



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2017/00048

DEL 31/01/2017

Collegio Sindacale il 31/01/2017

OGGETTO

Adozione del Piano Triennale della Performance 2016-2018- Aggiornamento 2017 e proroga degli obiettivi di budget 2016 nelle more dell'approvazione degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria regionale e del budget operativo aziendale 2017.

Struttura Proponente

Budget e Controllo di Gestione

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
Piano della Performance 2016 - 2018 - Ag	112	outcome - obiettivi - indicatori - targe	9
standard di qualità dei servizi	13		

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 31/01/2017

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. 517 del 29.07.2016, come integrata con DDG n. 685 del 25.10.2016, con cui sono state approvate, per l'annualità 2016, le schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale a conclusione del processo di negoziazione;

CONSIDERATO che con deliberazione n. 46 del 28/01/2016 è stato adottato il Piano Triennale della Performance 2016-2018, poi aggiornato con deliberazione n. 589 del 19/09/2016 a seguito dell'approvazione della DGR n. 364 del 19.04.2016, recante gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende ospedaliere e sanitarie regionali;

VISTA la deliberazione n. 384 del 13/06/2016 di adozione del Documento di Direttive per l'anno 2016 ;

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 2017;

CONSIDERATO che la L.R. n. 2 del 12 gennaio 2017 ha approvato il riordino del Sistema Sanitario della Regione Basilicata, prevedendo per L'Azienda ASP di Potenza:

- l'assunzione della competenza esclusiva, sia gestionale che economica ed organizzativa, sul sistema regionale dell'Emergenza Urgenza 118, comprensiva dei rapporti di lavoro, delle risorse strutturali, strumentali ed economiche in essere;
- Il trasferimento all'Azienda Ospedaliera Regionale (AOR) "San Carlo della titolarità dei presidi ospedalieri di base di Lagonegro, Melfi e Villa d'Agri.

RITENUTO necessario adottare il nuovo Piano della Performance 2016-2018 – Aggiornamento 2017, nelle more di revisione degli atti di Pianificazione e di programmazione di questa Azienda alla luce della suddetta legge di riforma e di adozione della deliberazione regionale di approvazione dei nuovi obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria per l'anno 2017, del Documento di Direttive 2017 e dell'approvazione del budget operativo aziendale 2017;

VISTA la Bozza del Piano Triennale della Performance 2016-2018- Aggiornamento 2017 predisposta dall'U.O.C. "Controllo di Gestione", con l'Allegato n. 1 "Tabella su Outcome, Obiettivi, Indicatori e Target" e l'Allegato n. 2

“Standard di qualità dei servizi standard di qualità con riferimento alla percezione dell’utenza, quest’ultimo predisposto dal Responsabile URP e Comunicazione ;

VISTA la DDG n.36 del 26.01.2017, con la quale è stato approvato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2016-2018- Aggiornamento 2017, comprensivo dell’ALL. 1 “Catalogo dei processi e valutazione del rischio corruttivo- Misure esistenti.” e dell’All. 2 “Misure di gestione del rischio corruttivo programmate per il triennio 2016-2018 – Responsabili – Tempistica e risultati attesi”;

CONSIDERATO che è stato acquisito il parere favorevole dell’OIV;

RITENUTO di dover prorogare gli obiettivi di budget operativo approvati per l’anno 2016 con delibera n. 517 del 29.07.2016, come integrata con DDG n. 685 del 25.10.2016, nelle more della negoziazione degli obiettivi di budget a valere per l’anno 2016 per le strutture che a seguito del riordino del SSR afferiscono a questa azienda e sempre nelle more dell’approvazione del budget 2017, 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- Aggiornamento 2017, a seguito dell’adozione dei nuovi atti di programmazione regionale e aziendale nel corso del 2017;

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- Aggiornamento 2017 con l’Allegato n. 1 “Tabella su Outcome, Obiettivi, Indicatori e Target” e l’Allegato n. 2 “Standard di qualità dei servizi con riferimento alla percezione dell’utenza, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **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 2017, gli obiettivi di budget operativo approvati per l’anno 2016 per le strutture appartenenti all’ASP per effetto della Legge regionale n. 2/2017 e, sempre nelle more dell’approvazione del budget 2017, 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 degli atti di pianificazione e programmazione aziendale e regionale e dei nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria, del Documento di Direttive e del budget operativo aziendale relativi all’anno 2017;
- **di disporre** la pubblicazione del Piano sul sito istituzionale nella Sezione “Amministrazione Trasparente” 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

Alessandra D'Anzieri

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 Aggiornamento 2017

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 – Aggiornamento 2017» 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 – Aggiornamento 2017.

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.364/2016), con il Documento di Direttive Anno 2016, con il Budget Operativo Aziendale 2016 e con il Piano Attuativo Locale (PAL) per il triennio 2015-2017- Aggiornamento 2017, approvato con DDG n. 874 del 28/12/2016. Gli obiettivi strategici aziendali declinati nel presente Piano della Performance saranno opportunamente rivisti e/o integrati allorquando saranno approvati per l'anno 2017 i nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria, nonché il Documento di Direttive e il Budget Operativo Aziendale per l'annualità 2017.

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

In conclusione viene, infine, rappresentato il collegamento del Piano della Performance con il Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza 2016-2018- Aggiornamento 2017.

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

Il presente Piano viene elaborato in un momento particolare della storia del Sistema Sanitario della Regione Basilicata caratterizzato dal riordino del SSR approvata con L.R. n. 2 del 12 gennaio 2017. Gli elementi di maggiore rilievo introdotti, che interessano l'Azienda ASP di Potenza, sono:

-
- l'assunzione della competenza esclusiva, sia gestionale che economica ed organizzativa, sul sistema regionale dell'Emergenza Urgenza 118, comprensiva dei rapporti di lavoro, delle risorse strutturali, strumentali ed economiche in essere;
 - Il trasferimento all'Azienda Ospedaliera Regionale (AOR) "San Carlo della titolarità dei presidi ospedalieri di base di Lagonegro, Melfi e Villa d'Agri.

PRESENTAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Relazione sulla Performance anno 2015: punti di debolezza e criticità

Nella Relazione sulla Performance-Anno 2015 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:

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

Le minacce al cambiamento

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

La disamina dei punti di debolezza e delle minacce al cambiamento deve fungere da stimolo a migliorare la performance nell'anno 2017, 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 2015, 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:

- Migliorare il livello di copertura vaccinale-
- Riduzione della mortalità ospedaliera per infarto
- 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
Aggiornamento 2017**

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. 364/2016 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 l'anno 2016.

Il Documento di Direttive anno 2016, approvato con DDG n. 384 del 13/06/2016, che recepisce gli obiettivi di mandato di direzione e quelli della citata DGR n. 364/2016, 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. 517 del 29/07/2016, come integrata con DDG n. 685 del 25/10/2016, 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 – aggiornamento 2017, approvato con DDG n.874 del 28/12/2016 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 2017 e triennale 2017-2019 adottato con DDG n. 732 del 10/11/2016 approvata con DGR n. 1493 del 23/12/2016.

Obiettivi regionali riportati nel Documento di Direttive del 2016 e nel Budget Operativo 2016.

Gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria sono stati approvati dalla Regione Basilicata con DGR n. 364/2016. Negli Allegati 1 e 2 della stessa DGR 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:

- Produzione relazione sulla customer satisfaction
- Produzione bilancio sociale

In relazione alle suddette 5 aree di risultato, all'ASP vengono assegnati 16 obiettivi misurati da 44 indicatori. Alcuni dei 44 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–aggiornamento 2017

Nel Bilancio di Previsione anno 2017 e triennale 2017-2019, adottato con DDG n. 732 del 10/11/2016, sono state individuate le risorse da impiegare per le azioni volte alla soddisfazione dei bisogni espressi dalla popolazione assistita e dagli stakeholder.

Gli obiettivi e le azioni per macro-area di assistenza sono stati riportati nella relazione di accompagnamento al Bilancio di previsione e nel Piano Attuativo Locale (PAL) triennio 2015-2017 – aggiornamento 2017, quest'ultimo adottato con DDG n.874 del 28/12/2016.

L'entrata in vigore della Legge Regionale n. 2 del 12/01/2017 ha modificato la struttura del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata, avviando il processo di riordino ed introducendo rilevanti cambiamenti che comporteranno nell'anno 2017 la revisione di tutti gli atti di Pianificazione e Programmazione dell'Azienda ASP di Potenza.

L'Azienda ASP di Potenza si pone come obiettivo strategico l'espletamento degli atti necessari al recepimento della suddetta legge nel rispetto dei termini in essa previsti.

In attesa di completamento del quadro normativo di riferimento e dei conseguenti assetti organizzativi, questa Azienda ha individuato gli obiettivi prioritari distinguendoli per macro-area come di seguito esplicitati:

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2016-2018–aggiornamento 2017

MACRO-AREA PREVENZIONE	
Riorganizzare le attività per funzione e non per struttura	informatizzare l'attività di controllo e vigilanza sui luoghi di lavoro;
Valorizzare il ruolo del dipartimento nell'ambito della prevenzione	Condurre con sistematicità l'analisi epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione umana e dello stato di salute delle popolazioni animali e diffondere le risultanze dell'analisi epidemiologica aprendo un confronto proattivo con gli operatori e con le comunità locali;
	incentivare la cultura della prevenzione promuovendo iniziative volte al miglioramento degli stili di vita nella popolazione di riferimento;
	ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
	sviluppare sinergie tra i due Dipartimenti di Prevenzione;
	promuovere l'integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione ed i Distretti;
	rafforzare il processo di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure;
	integrare i programmi di screening nei piani di prevenzione attiva;
	potenziare ulteriormente le attività di educazione sanitaria con particolare riferimento alle nuove patologie derivanti dai disturbi del comportamento e da stili di vita inadeguati, anche attraverso la realizzazione di campagne informative su tematiche specifiche, quali la prevenzione degli incidenti domestici, degli incidenti stradali e degli infortuni e malattie professionali;
	migliorare i livelli di copertura vaccinale;
	informatizzare l'attività di controllo e vigilanza sui luoghi di lavoro;
	potenziare le iniziative di confronto con le varie articolazioni presenti nella comunità (gruppi target, associazioni, stakeholder chiave, ecc.), anche attraverso l'attivazione di tavoli di lavoro correlati alle problematiche dell'attività di vigilanza e controllo.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2016-2018–aggiornamento 2017

MACRO-AREA ASSISTENZA TERRITORIALE

SALUTE MENTALE E NUOVE DIPENDENZE

Promozione di interventi di prevenzione del disagio mentale e delle dipendenze;

Sviluppo delle attività di neuropsichiatria infantile;

Attivazione di misure di integrazione per l'inclusione sociale e la lotta allo stigma;

Lotta alle nuove dipendenze anche attraverso la realizzazione di campagne informative nelle scuole;

Favorire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2016-2018–aggiornamento 2017

MACRO-AREA ASSISTENZA TERRITORIALE

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

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

Potenziare la rete di collaborazione tra i servizi sociosanitari attraverso l'integrazione telematica di tutte le strutture e l'interconnessione degli operatori;

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 vicine 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;

Monitorare l'efficacia del percorso 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;

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;

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;

Attivazione di una RSA per anziani a Venosa (n. 20 PL);

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di esami di diagnostica strumentale e di laboratorio;

Omogeneizzazione dell'ADI su tutto il territorio provinciale;

Attivazione Hospice a Viggiano.

Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2016-2018–aggiornamento 2017

ATTIVITÀ GESTIONALI E STRUMENTI MANAGERIALI

ATTIVITÀ GESTIONALI

riorganizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie;

azioni di sensibilizzazione per una maggiore appropriatezza prescrittiva nell'ambito farmaceutico;

riduzione dei costi della farmaceutica ospedaliera attraverso il pieno utilizzo del P.T.O;

applicazione delle misure previste dalla legge anticorruzione e rafforzamento di quelle già adottate sulla trasparenza;

incremento della collaborazione e dei collegamenti informativi e professionali tra le strutture produttive e quelle di supporto;

potenziamento dell'efficacia dei controlli aziendali sull'applicazione degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate. La spesa in materia rimarrà presumibilmente invariata rispetto all'annualità 2016 dato il contingentamento dei tetti imposto dalla legislazione nazionale. Si rappresenta, altresì, che la programmazione regionale, a far data dal 2015, ha determinato i tetti di spesa su base regionale e pertanto il vincolo della riduzione del 2% sul consuntivo 2011 è stato rispettato per la specialistica ambulatoriale e per la riabilitazione sulla base del consolidato regionale.

STRUMENTI MANAGERIALI

sviluppo del sistema di valutazione delle performance individuali e aggiornamento del Regolamento aziendale sui processi e le procedure di valutazione;

sviluppo e potenziamento degli strumenti a supporto della contabilità analitica, anche attraverso la piena collaborazione, per quanto di competenza, delle UU.OO. aziendali e la loro fattiva partecipazione alle procedure di alimentazione della COAN;

implementazione del nuovo sistema contabile aziendale, a seguito di aggiudicazione della gara per l'applicativo software;

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;

elaborazione degli Standard di Qualità dei servizi con riferimento alla percezione dell'utenza.

L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

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 nella relazione di accompagnamento al bilancio preventivo 2017-2019

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 riconferma il seguente obiettivo già previsto nel precedente Piano della Performance di 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.....06
- **PARTE SECONDA.....09**
 - Il Contesto Interno.....10
 - Le risorse umane.....11
 - Principali dati economico finanziari.....14
 - I servizi sanitari erogati.....20
 - Il Contesto Esterno.....25
 - Analisi Demografica.....26
 - Analisi Epidemiologica.....32
 - Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente
flussi di mobilità.....41
 - Framework economico del servizio sanitario nazionale e regionale.....50

- **PARTE TERZA.....55**
 - Albero della Performance: declinazione degli obiettivi strategici ed operativi 2016-2018- Aggiornamento 201756
- **PARTE QUARTA.....81**
 - Ciclo di gestione della performance
 - Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance.....82
 - Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.....83
 - Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.84
 - Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance.....85
 - Collegamento del Piano della Performance con il Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2016-2018-Aggiornamento 2017.....86
- **Allegato 1 - Tabella su Outcome – Obiettivi – Indicatori – Target**
- **Allegato 2 – Standard di qualità dei servizi con riferimento alla percezione dell’utenza**

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 **373.097 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 01-01-2016

L'ASP di Potenza opera mediante **93 presidi, non ospedalieri, a gestione diretta** che erogano i seguenti tipi di assistenza:

TIPO STRUTTURA	NUMERO DI STRUTTURE
STRUTTURA RESIDENZIALE	8
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	4
AMBULATORIO E LABORATORIO	45
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	36

Fonte: Modello Ministeriale STP 11

L'ASP di Potenza comprende **60 strutture convenzionate**, che erogano i seguenti tipi di assistenza:

TIPO STRUTTURA	NUMERO DI STRUTTURE
STRUTTURA OSPEDALIERA PER ACUTI	1
STRUTTURA OSPEDALIERA PER POST - ACUTI	1
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	1
STRUTTURA RESIDENZIALE	19
AMBULATORIO E LABORATORIO	35
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	3

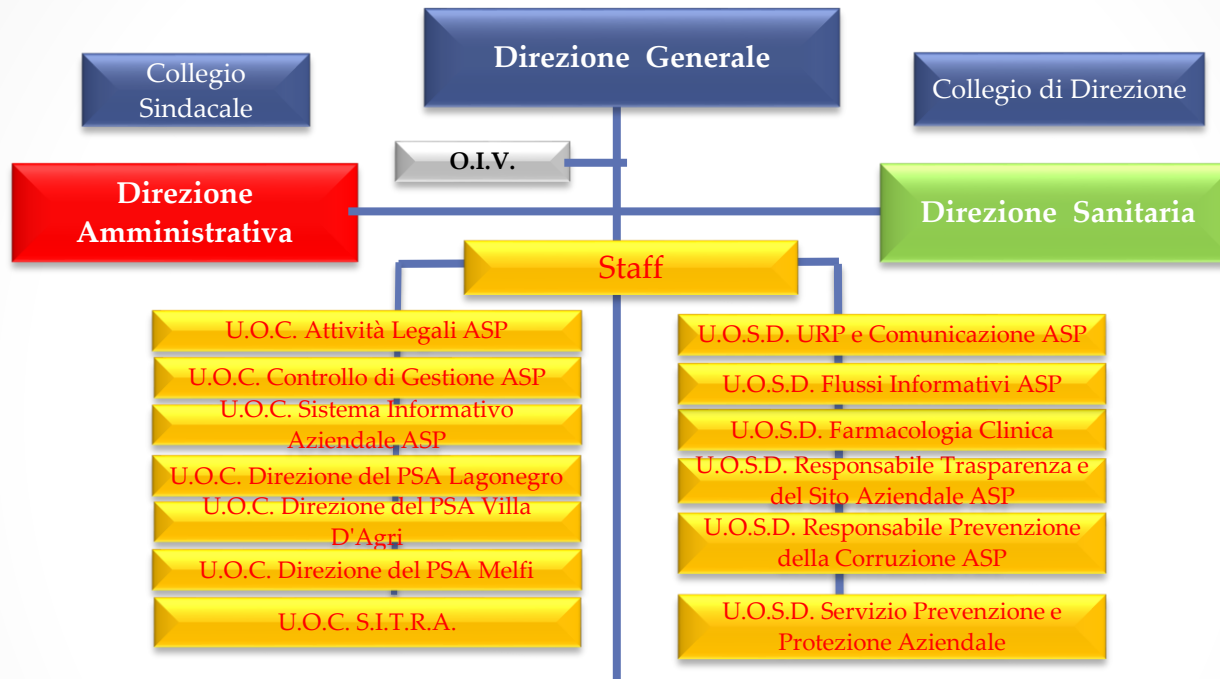
Fonte: Modello Ministeriale STP 11

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 di integrazione – ospedale territorio** si articola nei:
 - Presidi Distrettuali per le Post-Acuzie
 - Dipartimento interaziendale di oculistica
 - Dipartimento post acuzie e continuità ospedale territorio
 - Dipartimento Salute Mentale.

ASSETTO ORGANIZZATIVO



Dipartimenti

PARTE SECONDA

Il Contesto Interno

Il Contesto Esterno

Il Contesto Interno

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

LE RISORSE UMANE

- Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato 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%
Turnover del personale	17%

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%

INDICATORI FORMAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE ANNO 2016	
Analisi caratteri qualitativi/quantitativi	
Ore di formazione del personale (media per dipendenti)	N. TOTALE ORE FORMAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE ANNO 2016
<u>27,66</u>	<u>39.291</u>
COSTO DI FORMAZIONE /SPESA DEL PERSONALE	COSTO TOTALE FORMAZIONE ANNO 2016
€ 56,51	€ 80.246,84
Analisi di genere	
ORE DI FORMAZIONE PERSONALE FEMMINILE (MEDIA PER DIPENDENTI DI SESSO FEMMINILE)	ORE DI FORMAZIONE PERSONALE FEMMINILE ANNO 2016
	17.976

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.

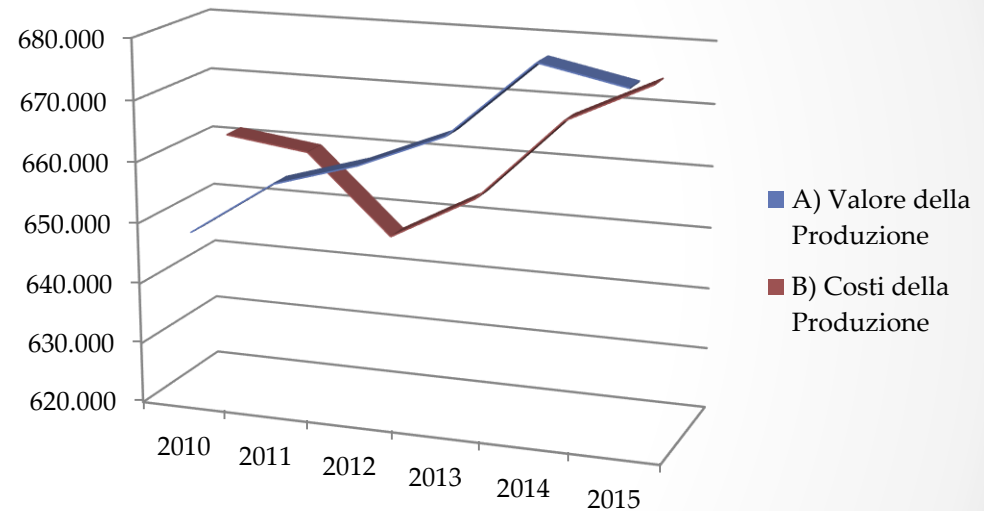
Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli esercizi contabili precedenti all'anno 2015. Nello specifico, si presenta il confronto dei conti economici 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015

DESCRIZIONE	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A) Valore della Produzione	648.116	657.256	661.414	667.162	679.507	676.609
B) Costi della Produzione	661.176	659.320	646.437	653.993	667.684	674.425
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	-13.060	-2.064	14.977	13.169	11.823	2.184
C) Proventi ed oneri finanziari	11	29	-21	-131	7	-135
E) Proventi e oneri straordinari	-4.277	-5.659	-7.511	-1.606	-674	4.455
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-8.772	-7.694	7.445	11.432	11.146	6.504
Imposte sul reddito	11.480	11.789	11.157	11.153	10.937	10.964
RISULTATO DI ESERCIZIO	-20.252	-19.483	-3.712	279	209	-4.460

Valori vs Costi della Produzione anni 2010-2015

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).

Il risultato di esercizio 2015 è rappresentato da una perdita di Euro 4.460 mila interamente coperta dalla Regione secondo le indicazioni fornite con nota prot. n. 55187/13A2 del 04/04/2016 punto b) del Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata.



RISULTATO DI ESERCIZIO 2015

Il risultato di esercizio 2015, rilevato in sede consuntiva del conto economico, evidenzia, come detto in precedenza, un risultato negativo (perdita di esercizio 2015: -4.460 euro) interamente coperta dalla Regione Basilicata secondo le indicazioni fornite con nota prot. n. 55187/13A2 del 04/04/2016 punto b).

Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2015 è pari a 676.609.000 di euro, in diminuzione di euro -2.898(-0,43%) rispetto al consuntivo dell'anno precedente (2014) e di euro +9.447.000,00 (+1,42%) rispetto al consuntivo 2013 (due anni precedenti).

La diminuzione si registra prevalentemente nei contributi in conto esercizio.

La diminuzione del valore della produzione non si correla con una diminuzione dei costi della produzione, pari a 674.425 milioni di euro che risultano in aumento rispetto al consuntivo dell'anno precedente di 6.741 milioni di euro (+1,01%) e del 2,20% rispetto al preventivo.

INDICATORI DI BILANCIO 2013-2014-2015

			Indicatori economici-gestionali					
			Anno di riferimento					
			2013	2014	2015	2013	2014	2015
Indicatore 1	numeratore	Costi del personale	138.931	138.898	138.566	39,30%	38,70%	38,25%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Indicatore 2	numeratore	Costi per beni e servizi	502.832	519.467	506.287	137,64%	140,25%	139,76%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.1	numeratore	Prestazioni sanitarie da pubblico	196.111	204.427	203.800	55,45%	56,88%	56,26%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.2	numeratore	Prestazioni sanitarie da privato	20.454	20.340	21.364	5,80%	5,70%	5,90%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.3	numeratore	Prestazioni non sanitarie da privato	224.319	228.815	225.417	63,42%	63,67%	62,23%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.4	numeratore	Medicina di base	54.344	54.147	55.125	15,40%	15,10%	15,22%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.5	numeratore	Specialistica ambulatoriale	55.956	58.194	55.390	15,80%	16,20%	15,29%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			

INDICATORI DI BILANCIO 2013-2014-2015

			Indicatori economici-gestionali					
			Anno di riferimento					
			2013	2014	2015	2013	2014	2015
Sottoindicatore 2.6	numeratore	Assistenza ospedaliera	155.882	165.030	159.618	44,10%	45,90%	44,06%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.7	numeratore	Acquisti di beni sanitari	47.216	50.080	56.955	13,35%	13,90%	15,72%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.8	numeratore	Acquisti di beni non sanitari	3.518	2.272	1.908	1,00%	0,60%	0,53%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.19	numeratore	Servizi non sanitari	16.934	18.438	18.207	4,79%	5,10%	5,03%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.10	numeratore	Manutenzione e riparazione	10.642	10.894	10.678	3,00%	3,00%	2,95%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Sottoindicatore 2.11	numeratore	Godimento di beni di terzi	2.477	2.311	2.779	0,70%	0,60%	0,77%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Indicatore 4	numeratore	Assistenza sanitaria fuori regione	58.025	63.451	61.664	16,41%	17,76%	17,02%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Indicatore 5	numeratore	Assistenza sanitaria all'estero	717	572	717	0,20%	0,20%	0,20%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			
Indicatore 6	numeratore	Assistenza farmaceutica territoriale	67.923	68.438	71.626	19,20%	19,00%	19,77%
	denominatore	Cittadino assistito	353.684	359.369	362.248			

FONTE DATI: Bilancio CE consuntivo anni 2013 - 2014 - 2015 e Anagrafe sanitaria ASP

I SERVIZI SANITARI EROGATI

I servizi sanitari erogati

- Di seguito si riportano alcuni dati di sintesi dell'attività svolta nell'ASP di Potenza .
- Tutti i dati si riferiscono all'attività svolta nel triennio 2013 – 2015 – 2016

DIMESSI	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016*
Dimessi Ricoveri Ordinari	11.967	11.945	12.027	12.147
-di cui con DRG medico	8.213	8.191	8.291	6.909
-di cui con DRG chirurgico	3.754	3.754	3.736	5.029
Dimessi Ricoveri Diurni	3.708	3.138	2.830	2.731
TOTALE COMPLESSIVO	15.675	15.083	14.857	14.878

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

*Fonte: AIRO al 17,01,2017

Dati relativi ai parti effettuati nel territorio dell'ASP

NASCITE	2013	2014	2015	2016
Numero totale parti	963	843	826	981
- di cui parti cesari (n.)	448 (46,51%)	383 (45,45%)	374 (45,31%)	455(46,38%)

NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST- ACUZIE	2013	2014	2015	2016*
Ricoveri acuti	15.675	15.083	14.857	14.878
Ricoveri post acuzie	904	927	802	672
TOTALE	16.579	16.010	15.659	15.550

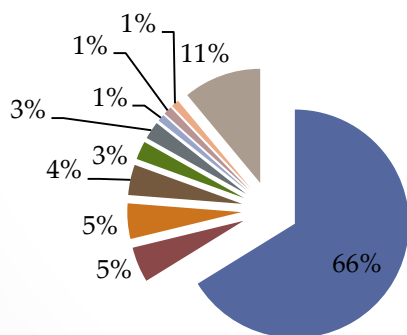
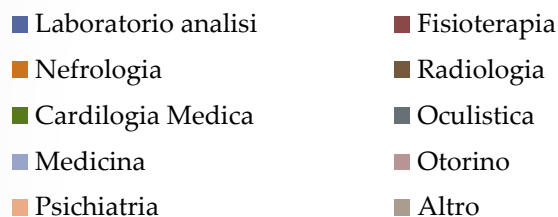
*Fonte: AIRO al 17,01,2017

	PRESTAZIONI AMBULATORIA LI	2013	2014	2015	2016*
Prestazioni ambulatoriali erogate negli anni 2013-2016	Numero prestazioni per esterni	2.242.894	2.294.296	2.134.488	1.705.139

*Fonte: AIRO al 17,01,2017

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

Prestazioni specialistica ambulatoriale 2016 per tipologia

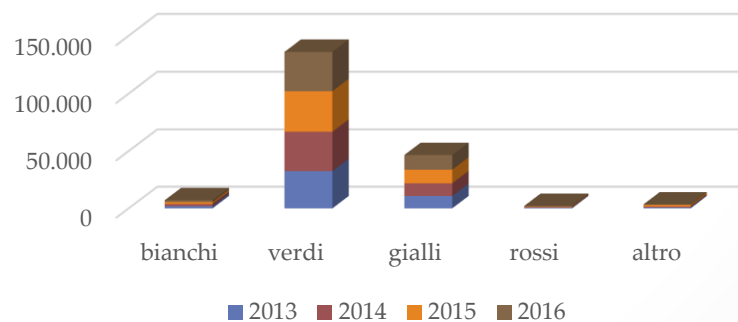


Nell'anno 2016 le prestazioni ambulatoriali erogate dall'ASP sono diminuite del 20% rispetto all'anno 2015(-429.349 prestazioni).

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	2013	2014	2015	2016*
Numero totale di accessi in pronto soccorso	46.304	48.853	50.670	49.196
- di cui numero codici bianchi	1.812	1.946	1.699	1.589
- di cui numero codici verdi	32.449	34.405	35.180	33.975
- di cui numero codici gialli	10.745	11.141	11.883	12.744
- di cui numero codici rossi	558	521	507	510
- altro	740	840	1.401	378

*Fonte: AIRO al 17,01,2017

Accessi in pronto soccorso per codice triage anni 2013-2016



Il Contesto Esterno

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

ANALISI DEMOGRAFICA

- L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza e si estende per **6.594,44 Km^q**.
- Il territorio provinciale è composto da **100 comuni**, con una popolazione residente all'1/01/2016 di **373.097 abitanti** ed una densità di popolazione di **56,58 ab/Kmq** (tra le più basse fra le provincie italiane).
- I **nuclei familiari** sono pari a n. 231.754, 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

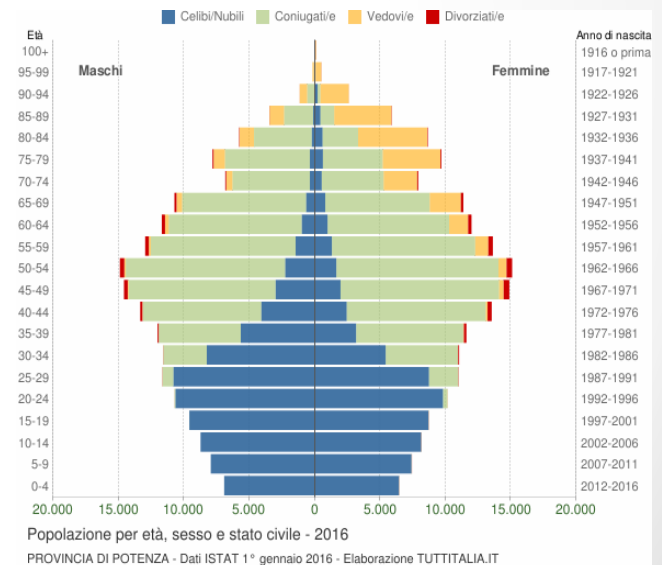
La popolazione residente registra un trend negativo nell'ultimo decennio. In particolare, dal 2010 al 2016 è diminuita dell' 2,50%.

Popolazione residente Provincia di Potenza al 1 Gennaio - trend 2010/16								
Anno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	I Gennaio 2016	Diff.2010 vs 2016
Maschi	188.404	187.683	184.491	183.938	184.534	183.661	182.837	2,5%
Femmine	196.905	196.108	193.021	192.244	192.724	191.653	190.260	2,7%
Totale	385.309	383.791	377.512	376.182	377.258	375.314	373.097	2,6%

Fonte: Ns elaborazione su dati ISTAT 01.01.2016

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 01.01.2016

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

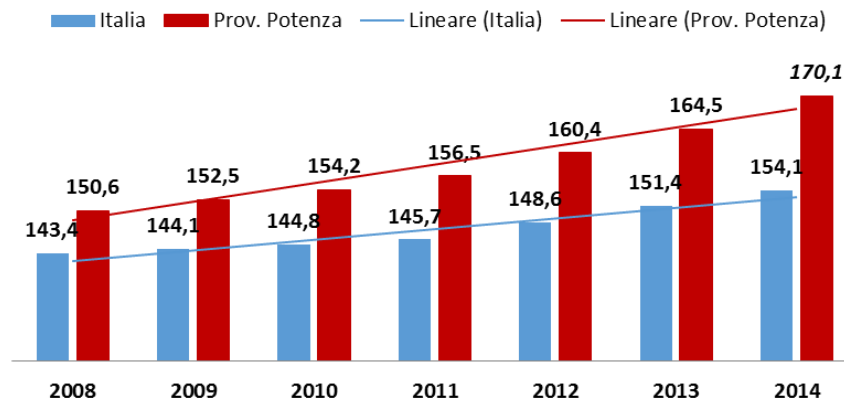
L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella giovane (da 0 a 14 anni), vede un trend in costante crescita negli anni dal 2008 al 2014. **Al 1° gennaio 2015 l'indice di vecchiaia si attesta su un valore di 176,3%, ben superiore al valore regionale (pari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

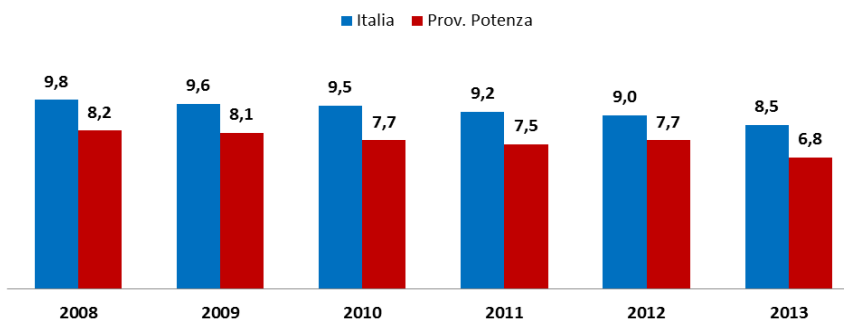
Il trend del tasso di natalità registrato nella provincia di Potenza vede un costante decremento, infatti si passa da un tasso dell'8,2 del 2008 ad un tasso del 6,76 del 2013.

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

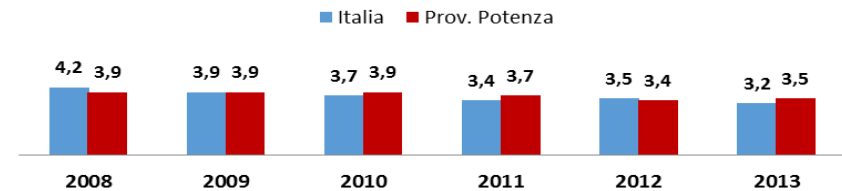


tasso di natalità (per mille abitanti)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ '08 - '13
Italia	9,8	9,6	9,5	9,2	9,0	8,5	-15,3%
Prov. Potenza	8,2	8,1	7,7	7,5	7,7	6,8	-20,6%

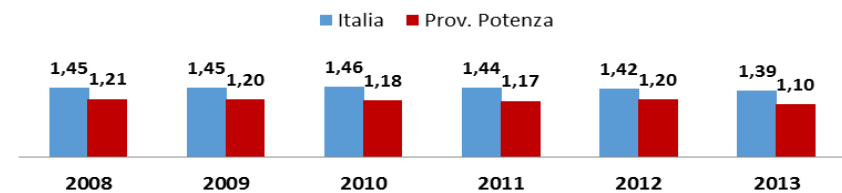
MUTAMENTI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE

- 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

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

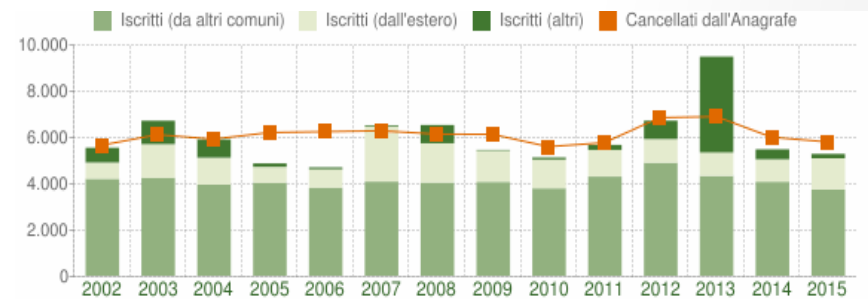


Numero medio di figli per donna - trend 2008-2013



FLUSSO MIGRATORIO

- Il grafico visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso la provincia di Potenza negli ultimi anni. I trasferimenti di residenza sono riportati come iscritti e cancellati dall'Anagrafe dei comuni della provincia. Fra gli iscritti, sono evidenziati con colore diverso i trasferimenti di residenza da altri comuni, quelli dall'estero e quelli dovuti per altri. Popolazione straniera residente in provincia di Potenza al 1° gennaio 2016. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.



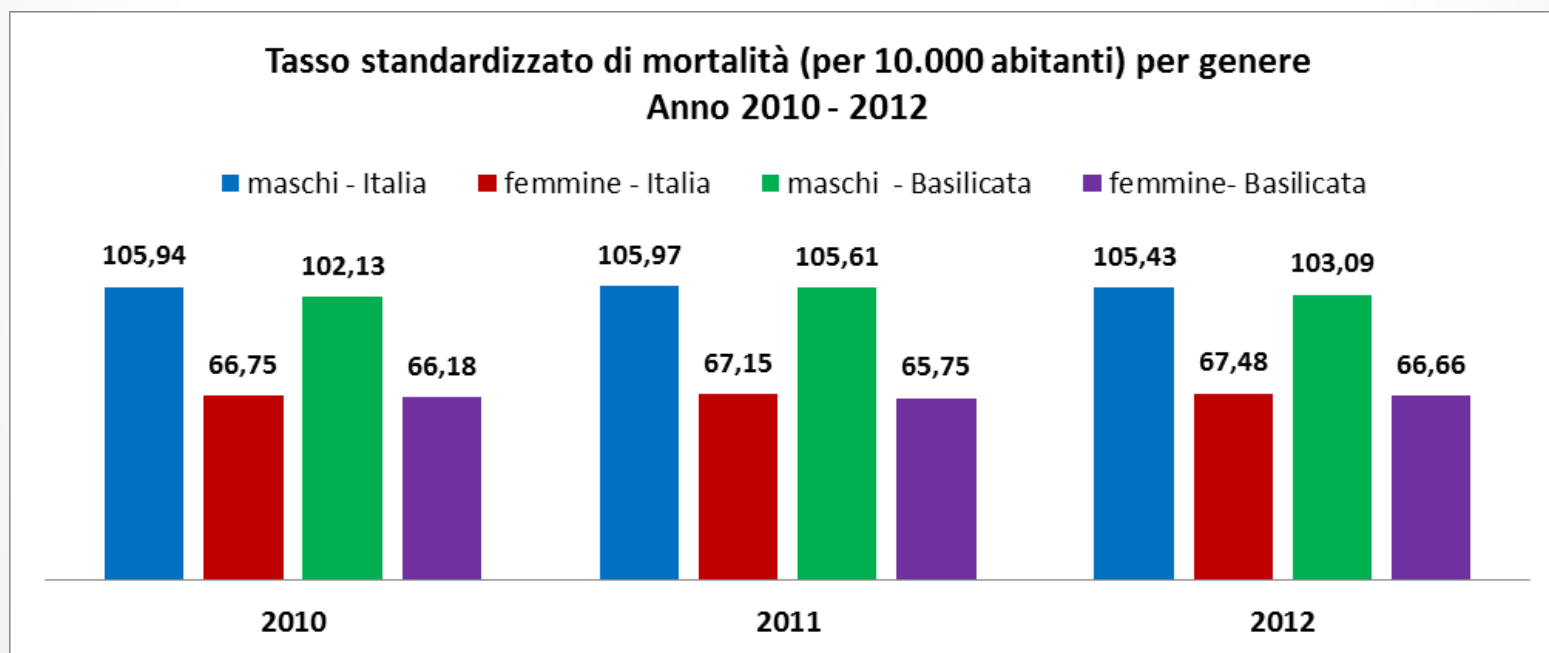
Flusso migratorio della popolazione

PROVINCIA DI POTENZA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

MORTALITA'

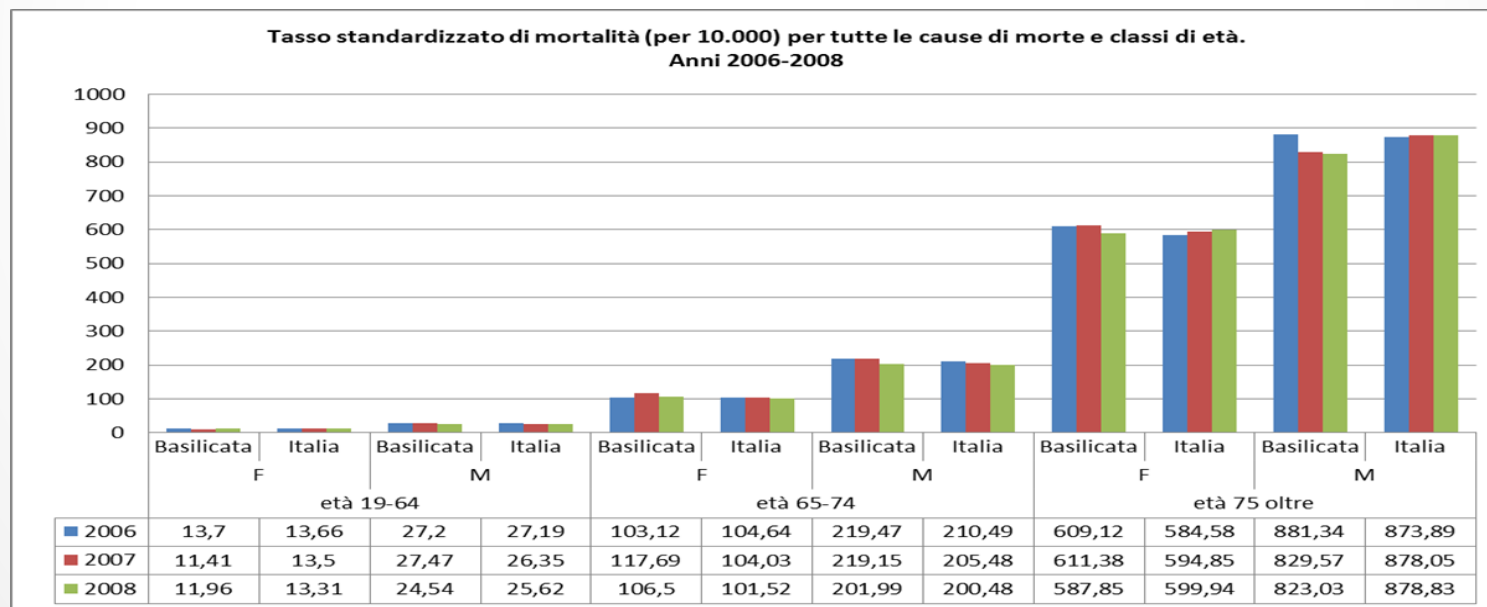
- I dati del 2012, relativi all'intero territorio italiano, mostrano negli uomini un calo generalizzato della mortalità complessiva rispetto al 2010, mentre per le donne il tasso risulta costante.
- In Basilicata la mortalità si riduce per gli uomini attestandosi a livelli più bassi rispetto ai dati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

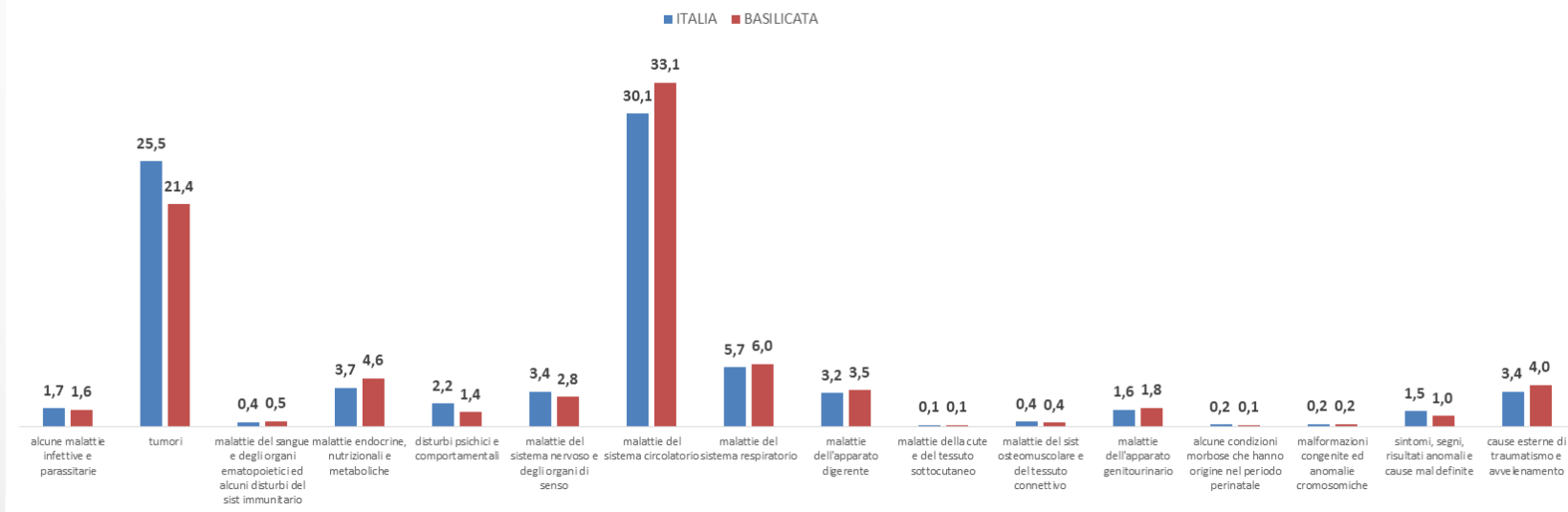


Fonte: Ns elaborazione su: Istat "Indagine sui decessi e cause di morte" - Anni 2006-2008.

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%)

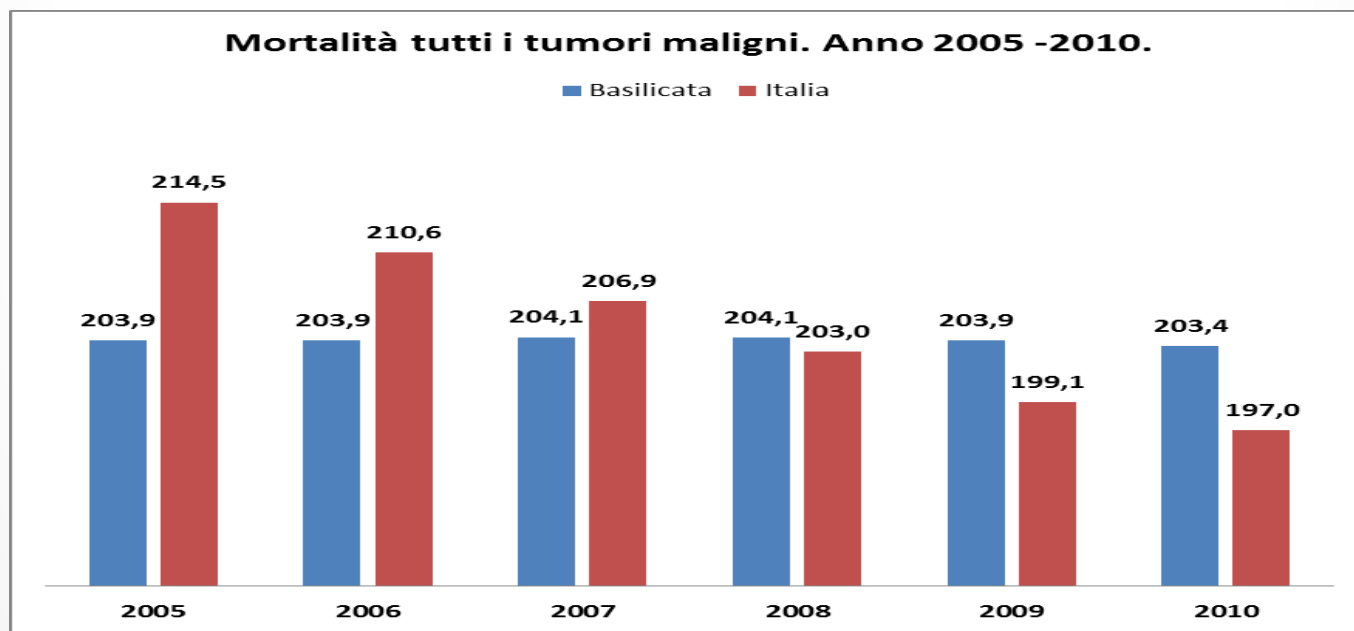
Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti) - Anno 2012



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:

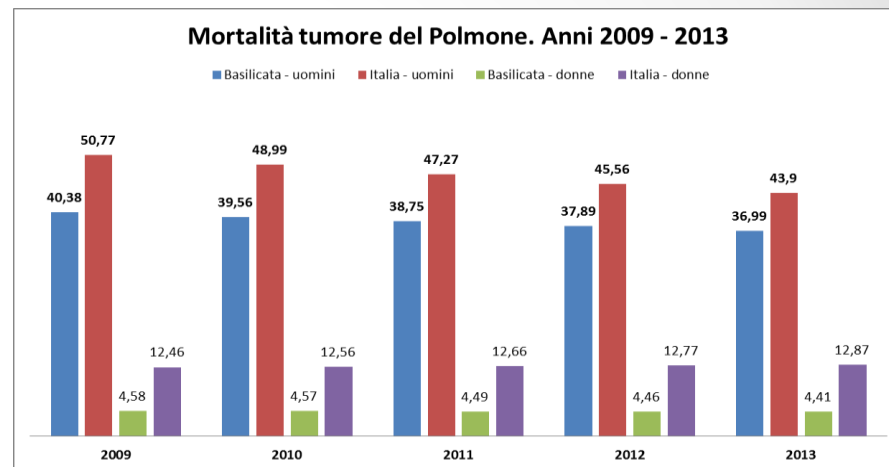
http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2005,2010&ageclass

MORTALITÀ TUMORI DEL POLMONE

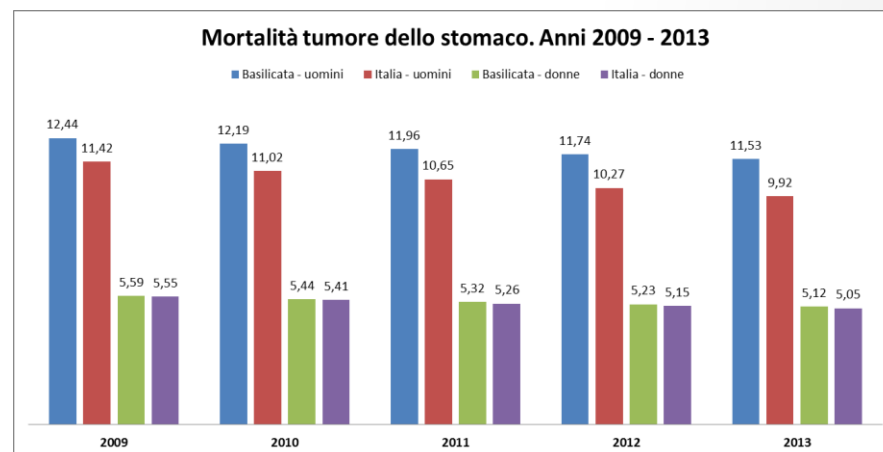
- A livello nazionale, considerando la classe di età 0-84 anni il tumore del polmone negli uomini è quello con il tasso di mortalità più alto.
- In Basilicata, il tasso di mortalità per il tumore del polmone è diminuito nel tempo sia per gli uomini che per le donne.

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



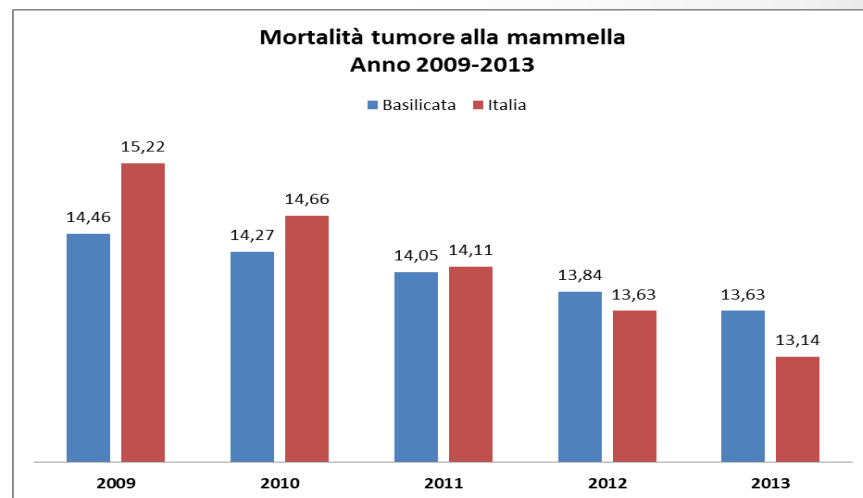
Fonte: Ns elaborazione su dati:
http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass estratti il 18/01/2014



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.

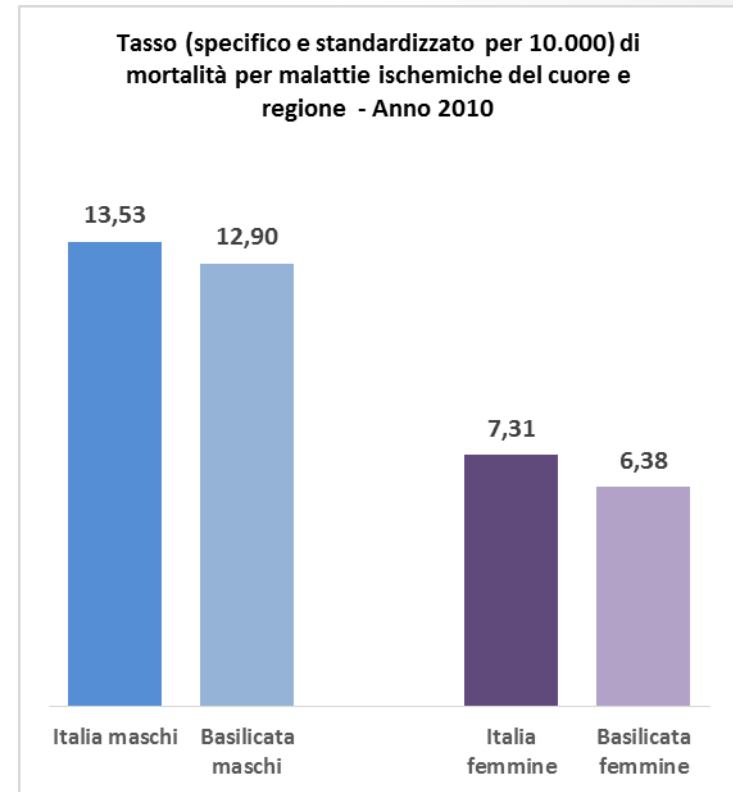
Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 100.000) per amputazione all'arto inferiore nelle persone con e senza diabete, per genere e regione - Anno 2010

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

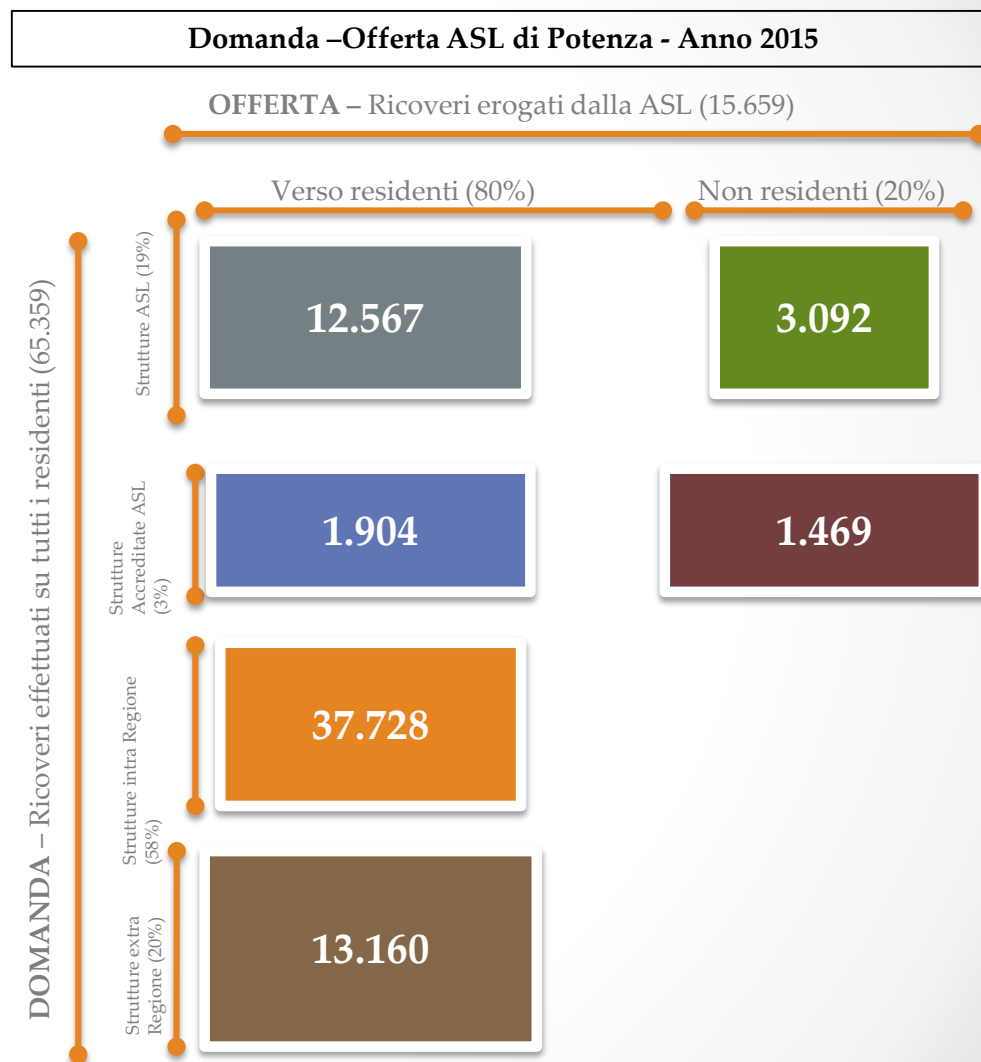
Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente - flussi di mobilità

Analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera

- Nell'anno 2015 i ricoveri (per acuzie e post-acuzie) erogati a pazienti residenti nel territorio ASP sono complessivamente 65.359. Il 19,23% 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.

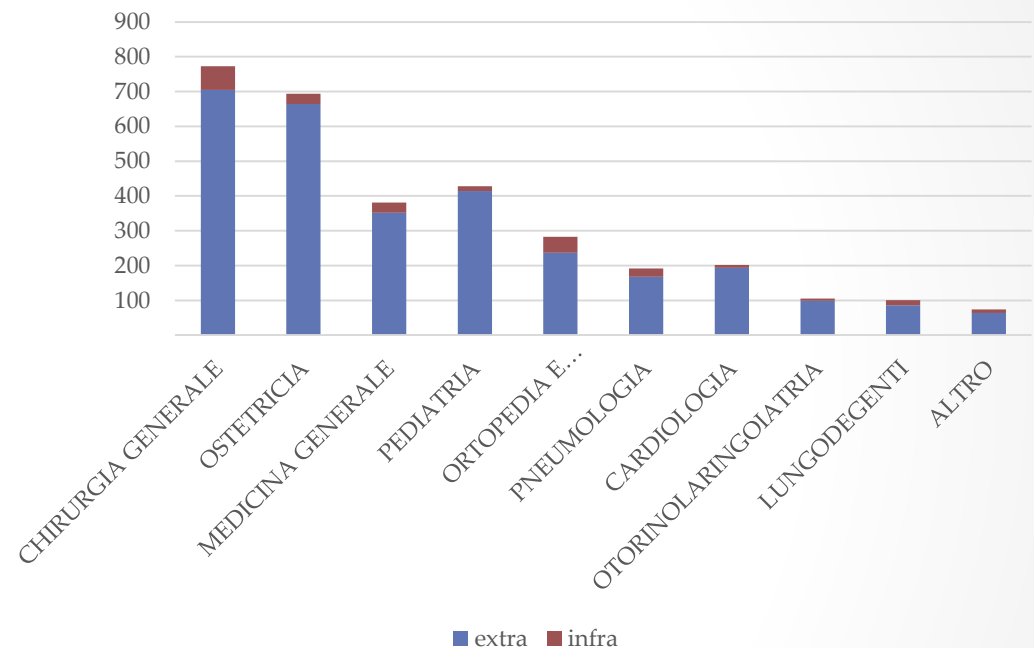
- Tale dato è la risultante di 44.650 ricoveri in mobilità passiva e di 3.322 ricoveri in mobilità attiva intra ed extra regionale (310 ricoveri intra e 3.012 extra) .



Mobilità ospedaliera attiva intra ed extra regionale

- L'Azienda Sanitaria di Potenza nell'anno 2015 ha erogato circa 3.092 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 2014 del 4,36%.

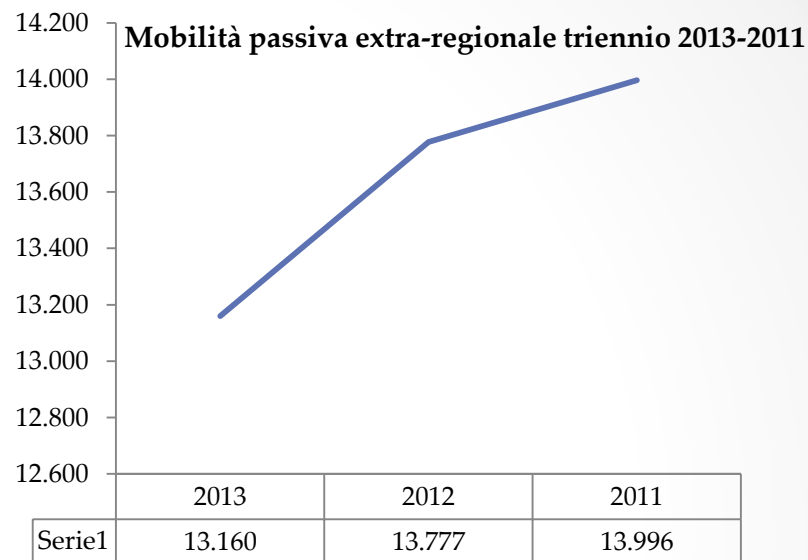
Mobilità ospedaliera attiva anno 2015 erogata dalle strutture aziendali per disciplina



- 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

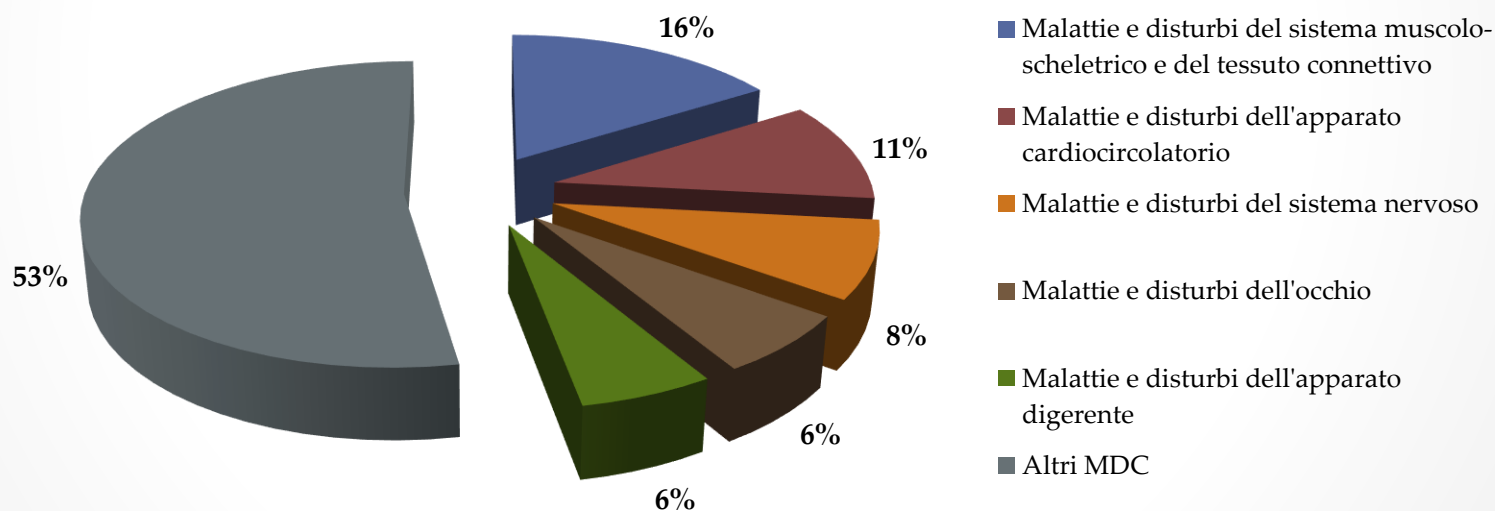
- La mobilità passiva extra regionale dell'ASL di Potenza ha un andamento crescente dal 2009 al 2010, e decrescente a partire dall'anno 2011.
- La riduzione dei ricoveri nell'anno 2013 rispetto all'anno precedente è dell' 4,5%. Le principali direzioni di fuga dei ricoveri in mobilità sono la Campania,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

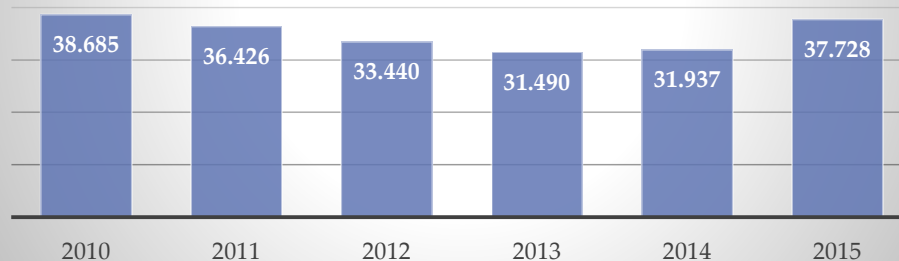
Mobilità Passiva extraregionale anno 2013. Principali MDC



Mobilità passiva ospedaliera intra-regionale

- La mobilità passiva intra regionale dell'ASL di Potenza ha avuto un andamento decrescente dal 2010 con un incremento nell'anno 2015 (+18,13%)rispetto all'anno 2014.
- L'88% dei ricoveri sono effettuati dall'Azienda Ospedaliera San Carlo.

MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE ANNI 2010- 2015



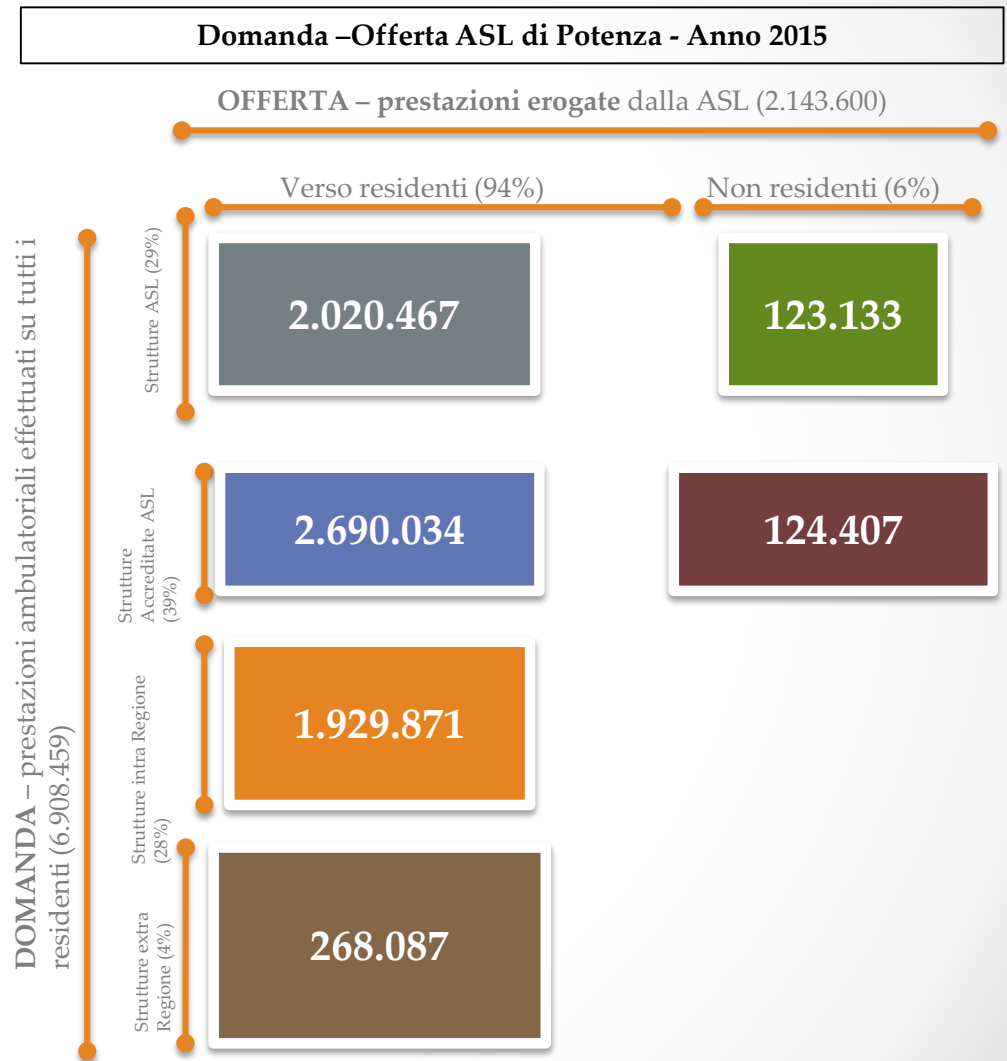
struttura di ricovero	anno					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Matera (ASM e PP.OO ASM)	1.284	1.123	1.075	1.118	1.231	1.682
CROB	2.645	2.697	2.683	2.790	2.881	2.787
SAN CARLO	34.756	32.606	29.682	27.582	27.825	33.259
Totale complessivo	38.685	36.426	33.440	31.490	31.937	37.728

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 6.908.459. Il 29% 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 2015 di n. 1.950.418 prestazioni in uscita dal proprio territorio.

- Tale dato è la risultante di 2.197.958 prestazioni ambulatoriali in mobilità passiva e di 247.540 prestazioni in mobilità attiva intra ed extra.



Mobilità attiva specialistica ambulatoriale intra ed extra regionale

- L'Azienda Sanitaria di Potenza nell'anno 2015 ha erogato attraverso le proprie strutture circa 123.133 prestazioni ambulatoriali per pazienti non residenti (mobilità attiva). Esse rappresentano il 6% circa delle prestazioni complessive effettuate nell'anno.
- Le prestazioni verso i non residenti sono aumentate rispetto al 2014 dello 1,42%.
- Si rileva, rispetto all'anno precedente, un diminuzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture aziendali (-7,01%) e dalle strutture accreditate dell'ASP(-1,19%).
- Nell'anno 2015 si sono rilevate n. 124.407 prestazioni effettuate a pazienti non residenti dalle strutture accreditate(3% del totale delle prestazioni erogate dall'Azienda ASP e dalle strutture accreditate).
- Complessivamente le prestazioni ambulatoriali erogate in mobilità attiva rappresentano il 5% dell'offerta aziendale resa sia presso le nostre strutture che presso le strutture accreditate(n. 247.540 prestazioni su un totale di n. 4.958.041 prestazioni).

Mobilità passiva specialistica ambulatoriale intra ed extra regionale

- La mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali è aumentata nell'anno 2015 rispetto all'anno 2014 del 40,13%. 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 2015

Prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva anni 2011-2015

Mobilità	2011	2012	2013	2014	2015	Δ '14-'15
Extra	537.934	255.110	268.087	268.087	268.087	
Intra	1.246.983	1.182.926	1.293.645	1.369.610	1.929.871	34,21%
Totale	1.784.917	1.438.036	1.561.732	1.637.697	2.197.958	

Prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva intra-regionale

Strutture	2011	2012	2013	2014	2015	Δ '14-'15
ASM	49.757	46.960	48.020	52.481	62.114	18,36%
CROB	339.676	336.899	358.168	376.977	550.289	45,97%
SAN CARLO	857.550	799.067	887.457	940.152	1.317.468	40,13%

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).

I dati analizzati sono quelli inseriti nell'NSIS ed evidenziano un cambio di tendenza nell'andamento della spesa sanitaria nazionale che cresce nel 2014 dello 0,89% rispetto al 2013, come evidenziato anche nella relazione delle Corte dei Conti “nonostante il limitato incremento rispetto al 2013, la spesa complessiva si è mantenuta al disotto del tasso di variazione del Pil nominale”.
Prosegue invece il trend in diminuzione dei disavanzi regionali.

Fonte: Corte dei Conti “sezioni riunite in sede di controllo” – Rapporto 2015 sul coordinamento della Finanza Pubblica, maggio 2015

Regione Basilicata andamento spesa sanitaria corrente - anni
2008-2014

ANNI	IMPORTO(mld euro)
2008	1.020.474
2009	1.042.555
2010	1.063.916
2011	1.068.467
2012	1.038.555
2013	1.028.247
2014	1.037.458

PARTE TERZA

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

Aggiornamento 2017

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).

Aree e sub-aree strategiche



legenda

AREA

SUB AREA

**IGIENE SANITA'
PUBBLICA**

**PREVENZIONE E
SICUREZZA AMBIENTI DI
LAVORO**

**SANITA' UMANA E
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**

IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione

Migliorare la copertura vaccinale

Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi

Copertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio

Copertura vaccinale antipneumococcico

Copertura vaccinale antimeningococcico C

Copertura vaccinale papilloma virus HPV

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

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

SANITA' UMANA E 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

Controllo ovini e caprini per SCRAPIE

% ovini e caprini morti testati per SCRAPIE

Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg. CE 852/04

% di imprese alimentari registrate

Allineamento del controllo ufficiale allo standard D.Lgs. 193/2007

Controllo rispetto allo standard del D.Lgs. 193/2007

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

% campioni analizzati

Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari

% aziende registrate

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 adesione alle campagne di screening

Adesione grezza dello screening mammografico

Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening

Estensione grezza dello screening mammografico

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EMERGENZA URGENZA

PRINCIPALI SFIDE

- Consolidare l'integrazione tra gli ospedali del SSR 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 nei casi di emergenza-urgenza. Particolare attenzione andrà riservata a:- dolore toracico (percorso IMA)- sintomatologia neurologica (percorso ictus ischemico).

EMERGENZA URGENZA

Appropriatezza organizzativa
(118)

Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano

Tempo medio di percorrenza
espresso in minuti

legenda

SUB-AREA

Obiettivo
strategico

Outcome

Indicatore

**PATOLOGIE CRONICO
DEGENERATIVE**

**ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA**

SALUTE MENTALE

**VALUTAZIONE
STRATEGIE PER IL
CONTROLLO DEL
DOLORE**

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**

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

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

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

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

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

SALUTE MENTALE

Appropriatezza
prescrittiva
farmaceutica

Ridurre il consumo occasionale
di antidepressivi

% di abbandono di pazienti in
terapia con antidepressivi

VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE

Efficacia dell'assistenza
territoriale (cure
palliative)

Consumo di farmaci oppioidi

Consumo di farmaci
oppioidi/popolazione residente

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo
strategico

Indicatore

**COMPORAMENTI
PRESCRITTIVI**

**GESTIONE ECONOMICO-
FINANZIARIA**

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

Consumo di farmaci antibiotici

Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine

DDD di farmaci antibiotici erogati/anno

GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Efficienza prescrittiva farmaceutica

Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale

Utilizzo farmaci biosimilari

Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA

% utilizzo farmaci biosimilari

Spesa farmaceutica territoriale/FSR

% utilizzo farmaci della lista di trasparenza AIFA

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**EQUILIBRIO DELLA
GESTIONE ECONOMICO-
FINANZIARIA**

**OBIETTIVI STRATEGICI
REGIONALI**

REVISIONE CONTABILE

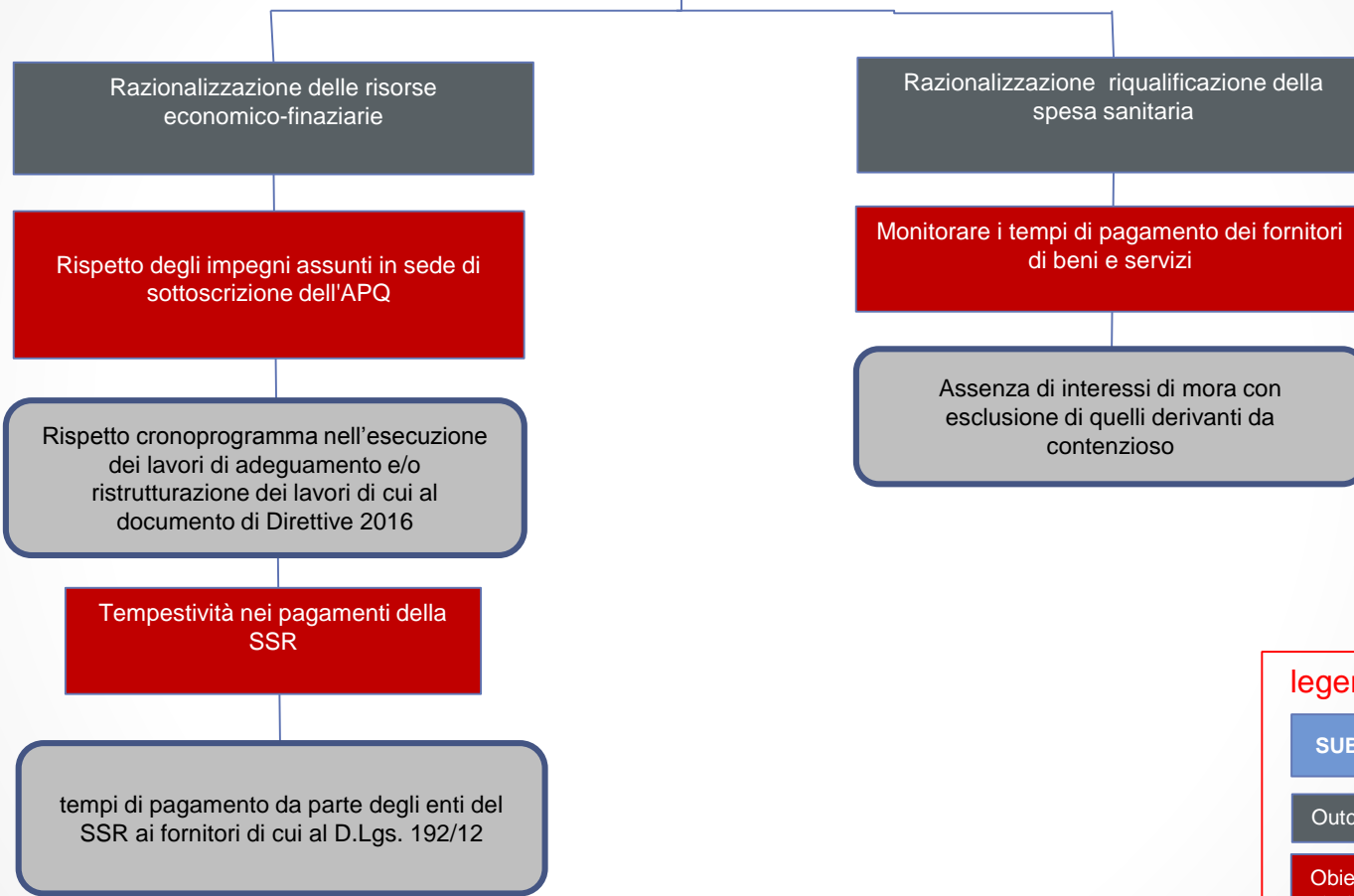
**ARMONIZZAZIONE
CONTABILE**

**EMPOWERMENT
AZIENDALE**

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.**

EQUILIBRIO DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA



legenda

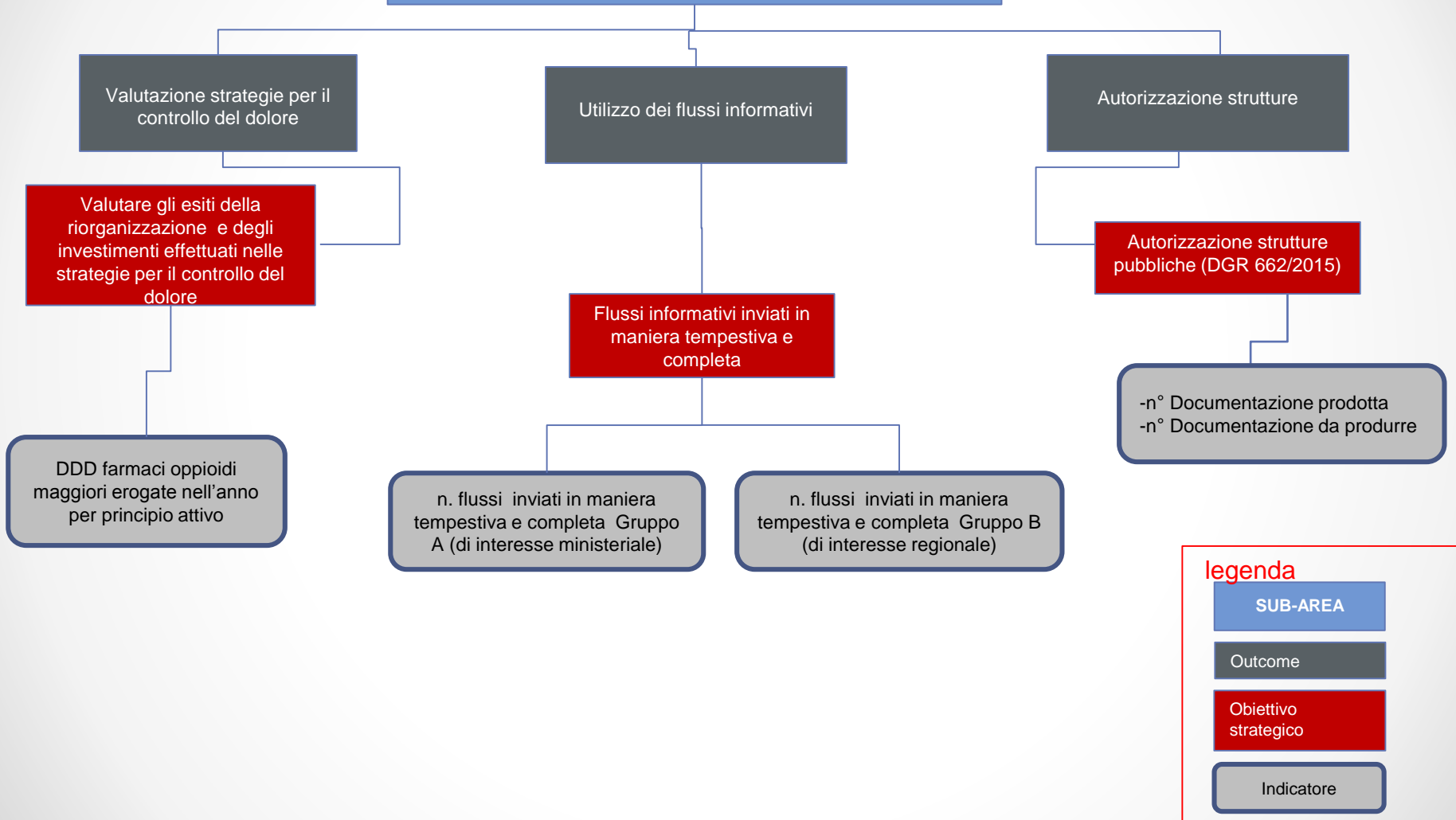
SUB-AREA

Outcome

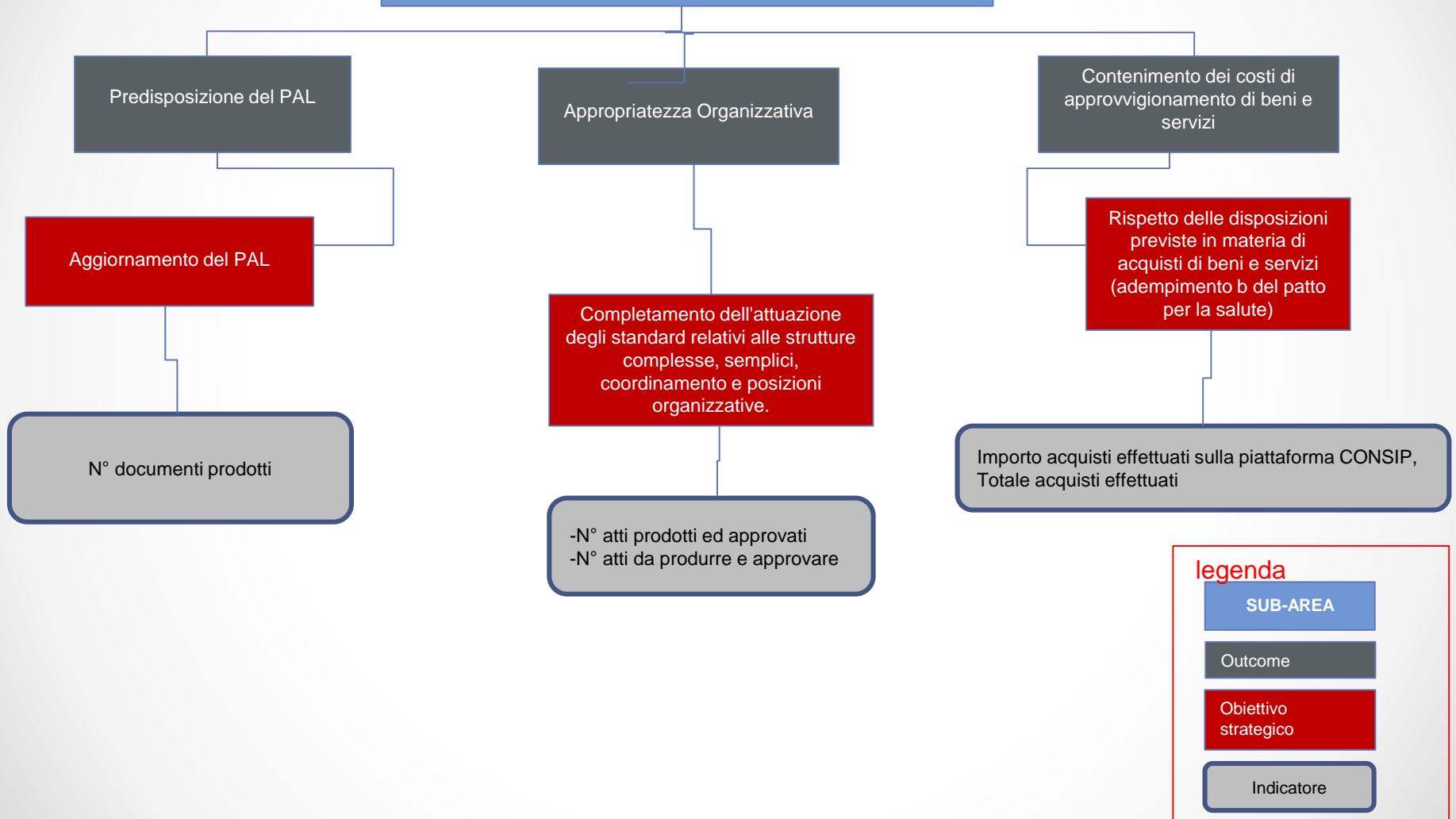
Obiettivo strategico

Indicatore

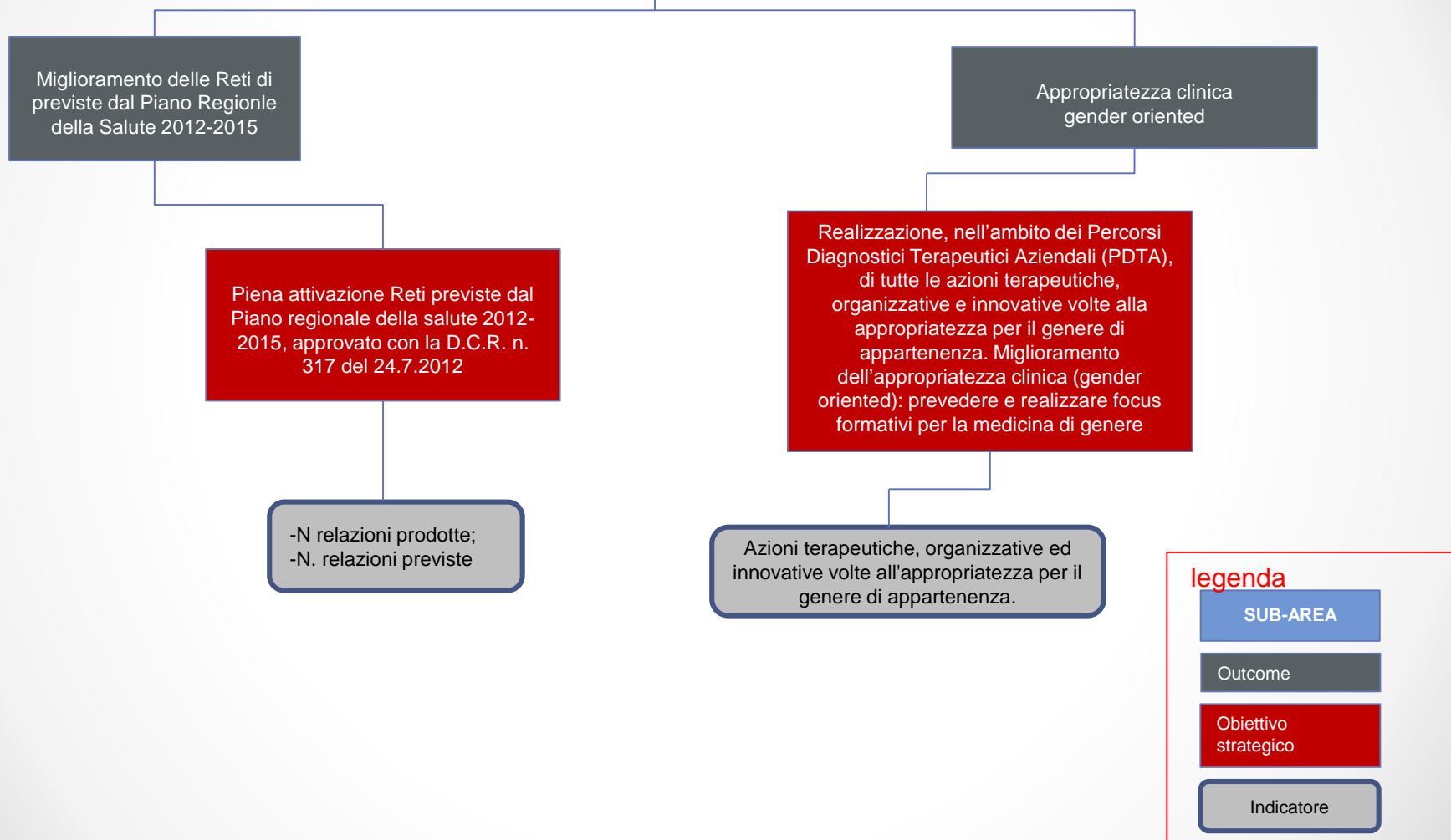
OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI



OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI



OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI



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

ARMONIZZAZIONE CONTABILE

Rispetto della normativa prevista in materia di approvazione dei bilanci

Rispetto dei tempi previsti dal D.Lgs.118/2011 in materia di adozione ed approvazione del bilancio di esercizio

tempi previsti dal D.Lgs.118/2011 in materia di adozione ed approvazione del bilancio di esercizio

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE

Controllo cartelle cliniche (CEA)

Valutazione appropriatezza cartelle cliniche

n. cartelle cliniche dimessi controllate secondo quanto previsto dal DM 10.12.2009

Sicurezza per il paziente e l'operatore

Gestione del rischio clinico

Elaborazione e invio in Regione del Piano di previsione delle attività di Risk Management

Piano Aziendale di prevenzione del Rischio Clinico

Elaborazione e invio in Regione della Relazione di attuazione delle attività di Risk Management

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

legenda

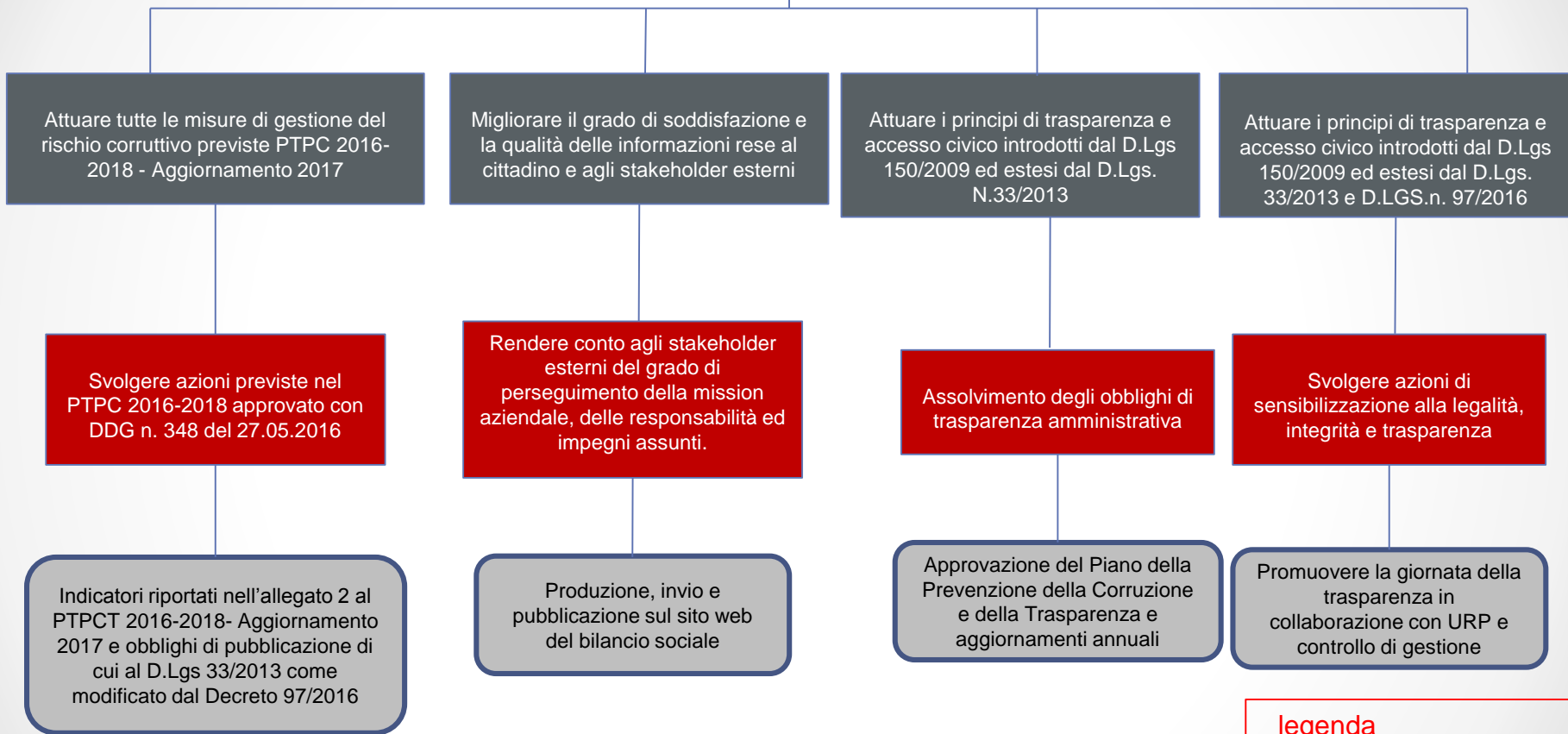
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE

Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità

Prevenire il rischio di corruzione nell'attività amministrativa dell'ente con azioni di prevenzione e contrasto dell'illegalità

Piano di prevenzione della corruzione

Elaborazione, approvazione e pubblicazione della relazione annuale di attuazione del Piano di prevenzione della corruzione

Relazione annuale di attuazione del Piano di Prevenzione della Corruzione

Attuare gli adempimenti previsti in capo ai responsabili di struttura nei confronti del RPC nel cronoprogramma delle competenze

Grado di attuazione degli adempimenti previsti entro i termini

Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti nei settori a rischio

Elaborazione del programma delle procedure di selezione e formazione dei dipendenti entro il 31 maggio

Attuazione del programma di formazione rivolto ai dipendenti delle aree a rischio e al RPdC

n. eventi formativi realizzati entro il 30 novembre (almeno 1 corso-base per i dipendenti delle aree a rischio)

Percorso formativo per l' RPdC

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

PARTE QUARTA

Ciclo di gestione della performance

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

- Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano;
- Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio;
- Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance;
- Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance
- Collegamento tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance

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 2017 e pluriennale 2017-2019;
 - ❖ 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 Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2016-2018 –Aggiornamento 2017

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

-
- Per rendere stringente l'integrazione tra performance e prevenzione della corruzione, il presente Piano della Performance assume le misure contenute nel PTPC 2016-2018-Aggiornamento 2017, 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, 2015 e 2016 ha previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance organizzativa e individuale dei dirigenti nel campo della prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza.
 - Nell'ottica della integrazione e coerenza dei predetti strumenti programmatori, richiamata anche nel Piano Nazionale Anticorruzione, nel Piano della Performance 2016 – 2018-Aggiornamento 2017 sono stati previsti obiettivi, indicatori e target che trovano piena corrispondenza nelle principali misure di gestione del rischio corruttivo e di trasparenza.
 - La normativa sulla trasparenza (art. 10 comma 6 del D. Lgs 33/2013) prevede specifiche iniziative finalizzate alla diffusione della conoscenza dei contenuti del Piano e della Relazione sulla Performance tra le associazioni di utenti, stakeholders ed a ogni altro osservatore qualificato, anche attraverso l'organizzazione di apposite **Giornate della Trasparenza**. A tal proposito l'ASP nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ha previsto l'organizzazione di eventi volti a sensibilizzare il contesto interno ed esterno rispetto ai temi della legalità, trasparenza, integrità e contrasto alla corruzione in ambito sanitario.

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- Aggiornamento 2017 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 AGGIORNAMENTO ANNO 2017

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	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%	99,0%	98,00%	> 95%	> 95%	DGR 364/2016
2	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura 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%	92,00%	> 90%	> 90%	DGR 364/2016
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	=	98,0%	98%	> 97%	> 97%	DGR 364/2016
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	=	88%	88,00%	>97%	>97%	DGR 364/2016
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 anni vaccinati per HPV/N.12 anni residenti	=	87%	80,00%	> 97%	> 97%	DGR 364/2016
6	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%	9,63%	15,22%	> 8%	> 8%	DGR 364/2016



**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
7	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	=	100,00%	100,00%	100%	100%	DGR 364/2016
8	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	=	52,90%	41,90%	100%	100%	DGR 364/2016
9	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	=	=	100,00%	≥ 90%	≥ 90%	DGR 364/2016
10	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 364/2016
11	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale(piano nazionale residui	% percentuale di campioni analizzati	per il calcolo si fa riferimento al piano di campionamento previsto dalla normativa vigente	=	=	SI	SI	SI	DGR 364/2016
12	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari	% aziende registrate	n. aziende registrate d'ufficio/n. aziende censite	=	=	100%	≥ 90%	≥ 90%	DGR 364/2016

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018 AGGIORNAMENTO ANNO 2017

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
13	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 364/2015	52,34%	64,90%	68,45%	>80%	>80%	DGR 364/2016
14	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 364/2015	94,25%	106,70%	104,60%	>95%	>95%	DGR 364/2016
15	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	EMERGENZA URGENZA	Appropriatezza organizzativa (118)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	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	=	24,83 minuti	21,68 minuti	<20 minuti	<20 minuti	DGR 364/2016
16	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	348,76	361,51	<180	<180	DGR 364/2016
17	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	27,47	27,97	< 20	< 20	DGR 364/2016
18	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	41,29	40,65	< 40	< 40	DGR 364/2016

**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
19	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	7,66	8,14	8,88	>7	>7	DGR 364/2016
20	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%	25,36%	25,49%	< 27%	< 27%	DGR 364/2016
21	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%	0,58%	1,11%	> 2	> 2	DGR 364/2016
22	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%	13,41%	12,12%	< 8%	< 8%	DGR 364/2016
23	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%	24,45%	23,43%	< 20	< 20	DGR 364/2016
24	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	Spesa farmaceutica territoriale/FSR	scheda AIFA (tabella DRG 364/2015)	13,16%	11,67%	11,89%	≤11,35%	≤11,35%	DGR 364/2016

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018 AGGIORNAMENTO ANNO 2017

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
25	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci biosimilari	% utilizzo farmaci biosimilari	modalità di calcolo previste dalla scheda AIFA	=	11,88%	18,96%	> 40%	> 40%	DGR 364/2016
26	FARMACEUTICA TERRITORIALE	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	=	0,76	77,05%	>90 %	>90 %	DGR 364/2016
27	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 2016	Assenza di "warning" (ovvero "warning risolti tempestivamente"); Rispetto scadenze di aggiudicazione	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 364/2016
28	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie	Tempestività nei pagamenti della SSR	tempi di pagamento da parte degli enti del SSR ai fornitori di cui al D.Lgs. 192/12	indicatore di cui al DPCM 22.09.2014	=	=	=	≤ 0	≤ 0	DGR 364/2016
29	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 DRG 364/2015	=	=	valutazione positiva	valutazione positiva	valutazione positiva	DGR 364/2016



**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
30	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	DGR 364/2016
31	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	DGR 364/2016
32	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	AUTORIZZAZIONE STRUTTURE	Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche DGR 662/2015	N documentazione prodotta/ n.documentazione da produrre	Inoltro degli atti richiesti ai fini del raggiungimento del 100% delle autorizzazioni definitive di cui allaDRG 364/2015	=	=	SI	SI	SI	DGR 364/2016
33	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Predisposizione del PAL	Aggiornamento del PAL	n. documenti prodotti	=	=	SI	aggiornamento annuale del PAL	aggiornamento annuale del PAL		DGR 364/2016
34	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Appropriatezza organizzativa	Completamento dell'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 364/2016



**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
35	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%	DGR 364/2016
36	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	DGR 364/2016
37	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	DGR 364/2016
38	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)	NO	SI	SI	OPINIONE POSITIVA	OPINIONE POSITIVA	DGR 364/2016

**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
39	DIREZIONE STRATEGICA	ARMONIZZAZIONE CONTABILE	Rispetto della normativa prevista in materia di approvazione dei bilanci	Rispetto dei tempi previsti dal D.Lgs.118/2011 in materia di adozione ed approvazione del bilancio di esercizio	tempi previsti dal D.Lgs.118/2011 in materia di adozione ed approvazione del bilancio di esercizio	data di consegna della delibera di adozione del bilancio di esercizio	SI	SI	SI	30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	DGR 364/2016
40	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Controllo cartelle cliniche (CEA)	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	cartelle cliniche dimessi controllate secondo quanto previsto dal DM 10.12.2009	n.cartelle cliniche controllate/n. dimessi *100	=	SI	SI	SI	SI	DGR 364/2016
41	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Piano aziendale di prevenzione 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	DGR 364/2016
42	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale		=	SI	SI	SI	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	DGR 364/2016
43	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	DGR 364/2016



**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
44	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)	DGR 364/2016
45	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013 e D.LGS.n. 97/2016	Assolvimento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Approvazione del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e aggiornamenti annuali	=	=	=	SI	SI	SI	D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) e D.LGS.n. 97/2016
46	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare tutte le misure di gestione del rischio corruttivo previste PTPC 2016-2018 - Aggiornamento 2017	Svolgere azioni previste nel PTPC 2016-2018 approvato con DDG n. 348 del 27.05.2016	Indicatori riportati nell'allegato 2 al PTPCT 2016-2018- Aggiornamento 2017 e obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs 33/22017 come modificato dal Decreto 97/2016 Indicatori riportati nell'allegato 2 al PTPCT 2016-2018- Aggiornamento 2017 e obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs 33/22017 come modificato dal Decreto 97/2016	=	=	=	SI	SI	SI	PTPC 2016-2018
47	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013 e D.LGS.n. 97/2016	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Promuovere la giornata della trasparenza in collaborazione con URP e controllo di gestione	=	=	=	SI	SI	SI	art.11, co2,D.LGS 150/2009-D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) - D.LGS.n. 97/2016 - Delibera CIVIT n.105/2010



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 2

STANDARD DI QUALITA' DEI SERVIZI CON RIFERIMENTO ALLA PERCEZIONE DELL'UTENZA

Premessa

La scheda di budget dell'anno 2016 della UOSD "URP Comunicazione" riporta all'obiettivo 11 l'elaborazione degli Standard di Qualità dei Servizi con riferimento alla percezione dell'utenza, prevedendo la presentazione di una bozza degli standard entro Ottobre 2016 e predisposizione del provvedimento di adozione entro l'anno 2016.

Pertanto quello che segue è una proposta che è stata sottoposta già alla valutazione della Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione dei vari Servizi interessati.

La normativa nazionale in tema di qualità

Negli ultimi venti anni si è susseguita una serie considerevole di direttive e decreti aventi quale oggetto il tema della qualità dei servizi e degli strumenti per la valutazione della stessa.

1. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: "Principi sull'erogazione dei Servizi Pubblici";
2. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994: "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico";
3. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995: "Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini della emanazione degli schemi generali di riferimento di Carte dei servizi";
4. Decreto Legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, art.11 "Qualità dei servizi pubblici e Carte dei servizi";
5. Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini";
6. Direttiva del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione per una pubblica amministrazione di qualità del 19 dicembre 2006.

Già con la prima direttiva del 1994, venivano introdotti con riferimento ai servizi pubblici, i principi cui deve essere uniformata progressivamente l'erogazione dei servizi pubblici individuandoli in : **eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione e efficienza ed efficacia**. Figurano inoltre in questa direttiva i concetti di standard di qualità e quantità delle prestazioni rese dai soggetti erogatori, la valutazione della qualità dei servizi, tra cui la valutazione da parte degli utenti .

La Direttiva dell'Ottobre del 1994, che definisce i principi per l'istituzione degli uffici per le relazioni con il pubblico (URP), attribuisce agli stessi, tra le altre cose, il compito di "rilevare sistematicamente i bisogni ed il livello di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati".

Con il DPCM del maggio 1995, il legislatore provvede ad emanare uno schema generale di riferimento per le carte dei servizi sanitari, intese quali strumenti di tutela del cittadino-utente, in conformità con i principi dettati dalle precedenti due direttive. E' il decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999 che al Capo III "Qualità dei servizi pubblici e carte dei servizi", art.11 "Qualità dei servizi pubblici" estende ai servizi pubblici nazionali e locali gli strumenti di tutela dei cittadini e gli utenti quali le carte dei servizi e gli standard di qualità.

Occorre attendere il 2004, quando con la Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini", viene fatto il punto in merito alla rilevazione della qualità percepita da parte dei cittadini (indagine di customer satisfaction), allo scopo di promuovere metodi di rilevazione sistematica della stessa, la pianificazione dei conseguenti interventi di miglioramento sui servizi valutati, lo sviluppo all'interno delle singole amministrazioni della cultura della misurazione e del miglioramento continui, nonché la creazione delle specifiche competenze professionali necessarie a progettare e gestire le indagini sulla qualità percepita.

La spinta normativa ha poi subito una forte accelerazione in concomitanza con il decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 " Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

Il decreto infatti, che pone al centro il tema della valutazione delle performance organizzativa e individuale (valutazione dei dirigenti e del personale), nell'introdurre un livello valutativo inerente tutta l'organizzazione, richiama esplicitamente la centralità del tema della valutazione della qualità dei servizi, Assurgendola a vero e proprio parametro di valutazione.

Succedono al decreto, da parte della Civit, in particolare per quanto riguarda il tema della qualità , la delibera n.88/2010: "Linee guida per la definizione degli standard di qualità (articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198)", la Delibera n. 3/2012 Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici (standard di qualità), le quali definiscono l'impostazione metodologica da seguire per la valutazione della performance organizzativa.

Tra il 2012 e il 2013 le norme in tema di anticorruzione e trasparenza riprendono, anche da altri punti di vista, il tema della qualità prevedendo, in particolar modo il decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle "pubbliche amministrazioni" , l'obbligo di pubblicazione della Carta dei servizi contenente gli standard di qualità.

La normativa nazionale nel settore sanitario.

Nel settore della sanità , con riferimento agli ultimi 20 anni , il settore della qualità è stato al centro di numerosi provvedimenti normativi tenuto conto anche della delicatezza dei servizi sanitari e dell'impatto che hanno sull'utente. A porre le basi sul tema della qualità ed in particolar modo sugli aspetti della qualità percepita quali, la personalizzazione, l'umanizzazione ,l'informazione ecc. è senza dubbio il **Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502** e sue successive modificazioni e integrazioni (Riordino della disciplina in materia sanitaria).

Il D. L.vo n.502/92 dedica un intero articolo 14, ai temi della qualità in rapporto con il cittadino ; in particolare:

- prevede la definizione di un sistema nazionale di indicatori per la misurazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione , alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione;
- pone a carico delle aziende sanitarie l'obbligo di attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso;

- impegna le aziende sanitarie a rilevare ed analizzare i segnali di disservizio ed individua le figure responsabili dell'adozione delle misure necessarie per rimuovere i disservizi;
- assicura la consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni di tutela dei diritti, sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità.

Successivamente con **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 Maggio 1995**, in applicazione del DPCM 27 Gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", viene approvato uno Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari che ricomprende quanto previsto dalla normativa precedente sopra indicata : informazione sui servizi erogati e modalità di accesso, standard di qualità e impegni, tutela del cittadino e forme di partecipazione al miglioramento dei servizi; più in particolare lo schema di riferimento proposto prevede alla sezione terza l'indicazione degli standard di qualità, gli impegni e i programmi volti al miglioramento della qualità del servizio.

L'anno successivo, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 14 del Decreto Legislativo n. 502/92, viene emanato il **Decreto del Ministero della Sanità 15 Ottobre 1996**, con il quale vengono approvati gli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. Di seguito riportiamo una tavola riassuntiva degli indicatori suddivisi per area assistenziale.

	Ass. Collett. Amb. Vita e lavoro	Ass. Sanitaria di base	Ass. Special. Semires e territ	Assistenza Ospedaliera	Assist. Sanit residenz.	Aspetti generali
Personalizzazione/ Umanizzazione		6	5	86	4	
Diritto all'informazione	1		2	5	2	2
Prestazioni alberghiere			1	18	16	
Aspetti della prevenzione	3	1		2		3
Totale generale = 79	4	7	8	33	22	5

Il **DM 12.12.2001** per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, prevede un set di indicatori fra i quali tre per la verifica di qualità del processo :

- percentuale di segnalazioni e/o reclami relativi ai tempi di attesa;
- percentuale di strutture dotate di protocolli di dimissione protetta;
- percentuale di UU.OO. di degenza che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi.

Da quanto sopra emerge che nel settore della sanità già prima del D. L.vo n.150/2009 il tema della qualità e degli strumenti per monitorarla (Standard e impegni) , era stato già sufficientemente sviluppato , fornendo quindi una serie di indicazioni alle quali le aziende Sanitarie possono fare riferimento .

La normativa regionale e il contesto ASP di riferimento.

La Basilicata nelle leggi regionali del settore sanitario riprende quanto previsto dalla normativa nazionale , prevedendo gli strumenti volti al controllo di qualità e a garantire la partecipazione e tutela degli utenti nei servizi sanitari.

Più in particolare la **Legge Regionale 31 Ottobre 2001, n.39 "Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale "** prevede :

- all'art. 45 Controlli di qualità fra gli indicatori da utilizzare anche quelli " del grado di soddisfazione dell'utenza, sulla base dei dati forniti dagli Uffici per le relazioni con il pubblico, nonché sulla base della consultazione delle organizzazioni sindacali, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti";
- all'art.46 punto 4 . Le Aziende Sanitarie approvano e aggiornano al Carta dei Servizi e adottano il regolamento di pubblica tutela.....
La carta dei Servizi definisce gli impegni e prevede gli standard generali e specifici cui i servizi devono attenersi".

Successivamente la Basilicata con DGR n. 2753 del 2005 approva il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e nella macroarea **Diritto del paziente** prevede otto elementi da tenere in considerazione:

Carta dei Servizi, Accesso, informazione, Consenso, Reclamo, Privacy, Comfort e Ascolto.

Per quanto riguarda il contesto della nostra ASP possiamo dire che il tema della qualità è stato sempre centrale all'interno dei principi ispiratori e della pratica dei servizi sanitari; con riferimento specifico poi alla qualità dal punto di vista del cittadino , l'ASP dagli anni della sua istituzione (2009) ha provveduto a:

- a pubblicare la prima **Edizione della Carta dei Servizi (Anno 2011)** con una Terza Sezione dedicata agli impegni e standard nei settori : *tempestività e altri fattori legati al tempo, semplicità delle procedure di accesso e amministrative, comunicazione e informazione ,aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza nelle strutture sanitarie, aspetti legati alle strutture fisiche ed alla logistica, aspetti legati alla personalizzazione e all'umanizzazione del trattamento sanitario, aspetti alberghieri e comfort, tutela ascolto e verifica;*
- ad approvare il **Regolamento di Pubblica Tutela (Anno 2010)** al fine di garantire la tutela del cittadino nei confronti di atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni sanitarie garantite dalla ASP con pubblicazione sul Sito aziendale del Report annuale sull'andamento dei reclami;
- a programmare e svolgere annualmente in un servizio della ASP una **Indagine sulla soddisfazione degli utenti** con pubblicazione sul Sito Aziendale, rientrando anche negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016 ;
- a predisporre e pubblicare annualmente sul Sito Aziendale il **Bilancio Sociale** quale strumento di rendicontazione , rientrando anche questo negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016 ;
- a sottoscrivere **protocolli di intesa** con le Associazioni di volontariato e di tutela maggiormente rappresentative (Anno 2016 – Protocollo d'intesa fra ASP e Cittadinanzattiva-TDM).

Gli Standard di qualità dei servizi sanitari dell'ASP .

Di seguito viene riportata una prima proposta di standard di qualità che è stata sottoposta già alla valutazione della Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione dei vari Servizi interessati.

Precisiamo che la proposta riguarda gli standard di qualità sugli aspetti che di solito possono essere valutati dall'utente e che vengono pubblicati nella Carta dei Servizi; vengono esclusi pertanto gli standard riguardanti gli aspetti tecno-professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie.

Che cosa sono gli standard di qualità.

Gli standard di qualità sono obiettivi dichiarati dall'Azienda Sanitaria e costituiscono un impegno da rispettare nei confronti del cittadino sul tema della qualità del servizio sanitario. Per questo devono essere dichiarati pubblicamente all'interno della **Carta dei Servizi**, in modo da essere conosciuti dall'utente e devono essere formulati in modo comprensibile.

Di seguito si riporta un prospetto per spiegare la tabella riepilogativa degli standard, precisando che gli stessi riguardano le aree e gli aspetti ritenuti di maggiore rilevanza in ambito di qualità nell'offerta dei servizi ai cittadini ,così come in appresso specificati:

- *Aspetti relazionali;*
- *Personalizzazione e Umanizzazione;*
- *Informazione e comunicazione;*
- *Tempi e accessibilità;*
- *Struttura e logistica;*
- *Aspetti burocratico amministrativi;*
- *Tutela, ascolto e verifica.*

VOCE TABELLA	DEFINIZIONE/SPIEGAZIONE
Obiettivo di Qualità/Impegno	Descrive l'obiettivo di qualità/impegno assunto dall'Azienda su quella particolare area o dimensione (aspetti relazionali, umanizzazione, informazione , ecc.)
Indicatore	E' la misura di riferimento , qualitativa o quantitativa, che consente di valutare l'esito sullo specifico Obiettivo di qualità/impegno , assunto dall'Azienda.
Standard	Lo standard è il valore atteso per l'indicatore , da intendersi come l'obiettivo cui tende l'Azienda . Lo standard può essere quantitativo(espresso con un numero o una %) o qualitativo (espresso con un impegno o programma aziendale)
Strumenti di verifica	E' la modalità utilizzata per valutare l'attuazione dell'obbiettivo di qualità/impegno assunto
Struttura tenuta alla verifica	Struttura a cui compete la verifica dello standard

Allegato " Standard di qualità con riferimento alla percezione dell'utenza"

ASPETTI RELAZIONALI

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
1. Garantire la riconoscibilità del personale che svolge servizio al pubblico	N. personale dotato del cartellino di riconoscimento /N. totale del personale	100% del personale	Verifiche mediante controlli periodici Monitoraggio delle segnalazioni/Reclami	Direttori Distretti della Salute, Dipartimenti URP/Comunicazione
2. Garantire il miglioramento dei rapporti tra gli utenti ed il personale ad immediato contatto con essi	N. reclami per aspetti relazionali/N. totale dei reclami Corsi di formazione sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza	Decremento % reclami sugli aspetti relazionali Almeno 1 iniziativa di formazione all'anno sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza	Monitoraggio segnalazioni/Reclami Monitoraggio iniziative di formazione	URP/Comunicazione Formazione e aggiornamento

UMANIZZAZIONE, PERSONALIZZAZIONE E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
3. Garantire le cure necessarie per il contenimento della sofferenza	Procedura per accedere a terapie palliative, terapie del dolore sia in ambito	Presenza documenti informativi ai pazienti sulla terapia palliativa e	Monitoraggio procedura per accedere a terapie palliative, terapie del	Direttori/Responsabili delle UU.OO. interessate

	residenziale che nei servizi territoriali.	del dolore, sia in ambito residenziale che territoriale	dolore.	UOC Cure domiciliari e palliative
	Corsi di formazione sulla terapia del dolore e cure palliative e umanizzazione del fine vita	Almeno 1 Corso di formazione all'anno sulla terapia del dolore e palliative e umanizzazione del fine vita	Monitoraggio iniziative formative	Formazione e aggiornamento
	N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative necessarie in ambito residenziale	100% dei pazienti	Monitoraggio terapie palliative, terapie del dolore. Verifica a campione cartella clinica	Direzione Distretti della Salute
	N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative richieste nel Servizio ADI	100% dei pazienti	Monitoraggio terapie palliative, terapie del dolore. Verifica a campione cartella clinica	UOC Cure domiciliari e palliative
4. Garantire quanto necessario per l'umanizzazione e per il rispetto della privacy nel momento della morte	Procedura che garantisca il rispetto della persona e chi gli è vicino negli ultimi momenti della vita;	Presenza procedura in tutti i Presidi Ospedalieri Distrettuali (POD)/Hospice	Monitoraggio delle procedure e delle strutture	Direzioni Distretti della Salute
	Procedura di presa in carico della salma;	Presenza procedura in tutti i POD /Hospice		
	Presenza stanza dedicata al commiato;	Esistenza stanza in tutti i POD		
5. Garantire a pazienti fragili o	Esistenza di Protocolli di	Esistenza di Protocolli di	Monitoraggio delle	Direzione Distretti

con bisogni complessi, la continuità assistenziale attraverso protocolli di dimissione protetta, tra ASP e AO San Carlo, che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali	dimissione protetta concordati con i servizi territoriali (ADI, RSA, Lungodegenze , ecc.)	dimissione protetta nel 100% dei PP.OO.	procedure e modalità applicativa	della Salute, Dipartimento post-acuzie, UOC Cure domiciliari e palliative.
6. Garantire, al momento della dimissione, la consegna ad ogni utente ricoverato nei POD della relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta	N. dimissioni con relazione sanitaria/ su numero delle dimissioni	100% delle dimissioni	Monitoraggio cartelle cliniche	Dipartimento post-acuzie.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
7. Garantire una piena e costante informazione ai cittadini sui servizi sanitari e sulle modalità per l'accesso	a) Esistenza di URP e numero telefonico dedicato all'informazione b) Presenza Sito Aziendale con informazioni aggiornate sui servizi e le prestazioni	a) presenza di URP e numero telefonico b) presenza Sito Aziendale contenente informazioni sempre aggiornate	Monitoraggio attività informativa URP Monitoraggio richieste per aggiornamento Sito	URP Comunicazione Sito Aziendale
8. Garantire al paziente all'atto del ricovero nei POD una completa informazione sul presidio e sul reparto di ricovero	a) Presenza di opuscolo informativo sul POD completo di foglio di accoglienza di reparto riportante le notizie utili al paziente; b) Presenza di manifesti affissi in reparto riportante informazioni	a) Distribuzione del 100% dei ricoverati dell'opuscolo informativo/foglio di accoglienza b) Presenza manifesti affissi in tutti reparti.	Monitoraggio periodico nei reparti.	Direzioni Distretti della Salute, Direttori/responsabili UU.OO. di ricovero

	su: nominativi del personale, orario di ricevimento dei medici, orario di visita in reparto, norme per i visitatori.			
9. Garantire una comprensibile informazione per le pratiche sanitarie e per la corretta acquisizione del consenso informato da parte del paziente o di chi per esso	Esistenza di una procedura relativa al consenso informato del paziente	Consegna della modulistica al 100% dei pazienti interessati con le modalità previste dalla procedura	Monitoraggio cartelle cliniche	Direzione Distretti della Salute
10. Garantire l'informazione agli utenti sull'orario dell'attività ambulatoriale della medicina generale e sulle forme di medicina associativa	a) Presenza all'ingresso degli studi dei medici di un cartello indicante l'orario di apertura b) Presenza presso gli studi di un cartello indicante i nominativi dei medici associati e numero di telefono	Affissione sul 100% degli studi, dell'orario di apertura ambulatoriale Affissione del cartello sul 100% degli studi interessati	Verifica a campione Verifica a campione	UOC Cure Primarie



TEMPI E ACCESSIBILITA'

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
11.Garantire per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto, il tempo massimo previsto dai regolamenti regionali su base aziendale(30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni strumentali)	N. prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto assicurate nei tempi massimi previsti/N. totale prime visite richieste/prenotate.	90% sia su prestazioni specialistiche che diagnostiche	Sistema di monitoraggio tempi di attesa	Responsabile monitoraggio tempi di attesa
12. Garantire per la consegna dei referti il rispetto dei 5 giorni max, salvo particolari esami	N. referti consegnati entro 5 giorni/N. totale referti consegnati escluso tipologie particolari	100% referti consegnati entro 5 giorni	Monitoraggio tempi di risposta dei referti di diagnostica di laboratorio e del Servizio di Radiologia dei POD	Direzioni Distretti della Salute
13. Garantire la possibilità di prenotare e/o disdire telefonicamente le prestazioni specialistiche e diagnostiche	Esistenza di un CUP che assicuri le prenotazioni telefoniche su tutta l'ASP, salvo eccezioni dovute a particolari necessità tecniche.	Presenza di un CUP per prenotare telefonicamente tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche.	Monitoraggio delle prenotazioni telefoniche CUP	Direzioni Distretti della Salute
14.Garantire pubblicità sulle modalità e i tempi di consegna copia della cartella clinica per i pazienti ricoverati nei POD (max 10 giorni)	a) Informazioni riportate su opuscoli accoglienza del Presidio e sul Sito Aziendale b) N. copie cartelle cliniche consegnate entro 10 giorni dalla richiesta / N. totale richieste	a) Consegna opuscolo informativo al 100 % dei ricoveri e presenza scheda informativa sul Sito b) 100% delle richieste da evadere entro 10 giorni	a) Verifica informazioni riportate su fogli accoglienza e sito web b) Monitoraggio tempi di consegna	Direzione Distretti della Salute.
15.Garantire l'attivazione del Piano assistenziale nelle Cure Domiciliari di I,II,III livello entro 5 giorni dall'arrivo della richiesta	N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati	80% dei Piani avviati entro i tempi previsti	Monitoraggio dei Piani assistenziali	UOC Oncologia critica Territoriale ADI
16.Garantire l'attivazione del Piano assistenziale a pazienti in Cure Domiciliari Palliative entro 3 giorni dall'arrivo della richiesta	N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati	80% dei Piani avviati entri i tempi previsti	Monitoraggio dei Piani assistenziali	UOC Oncologia critica Territoriale ADI

STRUTTURA E LOGISTICA

OBIETTIVI DI QUALITA' / IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
17. Garantire facilità di accesso alle strutture attraverso una segnaletica adeguata e comprensibile	Idonea segnaletica in tutte le strutture	Presenza di idonea segnaletica	Monitoraggio adeguamento e/o incremento segnaletica esterna e interna Monitoraggio segnalazioni/reclami	Direzione Distretti della Salute URP Comunicazione
18. Garantire l'accesso fisico alle strutture sanitarie da parte dei portatori di handicap o cittadini fragili	Non presenza nelle strutture sanitarie di barriere architettoniche	100% delle strutture	Monitoraggio periodico	Direzione Distretti della Salute

ASPETTI BUROCRATICO AMMINISTRATIVI

OBIETTIVI DI QUALITA' / IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
19. Garantire la facilitazione di procedure amministrative/sanitarie complesse	a) Predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse; b) Possibilità di scaricare la modulistica dal Sito Aziendale	Predisposizione di fogli informativi su n. __2__ procedure ad es. : richiesta per protesica, attivazione ADI, ecc.	Verifiche annuali	Direzione Distretti della Salute

TUTELA- ASCOLTO -VERIFICA

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
20.Garantire la tutela dei cittadini attraverso una procedura per la gestione dei reclami , che assicuri la risposta in un tempo non superiore a 30/45 giorni, salvo casi che presentano caratteristiche di complessità	Esistenza di procedura per la gestione dei reclami	Risposta al 100 % degli utenti che hanno presentato reclami con le modalità previste dalla procedura e pubblicazione Report sul Sito Aziendale	Report annuale classificazione e analisi dei reclami con monitoraggio tempi di risposta ed esiti.	URP Comunicazione
21. Effettuare nei servizi sanitari la rilevazione della soddisfazione/gradimento degli utenti	Effettuazione di una indagine sulla qualità percepita dagli utenti su un servizio scelto annualmente	Almeno una indagine all'anno con pubblicazione del Report sul Sito Aziendale	Report finale indagine pubblicato sul Sito Aziendale	URP Comunicazione
22.Mettere a disposizione delle Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa, nei limiti delle possibilità spazi dedicati per attività di accoglienza e informazione	Spazi dedicati per Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa	Presenza di spazi dedicati	Monitoraggio annuale	Direzioni Distretti della Salute