



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2016/00046

DEL 28/01/2016

Collegio Sindacale il 28/01/2016

OGGETTO

Adozione del Piano Triennale della Performance 2016-2018 e proroga degli obiettivi di budget 2015 nelle more dell'approvazione degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria regionale e del budget operativo aziendale 2016.

Struttura Proponente

Budget e Controllo di Gestione

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
Piano della Performance	114	Allegato	6

Uffici a cui notificare

Gestione del Personale - (PZ)	Economico Patrimoniale
Sistema Informativo Automatizzato e Tecn. dell'Informaz.	

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 28/01/2016

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

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta approvazione regionale

VISTO 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;

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

VISTA la delibera della CIVIT (oggi ANAC) n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance";

RICHIAMATE:

- la deliberazione aziendale n. 485 del 21.7.2015 con cui è stata rinnovata la nomina dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance Organizzativa per un triennio, a decorrere dal 28.8.2015;
- la deliberazione aziendale n. 775 del 27.12.2013, con cui è stato approvato il Manuale delle procedure operative della Pianificazione, Programmazione e Controllo strategico, direzionale e operativo;
- la deliberazione n. 535 del 10.8.2015, come modificata con DDG n. 542 del 14.8.2015, con cui sono state approvate, per l'annualità 2015, le schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale a conclusione del processo di negoziazione;

CONSIDERATO che con deliberazione n. 43 del 30.1.2015 è stato adottato il Piano Triennale della Performance 2015-2017, poi aggiornato con deliberazione n. 769 del 13.11.2015 a seguito dell'approvazione della DGR n. 662 del 19.5.2015 recante gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende ospedaliere e sanitarie regionali, e dell'adozione del Documento di Direttive 2015 approvato con deliberazione n. 363/2015, come modificata ed integrata con DDG 389/2015;

VISTO che alla data odierna la Regione Basilicata non ha ancora approvato gli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria da assegnare alle Aziende sanitarie e ospedaliere per l'anno 2016;

RITENUTO necessario adottare il nuovo Piano della Performance 2016-2018, nelle more della DGR di approvazione dei nuovi obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria per l'anno 2016, del Documento di Direttive 2016 e dell'approvazione del budget operativo aziendale 2016;

VISTA la Bozza del Piano Triennale della Performance 2016-2018 predisposta dall'U.O.C. "Controllo di Gestione", con l'Allegato n. 1 "Tabella su Outcome, Obiettivi, Indicatori e Target";

VISTO che nel processo di stesura del Piano in parola sono state coinvolte la U.O.C. "Economico-Finanziaria", la U.O.C. "Gestione del Personale", la U.O.C. "SIA", il CUG e il Responsabile Aziendale per la Trasparenza ai fini dell'integrazione del Piano della Performance con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, con i contenuti programmatici per la promozione della trasparenza e l'integrità, con gli obiettivi e le azioni per lo sviluppo delle pari opportunità e dell'uguaglianza di genere;

VISTA la DDG n. 27 del 26.1.2016, con la quale è stato prorogato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2017 ed è stato approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018;

CONSIDERATO che sono stati acquisiti i pareri dell'OIV e del Collegio di Direzione;

RITENUTO di dover prorogare gli obiettivi di budget operativo approvati per l'anno 2015 con delibera n. 535 del 10.8.2015 come modificata con DDG n. 542 del 14.8.2015, nelle more della negoziazione degli obiettivi di budget a valere per l'anno 2016 e, sempre nelle more dell'approvazione del budget 2016, di far riferimento agli obiettivi contenuti nei relativi contratti nel caso delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. di nuova costituzione;

CONSIDERATO che si dovrà procedere all'aggiornamento infrannuale del Piano della Performance 2016-2018, a seguito dell'adozione dei nuovi atti di programmazione regionale e aziendale nel corso del 2016;

Per i motivi esposti in premessa,

CON I PARERI FAVOREVOLI del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per tutto quanto in premessa che qui si intende integralmente riportato:

- **di adottare** il Piano Triennale della Performance 2016-2018 e il relativo Allegato n. 1, allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- **di prorogare**, nelle more di approvazione dei nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria delle Aziende sanitarie e ospedaliere regionali, del Documento di Direttive e del nuovo budget operativo aziendale 2016, gli obiettivi di budget operativo approvati per l'anno 2015 e, sempre nelle more dell'approvazione del budget 2016, di fare riferimento agli obiettivi contenuti nei relativi contratti nel caso delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. di nuova costituzione;
- **di riservarsi** di aggiornare il presente Piano a seguito dell'approvazione dei nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria, del Documento di Direttive e del budget operativo aziendale relativi all'anno 2016;
- **di disporre** la pubblicazione del Piano 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 U.O.C. "Controllo di Gestione".;
- **di rendere** il presente provvedimento immediatamente esecutivo in ragione del rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente.

>

L'Istruttore

Il Responsabile Unico del Procedimento

Beatrice Nolè

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Massimo De Fino

Giovanni Battista Bochicchio

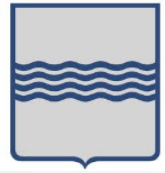
Cristiana Mecca

Il Direttore Sanitario
Massimo De Fino

Il Direttore Generale
Giovanni Battista Bochicchio

Il Direttore Amministrativo
Cristiana Mecca

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 2016 – 2018

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 Piano della Performance 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 2016-2018 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 e n. 104/2010.

I punti salienti del Piano della Performance 2016-2018.

La prima parte del Piano della Performance descrive “*chi siamo*” attraverso la rappresentazione dell'articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – 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 all'interno della Regione e fuori Regione

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

Gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, sottesi all'Albero della Performance, sono declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale (obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria di cui alla DGR n.662/2015), con il Documento di Direttive Anno 2015, con il Budget Operativo Aziendale 2015 e con il Piano Attuativo Locale (PAL) per il triennio 2015-2017 approvato con DDG n.929 del 30/12/2015.

Gli obiettivi strategici aziendali declinati nel presente Piano della Performance saranno opportunamente rivisti e/o integrati allorquando saranno approvati per l'anno 2016 i nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria, nonché il Documento di Direttive e il Budget Operativo Aziendale per l'annualità 2016.

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 Programma per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018* e con *il Piano della Prevenzione della Corruzione 2015-2017 prorogato in attesa del conferimento dell'incarico di RCP*.

In allegato al Piano vi sono le Tabelle recanti per ciascun outcome, obiettivi, indicatori e target.

PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Relazione sulla Performance anno 2014: punti di debolezza e criticità

Nella Relazione sulla Performance-Anno 2014 venivano individuati punti di debolezza e minacce al cambiamento, alcuni propri del contesto esterno, altri presenti all' interno dell'organizzazione aziendale:

I principali punti di debolezza:

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

Le minacce al cambiamento

- Ø Resistenze al cambiamento tra le categorie interessate agli interventi di razionalizzazione (OO. SS., dirigenza, comparto, Medici convenzionati);
- Ø Difesa corporativa del territorio;
- Ø Resistenze alla verifica ed all'integrazione;
- Ø Incapacità dei privati alla ridefinizione di un nuovo modello di offerta nell'area sociosanitaria;
- Ø Mancata risposta della popolazione alla riorganizzazione;
- Ø Difficoltà dei Comuni a sostenere la spesa compartecipata.

La disamina dei punti di debolezza e delle minacce al cambiamento deve fungere da stimolo a migliorare la performance nel triennio 2016-2018, 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 2014, inoltre, nel segnalare gli obiettivi non raggiunti nell'annualità di riferimento, orienta e induce l'Azienda ad intensificare i suoi sforzi verso alcune direzioni in particolare, allo scopo di rimuovere gli ostacoli e rischi che impediscono il pieno conseguimento di determinati obiettivi

Particolari criticità si rilevano nel conseguimento di obiettivi quali:

- Razionalizzazione delle risorse economico finanziarie – (Contenimento dei costi della produzione)
- Migliorare il livello di copertura vaccinale- (vaccino antinfluenzale over 64 anni)
- Grado di adesione all'indagine sul clima interno
- Riduzione della mortalità ospedaliera per infarto
- Favorire l'integrazione tra i servizi territoriali ed ospedalieri psichiatrici
- Valutare gli esiti della riorganizzazione e degli investimenti effettuati nelle strategie per il controllo del dolore
- Migliorare l'efficacia dell'assistenza territoriale con particolare riferimento ad alcuni comportamenti prescrittivi nell'ambito dell'assistenza farmaceutica.

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 2016-2018

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.662 del 19/05/2015 con cui la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi regionali di salute e di programmazione economico-finanziaria per le ASL e A.O. regionali a valere per il triennio 2015-2017;

Il Documento di Direttive anno 2015, approvato con DDG n.363/2015 come modificata ed integrata con DDG n.389/2015, che recepisce gli obiettivi di mandato di direzione e quelli della citata DGR n.662/2015, al fine di mettere a sistema e di realizzare il necessario raccordo tra gli strumenti della programmazione e del budget, in coerenza con le scelte di pianificazione regionale;

La DDG n. 535 del 10/08/2015, come modificata con DDG n. 542 del 14/08/2015, con cui sono state approvate per l'annualità 2015 le schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale a seguito del processo di negoziazione ed è stata definita l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività e dei costi delle Unità Operative stesse;

Il Piano Attuativo Locale (PAL) triennio 2015-2017, approvato con DDG n.929 del 30/12/2015 che, sulla base delle previsioni di finanziamento per il triennio considerato, traccia le linee di programmazione delle azioni utili a soddisfare le istanze di salute ed assistenziali, puntando ad una riorganizzazione efficace ed efficiente, incentrata sul governo clinico e sulla riqualificazione della spesa sanitaria;

Il bilancio economico preventivo 2016 e triennale 2016-2018 adottato con DDG n. 767 del 10/11/2015, come modificata con DDG n. 880 del 22/12/2015.

Obiettivi regionali riportati nel Documento di Direttive del 2015 e nel Budget Operativo 2015.

Gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria sono stati approvati dalla Regione Basilicata con DGR n. 662 del 19/05/2015. Negli Allegati 1 e 2 della DGR n.662/2015 sono state definite le aree di risultato ed i relativi obiettivi di salute assegnati alle Aziende Sanitarie, e risultano altresì esplicitate metodologie e schede di indicatori per ogni Azienda Sanitaria Regionale. Il sistema di valutazione 2015-2017 si compone di *n. 5 principali aree di risultato*, ciascuna articolata in più obiettivi, come di seguito riportato:

1) Tutela della salute:

- Prevenzione Primaria
- Prevenzione Secondaria
- Sicurezza negli ambienti di lavoro
- Sanità Veterinaria

2) Performance organizzative e cliniche aziendali:

- Appropriatazza organizzativa
- Appropriatazza clinica
- Efficacia assistenziale territoriale.

3) Gestione Economico-finanziaria:

- Controllo spesa farmaceutica
- Razionalizzazione delle risorse economico finanziarie.

4) Conseguimento di obiettivi strategici regionali:

- Utilizzo flussi informativi
- Revisione contabile

-
- Controllo delle cartelle cliniche
 - Rischio clinico e sicurezza del paziente (*Risk management*)
 - Autorizzazione delle strutture
 - Valutazione strategie per il controllo del dolore.

5) Obiettivi di empowerment:

- Soddisfazione degli utenti.

In relazione alle suddette 5 aree di risultato, all'ASP vengono assegnati 16 obiettivi misurati da 43 indicatori. Alcuni dei 43 indicatori sono anche finalizzati al parere di conferma dell'incarico di direzione generale dopo il 18° mese e alla valutazione della Performance.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2016-2018

Nel Bilancio di Previsione anno 2016 e triennale 2016-2018, adottato con DDG n. 767 del 10/11/2015, come modificata con DDG n. 880 del 22/12/2015, sono state individuate risorse da impiegare per le azioni volte alla soddisfazione dei bisogni espressi dalla popolazione assistita e dagli stakeholder.

Obiettivi e azioni per macro-area di assistenza riportati nella relazione di accompagnamento al Bilancio di previsione e nel Piano Attuativo Locale (PAL) triennio 2015-2017, approvato con DDG n.929 del 30/12/2015, sono di seguito esplicitati:

MACRO-AREA PREVENZIONE	
Riorganizzare le attività per funzione e non per struttura	razionalizzare e ridurre le sedi operative
	creare una sola anagrafe per Area di Sanità Pubblica Veterinaria e Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, ai sensi dell'Allegato A Sezione 6 del D.L.vo. 194/2008
	informatizzare l'attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro
Valorizzare il ruolo del dipartimento nell'ambito della prevenzione	incentivare la cultura della prevenzione finalizzata al miglioramento degli stili di vita
	sviluppare l'integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione e i Distretti
	integrare e potenziare i programmi di screening nei piani di prevenzione attiva
	realizzare screening in matrici biologiche per la ricerca dei principali composti tossici da fonti di inquinamento di carattere industriale

MACRO-AREA ASSISTENZA TERRITORIALE

EMERGENZA URGENZA

Consolidare l'integrazione tra gli ospedali della Azienda ed il sistema emergenza - urgenza

Definire protocolli per la gestione dei trasporti secondari tra i centri Hub & Spoke

Sviluppare sinergie ed integrazioni nell'organizzazione dell'emergenza - urgenza

Garantire la formazione dei Medici di Continuità Assistenziale in relazione alle tematiche dell'emergenza urgenza con particolare riferimento all'urgenza pediatrica

Attivare momenti informativi/formativi rivolti ai Medici di Medicina Generale ed ai Medici di Continuità Assistenziale sui comportamenti corretti da attuarsi in occasione di quadri sintomatologici di urgenze a maggiore frequenza. Particolare attenzione andrà riservata a:- dolore toracico (percorso IMA)- sintomatologia neurologica (percorso ictus ischemico).

MACRO-AREA ASSISTENZA TERRITORIALE

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

Attuare PDTA per pazienti cronici portatori di diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie croniche ostruttive nei Distretti

Assicurare la presa in carico dei soggetti non autosufficienti

Rimodulare l'offerta nei distretti assicurando che le prestazioni specialistiche ed infermieristiche di base siano quanto più vicino ai luoghi di vita dell'assistito, concentrando le prestazioni più complesse in un solo centro per Distretto

Favorire lo sviluppo delle forme associative dei MMG e PLS sia mono professionali (AFT) che interprofessionali (UCPP) come da normativa vigente

Assicurare l'appropriatezza della spesa farmaceutica convenzionata

Definire un percorso condiviso per il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche

Organizzare le dimissioni protette per la continuità delle cure

Sperimentare un modello di telemedicina per i malati in cure domiciliari

Potenziare gli ambulatori di neuropsichiatria infantile nel Distretto di Potenza

Implementare presso il POD di Chiaromonte la odontoiatria del paziente fragile

Realizzare presso il POD di Chiaromonte due moduli residenziali per bambini affetti da autismo in età evolutiva

Realizzare la Casa della Salute a Senise, Lauria, Venosa, Melfi, Lavello e Villa d'Agri

Potenziare gli ambulatori per gli emigrati nel Distretto di Potenza e nel Distretto di Venosa

Attivazione di n. 10 posti letto per attività residenziale del Nucleo Alzheimer nel POD di Maratea

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di esami di diagnostica strumentale

Omogeneizzazione dell'ADI su tutto il territorio provinciale

MACRO-AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA

APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA

Assicurare l'appropriatezza organizzativa, la qualità ed esiti delle cure

Assicurare l'appropriatezza nell'utilizzazione dei farmaci e dei dispositivi medici

Attuare percorsi separati fra l'urgenza e l'elezione

Definire il ruolo dei Presidi Ospedalieri Aziendali nelle reti ed in particolare nella rete dell'emergenza

ATTIVITÀ GESTIONALI E STRUMENTI MANAGERIALI

- incremento della collaborazione e dei collegamenti informativi e professionali tra le strutture produttive e quelle di supporto;
- miglioramento dell'efficacia dei controlli aziendali sull'applicazione degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate;
- sviluppo del sistema di valutazione delle performance individuali;
- 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;
- completamento dei progetti regionali di informatizzazione "referti on line" e "LUMIR";
- rafforzamento della collaborazione interaziendale attraverso la realizzazione dei Dipartimenti interaziendali regionali e delle strutture complesse interaziendali;
- sviluppo del progetto di umanizzazione delle cure.

L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

L'Azienda ha adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 770 del 13.11.2015 il piano di contenimento dei costi. Tale documento è stato redatto a seguito delle decisioni assunte dall'Intesa Conferenza Stato – Regioni n. 113 del 02 luglio 2015, in conformità alle disposizioni comunicate dall'Assessore alla Sanità con nota protocollo n. 161678-13 A1 del 07.08.2015.

La legge di stabilità 2015 e l'Intesa Stato – Regioni del 26 febbraio 2015 hanno previsto un contenimento della Spesa Sanitaria Nazionale di circa 2,4 miliardi di euro con una conseguente rideterminazione del Fondo Sanitario occorrente per l'anno 2015.

Alla luce dei vincoli normativi l'Azienda ASP di Potenza ha ravvisato l'esigenza di mettere in campo azioni finalizzate al contenimento dei costi, individuate e descritte in un apposito piano di contenimento aziendale dei costi.

Da ultimo il D.L. 19/06/2015, n. 78, convertito con modificazioni nella L. 6/8/2015, n. 125 ha individuato 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 E DISPOSITIVI MEDICI**
- **ACQUISTI BENI E SERVIZI NON SANITARI, MANUTENZIONE, FITTI E CANONI**
- **FARMACEUTICA TERRITORIALE**
- **MIGLIORAMENTO SALDO MOBILITA'ATTIVA E PASSIVA**
- **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA, ASSISTENZA SPECIALISTICA E ASSISTENZA RIABILITATIVA**
- **SPESA DEL PERSONALE DIPENDENTE**
- **NORMATIVA EUROPEA IN MATERIA DI ORARIO DI LAVORO PER IL PERSONALE SANITARIO**
- **AMMORTAMENTI: RIDUZIONE DEGLI INVESTIMENTI PER ACQUISTI DI CESPITI CON CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO**

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

- Nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza –ASP è attivo il “Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”, a partire dal 2011 quando con determinazione n. 10/561 del 23/3/2011 è stato formalmente costituito.
- Con successiva determinazione n.10/173 del 21/9/2011 la composizione interna del CUG è stata integrata dai rappresentanti delle OO.SS.
- Nell'anno 2012 è stato poi sottoscritto il protocollo d'intesa per la realizzazione delle pari opportunità e la lotta alle discriminazioni tra il Presidente del CUG aziendale, la Consigliera Regionale di Parità e la Consigliera Provinciale di Parità.
- Nel 2013 con deliberazione n. 209 del 7 aprile è stata adottata la Carta per le pari opportunità e l'uguaglianza sul lavoro, già approvata dal Ministero del Lavoro e dal Ministero per le pari opportunità.
- La Carta è uno strumento per la lotta contro tutte le forme di discriminazione sul luogo di lavoro basate sull'appartenenza di genere, età, disabilità, etnia, fede religiosa, orientamento sessuale e, nel contempo, mira a valorizzare le diversità all'interno dell'organizzazione, con particolare riguardo alle pari opportunità tra uomo e donna.

Alla luce di quanto richiamato e sulla base dell'esperienza fin qui condotta dal CUG si introducono all'interno del presente Piano della Performance i seguenti obiettivi:

- ❖ Creazione di un portale condiviso per ottimizzare la comunicazione con le altre P.A. sul tema delle pari opportunità, condividendo le esperienze realizzate e alimentando il confronto sulle azioni più efficaci da mettere in campo;
- ❖ Messa a punto di un set di dati e di indicatori utili ad un'analisi di genere rispetto alle condizioni lavorative in azienda (possibilità di percorsi di carriera e di formazione, flessibilità nell'orario di lavoro, ecc) e al problema della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Dematerializzazione

L'Azienda da tempo ha avviato processi di dematerializzazione.

I più significativi sono:

- Protocollo
- Delibere e determine
- Albo on line
- Cedolini dipendenti
- Fatturazione Elettronica
- Referti on line

I progetti nel quale è impegnata per il triennio 2016-2018 sono:

- Ciclo dell'ordine
- Cedolini MMG e PLS
- Cartelle Cliniche
- Pagamento ticket

Indice

- **PARTE PRIMA.....01**
 - Chi siamo
 - Articolazione dell'ASL di Potenza.....02
 - Assetto Organizzativo Aziendale.....07
- **PARTE SECONDA.....10**
 - Il Contesto Interno.....11
 - Le risorse umane.....12
 - Principali dati economico finanziari.....15
 - I servizi sanitari erogati.....22
 - Il Contesto Esterno.....27
 - Analisi Demografica.....28
 - Analisi Epidemiologica.....34
 - Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente
flussi di mobilità.....43
 - Framework economico del servizio sanitario nazionale e regionale.....52

- **PARTE TERZA.....56**
 - Albero della Performance: declinazione degli obiettivi strategici ed operativi 2016-2018.....57
- **PARTE QUARTA.....83**
 - Ciclo di gestione della performance
 - Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance.....84
 - Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.....85
 - Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.86
 - Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance.....87
 - Collegamento del Piano della Performance con il Programma per la trasparenza e l'integrità, e con il Piano della prevenzione della corruzione anni 2016-2018.....88
- **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.
- 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.net
- Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



-
- Il territorio comprende **100 comuni** con una popolazione complessiva di circa **375.314 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**

Fonte Istat- Popolazione residente al 31.12.2015-

L'ASP di Potenza gestisce direttamente n. **399** posti letto per acuti e i **168** per i ricoveri post-acuzie, come si riporta nello schema seguente:

PRESIDI OSPEDALIERI ASL DI POTENZA ANNO 2013	POSTI LETTO ACUTI	POSTI LETTO POST -ACUTI
Presidio Ospedaliero di LAGONEGRO	109	
Presidio Ospedaliero di MELFI	110	
Presidio Ospedaliero di VILLA D'AGRI	122	
Presidio Distrettuale di VENOSA		24
Presidio Distrettuale di CHIAROMONTE		16
Presidio Distrettuale di MARATEA		
Presidio Distrettuale di LAURIA	2	24
Strutture Private accreditate	56	104
TOTALE COMPLESSIVO	399	168

Fonte: AIRO(Strutture a Gestione Diretta)
Modello Ministeriale HSP 12 (Strutture Accreditate)

L'ASP di Potenza opera mediante **90 presidi, non ospedalieri, a gestione diretta** che erogano i seguenti tipi di assistenza:

TIPO STRUTTURA	NUMERO DI STRUTTURE
STRUTTURA RESIDENZIALE	7
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	3
AMBULATORIO E LABORATORIO	45
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	35

Fonte: Modello Ministeriale STP 11

L'ASP di Potenza comprende **59 strutture convenzionate**, che erogano i seguenti tipi di assistenza:

TIPO STRUTTURA	NUMERO DI STRUTTURE
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	1
STRUTTURA RESIDENZIALE	20
AMBULATORIO E LABORATORIO	35
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	3

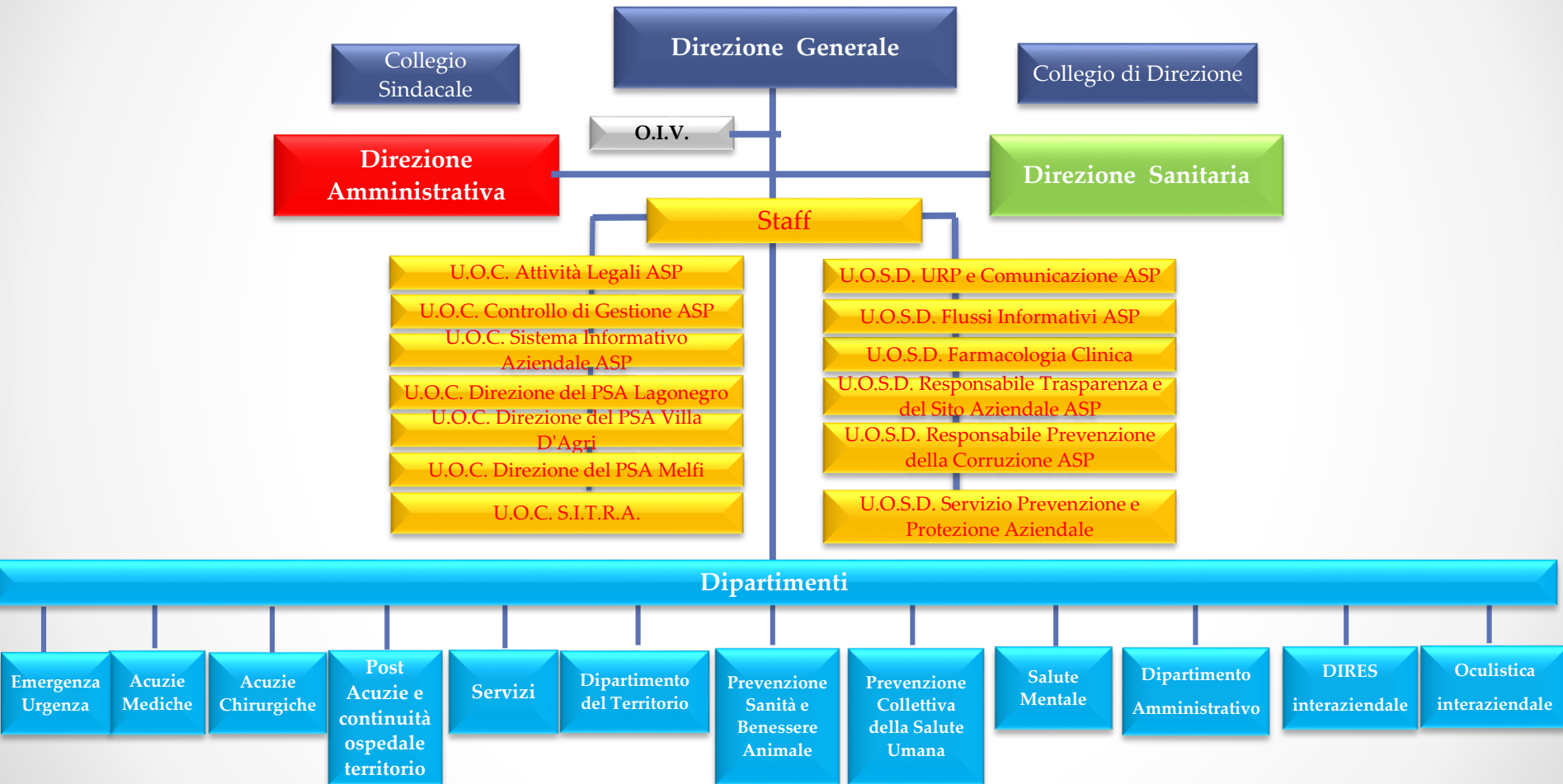
Fonte: Modello Ministeriale STP 11

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
 - La **funzione ospedaliera** si articola nei:
 - Presidi Ospedalieri per Acuti
 - Presidi Distrettuali per le Post-Acuzie
 - Dipartimenti ospedalieri
 - Dipartimento interaziendale di oculistica
 - Dipartimento post acuzie e continuità ospedale territorio
 - Dipartimento Salute Mentale.

ASSETTO ORGANIZZATIVO



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 e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2015, sono pari a **2.813**

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI DELLE RISORSE UMANE	
Età media del Personale (anni)	47
Età media dei dirigenti (anni)	51
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2012-2013	3,59%
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2013-2014	-1,89%
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2014-2015	2,40%
% di dipendenti in possesso di laurea al 31/12/2015	30%
% di dirigenti in possesso di laurea al 31/12/2015	100%
Ore di formazione (media per dipendente)	0,09
Turnover del personale	17%
Costi di formazione/spese del personale	€ 0,0004

- 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 2015 (Fonte UOC Gestione del Personale).

Analisi Benessere organizzativo	
Indicatori	Valore
Tasso di assenza	15,04%
Tasso di dimissioni premature	0,00%
Tasso di richieste di trasferimento	0,25%
Tasso di infortuni	4,66%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 25.473,31
% di personale assunto a tempo indeterminato nell'anno	7,00%

Analisi di genere		
Indicatori		Valore
% di dirigenti donne		27,53%
% di donne rispetto al totale del personale		52,61%
Stipendio medio percepito dal personale donna:	personale dirigente:	€ 43.303,00
	personale non dirigente	€ 21.000,00
% di personale donna assunto a tempo indeterminato nell'anno (% calcolata sul totale degli assunti nell'anno)		67,51%
Età media del personale femminile	personale dirigente:	48
	personale non dirigente	43
% donne laureate rispetto al totale personale femminile		17,50%
Ore di formazione al personale femminile (media per dipendente di sesso femminile)		0,16

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.

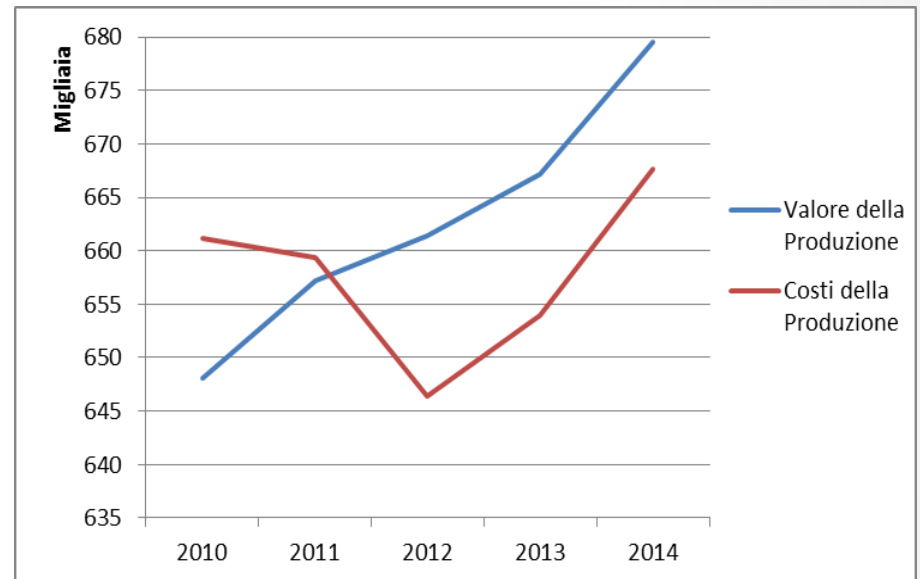
Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli esercizi contabili precedenti all'anno 2015. Nello specifico, si presenta il confronto dei conti economici 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014.

DESCRIZIONE	2010	2011	2012	2013	2014
A) Valore della Produzione	648.116	657.256	661.414	667.162	679.507
B) Costi della Produzione	661.176	659.320	646.437	653.993	667.684
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	-13.060	-2.064	14.977	13.169	11.823
C) Proventi ed oneri finanziari	11	29	-21	-131	7
E) Proventi e oneri straordinari	-4.277	-5.659	-7.511	-1.606	-684
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-8.772	-7.694	7.445	11.432	11.146
Imposte sul reddito	11.480	11.789	11.157	11.153	10.937
RISULTATO DI ESERCIZIO	-20.252	-19.483	-3.712	279	209

Valori vs Costi della Produzione anni 2010-2014

Come si evince dalla tabella precedente, sono state adottate azioni di riequilibrio economico-finanziario che hanno portato ad una riduzione dei costi e quindi ad un azzeramento della perdita di esercizio dell'anno 2012 (-3.712 milioni di euro). Infatti, nell'anno 2013 si registra un risultato economico positivo di 279 mila euro dovuto prevalentemente all'attuazione di misure di contenimento dei costi aziendali. Nell'anno 2014 il risultato economico risulta parimenti positivo (pari a 209 mila euro). In particolare si evidenzia :

➤ un margine operativo lordo positivo (differenza tra valori e costi della produzione) pari a 11.823 milioni dovuto alla sostanziale riduzione dei costi operativi ed all'incremento di attività assistenziale (valore dei ricavi) del 3,86% rispetto all'anno precedente.



RISULTATO DI ESERCIZIO 2014

Il risultato di esercizio 2014, rilevato in sede consuntiva del conto economico, evidenzia un risultato positivo (utile di esercizio 2014: 209.000 euro) rispetto a quello desumibile dalla programmazione (bilancio economico preventivo-pareggio di bilancio) e, in particolare rispetto al consuntivo 2012 (-3.712.000,00 euro). Il risultato positivo è il frutto di azioni sinergiche poste in essere dalla Direzione Aziendale dirette alla razionalizzazione e riduzione dei costi.

Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2014 è pari a 679.507.000 di euro, in aumento di euro +12.345.000,00 (+3,86%) rispetto al consuntivo dell'anno precedente (2013) e di euro +18.093.000,00 (+2,74%) rispetto al consuntivo 2012 (due anni precedenti).

L'incremento si registra prevalentemente nei contributi in conto esercizio.

L'aumento del valore della produzione non si correla con una diminuzione dei costi della produzione, pari a 667.684 milioni di euro che risultano in aumento rispetto al consuntivo dell'anno precedente di 13.691 milioni di euro (+2,09%) e del 3,94 % rispetto al preventivo.

INDICATORI DI BILANCIO 2013-2014-2016

**Bilancio preventivo anno 2016
adottato con DDG 767 del 10.11.2015 integrata e modificata con DDG n. 880 del 22.12.2015**

Indicatori economici-gestionali		Anno di riferimento					
		2013	2014	2016	2013	2014	2016
Indicatore 1	Costi del personale	138.931	138.898	138.658	39,3%	38,7%	38,3%
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Indicatore 2	Costi per beni e servizi	502.832	519.467	525.833	142,2%	144,5%	145,2%
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.1	Prestazioni sanitarie da pubblico	16.627	18.189	21.541	4,7%	5,1%	5,9%
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.2	Prestazioni sanitarie da privato	20.454	20.340	21.364	5,8%	5,7%	5,9%
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.3	Prestazioni non sanitarie da privato	12.426	17.280	17.944	3,5%	4,8%	5,0%
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.4	Medicina di base	54.344	54.147	54.608	15,4%	15,1%	15,1%
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.5	Specialistica ambulatoriale	55.956	58.194	57.688	15,8%	16,2%	15,9%
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			

INDICATORI DI BILANCIO 2013-2014-2016

Bilancio preventivo anno 2016

adottato con DDG 767 del 10.11.2015 integrata e modificata con DDG n. 880 del 22.12.2015

Indicatori economici-gestionali		Anno di riferimento					
		2013	2014	2016	2013	2014	2016
Sottoindicatore 2.6	Assistenza ospedaliera	155.882	165.030	162.082			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	44,10%	45,90%	44,70%
Sottoindicatore 2.7	Acquisti di beni sanitari	47.216	50.080	58.486			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	13,35%	13,90%	16,10%
Sottoindicatore 2.8	Acquisti di beni non sanitari	3.518	2.272	2.046			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	1,00%	0,60%	0,60%
Sottoindicatore 2.19	Servizi non sanitari	16.934	18.438	19.158			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	4,79%	5,10%	5,30%
Sottoindicatore 2.10	Manutenzione e riparazione	10.642	10.894	10.856			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	3,00%	3,00%	3,00%
Sottoindicatore 2.11	Godimento di beni di terzi	2.477	2.311	2.362			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	0,70%	0,60%	0,70%
Indicatore 4	Assistenza sanitaria fuori regione	58.304	63.721	59.780			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	16,48%	17,73%	16,50%
Indicatore 5	Assistenza sanitaria all'estero	717	572	572			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	0,20%	0,20%	0,20%
Indicatore 6	Assistenza farmaceutica territoriale	67.923	68.438	68.205			
	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248	19,20%	19,00%	18,80%

FRONTE DATI: Bilancio CE consuntivo 2013/2014 Ce Preventivo 2016 e Anagrafe sanitaria ASP

-
- Note:
 - (1) Costi del personale: personale strutturato e costo dei contratti atipici (righe di bilancio: prestazioni lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative).
 - (2) Costi per beni e servizi: somma delle seguenti categorie: acquisti di beni, acquisti di servizi, manutenzione e riparazioni, godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione.
 - (3) Assistenza protesica: assistenza protesica in convenzione e non.
 - (4) Assistenza sanitaria fuori regione: somma delle voci di bilancio relative alle prestazioni usufruite da cittadini dell'ASL in strutture fuori della regione sia in compensazione tramite la regione che a carico diretto dell'ASL.
 - (5) Assistenza sanitaria all'estero: voci di bilancio relative alle prestazioni usufruite, in regime autorizzatorio, da cittadini dell'ASL in strutture estere.
 - (6) Assistenza farmaceutica territoriale: assistenza farmaceutica ed acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F
 - (7) Cittadino assistito: numero dei cittadini assistiti è stato rilevato al 31/12 per gli anni 2013/2014- mentre per l'anno 2016 è stato preso il dato al 31/12/2015
 - (8) Gli importi sono espressi in migliaia di euro

I SERVIZI SANITARI EROGATI

I servizi sanitari erogati

- Di seguito si riportano alcuni dati di sintesi dell'attività svolta nell'ASL di Potenza.
- Tutti i dati si riferiscono all'attività svolta nei primi nove mesi dell'anno 2015 confrontata con quella dello stesso periodo degli anni 2014-2013

DIMESSI	PRIMI 9 MESI 2013	PRIMI 9 MESI 2014	PRIMI 9 MESI 2015
Dimessi Ricoveri Ordinari	8.996	8.965	9.054
-di cui con DRG medico	6.234	6.146	6.279
-di cui con DRG chirurgico	2.762	2.819	2.775
Dimessi Ricoveri Diurni	2.575	2.068	1.876
• n. Accessi dei cicli chiusi	4.747	4.159	3.828
- di cui con DRG medico	1.879	1.518	1.484
- di cui con DRG chirurgico	2.868	2.641	2.344
TOTALE COMPLESSIVO	11.571	11.033	10.930

Dati relativi all'attività di ricovero in regime ordinario e diurno.

Fonte: R3 (dati riferiti e consolidati ai primi 9 mesi).

Dati relativi ai parti effettuati nel territorio dell'ASP

NASCITE	PRIMI 9 MESI 2013	PRIMI 9 MESI 2014	PRIMI 9 MESI 2015
Numero totale parti	963	843	826
- di cui parti cesari (n.)	448 (46,51%)	383 (45,45%)	374 (45,31%)

Fonte: AIRO e R3 (dati riferiti e consolidati ai primi 9 mesi).

NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE	PRIMI 9 MESI 2013	PRIMI 9 MESI 2014	PRIMI 9 MESI 2015
Ricoveri acuti	11.571	11.034	10.930
Ricoveri post acuzie	704	706	628
TOTALE	12.275	11.740	10.958

Ricoveri per acuti e per post-acuzie effettuati nel triennio 2013-2015 (riferiti ai primi 9 mesi)

Fonte: R3 (dati riferiti e consolidati ai primi 9 mesi).

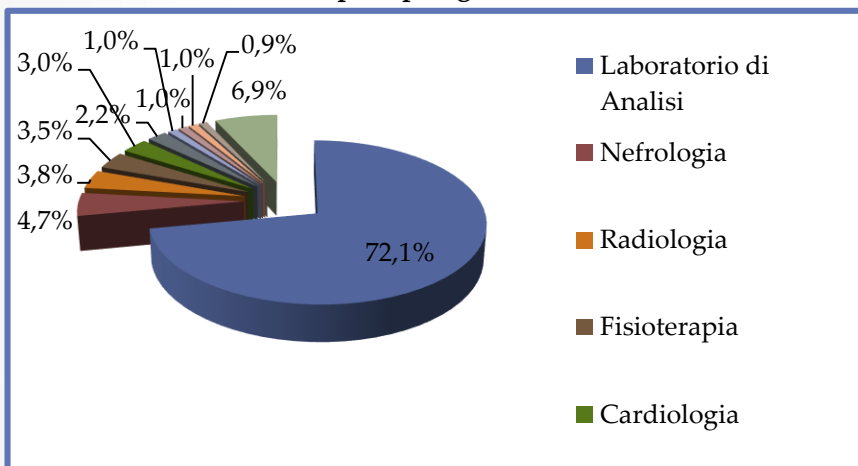
Prestazioni ambulatoriali erogate nel Triennio 2013-2015 e riferite ai primi nove mesi

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	PRIMI 9 MESI 2013	PRIMI 9 MESI 2014	PRIMI 9 MESI 2015
Numero prestazioni per esterni	1.683.946	1.785.258	1.662.446

Fonte: CUP (dati riferiti e consolidati ai primi 9 mesi) –

- Le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture dell'ASP sono caratterizzate prevalentemente da esami di Laboratorio Analisi, nefrologia, fisioterapia, e radiologia.

Prestazioni specialistica ambulatoriale primi nove mesi anno 2015 per tipologia



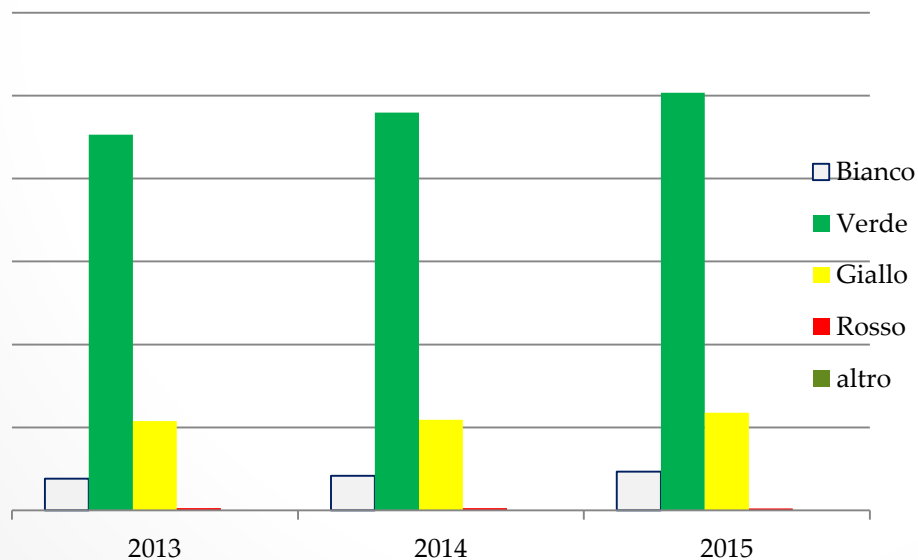
Nei primi nove mesi dell'anno 2015 le prestazioni ambulatoriali erogate dall'ASP sono diminuite del 6,9% rispetto allo stesso periodo dell'anno 2014 (-122.812 prestazioni). Il valore medio delle prestazioni aumenta del 1,62%(+0,20 centesimi di euro) passando da €12,47 dei primi nove mesi dell'anno 2014 a €12,69 del 2015.

ACCESSI PRONTO SOCCORSO		2013	2014	2015
Numero totale di accessi in pronto soccorso		30.072	31.661	33.490
- di cui numero codici bianchi		1.905	2.076	2.322
- di cui numero codici verdi		22.649	23.991	25.173
- di cui numero codici gialli		5.378	5.463	5.879
- di cui numero codici rossi		134	127	116
- altro		6	4	0

Accessi al pronto soccorso articolati secondo il codice del triage nel triennio 2013-2015 (riferiti ai primi 9 mesi)

Fonte: R3 (dati riferiti e consolidati ai primi 9 mesi).

ACCESSI PRONTO SOCCORSO



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 Kmq.**
- Il territorio provinciale è composto da **100 comuni**, con una popolazione residente all'1/01/2015 di **375.314 abitanti** ed una densità di popolazione di **56,91 ab/Kmq** (tra le più basse fra le provincie italiane).
- I **nuclei familiari** sono pari a n. 153.962, con un numero medio di componenti per famiglia di 2,43 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

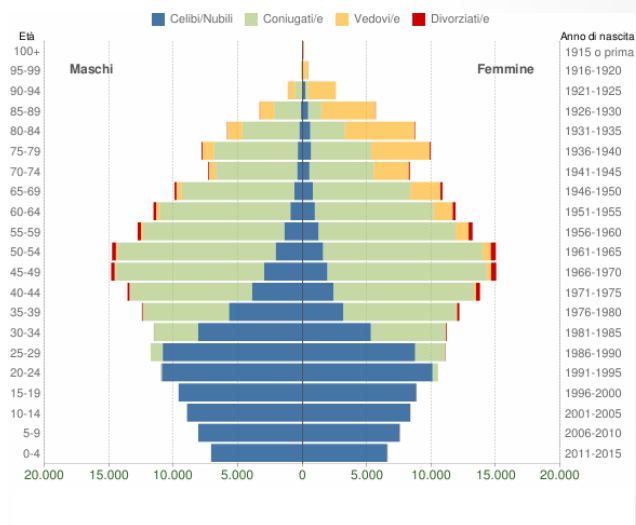
La popolazione residente registra un trend negativo nell'ultimo decennio. In particolare, dal 2010 al 2015 è diminuita dell' 2,59%. I Comuni della Provincia che hanno evidenziato un incremento complessivo della popolazione dal 2011 al 2015 sono rispettivamente: Viggiano (+4%), Pignola (+3%), Viggianello (+2,4%) e Tito (+2,1%).

Popolazione residente Provincia di Potenza al 1 Gennaio - trend 2010/15							
Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ '10-'15 %
Maschi	188.404	187.683	184.491	183.938	184.534	183.661	-2,52
Femmine	196.905	196.108	193.021	192.244	192.724	191.653	-2,67
Totale	385.309	383.791	377.512	376.182	377.258	375.314	-2,59

Fonte: Ns elaborazione su dati Istat

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

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

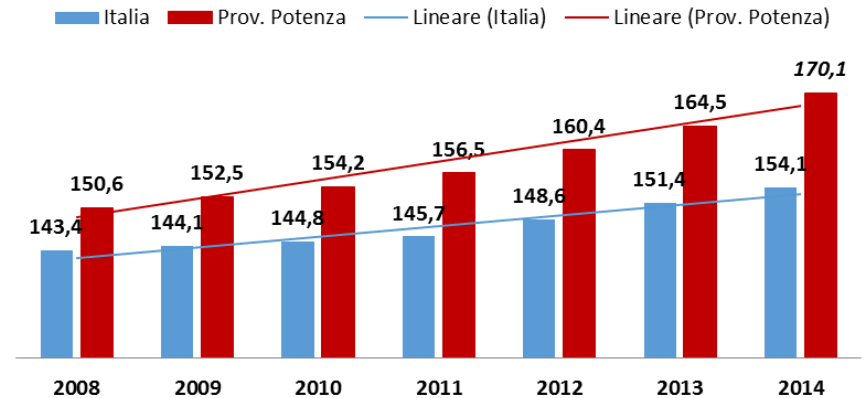
L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella giovane (da 0 a 14 anni), vede un trend in costante crescita negli anni dal 2008 al 2014. **Al 1° gennaio 2015 l'indice di vecchiaia si attesta su un valore di 176,3%, ben superiore al valore regionale (pari a 170,3).** 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

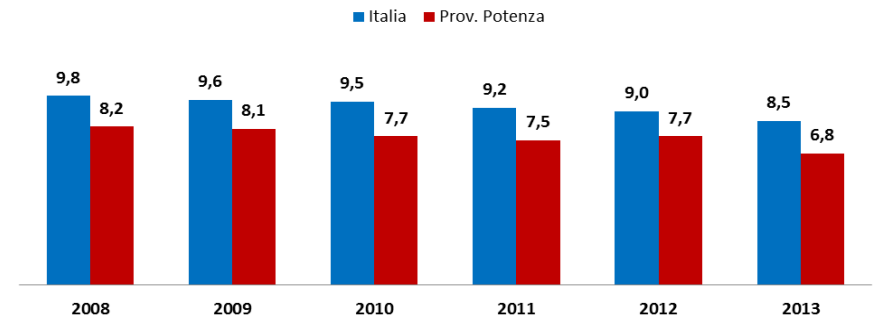
Il trend del tasso di natalità registrato nella provincia di Potenza vede un costante decremento, infatti si passa da un tasso dell'8,2 del 2008 ad un tasso del 6,76 del 2013.

Nel 2014 il tasso di natalità registra un lieve incremento, attestandosi su di un valore pari all' 6,84 (NV=2.584/ P.R.=377.258), inferiore al tasso regionale che è pari a 7,1.

Indice di Vecchiaia al 1° gen - trend 2008-2014



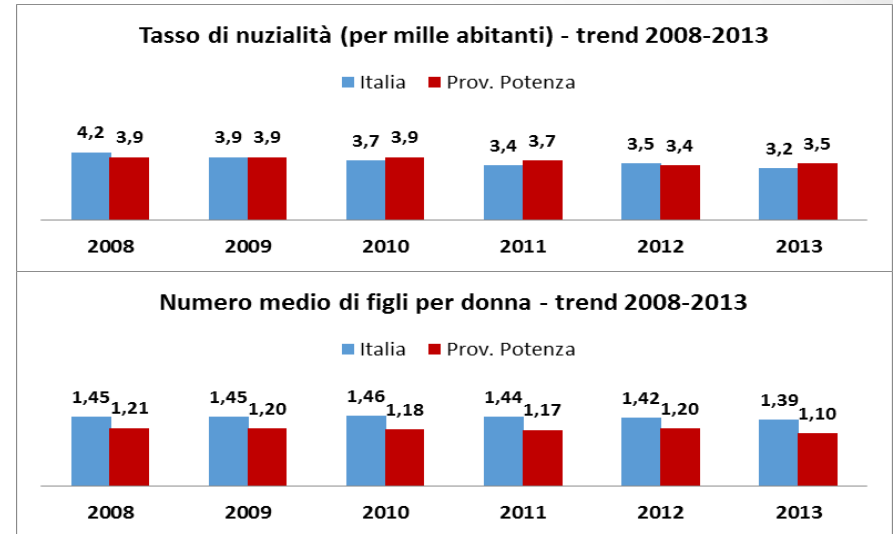
Tasso di natalità (per mille abitanti) - trend 2008 - 2013



tasso di natalità (per mille abitanti)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ '08 - '13
Italia	9,8	9,6	9,5	9,2	9,0	8,5	-15,3%
Prov. Potenza	8,2	8,1	7,7	7,5	7,7	6,8	-20,6%

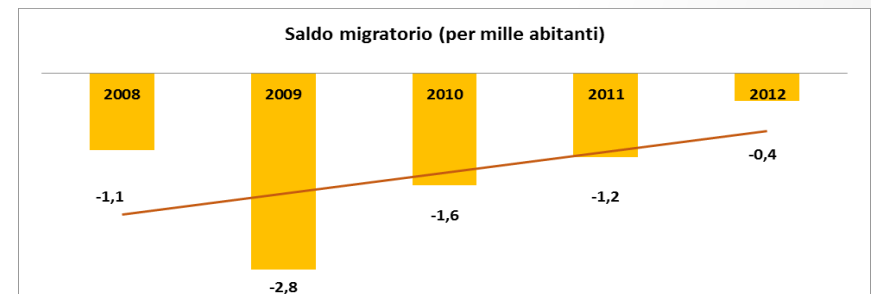
MUTAMENTI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE

- Il tasso di nuzialità si riduce progressivamente nel periodo di riferimento, anche se in modo meno rapido rispetto alla media nazionale. **Al 1° gennaio 2015 il tasso di nuzialità è pari a 3,5 * mille abitanti.**
- Il numero medio di figli per donna passa da 1,21 del 2008 a 1,13 del 2014



FLUSSO MIGRATORIO

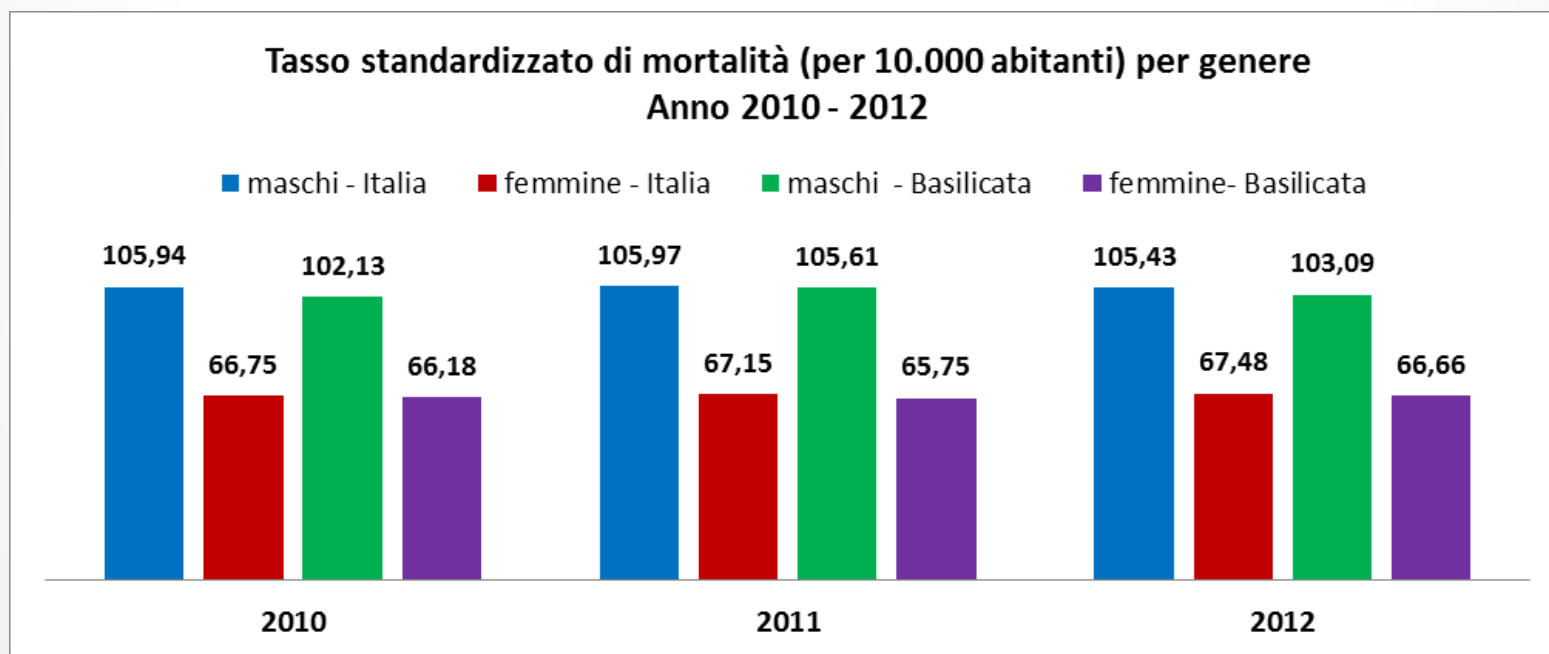
- Il **Saldo migratorio** (dato dalla differenza tra iscritti e cancellati presso le anagrafi comunali) mostra costantemente valori negativi e, in particolare, **nel 2014 è pari a -1,5** (Regione Basilicata: 0,1)



ANALISI EPIDEMIOLOGICA

MORTALITA'

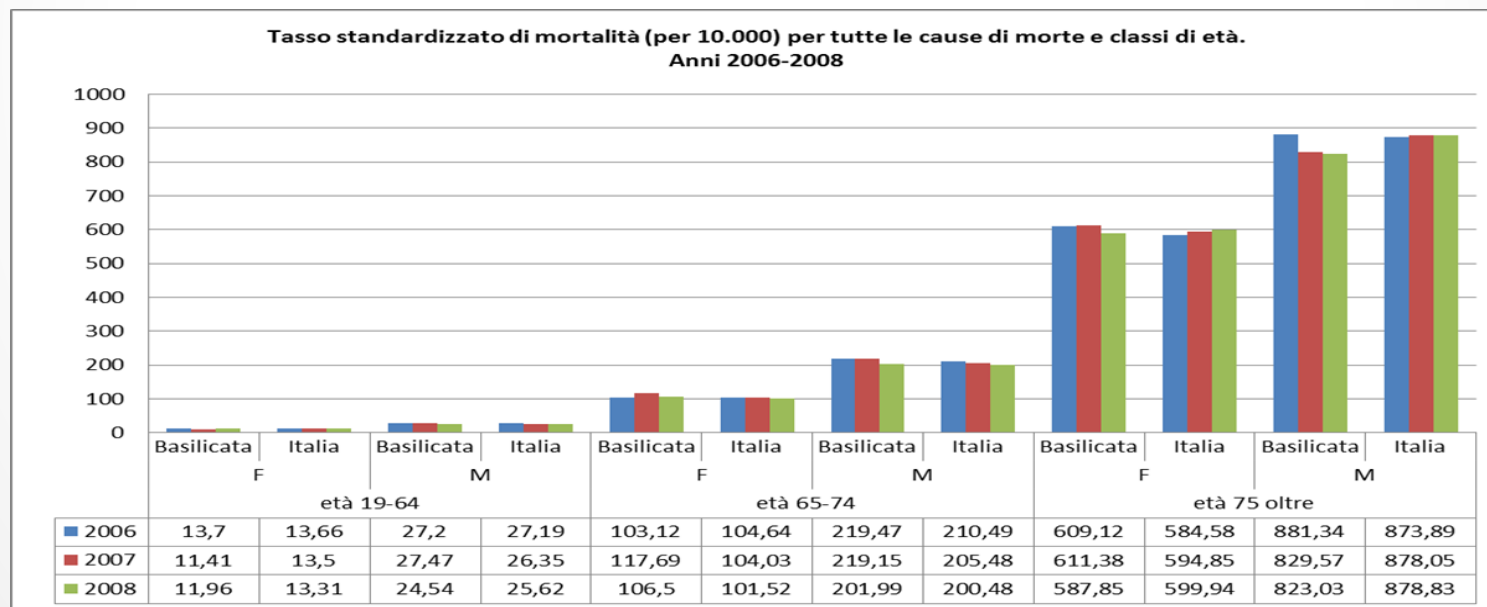
- I dati del 2012, relativi all'intero territorio italiano, mostrano negli uomini un calo generalizzato della mortalità complessiva rispetto al 2010, mentre per le donne il tasso risulta costante.
- In Basilicata la mortalità si riduce per gli uomini attestandosi a livelli più bassi rispetto ai dati nazionali; anche per le donne si registra un calo della mortalità che rimane comunque più bassa rispetto al tasso italiano.



Fonte: "Indagine sui decessi e cause di morte" Istat - Anni 2009-2011.

MORTALITÀ PER FASCE D'ETÀ

- L'analisi per fasce di età evidenzia:
 - una sensibile diminuzione della mortalità dovuta al calo di tutte le principali cause di morte per le fasce di età più giovani:
 - nella fascia di popolazione più anziana, invece, a livello nazionale si evidenzia un leggero aumento dei rischi di morte (pur in presenza una contrazione della mortalità per malattie del sistema circolatorio e, solo per quel che riguarda gli uomini, dei tumori e delle malattie dell'apparato respiratorio). Nella Regione il tasso di mortalità invece, si riduce arrivando ad un livello inferiore alla media nazionale.

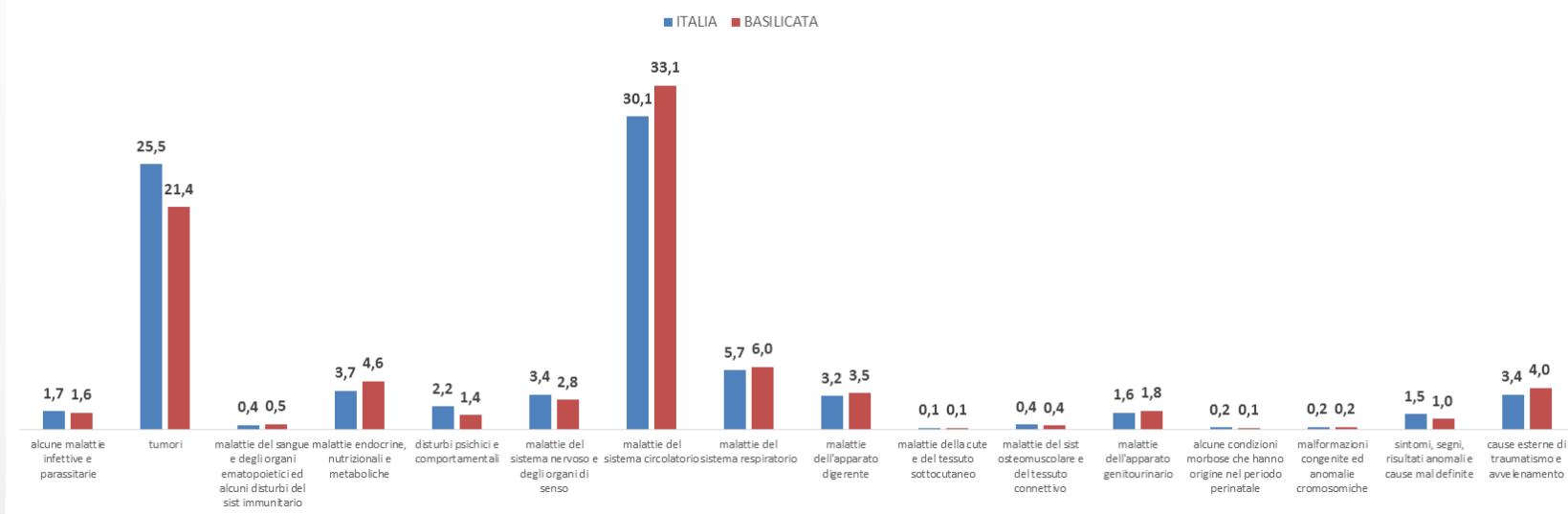


Fonte: Ns elaborazione su: Istat "Indagine sui decessi e cause di morte" - Anni 2006-2008.

CAUSE DI MORTE

- Le statistiche di mortalità, pur se in maniera indiretta, rendono edotti delle patologie più frequenti nella popolazione e permettono di focalizzare l'attenzione sull'offerta delle prestazioni.
- Analizzando le cause di morte del 2012, si può osservare come nella regione i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono sulla salute delle persone: le malattie cardiovascolari e i tumori.
- Le malattie cardiovascolari rappresentano in Basilicata il 33% circa di tutte le cause di morte (a livello nazionale si è al 30%).
- I tumori (maligni e non maligni) rappresentano, invece, circa il 22% di tutte le cause di morte (in Italia 25,5%)

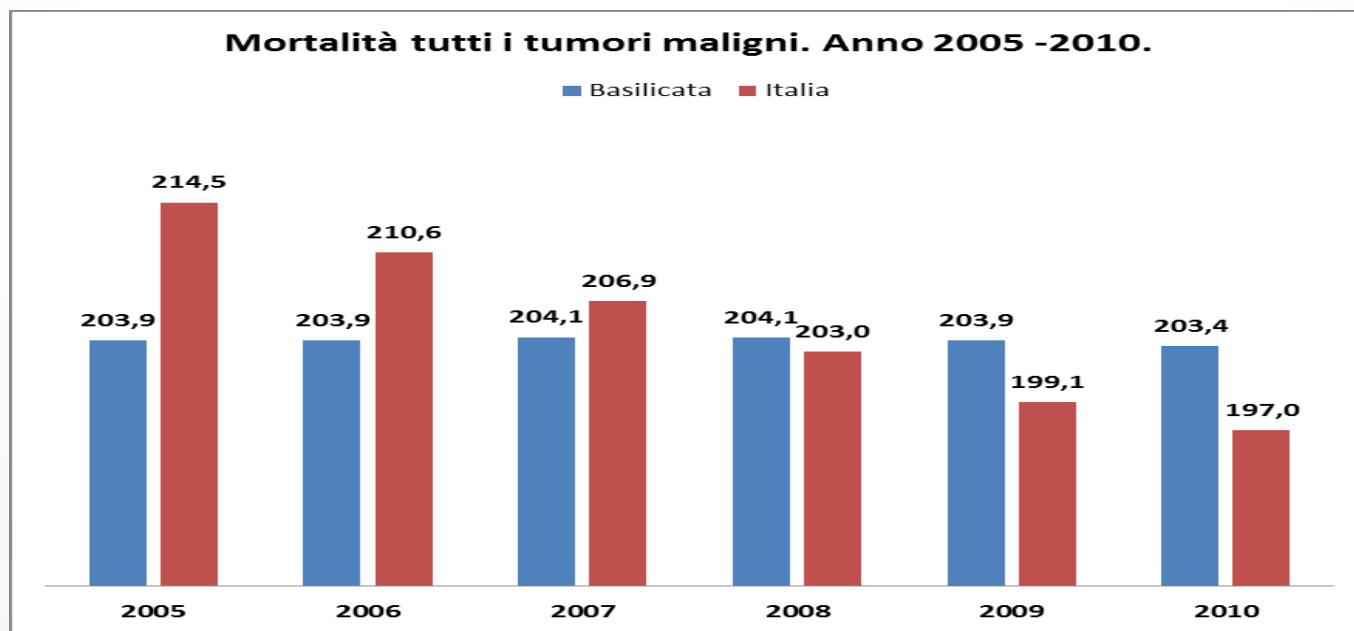
Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti) - Anno 2012



Fonte: <http://dati.istat.it/?lang=it> 24 apr. 2014, 08h28 UTC (GMT)

MORTALITÀ TUMORI

- In Italia, circa il 25,5% dei decessi è dovuto a patologie oncologiche.
- nella classe di età 45-64 anni si rileva tra i maschi un alto tasso di mortalità per neoplasie dell'apparato respiratorio, mentre tra le donne sono prevalenti le malattie neoplastiche a carico del seno, dell'apparato respiratorio e del colon-retto.
- Nella classe di età 65-84 i decessi per malattie del sistema circolatorio precedono quelle oncologiche.



Fonte: Ns elaborazione su dati:

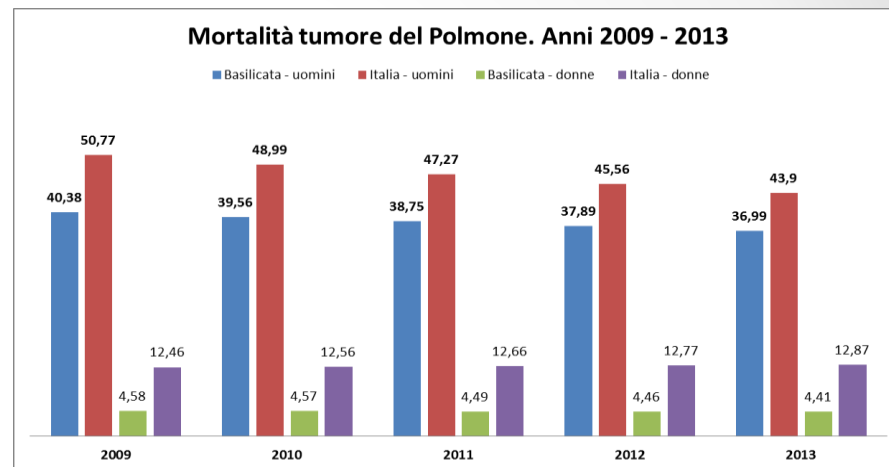
http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2005,2010&ageclass

MORTALITÀ TUMORI DEL POLMONE

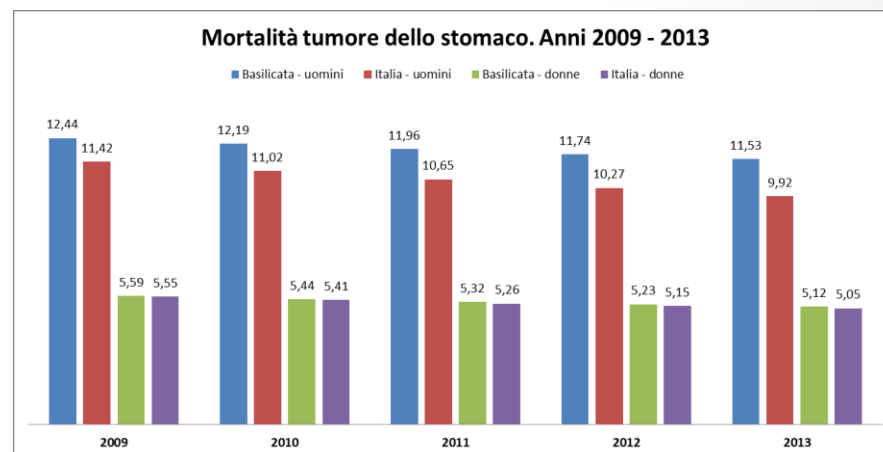
- A livello nazionale, considerando la classe di età 0-84 anni il tumore del polmone negli uomini è quello con il tasso di mortalità più alto.
- In Basilicata, il tasso di mortalità per il tumore del polmone è diminuito nel tempo sia per gli uomini che per le donne.

MORTALITÀ TUMORI DELLO STOMACO

- A livello nazionale, il tasso di mortalità del tumore allo stomaco è diminuito nel tempo passando da 12,44 a 11,53 per gli uomini, e da 5,55 a 5,05 per le donne.
- Anche in Basilicata si è avuto un trend di diminuzione di questo tasso di mortalità che rimane però complessivamente più alto rispetto al tasso di mortalità nazionale



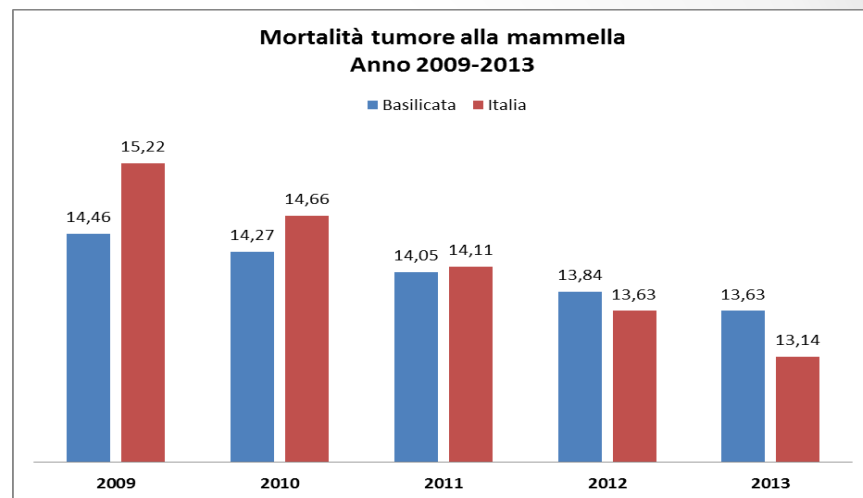
Fonte: Ns elaborazione su dati:
http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass estratti il 18/01/2014



Fonte: Ns elaborazione su dati:
http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass estratti il 18/01/2014

MORTALITÀ TUMORI DELLA MAMMELLA

- Considerando la classe di età 0-74 anni il tumore della mammella è quello con il più alto tasso di mortalità.
- In Basilicata, tra gli anni 2009-2013 la mortalità per il tumore della mammella ha subito una riduzione graduale ma dal 2012 si attesta ad un livello più alto rispetto a quello italiano
- I programmi di screening delle neoplasie della mammella, già da tempo avviati in Basilicata, dovrebbero dare ricadute positive nei prossimi anni.



Fonte: Ns elaborazione su dati:

http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass estratti il 18/01/2014

MORTALITÀ PER CAUSE METABOLICHE

- Il diabete mellito e le sue complicanze sono tra i principali problemi sanitari nei Paesi economicamente evoluti. I dati sulla ospedalizzazione confermano che le regioni del sud presentano tassi di dimissione più bassi sia per i ricoveri in Regime Ordinario che per i ricoveri in Day Hospital.
- La malattia diabetica costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per le amputazioni dell'arto inferiore (incide per il 60% sul totale degli interventi di amputazione), ed ha un elevato impatto in termini di ricoveri ospedalieri e di costi.
- In Italia, dal 2001 al 2010, il tasso di dimissione per amputazione è aumentato dal 12% a circa il 14%. L'elevata variabilità del fenomeno tra le regioni sembrerebbe indicare una diversa qualità dell'assistenza sul territorio nazionale.

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per diabete mellito (diagnosi principale e secondaria), regime di ricovero e regione - Anni 2011-2012

Regione	2011			2012		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Basilicata	80,02	39,06	119,08	69,86	23,78	93,64
Italia	68,53	13,24	81,77	66,97	10,69	77,66

Fonte: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

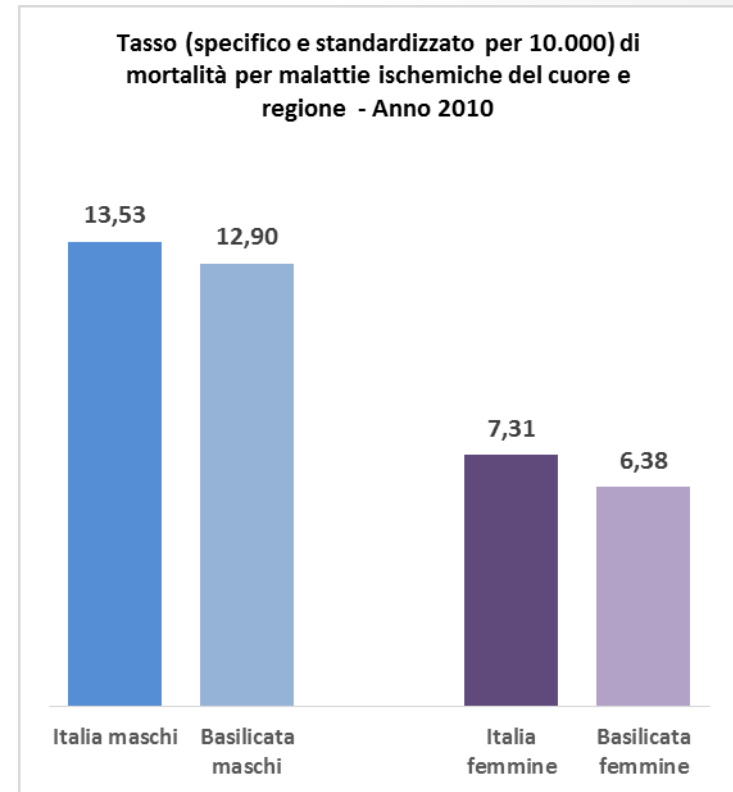
Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 100.000) per amputazione all'arto inferiore nelle persone con e senza diabete, per genere e regione - Anno 2010

Regione	Persone con diabete			Persone senza diabete		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Basilicata	19,46	6,41	11,89	14,16	2,43	7,19
Italia	21,28	7,09	13,26	11,58	4,95	7,70

Fonte: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2012.

CARDIOPATIE ISCHEMICHE

- Le cardiopatie ischemiche sono le patologie più rappresentate tra le malattie del sistema circolatorio, sia in Basilicata che in Italia.
- In Italia nel 2010 la mortalità per malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (13,5 decessi per 10.000 fra gli uomini e 7,3 decessi per 10.000 fra le donne).
- Anche in Basilicata, nonostante la mortalità per le malattie ischemiche risulti più bassa rispetto alla media nazionale (12,9 vs 13,5 per gli uomini e 6,3 vs 7,3 delle donne) la mortalità dei maschi per le malattie ischemiche del cuore risulta doppia rispetto a quella delle donne.



Fonte: Ns elaborazione su dati www.osservasalute.it

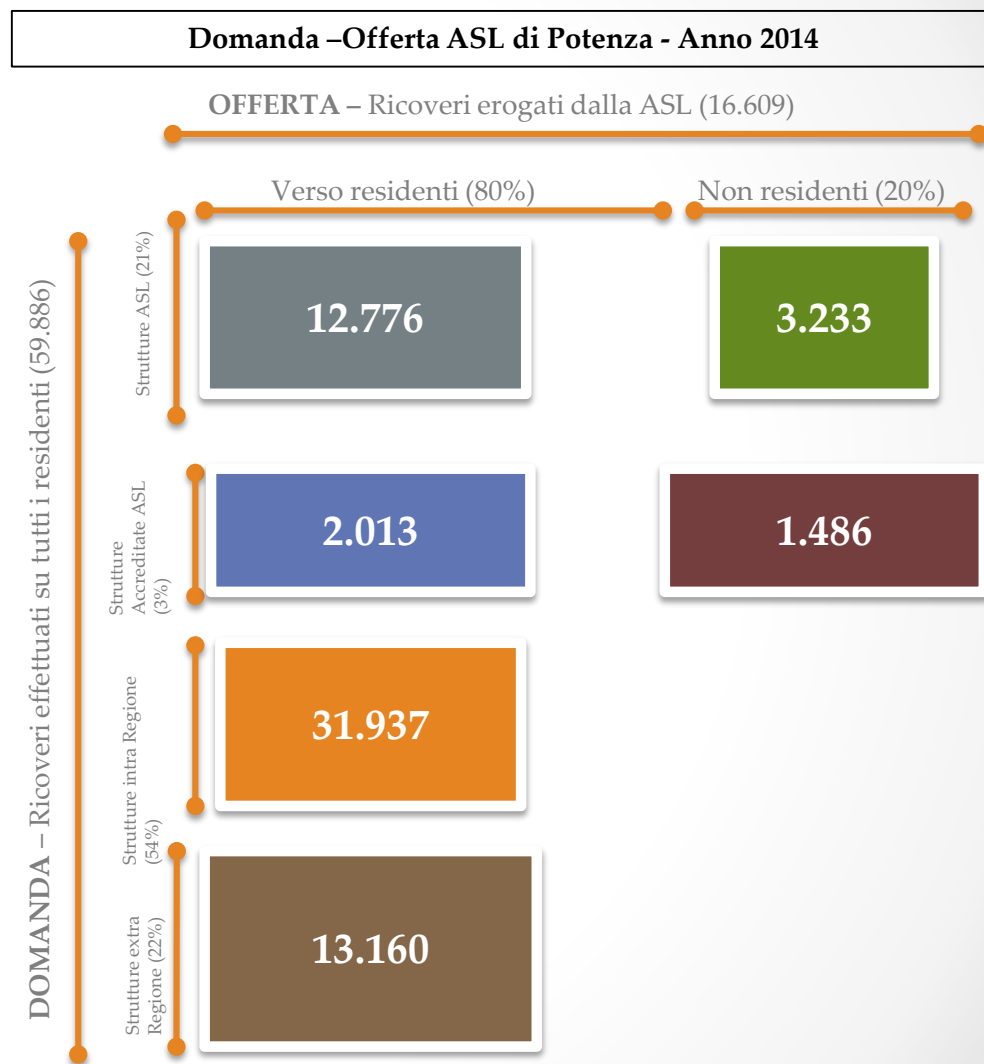
Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente - flussi di mobilità

Analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera

- Nell'anno 2014 i ricoveri (per acuzie e post-acuzie) erogati a pazienti residenti nel territorio ASP sono complessivamente 59.886. Il 21% di detti ricoveri è stato effettuato dalle strutture aziendali.

- Si fa presente che attualmente non è ancora disponibile il dato di mobilità passiva ospedaliera extraregionale in quanto non si è ancora chiusa la compensazione tra le Regioni. Pertanto, ai fini della suddetta analisi, come dato orientativo si prende quello relativo all'anno 2013 (n.13.160 ricoveri). Il saldo di mobilità della ASL di Potenza è stato nel 2013 di 41.328 ricoveri in uscita dal proprio territorio.

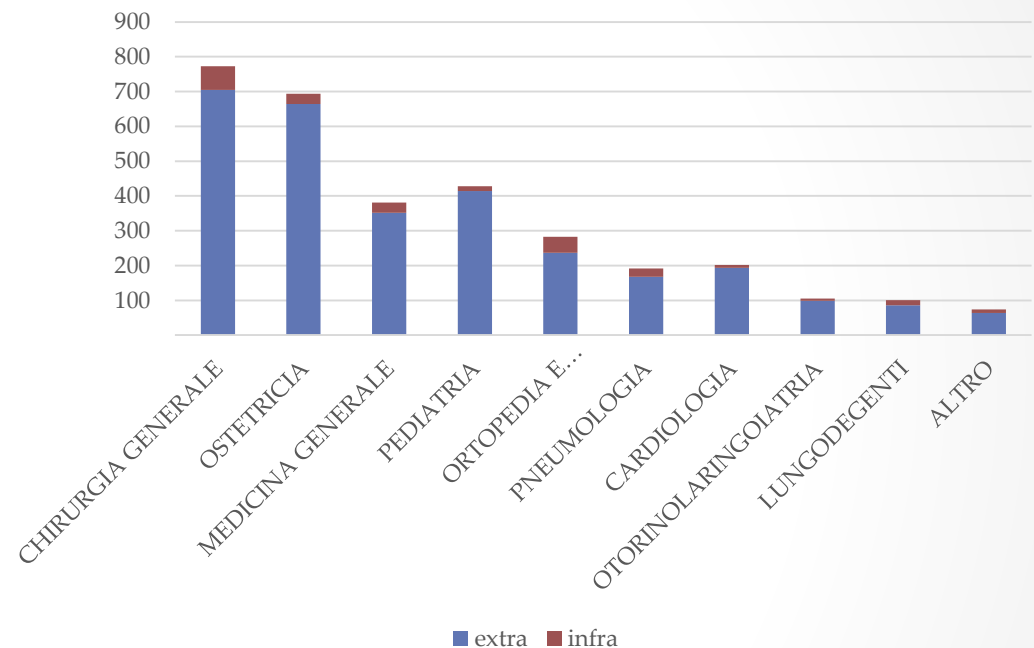
- Tale dato è la risultante di 44.650 ricoveri in mobilità passiva e di 3.322 ricoveri in mobilità attiva intra ed extra regionale (310 ricoveri intra e 3.012 extra).



Mobilità ospedaliera attiva intra ed extra regionale

- L'Azienda Sanitaria di Potenza nell'anno 2014 ha erogato circa 3.233 ricoveri per pazienti non residenti (mobilità attiva), che rappresentano un 20% circa delle prestazioni di ricovero complessive effettuate nell'anno.
- Le prestazioni verso i non residenti sono diminuite rispetto al 2013 del 2,68%.

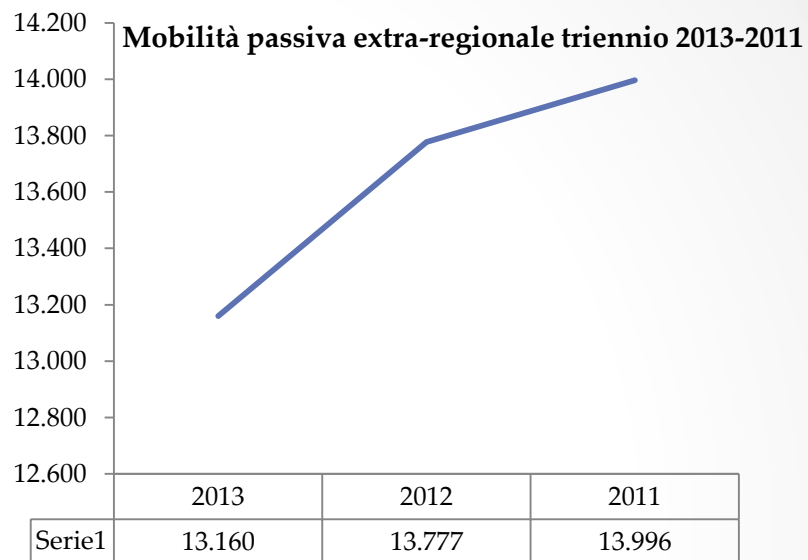
Mobilità ospedaliera attiva anno 2014 erogata dalle strutture aziendali per disciplina



- Le unità operative che contribuiscono maggiormente alla mobilità attiva sono quelle di chirurgia, ostetricia e ginecologia, medicina, ortopedia e traumatologia e pneumologia, ecc.

Mobilità passiva ospedaliera extra regionale

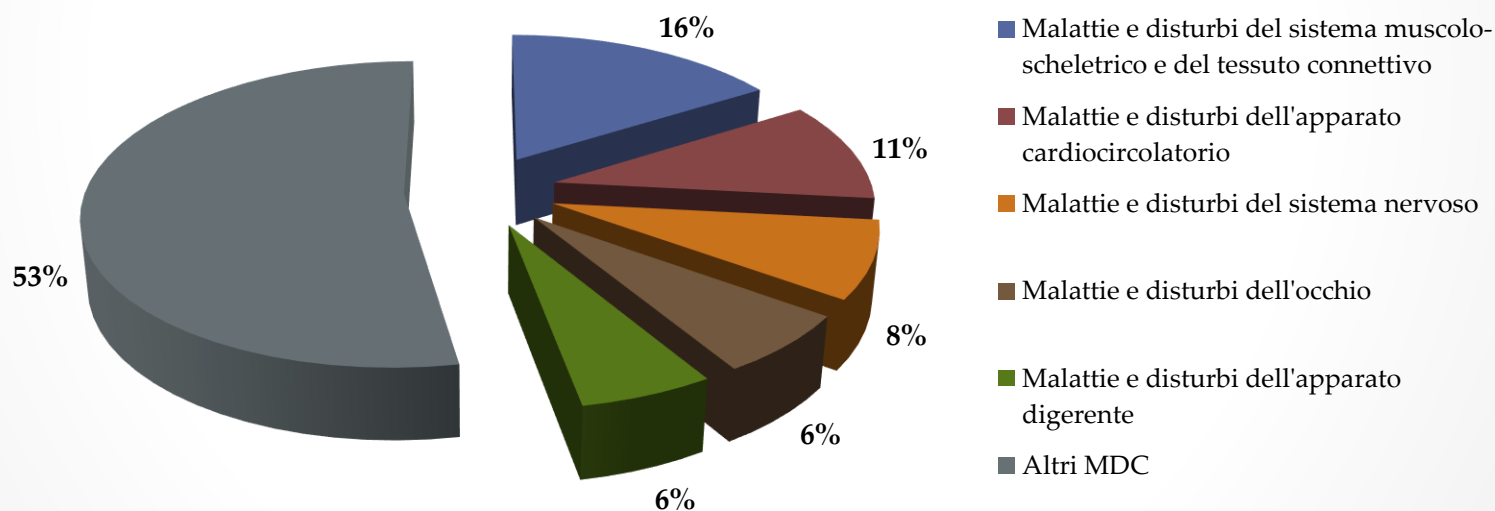
- La mobilità passiva extra regionale dell'ASL di Potenza ha un andamento crescente dal 2009 al 2010, e decrescente a partire dall'anno 2011.
- La riduzione dei ricoveri nell'anno 2013 rispetto all'anno precedente è dell' 4,5%. Le principali direzioni di fuga dei ricoveri in mobilità sono la Campania, la Puglia, il Lazio e la Lombardia e l'Emilia Romagna.



REGIONE	2011	2012	2013	% diff 12'-13'
CAMPANIA	2.974	3.279	3.005	-2,0%
PUGLIA	3.075	3.016	2.883	-1,0%
LAZIO	2.474	2.469	2.469	0,0%
EMILIA ROMAGNA	1.040	1.076	1.066	-0,1%
LOMBARDIA	1.066	1.008	1.058	0,4%
TOSCANA	938	949	846	-0,7%
altre	2.429	1.980	1.833	-1,1%
totale	13.996	13.777	13.160	-4,5%

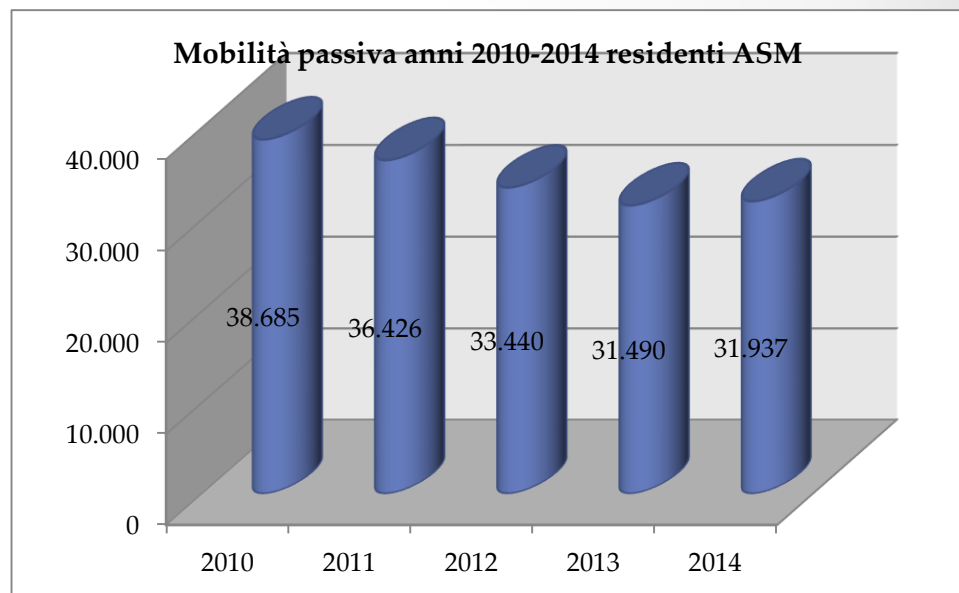
- I principali MDC trattati in mobilità passiva extraregionale sono relativi prevalentemente ai disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo, dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema nervoso, dell'occhio e dell'apparato digerente che rappresentano circa il 50% di tutte le prestazioni erogate in mobilità passiva extraregionale.

Mobilità Passiva extraregionale anno 2013. Principali MDC



Mobilità passiva ospedaliera intra-regionale

- La mobilità passiva intra regionale dell'ASL di Potenza ha avuto un andamento decrescente dal 2010 con un lievissimo incremento nell'anno 2014 (+1,41%) rispetto all'anno 2013.
- L'87,12% dei ricoveri sono effettuati dall'Azienda Ospedaliera San Carlo.



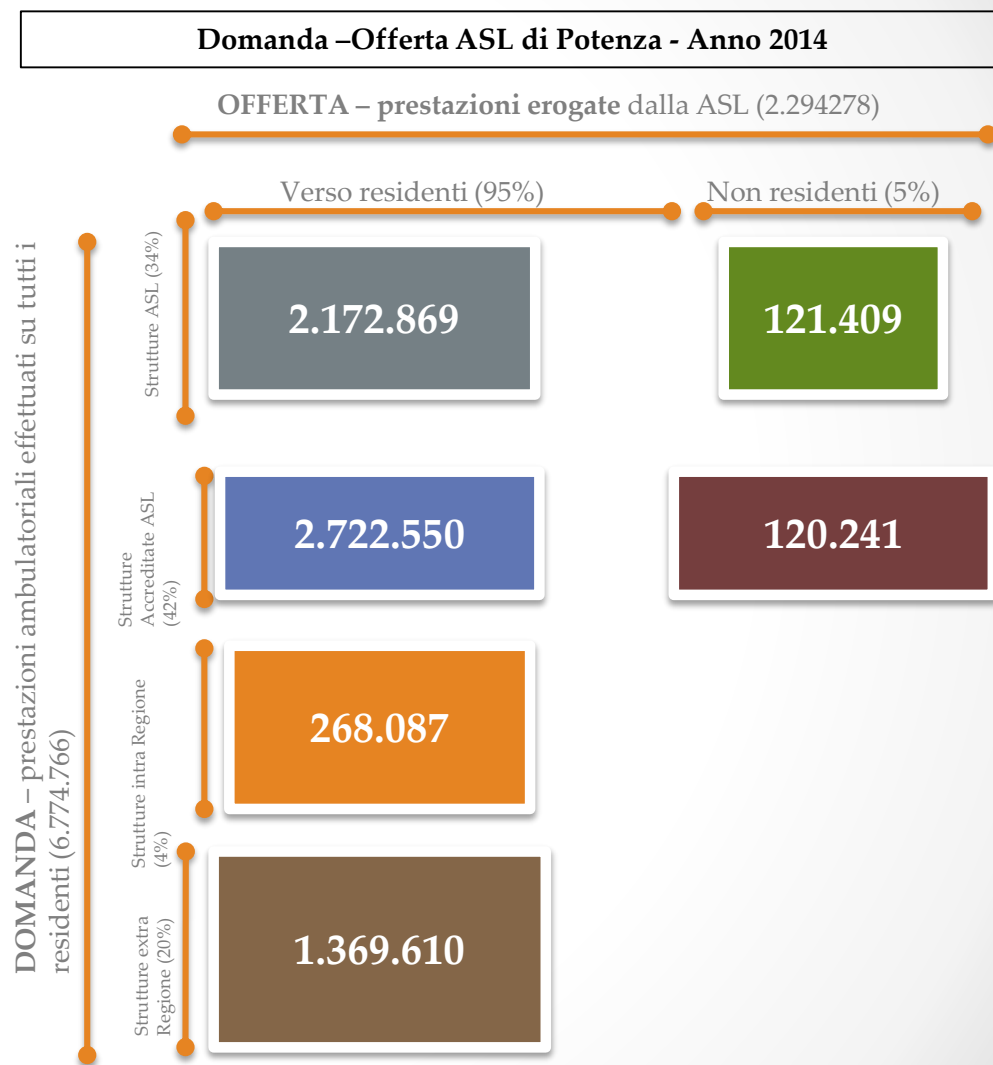
struttura di ricovero	anno				
	2010	2011	2012	2013	2014
Matera (ASM e PP.OO ASM)	1.284	1.123	1.075	1.118	1.231
CROB	2.645	2.697	2.683	2.790	2.881
SAN CARLO	34.756	32.606	29.682	27.582	27.825
Totale complessivo	38.685	36.426	33.440	31.490	31.937

Analisi della domanda e dell'offerta della specialistica ambulatoriale

- Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate ai pazienti residenti nel territorio ASP sono complessivamente in numero di 6.774.766. Il 34% di dette prestazioni è stato effettuato dalle strutture aziendali.

- Si fa presente che attualmente non è ancora disponibile il dato di mobilità passiva extraregionale perché, come per l'assistenza ospedaliera non si è ancora chiusa la compensazione tra le Regioni. Pertanto, ai fini della suddetta analisi, come dato orientativo si prende quello relativo all'anno 2013 (n. 268.087 prestazioni). Il saldo di mobilità della ASL di Potenza è stato nel 2014 di n. 6.533.116 prestazioni in uscita dal proprio territorio.

- Tale dato è la risultante di 6.774.766 prestazioni ambulatoriali in mobilità passiva e di 241.650 prestazioni in mobilità attiva intra ed extra.



Mobilità attiva specialistica ambulatoriale intra ed extra regionale

- L'Azienda Sanitaria di Potenza nell'anno 2014 ha erogato attraverso le proprie strutture circa 121.409 prestazioni ambulatoriali per pazienti non residenti (mobilità attiva). Esse rappresentano il 5% circa delle prestazioni complessive effettuate nell'anno.
- Le prestazioni verso i non residenti sono aumentate rispetto al 2013 dello 0,63%.
- Si rileva, rispetto all'anno precedente, un lieve incremento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture accreditate dell'ASP(+1,5%).
- Nell'anno 2014 si sono rilevate n. 120.241 prestazioni effettuate a pazienti non residenti dalle strutture accreditate.
- Complessivamente le prestazioni ambulatoriali erogate in mobilità attiva rappresentano il 4% dell'offerta aziendale resa sia presso le nostre strutture che presso le strutture accreditate(n. 241.650 prestazioni su un totale di n. 5.378.519 prestazioni).

Mobilità passiva specialistica ambulatoriale intra ed extra regionale

- La mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali è aumentata nell'anno 2014 rispetto all'anno 2013 del 5,87%. Tale aumento si registra solo per la mobilità intra-regionale in quanto, come rilevato in precedenza, non è ancora disponibile il dato della mobilità passiva extra-regionale anno 2014

Prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva extra-regionale					
Mobilità	2011	2012	2013	2014	Δ '13-'14
Extra	537.934	255.110	268.087	268.087	
Intra	1.246.983	1.182.926	1.293.645	1.369.610	5,87%
Totale	1.784.917	1.438.036	1.561.732	1.637.697	

Prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva intra-regionale					
Strutture	2011	2012	2013	2014	Δ '13-'14
ASM	49.757	46.960	48.020	52.481	9,29%
CROB	339.676	336.899	358.168	376.977	5,25%
SAN CARLO	857.550	799.067	887.457	940.152	5,94%

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

La forte crisi economico-finanziaria, che caratterizza l'intero sistema economico nazionale in quest'ultimi anni, pone enormi interrogativi a tutti coloro che si confrontano con problemi di programmazione e di gestione di qualunque attività. Il quadro economico generale ed i pesanti tagli imposti con provvedimenti normativi hanno condizionato fortemente la gestione della sanità, anche in quelle Regioni non sottoposte a piano di rientro dal disavanzo. A livello nazionale, le risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2012 ammontano a 112,64 mld di euro. La spesa ammonta a 113,683 mld di euro di cui 113,036 mld di euro riferiti alle regioni e p.a. e 0,647 mld di euro agli altri Enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato.

Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e Pil (miliardi di euro) Anni 2006-2012					
Anno	Finanziamento	Spesa	Disavanzo	Pil	Spesa/Pil
2006	95,131	99,615	-4,483	1.479,981	6,7%
2007	100,095	103,805	-3,709	1.546,177	6,7%
2008	103,483	107,141	-3,658	1.575,144	6,8%
2009	106,846	110,21	-3,364	1.519.695	7,2%
2010	109,135	111,331	-2,196	1.551,886	7,2%
2011	111,548	112,809	-1,261	1.578,497	7,1%
2012	112,641	113,683	-1,043	1.565,916	7,3%

Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1396&area=programmazioneSanitariaLea – ultimi dati disponibili

-
- Nel 2012 il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al 7,3%, valore leggermente superiore rispetto al rapporto degli anni precedenti (7,1% per il 2010 e 2011). La spesa complessiva di 113,69 miliardi di euro comporta un disavanzo di 1,043 miliardi di euro, in riduzione rispetto agli anni precedenti per via delle misure di contenimento della spesa messe in campo a livello nazionale (ulteriore blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro per la validità di un triennio con decorrenza anno 2010, interventi sulla spesa farmaceutica, ecc.).
 - La spesa media pro-capite nazionale nel 2012 è di 1.914 euro. A livello territoriale si riscontra un'ampia variabilità, con il minimo di 1.713 euro della Campania fino ad oltre 2.000 euro per le Province Autonome di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta, il Lazio e il Molise.
 - **La Basilicata si attesta sul valore di 1.843 euro pro-capite, che si riduce a 1.829 euro pro-capite nel 2013 e a 1.807 euro nel 2014.**

- La spesa sanitaria della Regione Basilicata per il funzionamento del servizio sanitario regionale è aumentata di circa 0,9% dal 2008 al 2013, passando da 1,016 a 1,025 miliardi di euro. Le risorse attribuite nel 2013 ammontano a 1,033 miliardi di Euro, con un incremento di circa il 4% rispetto al 2008.

REGIONE BASILICATA			
Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo (miliardi di euro) Anni 2008-2013			
Anno	Finanziamento	Spesa	Disavanzo
2008	0,994	1,016	-22
2009	1,027	1,033	-8
2010	1,024	1,056	-34
2011	1,019	1,060	-49
2012	1,032	1,030	-7,5
2013	1,033	1,025	-3,4

* Relazione Sanità Corte dei Conti novembre 2013 *deliberazione n. 29/sezaut/2014/frg*

- Per quel che concerne il disavanzo si registra una drastica riduzione. Dal 2008 al 2012, infatti, si passa da 22 milioni a circa 3,4 nel 2013. La Regione Basilicata, per coprire il disavanzo, ha conferito risorse aggiuntive assicurando così l'equilibrio economico del sistema ed evitando la condizione di disavanzo sanitario strutturale con i conseguenti obblighi (ex L. 191/2009 art.2).

PARTE TERZA

Albero della Performance: declinazione degli obiettivi strategici ed operativi 2016-2018

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, la sua ragion d'essere attuale 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:

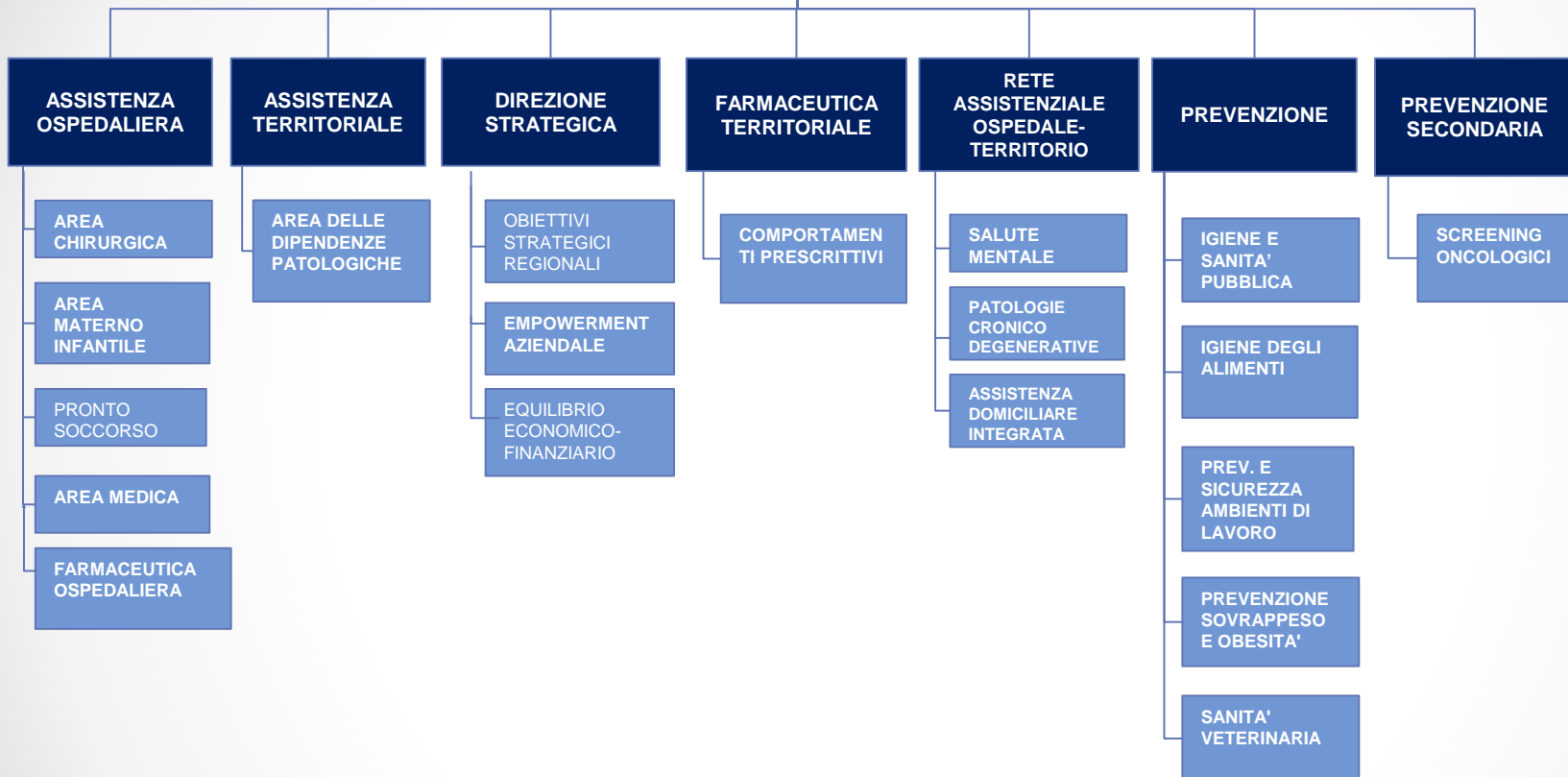
Sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende sanitarie regionali ed i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché con tutti gli altri "stakeholders" per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, 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.

Aree Strategiche



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).

Are e sub-aree strategiche



legenda

AREA

SUB AREA

AREA CHIRURGICA

AREA MATERNO
INFANTILE

PRONTO SOCCORSO

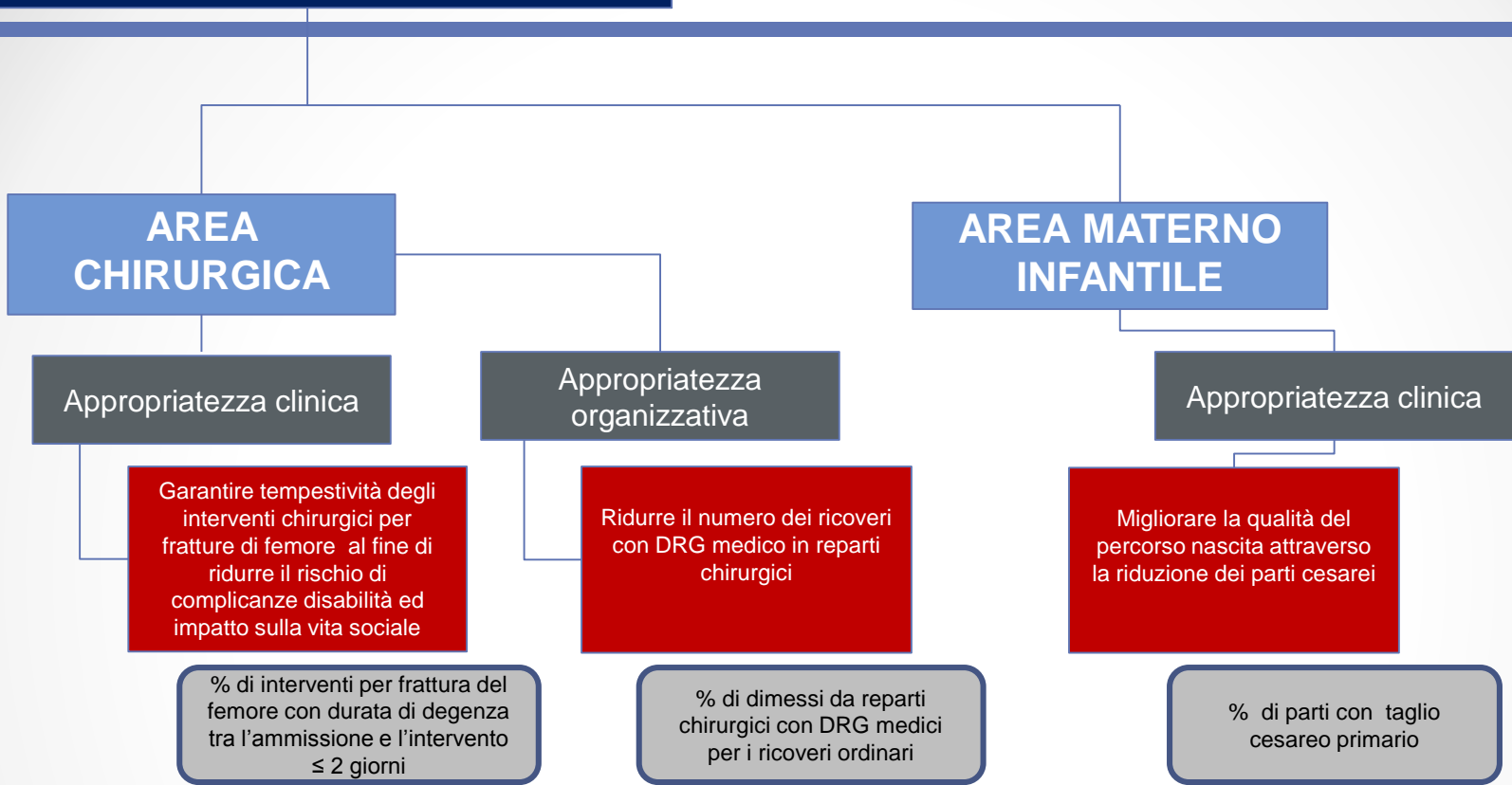
AREA MEDICA

FARMACEUTICA
OSPEDALIERA

PRINCIPALI SFIDE

- **Miglioramento dell'appropriatezza delle cure**
- **Miglioramento dell'accessibilità ed efficacia organizzativa dei servizi e della sicurezza del paziente in ambito ospedaliero.**
- **Miglioramento efficienza prescrittiva farmaceutica attraverso il corretto uso delle risorse per il consumo di farmaci.**

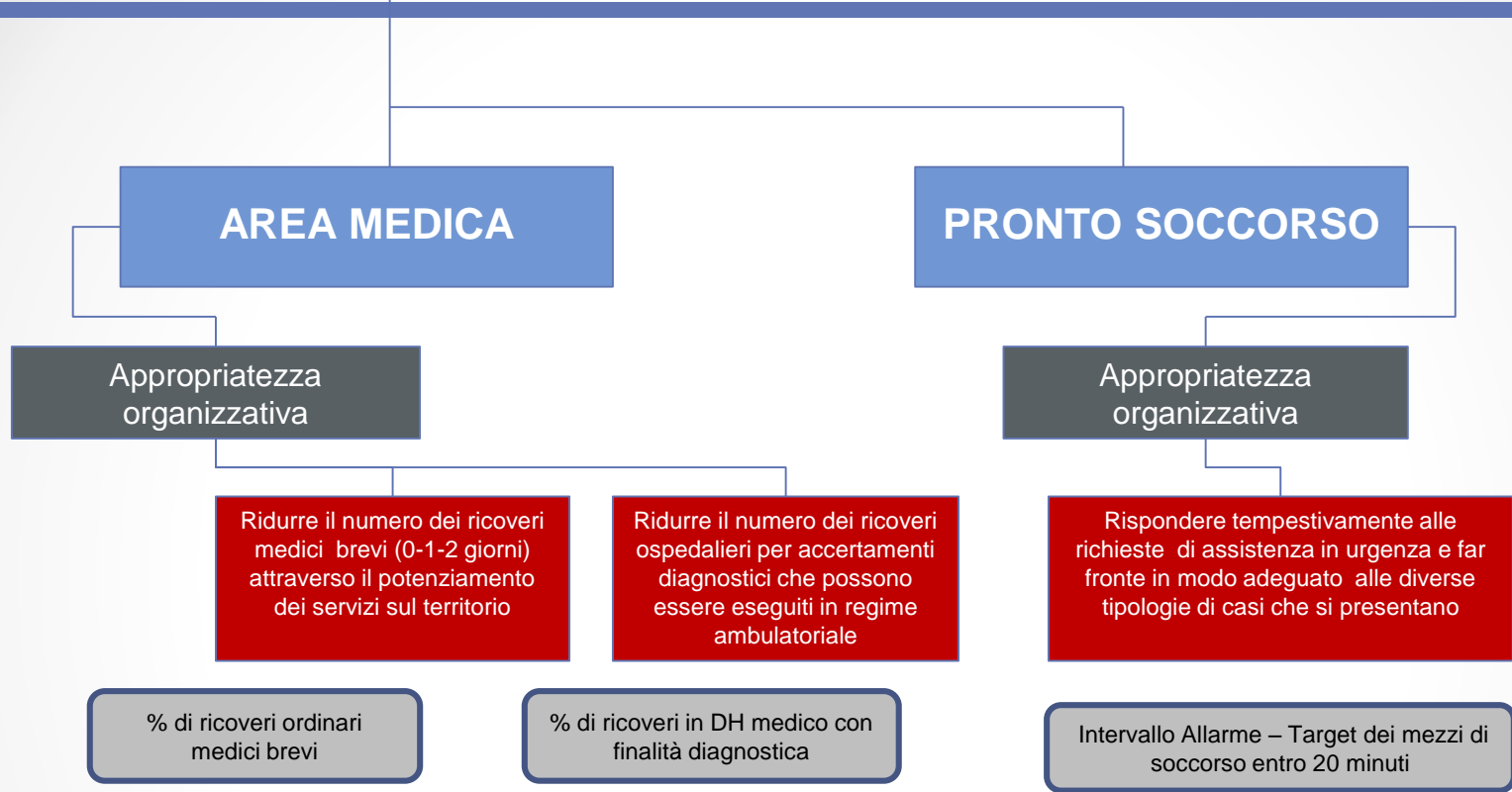
ASSISTENZA OSPEDALIERA



legenda

- SUB-AREA
- Outcome
- Obiettivo strategico
- Indicatore

ASSISTENZA OSPEDALIERA



legenda

- SUB-AREA
- Outcome
- Obiettivo strategico
- Indicatore

ASSISTENZA OSPEDALIERA

FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Efficienza prescrittiva
farmaceutica

Corretto uso delle risorse per
il consumo dei farmaci:
rispetto del tetto di spesa per
la farmaceutica ospedaliera

Spesa farmaceutica
ospedaliera

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo
strategico

Indicatore

AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

PRINCIPALI SFIDE

- Rilevare i bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici.
- Realizzare campagne informative per contrastare i fenomeni di alcolismo, tabagismo e ludopatia.
- Incrementare le attività ambulatoriali del SERD per contrastare i fenomeni di dipendenza da droghe, alcolismo, tabagismo e ludopatia.
- Migliorare l'appropriatezza delle attività residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali del Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte.
- Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le famiglie.

AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche

Realizzare campagne di informazione
Attivare/dare continuità agli ambulatori territoriali (alcolismo)

Numero eventi/anno di educazione sanitaria nelle scuole

Realizzare campagne di informazione (dipendenza da fumo)

Numero di campagne informative nelle scuole

Realizzare campagne di informazione
Attivare/dare continuità agli ambulatori territoriali (ludopatie)

Numero eventi/anno di educazione ai corretti stili di vita nelle scuole

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**EMPOWERMENT
AZIENDALE**

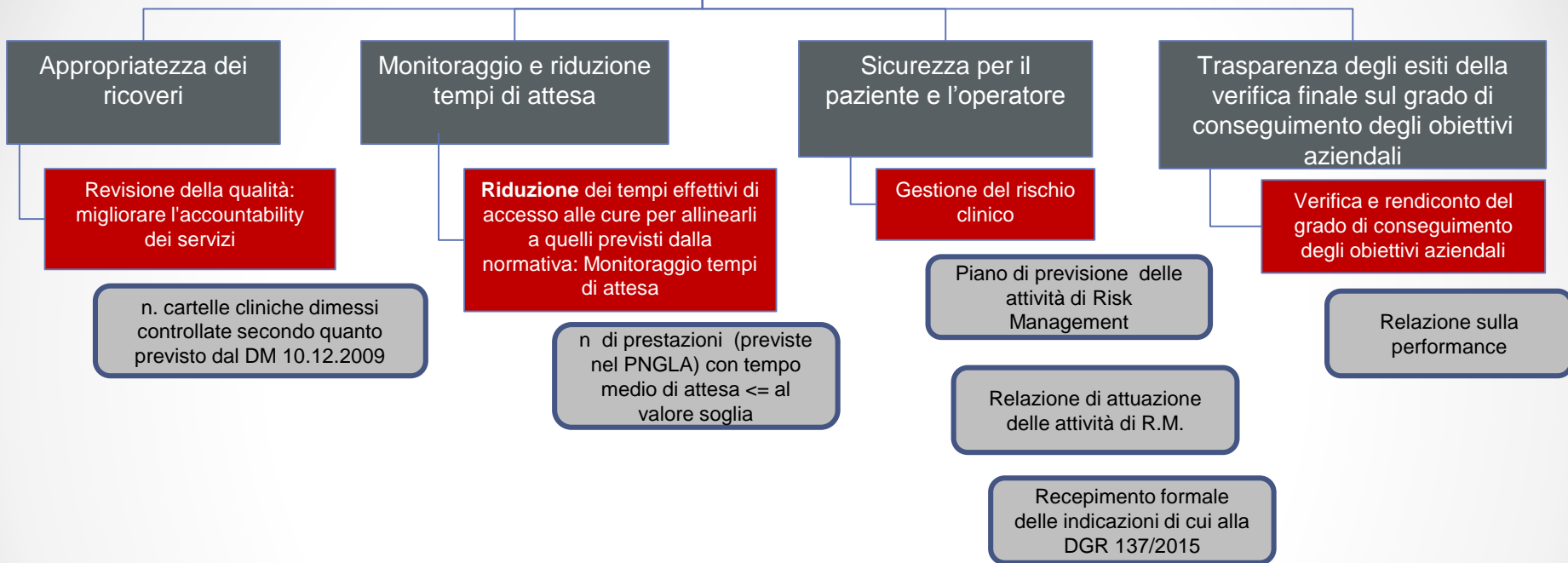
**EQUILIBRIO DELLA
GESTIONE ECONOMICO-
FINANZIARIA**

**OBIETTIVI STRATEGICI
REGIONALI**

PRINCIPALI SFIDE

- **Contenimento dei costi di produzione**
- **Sviluppo della rete regionale degli acquisti**
- **Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie**
- **Migliorare la trasparenza degli atti amministrativi**
- **Prevenire i fenomeni di corruzione e illegalità**
- **Migliorare il grado di soddisfazione degli utenti**
- **Monitorare e ridurre i tempi di attesa**
- **Migliorare il livello di sicurezza per i pazienti e gli operatori**
- **Migliorare la tempistica e il grado di completezza e attendibilità dei flussi informativi**
- **Potenziare la lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS.**

EMPOWERMENT AZIENDALE



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE

Potenziare il sistema di governo integrato aziendale, accrescere il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori, assicurare la qualità, comprensibilità, attendibilità e fruibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni

Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. N.33/2013

Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente

Ciclo di Gestione della Performance: dare avvio al Ciclo di Gestione della Performance aziendale

Adozione del Piano della Performance triennale con aggiornamento annuale

Ciclo di Gestione della Performance : verifica e rendiconto del grado di conseguimento degli obiettivi aziendali

Adozione della Relazione sulla Performance

Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni

Piano della Comunicazione

Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi

Produzione relazione sulla customer satisfaction (almeno un'indagine di CS/anno)

Rendere conto agli stakeholder esterni del grado di perseguimento della mission aziendale, delle responsabilità ed impegni assunti.

Produzione bilancio sociale

Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza

Incontri e iniziative finalizzate a promuovere la cultura della legalità, integrità e trasparenza (come previsto nel Piano della Comunicazione Integrata redatto dal Responsabile per la Trasparenza

Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa

Programma triennale della Trasparenza con aggiornamento annuale

Assolvimento degli obblighi di pubblicazione, monitoraggio e vigilanza previsti dalla Delibera ANAC n 148/2014 e ulteriori obblighi informativi di cui alla determina ANAC 12/2015

Applicazione e verifica delle procedure amministrative-contabili . Attuazione dei principi di revisione contabile

Certificazione del bilancio

legenda

SUB-AREA

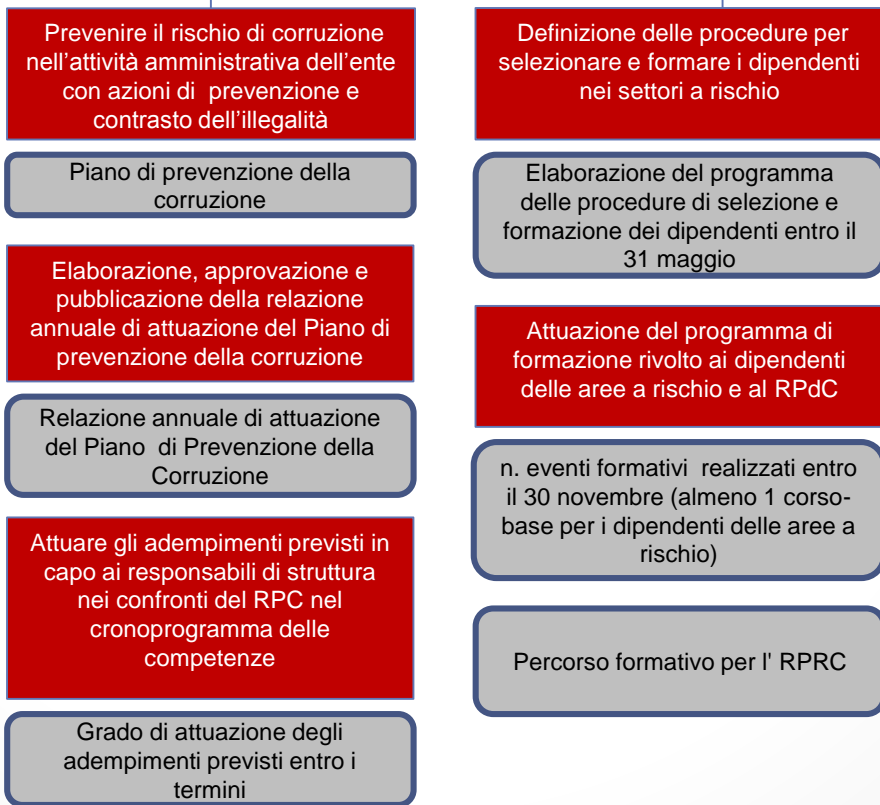
Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE

Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità



legenda

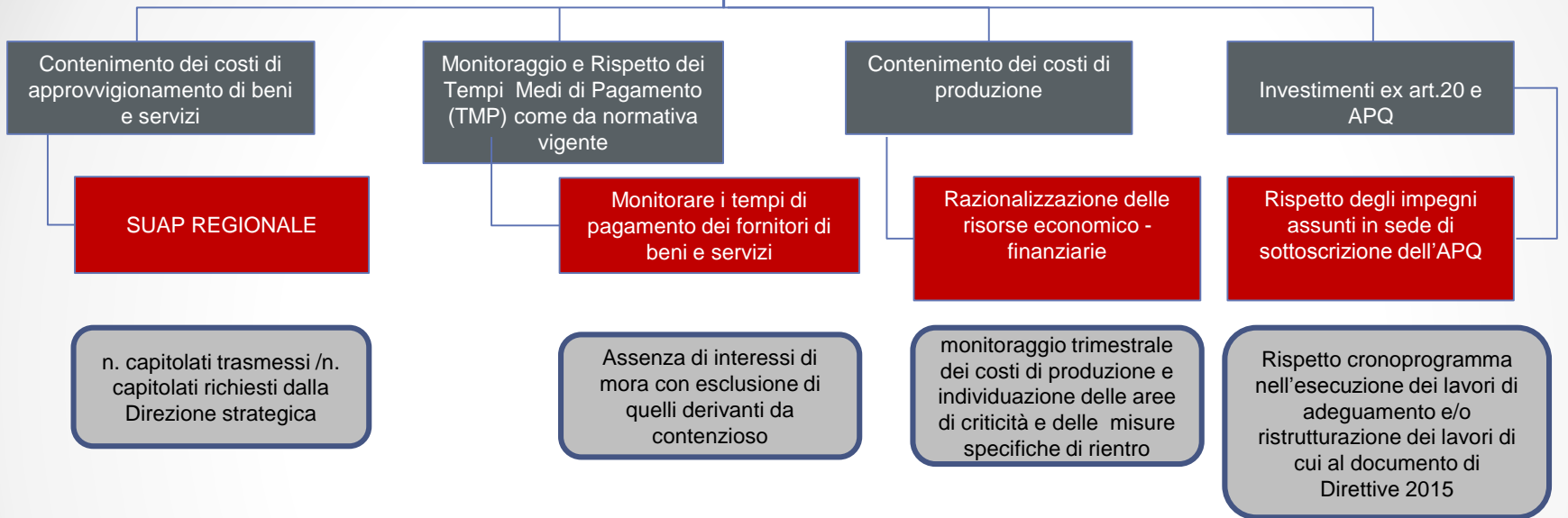
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EQUILIBRIO DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA



legenda

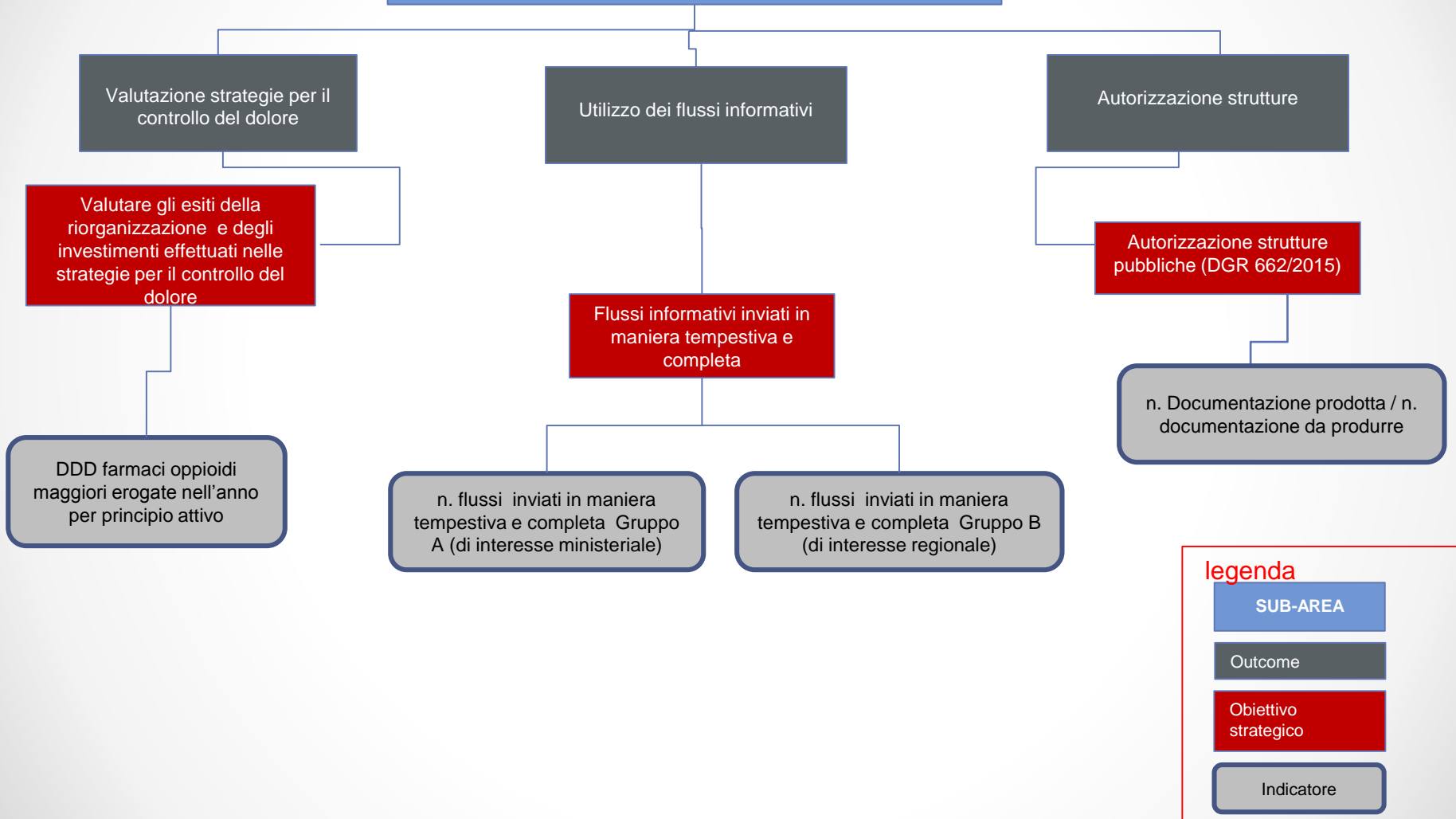
SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI



COMPORAMENTI PRESCRITTIVI

PRINCIPALI SFIDE

- **Miglioramento dell'efficienza prescrittiva farmaceutica attraverso il corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci**
- **Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica**

FARMACEUTICA TERRITORIALE

COMPORAMENTI PRESCRITTIVI

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Efficacia assistenziale territoriale

% di abbandono di pazienti in terapia con statine

Efficacia assistenziale territoriale

Consumo di inibitori di pompa protonica UP/Paz./anno

Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza

DDD di farmaci antibiotici erogati/anno

Efficienza prescrittiva farmaceutica

Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci: Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica territoriale

Tetto di spesa farmaceutica territoriale

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**IGIENE SANITA'
PUBBLICA**

IGIENE DEGLI ALIMENTI

**PREVENZIONE E
SICUREZZA AMBIENTI DI
LAVORO**

**PREVENZIONE
SOVRAPPESO E OBESITÀ**

SANITA' VETERINARIA

PRINCIPALI SFIDE

- **Miglioramento della copertura vaccinale**
- **Mantenimento del livello attuale dell'attività di vigilanza e autorizzativa con riferimento alla veterinaria e alla sicurezza dei luoghi di lavoro**
- **Semplificazione delle procedure amministrative per le imprese**
- **Aumento dei controlli igienico-sanitari negli ambienti di vita**
- **Miglioramento degli stili di vita e diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione**

PREVENZIONE

IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione

Migliorare la copertura vaccinale

Copertura vaccinale anti Malattia Invasiva da Pneumococco nel bambino a 24 mesi

Copertura vaccinale anti Malattia Invasiva da Meningococco nel bambino a 24 mesi

Copertura vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia)

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) DTP3

Copertura vaccinale papilloma virus HPV

IGIENE DEGLI ALIMENTI

Sicurezza degli alimenti

Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari

% di imprese alimentari registrate

PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro

% di imprese attive sul territorio controllate/anno

Realizzare eventi di educazione alla prevenzione

Numero di eventi di educazione alla prevenzione realizzati /anno

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

PREVENZIONE

SANITA' VETERINARIA

Sicurezza degli alimenti

Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi

% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina

% di allevamenti controllati per TBC bovina

% di allevamenti controllati per brucellosi (ovicaprina, bovina e bufalina)

Contaminazione degli alimenti - Controllo per la riduzione del rischio di uso di farmaci illeciti e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari

% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale

PREVENZIONE SOVRAPPESO E OBESITA'

Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare

Diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione

numero interventi educativi attuati nelle scuole/anno

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

SCREENING ONCOLOGICI

PRINCIPALI SFIDE

- **Miglioramento del grado di estensione delle campagne di screening per il controllo delle patologie oncologiche**
- **Miglioramento del grado di adesione alle campagne di screening per il controllo delle patologie oncologiche**

PREVENZIONE SECONDARIA

SCREENING ONCOLOGICI

Prevenzione delle patologie oncologiche

Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening

Estensione grezza dello screening mammografico

Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening

Adesione grezza dello screening mammografico

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**PATOLOGIE CRONICO
DEGENERATIVE**

SALUTE MENTALE

**ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA**

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 cronicodegenerative**
- **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**

RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

SALUTE MENTALE

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica

% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE

Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO) -

Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)

Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni

Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti della fascia di età: 20-74 anni

Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Efficacia assistenziale territoriale

Minor ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti over 64

% di over 64 anni trattati in ADI

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

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

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 del Personale, la U.O.C. Economico Patrimoniale, la UOSD Innovazione Ricerca e Formazione, la U.O.C. SIA, il CUG, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Sono stati altresì sentiti per il parere sia l'OIV che il Collegio di Direzione.

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 2016 e pluriennale 2016-2018;
 - ❖ 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;
 - ❖ La definizione di un set minimo di indicatori di bilancio che, anche attraverso la rappresentazione dell'andamento delle serie storiche dei dati, potrà fornire una utile lettura della gestione con riferimento agli assistiti.

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 validazione 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 Programma per la Trasparenza e l'integrità e con il Piano della Prevenzione della corruzione

- 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.219 del 15.04.2013 ha nominato il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione**;
 - ❖ con delibera n.222 del 16.04.2013 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**).
 - ❖ con delibera n. 27 del 26/1/2016 ha approvato il **Programma Triennale per la Trasparenza 2016-2018 e ha prorogato il Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, nelle more del conferimento del nuovo incarico di RPC**.

-
- Per rendere stringente l'integrazione tra performance e prevenzione della corruzione, il presente Piano della Performance assume le misure contenute nel PTPC 2015/2017 e nel Programma triennale per la Trasparenza 2016/2018 come veri e propri obiettivi di performance organizzativa e individuale.
 - L'ASP già in sede di elaborazione dei precedenti Piani della Performance e di negoziazione dei budget operativi per gli anni 2013, 2014 e 2015 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 nell'Allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione, nel **Piano della Performance 2016 - 2018** sono stati previsti obiettivi, indicatori e target che trovano piena corrispondenza nelle principali misure di gestione del rischio corruttivo e di trasparenza.
 - Il collegamento tra **Piano Triennale della Performance** e **Programma triennale per la trasparenza e l'integrità** è fondamentale in quanto la tematica della trasparenza:
 - ❖ rappresenta una tematica trasversale rispetto a tutte le attività dell'Azienda;
 - ❖ garantisce l'accessibilità dei portatori di interesse agli obiettivi di performance assegnati ai diversi livelli della struttura organizzativa ed ex post ai risultati conseguiti.

-
- A tal fine, 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.

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 con chiarezza lo stretto nesso che esiste tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance.
- Infatti, l'ASP - nell'ambito della realizzazione degli Step del Percorso attuativo di Certificabilità definito dalla Regione Basilicata in attuazione del D.M. Salute 1 Marzo 2013 - con Delibera n. 775 del 27.12.2013, 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.

COMUNICAZIONE DEL PIANO DEL PERFORMANCE

La comunicazione del Piano della Performance 2016-2018 seguirà le seguenti modalità:

- **Pubblicazione sul sito internet aziendale** (a cura del Dirigente Responsabile dell'aggiornamento del sito)
- **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)
- **Trasmissione del Piano** (a cura della U.O.C. Controllo di Gestione) a:
 - Dipartimento Regionale Salute
 - Conferenza dei Sindaci
 - Collegio Sindacale
 - O.I.V.
 - Collegio di Direzione

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo primi 9 mesi 2013	Consuntivo primi 9 mesi 2014	Consuntivo primi 9 mesi 2015	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	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 esavalente a 24 mesi	N. cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre di ciascun anno per esavalente e per la coorte in esame/	99,4%	99,00%	98,00%	> 95%	> 95%	> 95%	DGR 662/2015
2	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	apertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio	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	91,00%	90,00%	90,00%	> 90%	> 90%	> 90%	DGR 662/2015
3	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antipneumococcico	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	=	99%	98%	> 97%	> 97%	> 97%	DGR 662/2015
4	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antimeningococcico C	N. Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre 2015 per Antimeningococcica /N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	=	85,00%	90,00%	>97%	>97%	>97%	DGR 662/2015
5	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale papilloma virus HPV	n.12 enni vaccinati per HPV/N.12 enni residenti	=	83,00%	69,00%	> 97%	> 97%	> 97%	DGR 662/2016
6	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening	Estensione screening mammografico	V. scheda calcolo indicatori DRG 662/2015	94,25%	115,00%	102,00%	>95%	>95%	>95%	DGR 662/2015
7	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening	Adesione screening mammografico	V. scheda calcolo indicatori DRG 662/2015	52,34%	58,80%	65,80%	>80%	>80%	>80%	DGR 662/2015
8	PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di imprese attive sul territorio controllate/anno	Num di imprese attive presenti sul territorio controllate*100/Num di imprese attive presenti sul territorio	7,81%	4,07%	6,80%	> 10%	> 10%	> 10%	DGR 662/2015
9	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Contaminazione degli alimenti - Controllo per la riduzione dei residui di fitosanitari nei prodotti alimentari	% dei campioni analizzati per la ricerca di residui fitosanitari nei prodotti alimentari	Num. campioni analizzati*100/Num campioni programmati	=	=	=	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	DGR 662/2015
10	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Controllo ovini e caprini per SCRAPIE	% ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	Num ovini e caprini morti testati*100/Numero complessivo ovini e caprini morti	0,00%	56,21%	76,41%	≥ 80% ovini; ≥ 65% caprini	≥ 80% ovini; ≥ 65% caprini	≥ 80% ovini; ≥ 65% caprini	DGR 662/2015
11	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Contaminazione degli alimenti - Controllo per la riduzione del rischio di uso di farmaci illeciti e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari	% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	Num. campioni analizzati*100/Num campioni programmati	100%	57,00%	55,00%	≥98%	≥98%	≥98%	DGR 662/2016
12	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg. CE 852/04	% di imprese alimentari registrate	n. imprese registrate/n. imprese da registrare	=	=	=	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	DGR 662/2015

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo primi 9 mesi 2013	Consuntivo primi 9 mesi 2014	Consuntivo primi 9 mesi 2015	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
13	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Allineamento del controllo ufficiale allo standard D.Lgs. 193/2007	Controllo rispetto allo standard del D.Lgs. 193/2007	Controlli rispetto allo standard	=	=	=	SI	SI	SI	DGR 662/2015
14	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari	% di imprese alimentari registrate	n. imprese registrate d'ufficio/n. imprese censite	=	=	=	≥90 %	≥90 %	≥90 %	DGR 662/2015
15	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	EMERGENZA URGENZA	Appropriatezza organizzativa (PS)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	tempo medio di percorrenza espresso in minuti	Intervallo tra l'inizio della chiamata alla Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto	=	=	=	<20 minuti	<20 minuti	<20 minuti	DGR 662/2015
16	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Appropriatezza organizzativa (chirurgica)	Ridurre il numero dei ricoveri con DRG medico in reparti chirurgici	% di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari	n. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici*100/N. di dimessi da reparti chirurgici	23,38%	10,29%	10,04%	< 21	< 21	< 21	DGR 662/2015
17	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Appropriatezza organizzativa (chirurgica)	DRG LEA chirurgici: % ricoveri in Day Surgery	% ricoveri in Day Surgery	n. pazienti trattati in Day Surgery/n. di dimessi da reparti chirurgici	75,50%	73,12%	66,62%	>67	>67	>67	DGR 662/2016
18	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza organizzativa (medica)	Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri per accertamenti diagnostici che possono essere eseguiti in regime ambulatoriale	% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica*100/N. di ricoveri in DH medico	37,60%	18,40%	7,72%	< 23	< 23	< 23	DGR 662/2015
19	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Appropriatezza clinica (chirurgica)	Garantire tempestività degli interventi chirurgici per fratture di femore al fine di ridurre il rischio di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale	% di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	N. interv per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni *100/Num interv per frattura del femore	94,63%	71,73%	88,33%	>60%	>60%	>60%	DGR 662/2015
20	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MATERNO INFANTILE	Appropriatezza clinica (chirurgica)	Migliorare la qualità del percorso nascita attraverso la riduzione dei parti cesarei	% di parti con taglio cesareo primario	N. parti cesarei primari *100/N tot parti con nessun pregresso cesareo	46,51%	45,45%	45,31%	< 23%	< 23%	< 23%	DGR 662/2015
21	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 ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	N. ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni x 100.000/Pop residente della fascia di età: 50-74	334,18	253,88	265,51	<180	<180	<180	DGR 662/2015
22	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 ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti della fascia di età: 20-74 anni	N. ricoveri per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni x100.000/Pop residente della fascia di età: 20-74	29,13	19,57	20,04	< 20	< 20	< 20	DGR 662/2015
23	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 ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni x100.000/Pop residente della fascia di età: 50-74	36,83	28,11	27,68	< 40	< 40	< 40	DGR 662/2015

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo primi 9 mesi 2013	Consuntivo primi 9 mesi 2014	Consuntivo primi 9 mesi 2015	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
24	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti over 64	% di over 64 anni trattati in ADI	N. di over 64 anni trattati in ADI/Pop residente over 64 anni x 100	=	6,43%	7,57%	>10	>10	>10	DGR 662/2015
25	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia assistenziale territoriale	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	n. utenti che consumano 1/2 cf. di statine all'anno x 100/ n. utenti che consumano statine	13,44%	13,39%	12,97%	< 8%	< 8%	< 8%	DGR 662/2015
26	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	SALUTE MENTALE	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ridurre il consumo occasionale di antidepressivi	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100/N. utenti che consumano antidepressivi	25,74%	24,73%	24,21%	< 27%	< 27%	< 27%	DGR 662/2015
27	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Consumo di farmaci antibiotici	DDD di farmaci antibiotici erogati/anno	DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000/N. residenti x 365	25,60%	24,93%	24,22%	< 20	< 20	< 20	DGR 662/2015
28	FARMACEUTICA OSPEDALIERA	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera	Spesa farmaceutica ospedaliera/FSR	scheda AIFA (tabella DGR 662/2015)	=	=	=	≤ 3,5%	≤ 3,5%	≤ 3,5%	DGR 662/2015
29	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	Spesa farmaceutica territoriale/FSR	scheda AIFA (tabella DGR 662/2015)	13,16	11,93%	13,05%	≤11,35%	≤11,35%	≤11,35%	DGR 662/2015
30	FARMACEUTICA TERRITORIALE/OSPEDALIERA	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci biosimilari	% utilizzo farmaci biosimilari	modalità di calcolo previste dalla scheda AIFA	=	10,44	16,81	> 15%	> 15%	> 15%	DGR 662/2016
31	FARMACEUTICA TERRITORIALE/OSPEDALIERA	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	% utilizzo farmaci della lista di trasparenza AIFA	Up farmaci della lista trasparenza AIFA/UP dei farmaci contenenti il principio attivo dei farmaci biosimilari	=	74,67	76,71	>90 %	>90 %	>90 %	DGR 662/2017
32	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie	Rispetto degli impegni assunti in sede di sottoscrizione dell'APQ	Rispetto cronoprogramma nell'esecuzione dei lavori di adeguamento e/o ristrutturazione dei lavori di cui al documento di Direttive 2015	Assenza di "warning" (ovvero "warning risolti tempestivamente"); Rispetto scadenze di aggiudicazione	=	SI	=	SI	SI	SI	DGR 662/2015
33	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO A (di interesse ministeriale)	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO A (di interesse ministeriale)/n.flussi da inviare	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 662/2015

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo primi 9 mesi 2013	Consuntivo primi 9 mesi 2014	Consuntivo primi 9 mesi 2015	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
34	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO B (di interesse ministeriale)	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO B /n.flussi da inviare	SI	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 662/2015
35	DIREZIONE STRATEGICA	REVISIONE CONTABILE	Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente	Applicazione e verifica delle procedure amministrative contabili e attuazione dei principi di revisione contabile	Certificazione del bilancio	Opinion Ente certificatore (SI/NO/Positiva con limitazioni)	OPINION POSITIVA	OPINIONE POSITIVA	=	OPINIONE POSITIVA	OPINIONE POSITIVA	OPINIONE POSITIVA	DGR 662/2015
36	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Controllo cartelle cliniche	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	cartelle cliniche dimessi controllate secondo quanto previsto dal DM 10.12.2009	n.cartelle cliniche controllate/n. dimessi *100	11,26%	12,44%	=	SI	SI	SI	DGR 662/2015
37	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015	Approvazione del provvedimento di recepimento della DGR 137/2015	=	=	=	=	SI	SI	SI	DGR 662/2015
38	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Gestione del rischio clinico	Elaborazione e invio in Regione del Piano di previsione delle attività di Risk Management	=	SI	SI	SI	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	DGR 662/2015
39	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Piano Aziendale di prevenzione del Rischio Clinico	Elaborazione e invio in Regione della Relazione di attuazione delle attività di Risk Management	=	SI	SI	SI	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	DGR 662/2015
40	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	AUTORIZZAZIONE STRUTTURE	Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche DGR 662/2015	N documentazione prodotta/ n.documentazione da produrre	Inoltre degli atti richiesti ai fini del raggiungimento del 100% delle autorizzazioni definitive di cui alla DGR 662/2015	=	=	=	SI	SI	SI	DGR 662/2016

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo primi 9 mesi 2013	Consuntivo primi 9 mesi 2014	Consuntivo primi 9 mesi 2015	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
41	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE	Efficacia dell'assistenza territoriale (cure palliative)	Consumo di farmaci oppioidi	Consumo di farmaci oppioidi/popolazione residente	ddd farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo/n.res.x 365	0,58%	0,56%	1,21%	> 2	> 2	> 2	DGR 662/2015
42	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Customer satisfaction: Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	Produzione relazione sulla C.S. - invio e pubblicazione sul sito web aziendale	=	SI	SI	SI	SI - 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento	SI - 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento	SI - 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento	DGR 662/2015
43	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Rendere conto agli stakeholder esterni del grado di perseguimento della mission aziendale, delle responsabilità ed impegni assunti.	Produzione, invio e pubblicazione sul sito web del bilancio sociale	approvazione e pubblicazione Bilancio Sociale	SI	SI	SI	SI- entro il 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento(richiesta alla Regione di proroga al 31 maggio)	SI- entro il 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento(richiesta alla Regione di proroga al 31 maggio)	SI- entro il 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento(richiesta alla Regione di proroga al 31 maggio)	DGR 662/2015
44	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione riqualificazione della spesa sanitaria	Azioni di razionalizzazione e riqualificazione della spesa sanitaria, in un'ottica di Spending Review della spesa, finalizzate al perseguimento dell'equilibrio economico aziendale	monitoraggio dei costi ed eventuali azioni correttive	cfr DGR 662/2015	-	-		valutazione positiva	valutazione positiva	valutazione positiva	DGR 662/2015
45	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Predisposizione del PAL	Aggiornamento del PAL	n. documenti prodotti	=	=	=	=	SI	aggiornamento annuale del PAL	aggiornamento annuale del PAL	DGR 662/2015
46	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Appropriatezza organizzativa	Attuazione degli standard relativi alle strutture complesse, semplici, coordinamento e posizioni organizzative.	n. atti prodotti ed approvati/n. atti da produrre e approvare	n. atti prodotti ed approvati/n. atti da produrre e approvare	=	=	=	100%	100%	100%	DGR 662/2015
47	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Contenimento dei costi di approvvigionamento di beni e servizi	Rispetto delle disposizioni previste in materia di acquisti di beni e servizi (adempimento b del patto per la salute)	importo acquisti effettuati sulla piattaforma CONSIP/ totale acquisti effettuati	utilizzo per l'acquisto di beni e servizi, di cui alle categorie merceologiche presenti, degli strumenti telematici della piattaforma CONSIP e/o MEPA (= > 85% degli importo totale dei contratti stipulati nel 2015.verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management. Calcolo delle singole prestazioni e della loro incidenza percentuale sull'intero importo dell'appalto	=	=	=	= > 85%	= > 85%	= > 85%	DGR 662/2015
48	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Miglioramento delle Reti di previste dal Piano Regionale della Salute 2012-2015	Piena attivazione Reti previste dal Piano regionale della salute 2012-2015, approvato con la D.C.R. n. 317 del 24.7.2012	N relazioni prodotte/ N. relazioni previste	N relazioni prodotte/ N. relazioni previste	=	=	=	2	2	2	DGR 662/2015



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo primi 9 mesi 2013	Consuntivo primi 9 mesi 2014	Consuntivo primi 9 mesi 2015	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
49	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Appropriatezza clinica gender oriented	Realizzazione, nell'ambito dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Aziendali (PDTA), di tutte le azioni terapeutiche, organizzative e innovative volte alla appropriatezza per il genere di appartenenza. Miglioramento dell'appropriatezza clinica (gender oriented): prevedere e realizzare focus formativi per la medicina di genere	Azioni terapeutiche, organizzative ed innovative volte all'appropriatezza per il genere di appartenenza.	n. programmi informazione/formazione; n. incontri con associazioni; n. incontri con MMG	=	=	=	1	1	1	DGR 662/2015