste nel PTPCP 2020-2022	Indicatori riportati nell'allegato 2 al PTPCP e obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs 33/2013 come modificato dal Decreto 97/2016.	=	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	PTPCP 2020-2022 (DDG n. 36 del 30/01/2020)

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022- AGGIORNAMENTO APRILE 2020

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2020	Piano Target 2021	Piano Target 2022	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
64	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013 e D.LGS.n. 97/2016	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Promuovere la giornata della trasparenza (URP, Controllo di gestione, RPC e Responsabile per la trasparenza)	=	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	art.11, co2,D.LGS 150/2009-D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) - D.LGS.n. 97/2016 -Delibera CIVIT n.105/2010



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
REGIONE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Documento di Direttive

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

Anno 2020

Rev_1 – aprile 2020



PREMESSA

Il presente Documento di Direttive, elaborato ai sensi dell'art. 17 della L.R. n. 34/1995, definisce le linee di indirizzo e gli obiettivi istituzionali e strategici aziendali individuati dalla Direzione Generale come prioritari per l'anno 2020, coerentemente con le scelte strategiche regionali approvate con DGR n. 395/2019 *“Obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le direzioni generali delle aziende ASP, ASM e AOR San Carlo di Potenza e per la Direzione Generale dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture - anni 2018-2020 - Modifiche ed integrazioni - Anno 2019”*, parzialmente modificati con DGR n.931/2019 nonché con gli atti di programmazione aziendale che di seguito si elencano:

- Bilancio Economico Preventivo 2020 e triennale 2020 - 2022 approvato con Delibera del Direttore Generale (DDG) n. 723 del 08.11.2019
- Bilancio di Esercizio 2018 approvato in via definitiva con DDG n. 438 del 21/06/2019 e adottato dalla Regione Basilicata con DGR n. 506 del 3/07/2018;
- Piano Attuativo Locale 2018-2020 approvato con DDG n. 780 del 15.12.2017;
- DDG n. 02 del 08/01/2020 *“Avvio processo di negoziazione budget operativo anno 2020 – Costituzione del Comitato di Budget, nomina dei suoi componenti e proroga degli obiettivi di budget approvati per l'anno 2019 con DDG 440 del 26/06/2019;*
- Piano Triennale della Performance 2020 - 2022 /Annualità 2020 *(approvato nelle more dell'eventuale aggiornamento degli obiettivi regionali di salute e programmazione economica);*
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2020-2022;
- DDG n. 440 del 26/06/2019 di approvazione del budget operativo 2019 (schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale a conclusione del processo di negoziazione);

La Giunta Regionale ha aggiornato gli obiettivi di programmazione assegnati con DGR n.395/2019, alle Aziende del SSR per l'anno 2020 con DGR n.129/2020.

La DGR 129/2020 ha sostanzialmente riconfermato gli obiettivi regionali già assegnati all'ASP con DD.GG.RR. nn.190/2018, 1222/2018, 395/2019, 931/2019, introducendo soltanto alcune modifiche ed integrazioni limitatamente ad un esiguo numero di obiettivi e target di riferimento assegnati all'ASP e per come appresso meglio precisato:

- **ha modificato i target di raggiungimento dell'obiettivo 2.c.6:**

percentuale di presa in carico con CIA>0,13 per over 65 in cure domiciliari target non raggiunto 0%	parziale 50%	completo 100%
meno di 50	tra 50 e 70	più di 70

- **ha eliminato gli obiettivi:**
 - **1.a.4 grado di copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione bersaglio (operatori sanitari);**
 - **2.a.5 tasso di ospedalizzazione per interventi stripping vene;**
 - **4.g.1 verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico (GAP);**
- **ha introdotto l'obiettivo:**
 - **4.h.1 contenimento della spesa del personale sanitario.**

Si rende pertanto necessario aggiornare il Documento di Direttive approvato con la DDG n.38/2020 in uno al Piano della Performance - annualità 2020.

IL DOCUMENTO DI DIRETTIVE 2020

L'approvazione del Documento di Direttive 2020 dà avvio al processo di budgeting aziendale che culminerà nell'adozione del Budget Operativo per Centri di Responsabilità - anno 2020.

Le linee per la gestione, relative al triennio 2020-2022, discendono dalla programmazione aziendale in un contesto di particolare complessità in cui il Servizio Sanitario Regionale è caratterizzato e influenzato principalmente dalla consistente riduzione dei finanziamenti del SSR e dalla presenza di norme nazionali vincolanti per la Regione e le Aziende (L 135/2012 'spending review'; L 189/2012 'decreto Balduzzi'; DL 179 'ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese').

Il Direttore Generale nel periodo di mandato (15 gennaio 2019 - 14 gennaio 2021) è tenuto, a pena di decadenza, al raggiungimento degli obiettivi di nomina (ex art 2, commi 2 e segg. D.Lgs.n.171/2016 e s.m.i.) individuati dalla Giunta Regionale nell'atto di nomina, all. B, riportati nel contratto di conferimento dell'incarico sottoscritto in data 15 gennaio 2019 rep. 7/2019 di seguito declinati:

OBIETTIVI DI NOMINA DA CONSEGUIRE NEL PERIODO DI MANDATO

La Regione ha individuato ed attribuito al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale – ASP, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni i seguenti obiettivi di mandato:

- 1. Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):** garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e garantire gli adempimenti finalizzati al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti medesimi previsti nel questionario ministeriale relativo all'erogazione dei LEA.
- 2. Equilibrio Economico Finanziario:** garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili.
- 3. Governo dei tempi di attesa:** garantire il rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (RAO); per le prestazioni di specialistica ambulatoriale non in classe di priorità va realizzato il contenimento delle liste di attesa, rilevate annualmente, anche attraverso specifici accordi interaziendali con la finalità di riportare tendenzialmente le prestazioni delle branche di cardiologia e di diagnostica per immagine entro un valore massimo di 60 gg e nel rispetto di quanto stabilito negli articoli 4 e 72 della LR n. 11 del 29.12.2018;
- 4. Emergenza urgenza 118:** assicurare la riduzione graduale all'Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso garantendo per i primi due anni un valore dell'intervallo ricompreso nella griglia LEA ministeriale con punteggio pari a tre punti e nel terzo anno un valore dell'intervallo nella medesima griglia LEA con punteggio pari a sei punti;
- 5. Garanzia del rispetto del debito informativo:** garantire il corretto, completo e tempestivo adempimento del debito informativo, in particolare riferimento ai flussi informativi obbligatori nazionali (debito informativo Stato Regioni del 23.3.2005) e regionali;
- 6. Sanità Digitale:** garantire la piena attivazione del fascicolo sanitario elettronico nel rispetto della tempistica definita a livello nazionale e completare il processo di dematerializzazione di tutta

la documentazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali farmaceutiche nel rispetto delle normative nazionali, e del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati;

7. Piano Regionale di Prevenzione: attuazione, con riferimento all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP, e integrazione con le altre Aziende Sanitarie regionali, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale della Prevenzione, con particolare attenzione alle disposizioni in materia di prevenzione vaccinale;

8. Trasparenza e lotta alla corruzione: mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, nonché mettere in atto tutte le azioni previste dal Piano Aziendale di lotta alla Corruzione, provvedendo altresì al suo ordinario aggiornamento.

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

Ai sensi del punto 7) del dispositivo della DGR n.1222/2018, il Direttore Generale ha diritto al riconoscimento di una quota integrativa al trattamento economico, se dovuta, nella misura massima del 20%, in relazione al **raggiungimento complessivo dei risultati di gestione attesi e degli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi** che, per gli anni 2018-2020 – Annualità 2020, sono stati assegnati alle Aziende sanitarie regionali per mezzo della DGR n.190/2018 integrata e modificata dalla DGR n.395/2019, dalla DGR n. 431/2019 e dalla DGR n. 129/2020.

LA METODICA DI BUDGET

Sulla base di quanto previsto dal presente Documento di Direttive, che mira a realizzare un raccordo forte e sistemico tra gli strumenti della programmazione ed il budget, la UOC "Controllo di Gestione" e il Comitato di Budget predispongono le schede di budget per Centro di Responsabilità, anche sulla base dei risultati conseguiti nell'anno precedente.

Il Comitato di Budget, presieduto dal Direttore Sanitario/Amministrativo, in relazione alle rispettive aree di negoziazione, o loro delegati:

- ✓ sovrintende al processo di budget, svolgendo compiti di negoziazione, aggregazione e consolidamento degli obiettivi da assegnare ai CdR aziendali;
- ✓ procede, sulla base dei documenti di programmazione aziendale, alla formulazione delle schede di budget dei CdR aziendali e alla fase istruttoria propedeutica all'avvio del processo di negoziazione;
- ✓ predispone le schede di budget, avvalendosi della collaborazione dei responsabili dei CdR aziendali;
- ✓ valuta i risultati finali nella fase di negoziazione del budget;
- ✓ propone al Direttore Generale l'approvazione finale degli esiti del processo di negoziazione.

Le attività di coordinamento e di segreteria del processo di Budget operativo sono in capo al Controllo di Gestione dell'ASP.

Nelle schede di budget, ai fini della valutazione e misurazione dei risultati, si farà ricorso agli indicatori di cui alla DGR n. 129/2020 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, nominato con DDG n. 02 del 08/01/2019. 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 del Budget Operativo dei CDR, nella quale si formalizzano l'attribuzione delle responsabilità di gestione e di risultato, mediante l'individuazione dei risultati da conseguire, delle attività da svolgere e delle risorse assegnate.

La Direzione aziendale potrà eventualmente, nel corso dell'anno, rimodulare e/o integrare gli obiettivi contenuti nella scheda di budget qualora riconosca importanti, motivate e oggettive modificazioni di contesto. Eventuali obiettivi assegnati in corso d'anno, con i relativi indicatori e i



pesi assegnati ad integrazione di quelli già definiti per gli altri obiettivi già negoziati saranno tempestivamente comunicati al dirigente responsabile del CdR.

I valori target negoziati espressi in termini numerici (assoluti o percentuali) vanno intesi come valori tendenziali ottimali. Pertanto, nel caso in cui i già menzionati valori non fossero raggiunti al 100% il valutatore potrà considerare l'obiettivo parzialmente conseguito e applicare una decurtazione del relativo punteggio.

Gli obiettivi che risultassero non conseguiti per motivate e oggettive modificazioni di contesto (es. disattivazione o ridimensionamento di servizi, guasti o dismissioni di attrezzature, ecc.) o, comunque, per cause non imputabili al valutato (es. mancato finanziamento di progetti), a giudizio del valutatore di I° istanza, ovvero obiettivi i cui risultati non sono misurabili, alla data di valutazione, attraverso i dati disponibili nel cruscotto aziendale (es. tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso c/o ospedali non appartenenti all'ASP) potranno essere stralciati dalla valutazione e il relativo punteggio assegnato in via figurativa al fine di non modificare i punteggi dei restanti obiettivi.

La scheda di budget, relativa agli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale, dovrà, entro 30 giorni dal provvedimento di approvazione budget operativo, essere condivisa con tutto il personale dirigente (non firmatario di scheda di budget), con le posizioni organizzative e con i titolari di incarichi di coordinamento.

I titolari di posizione e/o i titolari di coordinamento dovranno, comunicare al personale del comparto gli obiettivi di budget assegnati alla propria struttura e far firmare, per presa visione, la scheda di budget negoziata.

Il Direttore di UOC/Dirigente responsabile dovrà:

- ✓ comunicare al personale interessato le modalità previste per il raggiungimento degli obiettivi sottoscritti;
- ✓ informare tutti i dipendenti sui criteri e sulle modalità di valutazione delle performance individuali;
- ✓ assegnare ai dirigenti responsabili di UOS, ai dirigenti con incarico professionale ed ai dirigenti senza incarico, afferenti alla propria struttura, gli obiettivi individuali e/o di gruppo,



attraverso la compilazione e la firma della scheda per la valutazione individuale (Allegato B del regolamento per la valutazione della dirigenza di cui alla DDG n. 53/2018).

La copia della scheda di budget, sottoscritta per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I^a o II^a istanza o del CdG.

La scheda del personale dirigente, riportante gli obiettivi individuali e/o di gruppo, il punteggio ed il peso relativo per ciascun obiettivo ("Allegato B" DDG n. 53/2018), dovrà essere utilizzata per la valutazione individuale e trasmessa all'UOSD Valutazione e trattamento giuridico del personale.

Nel corso dell'anno il Dirigente dovrà effettuare delle attività per verificare l'andamento della performance individuale (colloqui di check, riunioni di verifica, ecc.) del personale afferenti alla propria struttura.

La Direzione Strategica, in base agli obiettivi assegnati dalla Regione Basilicata, assegna al CDR il punteggio della valenza strategica nel modo seguente:

- per gli obiettivi regionali il cui peso nella scheda di budget è compreso tra 1 e 3 viene assegnato un punteggio a valenza strategica pari ad 1;
- per gli obiettivi regionali il cui peso nella scheda di budget è compreso tra 4 e 5 viene assegnato un punteggio a valenza strategica pari ad 2.

Il totale del peso di tali obiettivi viene parametrato al totale del punteggio massimo della valenza strategica di 2.

Per le strutture o per i CDR che per legge percepiscono emolumenti ulteriori rispetto al trattamento ordinario stipendiale e al valore dell'incarico, il punteggio della valenza strategica è attribuito in modo simbolico ed è pari a 0,1.

Per l'annualità 2020, in considerazione della situazione determinata dall'emergenza COVID e dalla sostanziale conferma, con DGR n.129/2020, degli obiettivi di salute e programmazione sanitaria già assegnati per il 2019 dalla Regione Basilicata, ad eccezione di alcune modifiche ed integrazioni relative ad un esiguo numero di obiettivi e target di riferimento riportate sinteticamente in



premessa, al fine di non arrecare ulteriori pregiudizi al cronoprogramma del ciclo di performance, si è ritenuto opportuno procedere all'approvazione del budget operativo definitivo prescindendo dalla fase di negoziazione dello stesso da parte della Direzione Strategica.

In sostanza, il budget operativo 2020 consiste nella conferma gli obiettivi assegnati nell'anno 2019 ai CdR aziendali, approvati con DDG n. 440/2019 come integrata e modificata dalla DDG n. 545 del 08/08/2019 e dalla DDG n.685 del 16/10/2019, aggiornati sulla base delle rettifiche ed integrazioni introdotte con la DGR n. 129/2020 e riportate in premessa.

Nel corso del primo trimestre 2020 è stato avviato il processo di misurazione e valutazione dei risultati conseguiti nell'annualità 2019, 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, la UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del Personale, per la parte istruttoria, il Collegio di Direzione.

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 sociosanitario 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 **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 "attraenti" se non si sa comunicare efficacemente, oltre che se non si offre un servizio di qualità;
- **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. Garantire l'equilibrio economico e il rispetto delle procedure amministrativo-contabili mantenendo inalterati i livelli essenziali di assistenza;
2. Organizzare l'offerta dei servizi in maniera flessibile, nel rispetto dell'appropriatezza clinica ed organizzativa e degli adempimenti LEA;
3. Potenziare i servizi sociosanitari per i pazienti cronici, in risposta alla elevata diffusione di patologie cronicodegenerative, 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. Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali in classe di priorità (RAO) e contenimento delle liste di attesa per le prestazioni non in classe di priorità, anche incidendo maggiormente su quella quota di domanda impropria che genera inappropriately;
5. Potenziamento del servizio di emergenza-urgenza 118 con progressiva riduzione dell'intervallo di allarme-target.

OBIETTIVI REGIONALI ASSEGNATI ALLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria sono stati approvati per l'anno 2019 dalla Regione Basilicata con Deliberazione di Giunta Regionale n. 390 del 28.06.2019.

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 53 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 (≥ 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 (≥ 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 2020, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2020 e quello conseguito nell'anno 2019. 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.

PRE-REQUISITO DI VALUTAZIONE

Nelle schede di budget anno 2020 è inserito il prerequisito di valutazione di seguito rappresentato.

ASSOLVIMENTO DEL DEBITO INFORMATIVO A VALENZA STRATEGICA

1. Relazione annuale di attività al Controllo di Gestione entro il 15 gennaio dell'anno successivo per la valutazione della performance;
2. Trasmissione flussi informativi nei termini previsti dalla DGR n.129/2020 (Scheda tecnica Allegato 1) e s. m. e i.;
3. Corretto e tempestivo assolvimento del debito informativo nei confronti della Direzione Strategica/Regione/Ministeri/Controllo di Gestione/altri organi di controllo interni ed esterni;



Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore	Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo	
			intervallo di raggiungimento dell'obiettivo				
			0%	50%	100%		
TUTELA DELLA SALUTE							
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA						
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%	5
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%	3
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%	3
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%	5
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%	5



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%	5
1.b	PROMOZIONE STILI DI VITA SANI						
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, Villa D'Agri Potenza, UUUOSSD Consultoriali, UOSD Flussi	Indagine PASSI	<23%	da 23 a 33%	>33%	3
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, UOSD Flussi, UUUOSSD Consultoriali	Indagine PASSI	<25%	da 25 a 45%	>45%	3
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, UOSD Flussi, UUUOSSD Consultoriali	Indagine PASSI	<25%	da 25 a 35%	>35%	3
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, UOSD Flussi, UUUOSSD Consultoriali	Indagine PASSI	<3%	da 3 a 9%	>9%	3
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, UOSD Flussi, UUUOSSD Consultoriali	Indagine PASSI	<35%	da 35 a 55%	>55%	3
1.c	SCREENING ONCOLOGICI						
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%	5
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%	5
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%	5
1.d	SICUREZZA SUL LAVORO						



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%	5
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%	5
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%	5
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%	5
1.e	SANITA' VETERINARIA						
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%)	5
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%)	5
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)	Area B e Area C Veterinarie	La fonte del dato è il sistema NSIS (NUOVO SISTEMA INFORMATIVO ALIMENTI)	NO (<100%)		SI(100%)	5
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI							
2.a	APPROPRIATEZZA AREA CLINICA						



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%	3
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
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%	3
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE						
2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOC Pneumologia Territoriale ASP	flusso SDO	>10%	da 7 e 10%	<7%	5
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
2.c.2		UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOSD	flusso SDO	>195%	da 155 a 195%	<155%	



	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	Unità Scompenso cardiaco, UOSD Servizio Ambulatoriale di Cardiologia Venosa	n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
			n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i Medici Cardiologi ASP della giornata sulla Prevenzione e Promozione di informazioni delle attività territoriali sullo Scompenso Cardiaco			
			mantenimento delle attività ambulatoriali	mantenimento delle attività ambulatoriali rispetto all'anno 2019			
2.c.3	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	UUOCC Distretti, UUOCC 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%	5
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
			n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i Medici Diabetologi dell' ASP della Giornata sulla Prevenzione e Promozione di informazioni delle attività territoriali sul Diabete			
2.c.4	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, UOC Pneumologia Territoriale	flusso SDO	>35%	da 25 a 35%	<25%	



			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			5
			n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i pneumologi dell'ASP della giornata sulla Prevenzione per la lotta al fumo e al tabagismo			
2.c.7	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	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	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%	
2.c.5	% di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (> = 65 anni)	UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UU.OO.CC. Distretti e Assistenza Primaria	flusso ADI (assistenza domiciliare integrata)	<4%	da 4 a 8%	>8%	4
2.c.6	percentuale di presa in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari	UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UU.OO.CC. Distretti e Assistenza Primaria	flusso ADI (assistenza domiciliare integrata)	<50%	da 50% a 70%	>70%	3
2.d	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA						
2.d.4	Intervallo Allarme -Target dei mezzi di soccorso (minuti)	DEU -118	flusso informativo EMUR	>26 min.	da 20 a 26 min.	<20 min.	5
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA							
3.a	EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA						



3.a.1	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	UOC Farmaceutica Territoriale, UOOCC Distretti, UOOCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	flusso regionale farmaceutica	<74%	da 74 a 76%	>76%	5
3.a.2	% utilizzo farmaci biosimilari	UOC Farmaceutica Territoriale, UOOCC Distretti, UOOCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	NSIS E/O FARMASTAT	<45%	da 45 a 65%	>65%	
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA						
3.b.1	consumo pro capite di farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)	UOC Farmaceutica Territoriale, UOOCC Distretti, UOOCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	flusso regionale farmaceutica	>30%	da 28 a 30%	<28%	5
3.b.2	incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antidepressivi)	UOC Farmaceutica Territoriale, UOOCC Distretti, UOOCC 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, UOOCC Distretti, UOOCC 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, UOOCC Distretti, UOOCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	flusso regionale farmaceutica	>22%	da 16 a 22%	<16%	
3.c	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA						
3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	UOOCC Distretti, UOOCC Assistenza Primaria, UOC Radiologia	CUP	>30%	da 20 a 30%	<20%	5
3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	UOOCC Distretti, UOOCC Assistenza Primaria, UOC Radiologia	CUP	>8%	da 6 a 8%	<6%	
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI							
4.b	CURE PALLIATIVE						



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 Area Medica di Assistenza Post Acuzie di Lauria	flusso Hospice	<50%	da 50 a 85%	>85%	1
4.b.2	consumo territoriale di farmaci oppioidi	UOC Farmaceutica Territoriale, UU.OO.CC. Distretti, UOOCC Assistenza Primaria, UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative- ADI.	flusso regionale farmaceutica	<1,6%	da 1,6 a 2,1%	>2,1%	3
4.c	UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI						
4.c.1	Trasmissione Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa (tabella a pag. 92-93-94 della DGR)	Responsabili dei Procedimenti Flussi di cui alla DDG n.175 del 16/03/2018	Flussi vari specificati nella DDG	NO		SI	5
4.c.4	copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	UOC Provveditorato Economato e UOC Farmaceutica Territoriale	flusso NSIS	<10%	da 10 a 15%	>15%	5
4.c.5	copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	UOC Farmaceutica Territoriale	flusso NSIS	<80%	da 80 a 95%	>95%	5
4.d	RISK MANAGEMENT						
4.d.1	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico ASP	Azienda ASP	NO		SI	5
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	5
4.e	CONTROLLO CARTELLE CLINICHE						
4.e.1	verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	Responsabile POD Venosa, Responsabile POD Lauria, Responsabile POD Chiaromonte, UOC Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate	Azienda ASP	NO		SI	5
4.f	AUTORIZZAZIONE /ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE						



4.f.1	Verifica autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche	Dirigente Responsabile Incarico Professionale "Coordinamento per l'attività di accreditamento", UOC Attività Tecniche, Referente Medico del POD di Maratea, Responsabile UOSD Strutture Residenziali e Semiresidenziali, Dipartimento dei Servizi, UOC Distretto di Potenza, UOC Distretto di Villa d'Agri	invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture riportate nel prospetto di cui alla DGR 395/2019 (pag. 104), già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori.	NO		SI	3
		Dipartimento Di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, Referente Medico del POD di Maratea, Dipartimento dei Servizi, UOC Distretto di Potenza, UOC Distretto di Villa d'Agri, UOC Distretto di Venosa, UOC Distretto di Melfi, Referente Medico del POD di Venosa	invio alla Regione entro il 31/12/2019 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale per le strutture di cui alla DGR 395/2019	NO		SI	
4.h	CONTENIMENTO DELLA SPESA DEL PERSONALE SANITARIO						
4.h.1	Rispetto del tetto di spesa annuale per il personale fissato dalla DGR n.798/2019	Direzione Strategica-Direzione Dipartimenti-UOC Personale	Monitoraggio e verifica spesa annuale nel personale e rispetto dei tetti fissati con DGR n.798/2019	NO		SI	5

OBIETTIVI AZIENDALI SPECIFICI

Area della Integrità, Legalità e Trasparenza

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato e integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.	UOSD Trasparenza	5
	UOSD Prevenzione della corruzione e 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 e integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.	UOSD Trasparenza- Responsabile della prevenzione della corruzione, URP	5
Attuare tutte le misure di gestione del rischio corruttivo previste nel PTPCT 2020-2022.	RPC e UU.OO. individuate nell' allegato 2 del PTPCT 2020-2022	5

Area della Prevenzione

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
sviluppare sinergie tra i due Dipartimenti di Prevenzione e promuovere l'integrazione con i Distretti.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale e i Distretti	3
rafforzare il processo di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	2
garantire il "consumatore" su qualità e sicurezza per tutti gli alimenti di origine animale, attraverso l'effettuazione omogenea e coordinata dei controlli e monitoraggio, in tutte le fasi della produzione e della distribuzione, previsti dal legislatore nazionale e regionale, con adattamento alle specifiche situazioni territoriali.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	3
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	3

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
promuovere azioni di formazione/informazione agli operatori/utenti, nonché a tutto il personale, sia della dirigenza che del comparto.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	3
garantire il mantenimento dei requisiti di "territorio ufficialmente indenne.	Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	5

Area della Salute Mentale e delle nuove dipendenze

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
promuovere interventi di prevenzione del disagio mentale e delle dipendenze.	UOC Serd Melfi, UOSD Serd Potenza, UOSD Serd Villa d'Agri ed UOSD Serd Lagonegro e CRA	3
attivare misure di integrazione per l'inclusione sociale e la lotta allo stigma.	Dipartimento Salute Mentale	2
favorire l'attività di prevenzione dei CSM aziendali al fine di garantire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale.	Dipartimento Salute Mentale	3

Area della Assistenza Territoriale

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Sviluppo di due moduli residenziali per bambini affetti da autismo in età evolutiva;	Dipartimento di Salute Mentale- Dipartimento del Territorio	3
Consolidamento delle attività del Centro Disturbi Alimentari e del Centro di Riabilitazione Alcolologia	DCA-CRA di Chiaromonte	3
POLIAMBULATORIO MADRE TERESA DI CALCUTTA: Potenziamento dell'attività chirurgica	Direttore Distretto Potenza	5
Garantire l'abbattimento delle liste di attesa ed appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Distretti della salute, Tutte le UU.OO. Interessate	5
Sviluppare la centrale unica di dimissioni	Dipartimento delle Post Acuzie	5

Area dell'Emergenza-Urgenza-118

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Adeguamento strutturale dei Punti Territoriali di Soccorso (P.T.S.), come da cronoprogramma dei lavori predisposto dall'UOC Attività Tecniche dell'ASP	DEU 118 - UOC Attività Tecniche dell'ASP	3
Messa in sicurezza degli operatori del 118 attraverso il potenziamento dell'attività di sorveglianza in materia di sicurezza.	DEU 118	3
<i>Implementazione e piena operatività del SW gestionale 118</i>	DEU 118	3
Proposta per l'istituzione\modifiche\implementazione di nuove postazioni del DEU 118 sul territorio regionale che verrà elaborata e trasmessa al Dipartimento Politiche della Persona.	DEU 118	3

Area Amministrativa e di Staff

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Monitoraggio e razionalizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie	Dipartimento Amministrativo e Staff	5
Rivisitazione del sistema di valutazione delle performance individuali e di struttura	UOC Controllo di Gestione, UOSD Valutazione e trattamento giuridico	5
Potenziamento della rete informatica territoriale ed estensione dell'informatizzazione dei servizi volta a una sempre maggiore dematerializzazione delle attività	Dipartimento Amministrativo, Direzioni di distretto, UU.OO. Interessate	5
Costante monitoraggio dell'anagrafica aziendale e del suo allineamento con il MEF	UOC Assistenza Primaria Potenza, Melfi e Venosa, UOC Assistenza primaria Lauria, Senise; Villa d'Agri, Direzione dei Distretti, UOSD Flussi informativi	3
Individuazione e rilevazione del fabbisogno di personale secondo principi di efficienza ed efficacia	Dipartimento Amministrativo, UU.OO. Interessate	5

Obiettivi trasversali assegnati a tutte le unità operative

- Garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo (peso 5);
- Garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili (peso 3);
- Garantire il rispetto delle direttive impartite dalla Direzione Strategica (peso 3);
- Garantire il rispetto dei tempi procedurali (peso 3).
- Garantire l'attuazione delle azioni previste nel PAP 2019-2021 (peso 3).

Il presente Documento di Direttive annulla e sostituisce quello approvato con DDG n.38/2020.

Il Direttore Generale: Dott. Lorenzo Bochicchio