



Servizio Sanitario Regionale Basilicata  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2015/00769

DEL 13/11/2015

Collegio Sindacale il 13/11/2015

### OGGETTO

Piano Aziendale della Performance 2015-2017: Adeguamento del Piano a seguito dell'adozione della DGR n. 662/2015 recante l'approvazione degli "obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria per le ASL e A.O. regionali - anno 2015".

Struttura Proponente

Budget e Controllo di Gestione

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
Piano della Performance 2015-2017	100	Indicatori PdP 2015-2017	11

### Uffici a cui notificare

Direzione Amministrativa	Direzione Sanitaria
Segreteria Direzionale	Sviluppo delle Risorse
Internal Audit ed Attività Ispettive	Comunicazione e Relazioni Esterne - (LAG)
Budget e Controllo di Gestione	

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 13/11/2015

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

Premesso che l'art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche redigono, nell'ambito di sviluppo del Ciclo della Performance, un documento programmatico triennale, aggiornato annualmente, denominato "Piano della Performance", da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio entro il 31 gennaio;

**Preso Atto** che il Piano della Performance individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Ente;

**Considerato che:**

- **L'Azienda, nell'anno 2015, è stata interessata dal rinnovo dei vertici direzionali aziendali, avviato con la nomina, in data 13.1.2015, del nuovo Direttore Generale da parte del Presidente della Regione Basilicata, e dalla nomina dei Direttori Amministrativo (giusta DDG n. 251 del 27/04/2015) e Sanitario (giusta DDG 250 del 27/04/2015).**
- **con DDG n. 43 del 30/01/2015, è stato approvato il Piano Aziendale Triennale della Performance 2015-2017;**
- **con DGR n. 662 del 19/05/2015 la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria a valere per il triennio 2015-2017;**
- **con DDG 363/2015, come modificata ed integrata con DDG 389/2015, è stato approvato il documento di direttive 2015, che recepisce gli obiettivi di mandato e quelli della DGR 662/2015 al fine di realizzare il necessario raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione e del budget in aderenza ai contenuti ed alle scelte di pianificazione adottate dalla Regione Basilicata e dall'Azienda.**
- **Gli obiettivi strategici aziendali e quelli regionali, assegnati all'ASP per l'anno 2015, sono stati tradotti in obiettivi operativi nell'ambito del processo di negoziazione del budget 2015;**
- **Il Piano della Performance è uno strumento dinamico che richiede adeguamenti periodici al fine di garantire un raccordo permanente e tempestivo con gli atti di programmazione regionale ed aziendale.**

**Ritenuto**, pertanto, di dover procedere all'adeguamento del Piano della Performance 2015-2017 e del Piano degli Indicatori di Performance, alla luce dei nuovi obiettivi regionali e aziendali, riapprovandoli nel testo predisposto dalla UOC Controllo di gestione e allegati al presente provvedimento;

**Con i pareri favorevoli** espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

## **D E L I B E R A**

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

**Riadottare il Piano Aziendale della Performance e il relativo Piano degli Indicatori di Performance per il triennio 2015-2017**, allegati al presente provvedimento quali parte integrante e sostanziale, adeguati con le modifiche ed integrazioni che si è reso necessario apportare a seguito dell'approvazione degli obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria assegnati all'ASP per l'anno 2015;

**Disporre** la pubblicazione della nuova versione del Piano sul sito istituzionale nella sezione "**Trasparenza, Valutazione, Merito**" a cura del Dirigente Responsabile della Trasparenza, dott. Bavusi;

**Disporre**, altresì, la notifica del presente atto al Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione a cura del dell'Ufficio Sviluppo delle Risorse

>

---

L'Istruttore

---

Il Responsabile Unico del Procedimento

Nicola Mazzeo

---

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 2015 – 2017

Aggiornamento Settembre 2015



# Indice

---

- **Presentazione del Piano della Performance**
- **Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni**
  - Chi siamo
    - Articolazione dell'ASL di Potenza
    - Assetto Organizzativo Aziendale, Organigramma,
- **L'Amministrazione «in cifre»**
  - I servizi sanitari erogati;
  - Le risorse professionali;
  - Principali dati economico finanziari

# Indice

---

- **Analisi del contesto**
  - Analisi Demografica
  - Analisi Epidemiologica
  - Analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera della popolazione residente
  - Framework economico
  
- **Albero della Performance**
  - Articolazione della Missione
  - Outcome, Obiettivi Strategici, Indicatori
  
- **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
  
- **Allegati: Piano triennale degli indicatori 2015-2017** (aggiornamento Ottobre 2015)

# Presentazione del Piano della Performance

---

## Il Piano della Performance

- Il presente **Piano della Performance**, è redatto in attuazione di quanto previsto dal D.lgs. n.150 del 2009 in materia di trasparenza e integrità della Pubblica Amministrazione e della delibera CIVIT (oggi ANAC) n.112/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance.
- Il **Piano** è il documento programmatico triennale aziendale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto dei vincoli di bilancio, sono definiti gli obiettivi, gli indicatori ed i target, per le diverse aree strategiche aziendali, su cui si baserà la misurazione e la valutazione della performance.
- Il **Piano** ha lo scopo - anche attraverso l'integrazione con gli altri strumenti di programmazione dell'Azienda - di potenziare il sistema di governo integrato aziendale, accrescere il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori dell'Azienda, assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

# Presentazione del Piano della Performance

## Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

### Piano della Performance, Budget Generale e Budget Operativo

La redazione del **Piano** rappresenta un'importante occasione di autovalutazione e di miglioramento del proprio modo di agire e costituisce un'opportunità di confronto con i cittadini e le Istituzioni allo scopo di migliorare le nostre attività e rispondere in modo sempre più adeguato alle attese dei nostri utenti.

Il **Piano** è uno strumento dinamico che richiede adeguamenti periodici, di norma annuali, necessitati dall'esigenza di garantire un raccordo permanente e tempestivo con gli atti di programmazione regionale ed aziendale. In particolare, esso è strettamente collegato agli obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria, al Documento di Direttive, ai contenuti del budget operativo.

Le schede per la valutazione dirigenziale di budget sono pubblicate sul sito internet aziendale nella sezione "Budget e Controllo di Gestione" subito dopo il completamento del processo di negoziazione.

Pertanto, formano parte integrante sostanziale del **Piano**, il Documento di Direttive e le schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale nell'ambito del processo di negoziazione del budget operativo relativo alle annualità del triennio di riferimento.

Le schede di budget sono state approvate con DDG n. 535 del 10/08/2015 (modificata con DDG n. 542 del 14/08/2015)



# Presentazione del Piano della Performance

## Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

### Documento di Direttive

L'ASP nel 2015 è stata interessata dal processo di rinnovo dei vertici direzionali aziendali, avviato con la nomina, in data 13.01.2015, del nuovo Direttore Generale da parte del Presidente della Regione Basilicata, e che si è concluso con la nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario (rispettivamente con DDG n. 251 del 27/04/2015 e DDG n. 250 del 27/04/2015). Inoltre, nel corso dell'anno si è provveduto ad elaborare ed adottare il nuovo Atto Aziendale adottato con DDG n. 502 del 28/07/2015 (approvata dalla Regione Basilicata con DGR n. 1078 del 10/08/2015), come modificata ed integrata con DDG n. 579 del 03/09/2015 (approvata dalla Regione Basilicata con DGR n. 1177 del 11/09/2015).

Pertanto, l'Azienda è interessata da un rinnovamento tanto dei vertici aziendali quanto dai nuovi obiettivi strategici aziendali da attuare nel prossimo triennio;

Per l'anno 2015, il Documento di Direttive è costituito dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 363 del 10/06/2015, nel quale sono esplicitati gli obiettivi aziendali relativi all'anno 2015, finalizzati alla tutela ed al miglioramento della salute dei cittadini coerenti con la normativa vigente regionale e nazionale;

# Presentazione del Piano della Performance

---

## Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

### Obiettivi regionali assegnati all'ASP di Potenza contenuti nel Documento di Direttive 2015

Gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria sono stati approvati dalla Regione Basilicata con Deliberazione di Giunta Regionale n. 662 del 19/05/2015.

Il documento regionale «Sistema di Valutazione 2015-2017 è caratterizzato da obiettivi declinati in due allegati in cui risultano esplicitate le metodologie e le schede degli indicatori.

Sono state individuate cinque principali aree di risultato di seguito elencate e riportati :

- **Tutela della salute;**
  - *Prevenzione primaria*
  - *Prevenzione secondaria*
  - *Sicurezza negli ambienti di lavoro*
  - *Sanità veterinaria*
- **Performance organizzative e cliniche aziendali**
  - *Appropriatezza Organizzativa*
  - *Appropriatezza clinica*
  - *Efficacia Assistenza Territoriale*
- **Gestione Economico – finanziaria**
  - *Controllo spesa farmaceutica*
  - *Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie*

# Presentazione del Piano della Performance

## Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

### Obiettivi regionali assegnati all'ASP di Potenza contenuti nel Documento di Direttive 2015

- **Conseguimento di obiettivi strategici regionali**

- *Utilizzo flussi informativi*
- *Revisione contabile*
- *Controllo delle cartelle cliniche*
- *Rischio clinico e sicurezza del paziente*
- *Autorizzazione delle strutture*
- *Valutazione strategie per il controllo del dolore*

- **Obiettivi di Empowerment**

- *Soddisfazione degli utenti*

Alcuni dei 42 indicatori sono anche finalizzati alla conferma dell'incarico del Direttore Generale, al 18-esimo mese ed alla valutazione globale della Performance, e nello specifico:

#### 1. Parere di conferma:

- *% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari*
- *% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica*
- *Consumo di farmaci antibiotici*
- *% di anziani in Cura Domiciliare*
- *Imprese attive sul territorio controllate*
- *% Utilizzo farmaci biosimilari*
- *Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)*
- *Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015*
- *Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche*

# Presentazione del Piano della Performance

---

## Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

### Obiettivi regionali assegnati all'ASP di Potenza contenuti nel Documento di Direttive 2015

#### 2. Performance globale dell'Azienda

- *% utilizzo farmaci biosimilari*
- *% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari*
- *% ricoveri in DH medico con finali*
- *Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano*
- *Proporzione di parti con taglio cesareo primario*
- *Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)*
- *% di anziani in Cura Domiciliare*
- *% di abbandono di pazienti in terapia con statine*
- *Consumo di farmaci antibiotici*
- *Consumo di farmaci oppioidi*

# Presentazione del Piano della Performance

---

## Limiti del Piano della Performance 2015-2017

- La contingente situazione economica del Paese, i tagli effettuati alla spesa sanitaria e la razionalizzazione delle risorse attuata attraverso provvedimenti normativi nazionali (es. L. 220/2010 “legge di stabilità 2010”; L. 111/2011 “disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”; L. 183/2011 “legge di stabilità 2012” L. 135/2012 “revisione della spesa pubblica”, L. 189/2012 “Decreto Balduzzi”; D.L. n. 179/2012 (convertito nella Legge 221/2012); L. 147/2013 “legge di stabilità 2014”, L. 190/2014 “Legge di stabilità 2015” ecc.) e regionali limitano la possibilità di sviluppare una programmazione in crescita delle attività.
- Il **Piano Triennale 2015-2017**, approvato con Delibera n. 43 del 30/01/2015, aggiorna, per il triennio di riferimento, il Piano Triennale 2014-2016 (delibere n. 45 del 30.01.2014 e 421 del 08/08/2014) e recepisce, in modo “consapevole”, le difficoltà economiche del momento. Ciononostante, la nuova Direzione, intende intraprendere uno sforzo per migliorare l'efficienza dell'assetto organizzativo, partendo dall'elaborazione del nuovo Atto Aziendale (adottato con DDG n. 579 del 03/09/2015 e approvato con DGR n. 1177 del 11/09/2015), e lavorare per mantenere e migliorare le attività aziendali in termini sia qualitativi che di volumi di attività.

# Presentazione del Piano della Performance

---

## Limiti del Piano della Performance 2015-2017

- L'Azienda, nell'anno 2015, è stata interessata dal rinnovo dei vertici direzionali aziendali, avviato con la nomina, in data 13.1.2015, del nuovo Direttore Generale da parte del Presidente della Regione Basilicata, e dalla nomina dei Direttori Amministrativo (giusta DDG n. 251 del 27/04/2015) e Sanitario (giusta DDG 250 del 27/04/2015). Ciò ha portato l'Azienda ad adottare con DDG n. 43 del 30/01/2015, il Piano Aziendale Triennale della Performance 2015-2017 e a prorogare gli obiettivi di budget 2014 (Delibere del Direttore Generale n. 327/2014 e 426/2014). Con DGR n. 662 del 19/05/2015 la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria a valere per il triennio 2015-2017.
- Con DDG 363/2015, come modificata ed integrata con DDG 389/2015, è stato approvato il documento di direttive 2015, che recepisce gli obiettivi di mandato e quelli della DGR 662/2015, al fine di realizzare il necessario raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione e del budget in aderenza ai contenuti ed alle scelte di pianificazione adottate dalla Regione Basilicata e dall'Azienda.
- Il presente aggiornamento, infatti tiene conto della DGR 662/2015 e della D.G.R. Basilicata n. 452 del 17.04.2014 (con cui sono stati definiti gli obiettivi per l'anno 2014);
- Gli atti sopra richiamati sono stati tradotti in obiettivi operativi nell'ambito del processo di negoziazione del budget 2015;
- Le schede individuali, definite nell'ambito del processo di negoziazione 2015 e approvati con DDG n. 535 del 10/08/2015 e DDG n. 542 del 12/08/2015, costituiscono parte integrante del presente piano.

# Presentazione del Piano della Performance

---

## Limiti del Piano della Performance 2015-2017

- Nel caso in cui intervengano fattori (eventuali nuovi obiettivi regionali, l'entrata in vigore del nuovo Atto Aziendale, l'approvazione del PAL 2015-2017, ecc.) in grado di modificare - in modo sostanziale – la programmazione effettuata, si provvederà a recepirli e ad aggiornare il Piano.

# SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

---

- Chi siamo:
  - Articolazione dell'ASL di Potenza
  - Assetto Organizzativo Aziendale, Organigramma



# CHI SIAMO

---

- Articolazione dell'ASL di Potenza

# 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](http://www.aspbasilicata.net)
- Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



# CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

---

- Il territorio comprende **100 comuni** con una popolazione complessiva di circa **375.314 abitanti** in un'area di **6.546 km<sup>2</sup>**, ed è organizzato nei seguenti **sei Distretti**:
  - **Distretto Venosa**
  - **Distretto Melfi**
  - **Distretto Potenza**
  - **Distretto Villa d'Agri**
  - **Distretto Lauria**
  - **Distretto Senise**

*Fonte Istat- Popolazione residente al 31.12.2013-*

# CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

L'ASP di Potenza gestisce direttamente n. **408** posti letto per acuti e i **168** per i ricoveri post-acuzie, come si riporta nello schema seguente:

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

# CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

L'ASP di Potenza opera mediante **86 presidi, non ospedalieri, a gestione diretta** che erogano i seguenti tipi di assistenza:

TIPO STRUTTURA	NUMERO DI STRUTTURE
STRUTTURA RESIDENZIALE	6
AMBULATORIO E LABORATORIO	37
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	43

# CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

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

TIPO STRUTTURA	NUMERO DI STRUTTURE
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	1
STRUTTURA RESIDENZIALE	19
AMBULATORIO E LABORATORIO	36
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE Casa di cura Luccioni - Potenza Fondazione «Don Carlo Gnocchi» - Acerenza Centro riabilitazione «Don Uva» - Potenza	3

# CHI SIAMO

---

- Assetto Organizzativo Aziendale
- Organigramma
- I Meccanismi Operativi Aziendali

# CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

---

- L'**organizzazione aziendale** è articolata nelle funzioni territoriale, ospedaliera, di prevenzione e amministrativa-tecnico-logistica.
- Gli **organi aziendali** sono:
  - Direttore Generale
  - Collegio Sindacale
  - Collegio di Direzione
- La **Direzione Strategica** si avvale del supporto delle Tecnostrutture di Staff: Budget e Controllo di Gestione; Sistema Informativo Automatizzato; Formazione; Comunicazione; Pianificazione e O.E.A.; Internal audit; Organizzazione e Sviluppo; Sicurezza, Prevenzione e protezione.
- La **funzione territoriale** si articola nelle seguenti attività assistenziali:
  - Assistenza Primaria
  - Assistenza Domiciliare
  - Assistenza Specialistica
  - Ambulatoriale Riabilitativa e Protesica
  - Assistenza Farmaceutica
  - Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
  - Assistenza Alle Dipendenze Patologiche
  - Altri servizi che rispondono al bisogno assistenziale locale

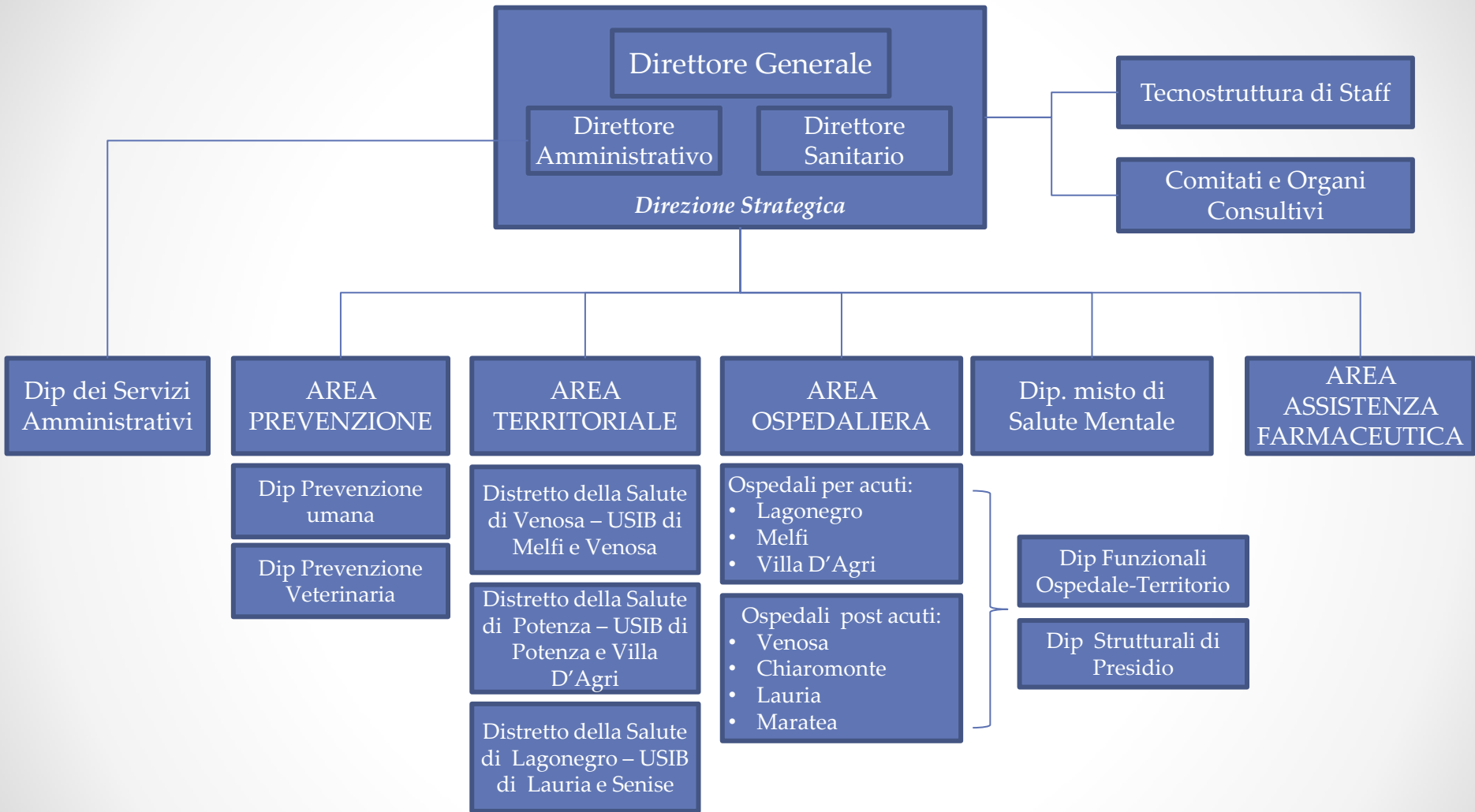


# CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

---

- La **funzione di prevenzione** si articola in:
  - Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana
  - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale
- La **funzione ospedaliera** si articola nei:
  - Presidi Ospedalieri
  - Dipartimenti Strutturali di Presidio.
  - Dipartimenti Funzionali Ospedale-Territorio
  - Dipartimento Misto di Salute Mentale.
- Le **funzioni tecnico-amministrative** sono assicurate dall'Area dipartimentale della Segreteria Direzionale e dalle seguenti UU.OO.:
  - Amministrazione del Personale,
  - Provveditorato ed Economato,
  - Attività Tecniche,
  - Economico-finanziaria,
  - Attività Legali e Affari Generali.
- Lo svolgimento delle **funzioni direzionali** è supportato dalla:
  - Tecnostruttura di Staff
  - Organismi previsti (Conferenza dei Sindaci, Consiglio dei Sanitari, e OIV).

# CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale



# L'AMMINISTRAZIONE “IN CIFRE”

---

- I servizi sanitari erogati;
- Le risorse professionali;
- Principali dati economico finanziari

---

# I SERVIZI SANITARI EROGATI

---

# I servizi sanitari erogati

- Di seguito si riportano alcuni dati di sintesi dell'attività svolta nell'ASL di Potenza.
- Tutti i dati si riferiscono all'attività svolta nel quadriennio 2011 – 2014.

DIMESSI	2011	2012	2013	2014
Dimessi Ricoveri Ordinari	12.492	12.701	11.967	11.945
-di cui con DRG medico	11.908	9.116	8.213	8.191
-di cui con DRG chirurgico	3.584	3.585	3.754	3.754
Dimessi Ricoveri Diurni	9.196	4.605	3.708	3.138
-di cui con DRG medico	4.626	2.243	1.387	1.001
-di cui con DRG chirurgico	4.570	2.362	2.321	2.137
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>24.688</b>	<b>18.187</b>	<b>16.617</b>	<b>15.083</b>

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

Fonte: AIRO

Dati relativi ai parti effettuati nel territorio dell'ASP

NASCITE	2011	2012	2013	2014
<b>Numero totale parti</b>	1.430	1.472	1.236	1.813
- di cui parti cesari	741	674	562	502

Fonte: AIRO

# I servizi sanitari erogati

NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE	2011	2012	2013	2014*
Ricoveri acuti	24.370	17.306	15.675	15.803
Ricoveri post acuzie	317	881	904	927
<b>TOTALE</b>	<b>24.687</b>	<b>18.187</b>	<b>16.579</b>	<b>16.010</b>

Ricoveri per acuti e per post-acuzie effettuati nel quadriennio 2011-2014

Fonte: AIRO

Prestazioni ambulatoriali erogate nel quadriennio 2011-2014

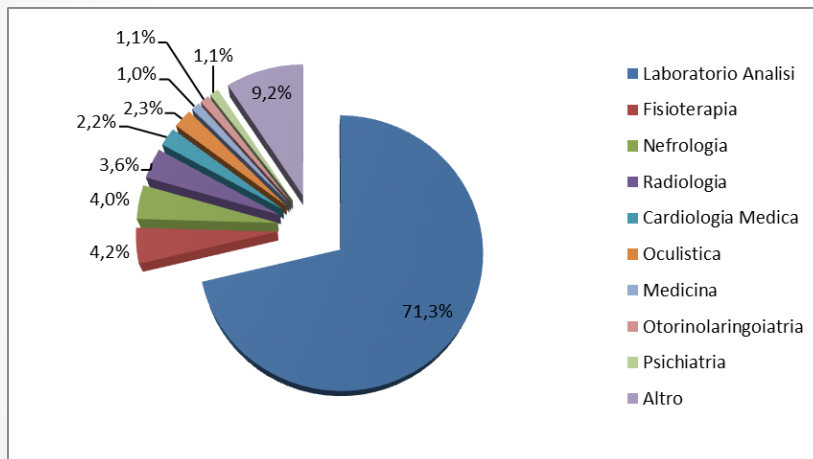
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2011	2012	2013	2014
Numero prestazioni per esterni	2.224.536	2.113.256	2.152.719	2.288.473

Fonte: CUP

# I servizi sanitari erogati

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

## Prestazioni specialistica ambulatoriale anno 2014 per tipologia



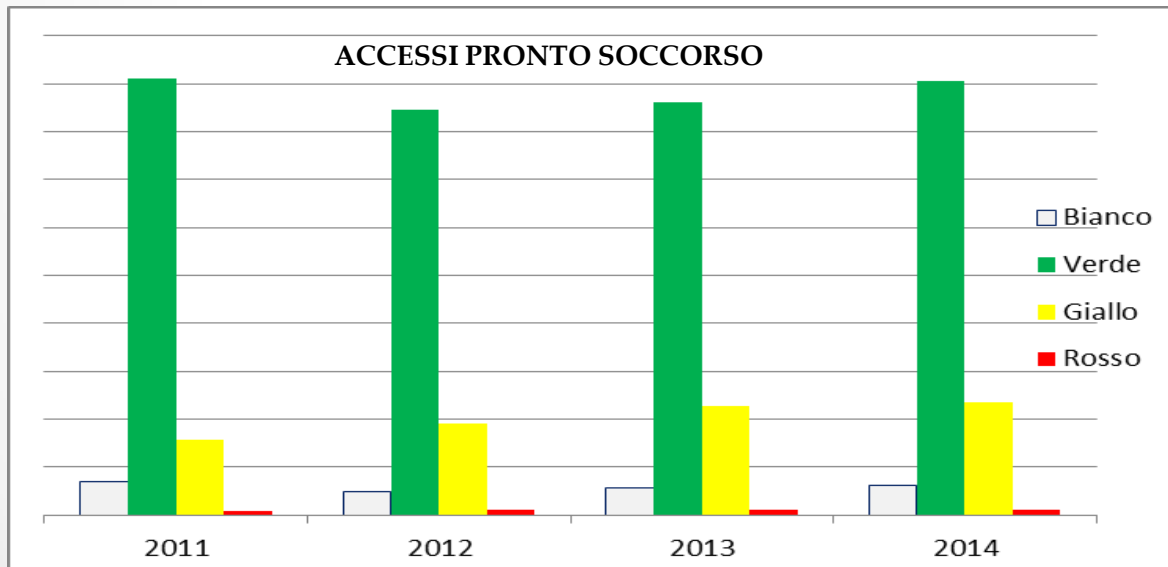
Nell'anno 2014 le prestazioni ambulatoriali erogate dall'ASP sono incrementate del 6,3% rispetto all'anno 2013 (+135.754 prestazioni). Il valore medio delle prestazioni diminuisce del 1,78% (-0,23 centesimi di euro) passando da €12,69 nell'anno 2013 a €12,47 nell'anno 2014.

# I servizi sanitari erogati

<b>ACCESSI PRONTO SOCCORSO</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Numero totale di accessi in pronto soccorso	<b>57.356</b>	<b>54.781</b>	<b>57.871</b>	<b>60.683</b>
- di cui numero codici bianchi	3.527	2.449	2.875	3.088
- di cui numero codici verdi	45.500	42.230	43.086	45.292
- di cui numero codici gialli	7.912	9.584	11.333	11.747
- di cui numero codici rossi	417	518	571	548

Accessi al pronto soccorso articolati secondo il codice del triage

Fonte: AIRO





---

# LE RISORSE PROFESSIONALI

---

# Le risorse professionali

- Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2014, sono pari a **2.743** unità distinte come segue:

Sintesi dei principali indicatori quali-quantitativi sul personale *	
N. Totale Personale Dirigenza	603
N. Totale Personale Comparto	2.140
N. Totale Personale Dirigenza Donne	217
N. Totale Personale Dirigenza Uomini	386
N. Totale Personale Comparto Donne	1.312
N. Totale Personale Comparto Uomini	828
<b>N. Totale Personale</b>	<b>2.743</b>

# Le risorse professionali

- Nelle tabelle che seguono, si riportano gli indicatori sull'analisi dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo ed analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni del personale in servizio al 31 dicembre 2014.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
% di dipendenti in possesso di laurea	25%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%

Analisi Benessere organizzativo	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
Stipendio medio lordo annuale percepito dai dipendenti (comprensivo degli oneri riflessi)	39.894

Analisi di genere	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
% di dirigenti donne	36%
% di donne rispetto al totale del personale	61%
% donne laureate rispetto al totale personale femminile	17%

---

# PRINCIPALI DATI ECONOMICO FINANZIARI

---

# Principali dati economico finanziari

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

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

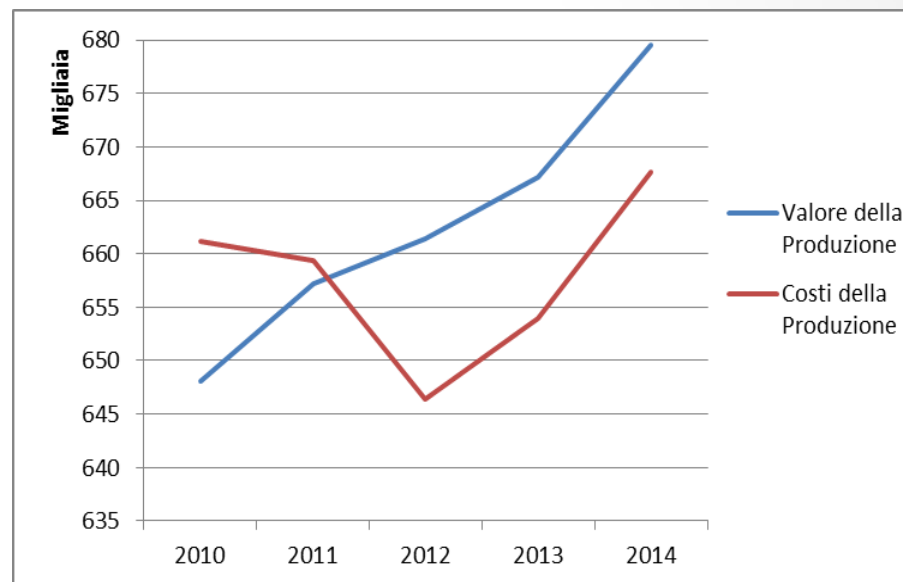
DESCRIZIONE	2010	2011	2012	2013	2014
A) Valore della Produzione	648.116	657.256	661.414	667.162	679.507
B) Costi della Produzione	661.176	659.320	646.437	653.993	667.684
<b>(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione</b>	<b>-13.060</b>	<b>-2.064</b>	<b>14.977</b>	<b>13.169</b>	<b>11.823</b>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

# Principali dati economico finanziari

Valori vs Costi della Produzione anni 2010-2014

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

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



# Principali dati economico finanziari

---

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

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

L'incremento si registra prevalentemente nei contributi vincolati di esercizi precedenti, nei ricavi derivanti da prestazioni sanitarie e dai contributi in conto esercizio.

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

L'aumento è dovuto in parte alla contabilizzazione delle prestazioni erogate dalla Clinica Luccioni a pazienti residenti fuori regione il cui valore verrà riconosciuto dalle Regioni di provenienza in sede di compensazione e che verrà rilevato nei ricavi nell'esercizio 2015.

# ANALISI DEL CONTESTO

---

- Analisi demografica
- Analisi epidemiologica
- Analisi della mobilità
- Framework economico del sistema sanitario nazionale e regionale
- Sintesi dell'analisi



---

# ANALISI DEMOGRAFICA

---

# Analisi demografica

- L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza e si estende per **6.546 Km<sup>2</sup>**.
- Il territorio provinciale è composto da **100 comuni**, una popolazione residente al 31 dicembre 2012 di **375.314 abitanti** ed una densità di popolazione di **57,47 ab/Km<sup>2</sup>** (tra le più basse fra le provincie italiane).
- I **nuclei familiari, nell'anno 2014**, sono globalmente 153.962, con un numero medio di componenti per famiglia di 2,43 persone



# Analisi demografica

---

- 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 medio dei componenti; incremento delle famiglie mono genitoriali queste ultime correlate all'aumento del numero di separazioni e divorzi).

# Analisi demografica

## DIMINUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

La popolazione residente registra un trend negativo, dal 2010 al 2014 è diminuita dell'2,13%.

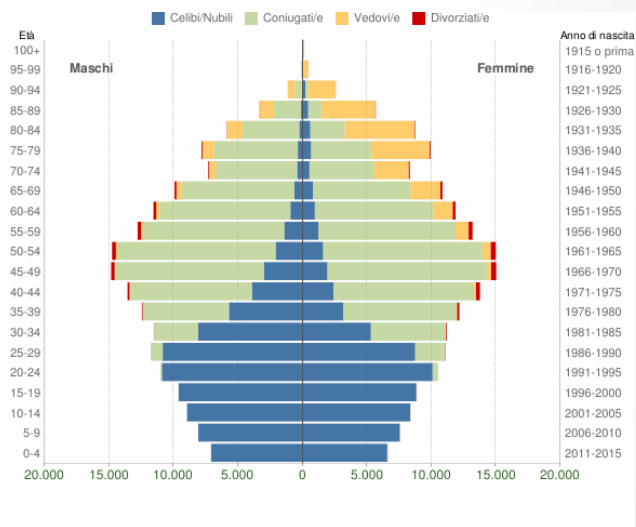
I Comuni della Provincia che hanno evidenziato un incremento complessivo della popolazione dal 2011 al 2014 sono rispettivamente: Viggiano (+4%), Pignola (+3%), Viggianello (+2,4%) e Tito (+2,1%).

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

Fonte: Ns elaborazione su dati Istat

## MUTAMENTI NELLA PIRAMIDE DELL'ETÀ DELLA POPOLAZIONE

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

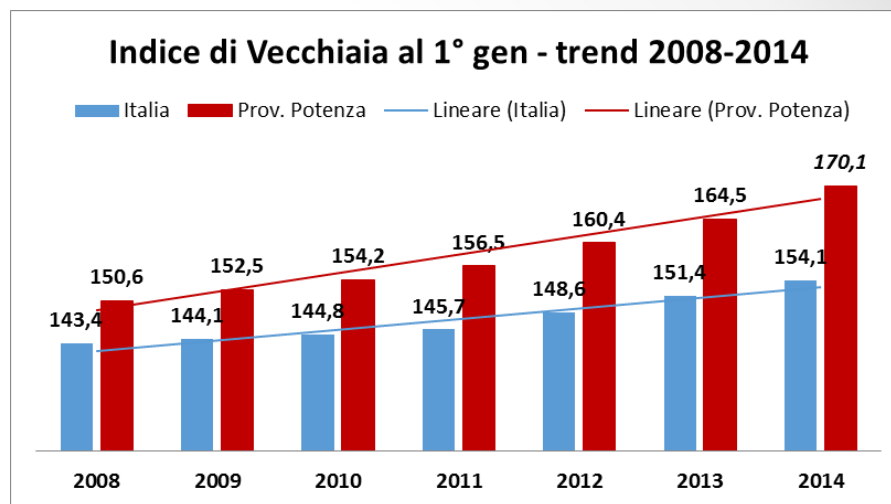


Fonte: Ns elaborazione su dati Istat

# Analisi demografica

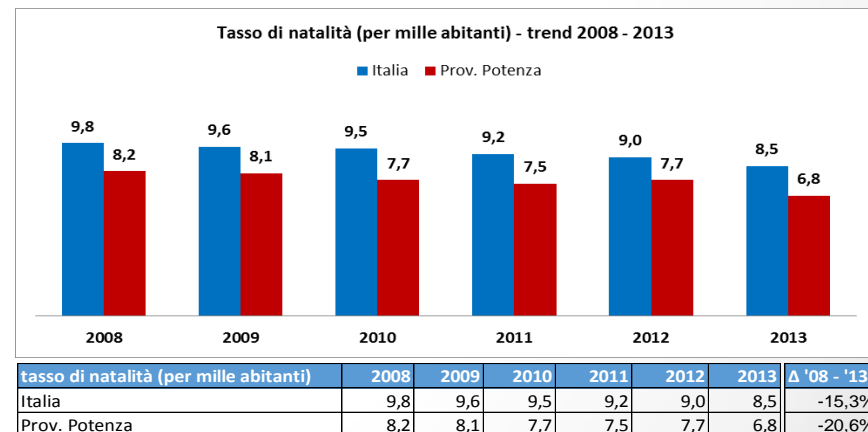
## INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 14 anni), vede un trend in crescita, infatti nel 2014 si attesta sul valore stimato di 170% registrando un aumento rispetto al 2008 del 6,9%.



## RIDUZIONE DELLA NATALITÀ

Il trend di tasso di natalità (rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per mille) registrato nella provincia di Potenza vede un costante decremento, infatti si passa da un tasso di 8,2 del 2008 ad un tasso del 6,8 del 2013 con una riduzione di circa il 20%.

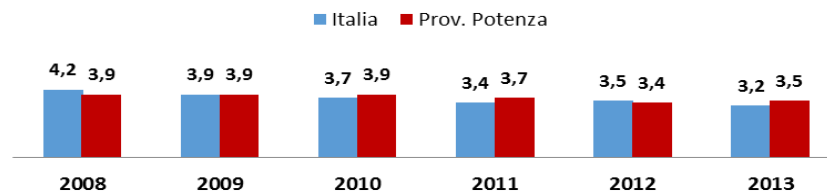


# Analisi demografica

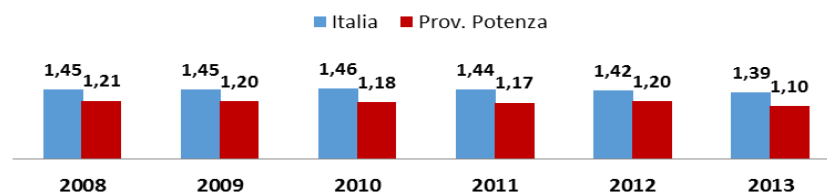
## MUTAMENTI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE

- Il tasso di nuzialità si riduce progressivamente nel periodo di riferimento, anche se in modo meno rapido rispetto alla media nazionale.
- Il numero di figli è, invece, sostanzialmente stabile, mentre a livello nazionale è in progressivo aumento.

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



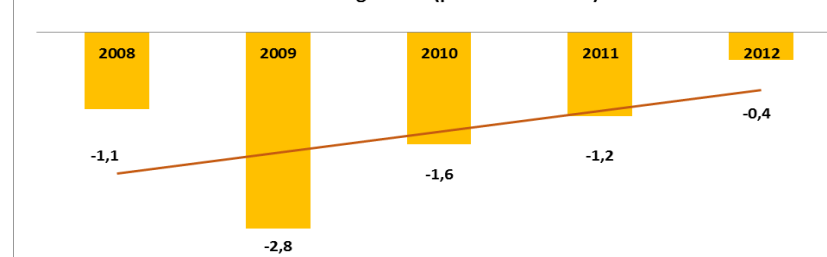
Numero medio di figli per donna - trend 2008-2013



## AUMENTO DEL FLUSSO MIGRATORIO IN ENTRATA

- Il Saldo migratorio (rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e la popolazione residente, moltiplicato per mille) nel 2012 è stato pari a -0,4‰. Il dato evidenzia una riduzione del flusso migratorio rispetto all'anno precedente (-0,8‰).

Saldo migratorio (per mille abitanti)



---

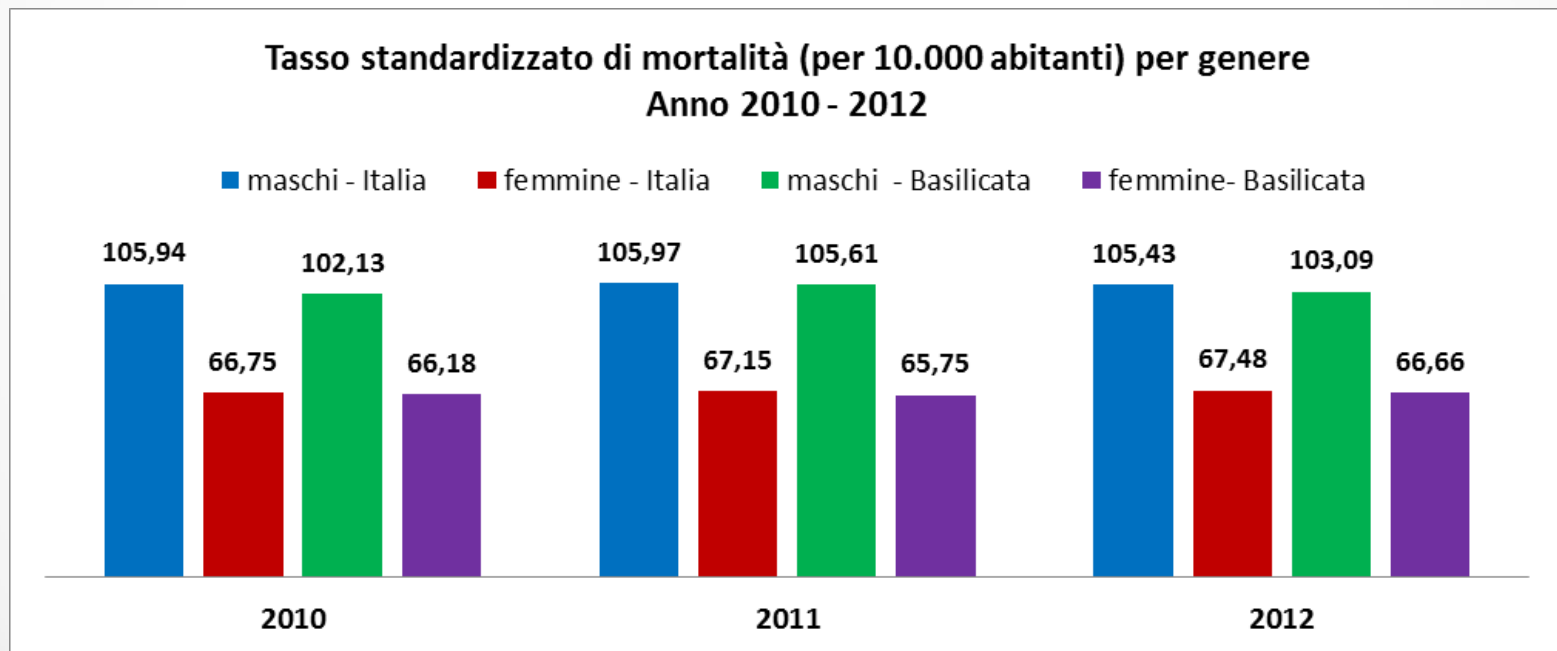
# ANALISI EPIDEMIOLOGICA

---

# 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.



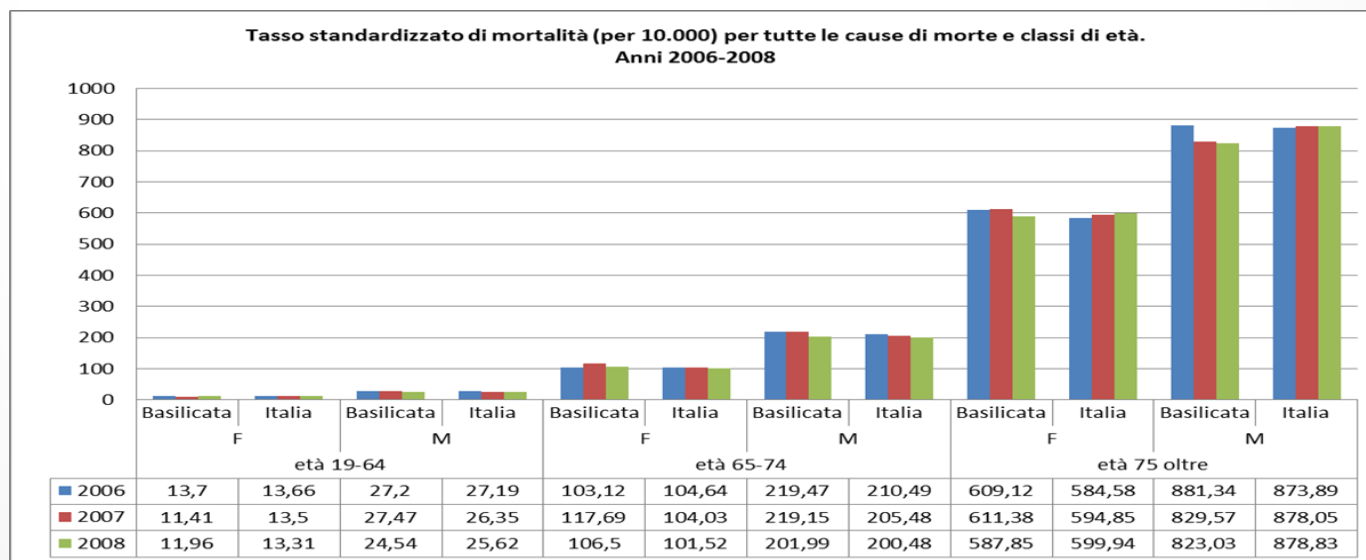
Fonte: "Indagine sui decessi e cause di morte" Istat - Anni 2009-2011.



# Analisi Epidemiologica

## 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.

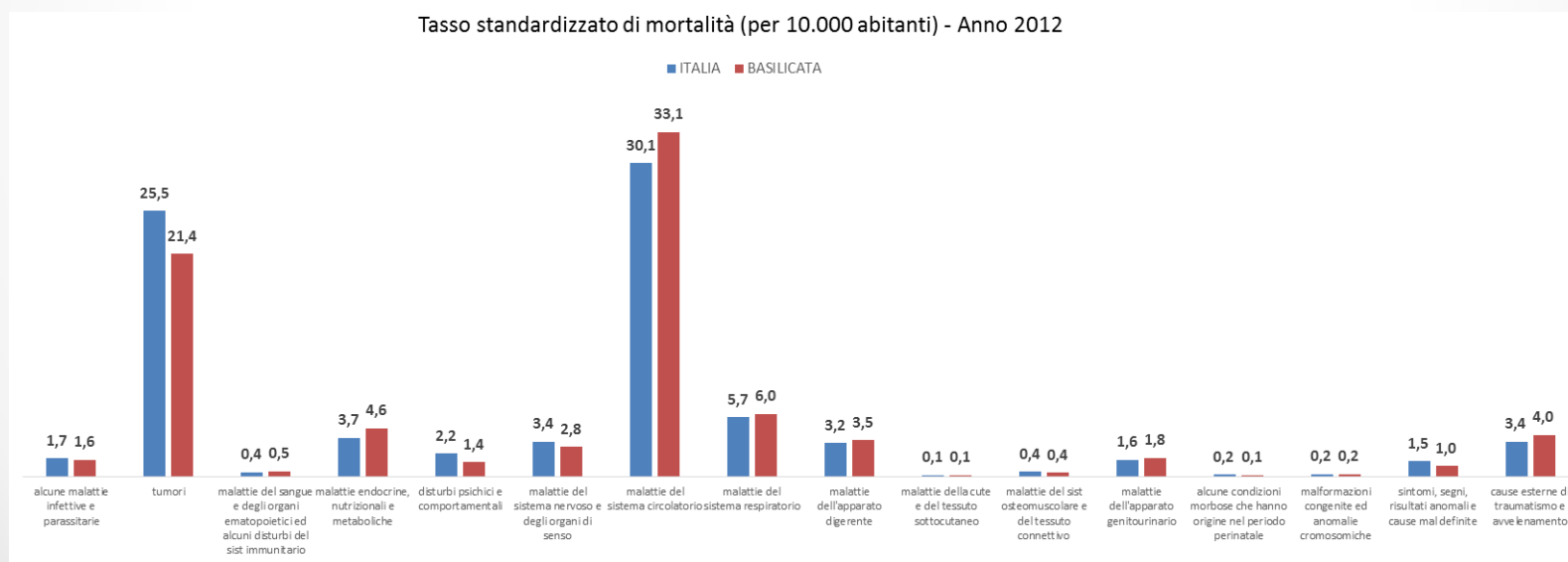


Fonte: Ns elaborazione su: Istat "Indagine sui decessi e cause di morte" - Anni 2006-2008.

# Analisi Epidemiologica

## 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%)

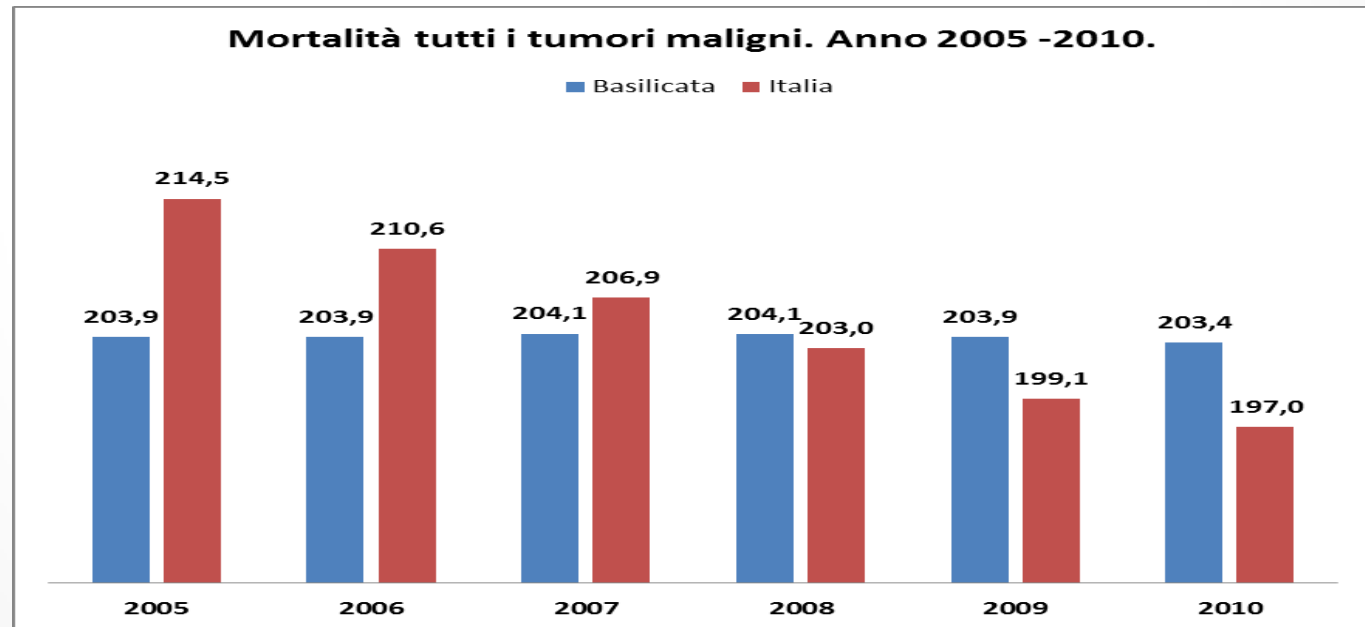


Fonte: <http://dati.istat.it/?lang=it> 24 avr. 2014, 08h28 UTC (GMT)

# Analisi Epidemiologica

## MORTALITÀ TUMORI

- In Italia, circa il 28% dei decessi è dovuto a patologie oncologiche. Considerando la classe di età 0-84 anni il tumore con tasso di mortalità più alto è il tumore del polmone negli uomini.
- Nella classe di età 0-74 il tumore con tasso di mortalità più alto è quello della mammella nelle donne; mentre nella classe di età 75-84 anni nelle donne si registra una mortalità più elevata per il tumore del colon-retto.



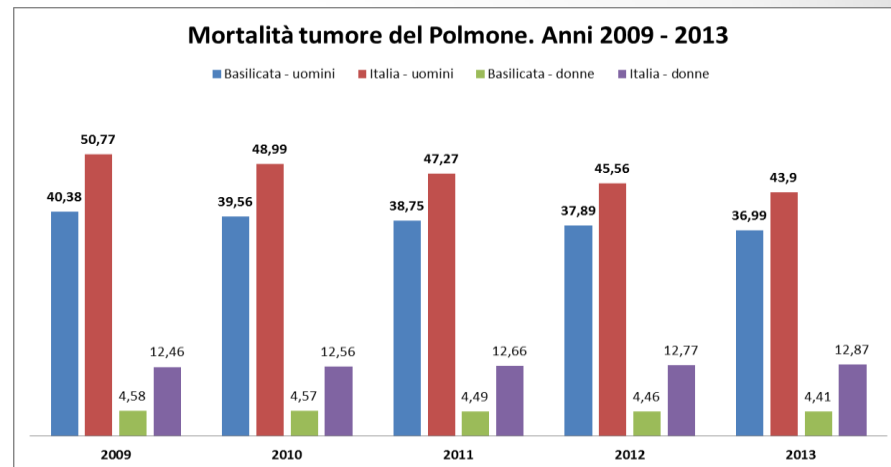
Fonte: Ns elaborazione su dati:

[http://www.tumori.net/it3/banca\\_dati/query\\_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2005,2010&ageclass](http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2005,2010&ageclass)

# Analisi Epidemiologica

## MORTALITÀ TUMORI DEL POLMONE

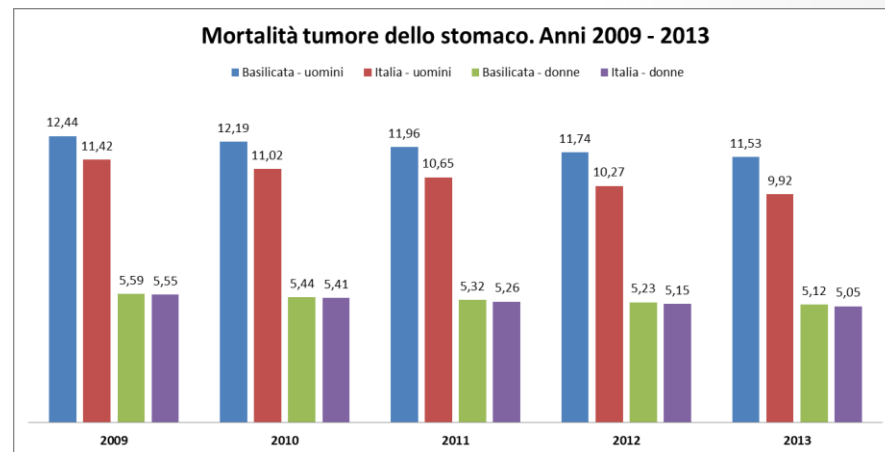
- A livello nazionale, considerando la classe di età 0-84 anni il tumore del polmone negli uomini è quello con il tasso di mortalità più alto.
- In Basilicata, il tasso di mortalità per il tumore del polmone è diminuito nel tempo sia per gli uomini che per le donne.



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](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 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 complessivamente più alto rispetto al tasso di mortalità nazionale

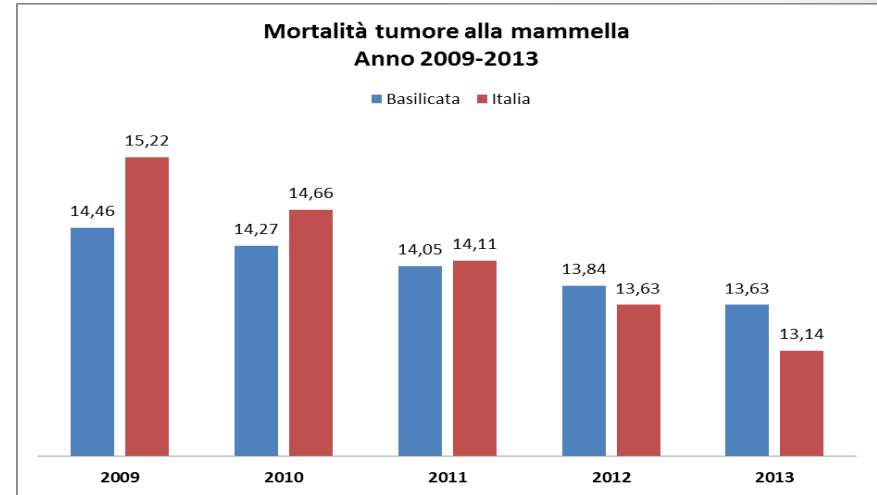


Fonte: Ns elaborazione su dati:  
[http://www.tumori.net/it3/banca\\_dati/query\\_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass](http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass) estratti il 18/01/2014

# Analisi Epidemiologica

## 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 .



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](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

# Analisi Epidemiologica

## MORTALITÀ METABOLICHE

- Il diabete mellito e le sue complicanze sono tra i principali problemi sanitari nei Paesi economicamente evoluti. I dati sulle ospedalizzazioni confermano che le regioni del Sud, presentano tassi di dimissione più bassi sia per l'ospedalizzazione in Regime Ordinario e per il Day Hospital.
- La malattia diabetica costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per le amputazioni dell'arto inferiore (è il 60% di tutti gli interventi di amputazione), ed 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 12,0 a circa il 14. Si presenta un'elevata variabilità regionale, che indica una diversa qualità dell'assistenza nelle varie regioni.

**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**

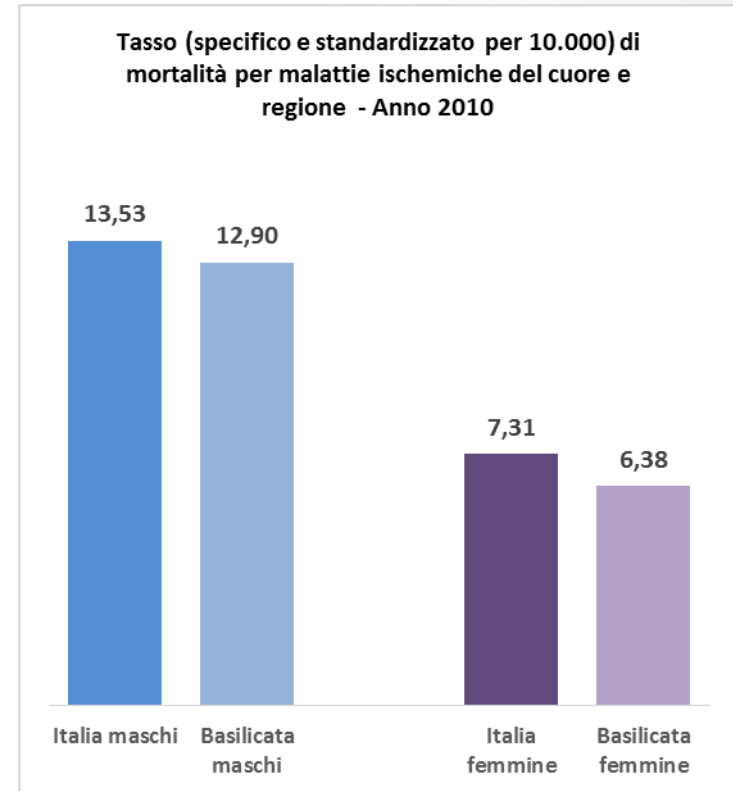
Regione	Persone con diabete			Persone senza diabete		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Basilicata	19,46	6,41	11,89	14,16	2,43	7,19
Italia	21,28	7,09	13,26	11,58	4,95	7,70

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

# Analisi Epidemiologica

## MALATTIE CARDIOVASCOLARI

- In Italia, nel 2010, la mortalità per le 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 (13,5 vs 12,9 per gli uomini e 7,3 vs 6,3 delle donne) la mortalità per le malattie ischemiche del cuore risulta doppia rispetto a quella delle donne..



Fonte: Ns elaborazione su dati [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it)

---

ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA  
OSPEDALIERA DELLA POPOLAZIONE  
RESIDENTE

---

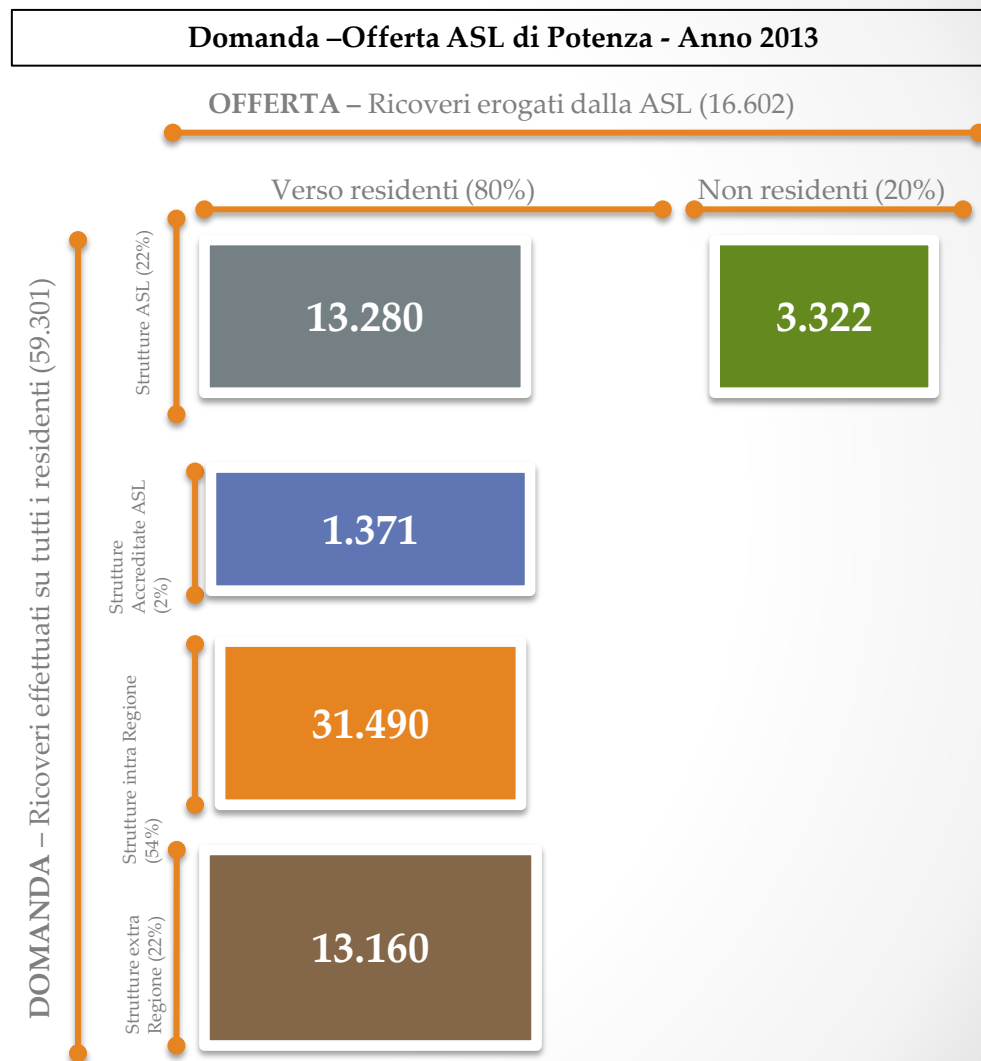


# Analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera

- Nell'anno 2013 i ricoveri (per acuzie e post-acuzie) erogati a pazienti residenti nel territorio ASP sono complessivamente circa 62.641, dei quali il 21% sono stati effettuati nelle strutture aziendali.

- Il saldo di mobilità della ASL di Potenza è stato nel 2013 di 41.328 ricoveri in uscita dal proprio territorio.

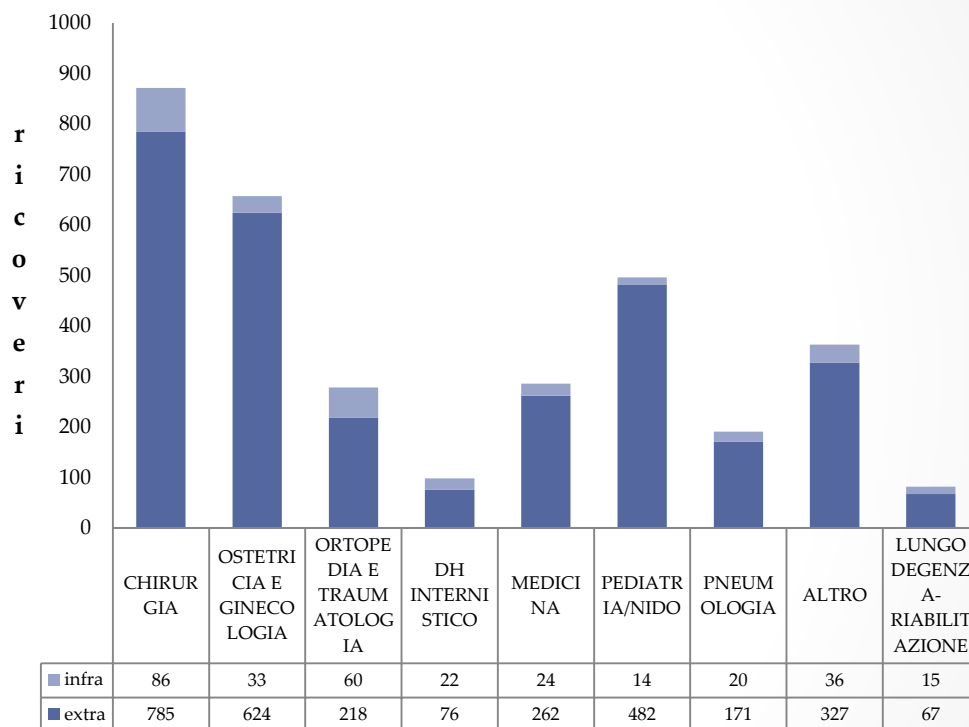
- Tale dato è la risultante di 44.650 ricoveri in mobilità passiva e di 3.322 ricoveri in mobilità attiva intra ed extra regionale (310 ricoveri intra e 3.012 extra) .



# Mobilità attiva intra ed extra regionale

- L'Azienda Sanitaria di Potenza nel 2013 ha erogato circa 3.322 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 2012 del 2%.

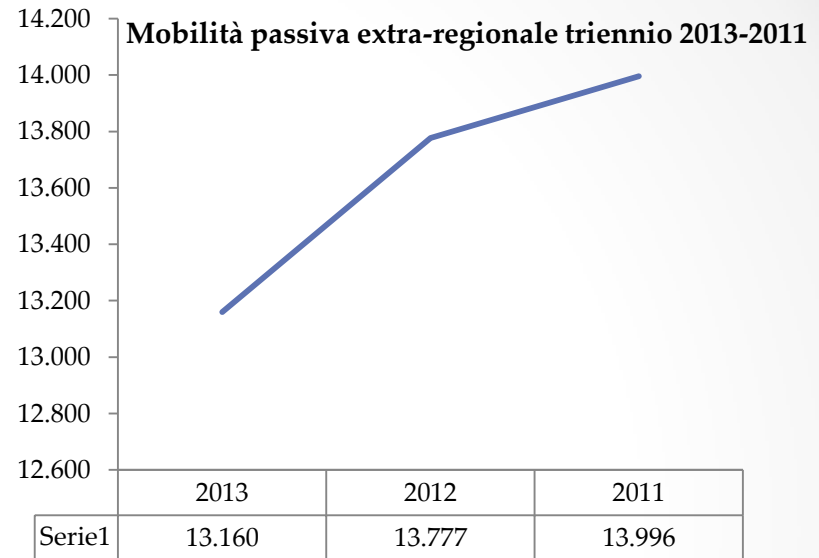
**Numero di ricoveri erogati dall'ASP in mobilità attiva  
infra ed extra regionale per UU.OO. anno 2013**



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

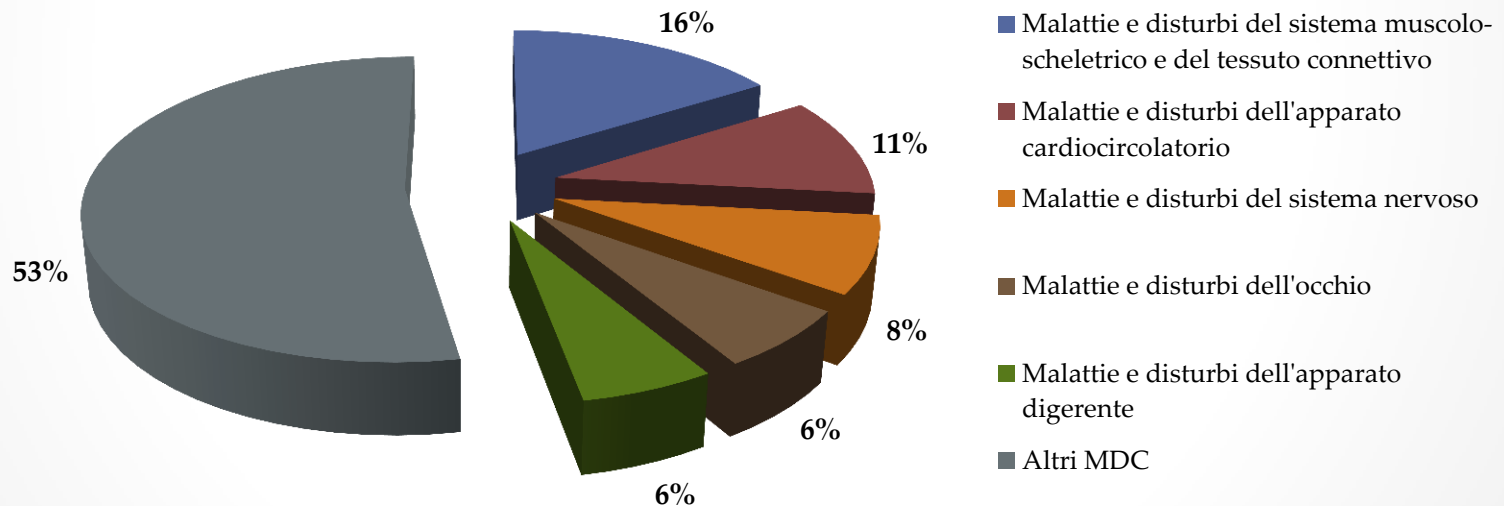


REGIONE	2011	2012	2013	% diff 12'-13'
CAMPANIA	2.974	3.279	3.005	-2,0%
PUGLIA	3.075	3.016	2.883	-1,0%
LAZIO	2.474	2.469	2.469	0,0%
EMILIA ROMAGNA	1.040	1.076	1.066	-0,1%
LOMBARDIA	1.066	1.008	1.058	0,4%
TOSCANA	938	949	846	-0,7%
altre	2.429	1.980	1.833	-1,1%
<b>totale</b>	<b>13.996</b>	<b>13.777</b>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

# Mobilità passiva ospedaliera extra-regionale

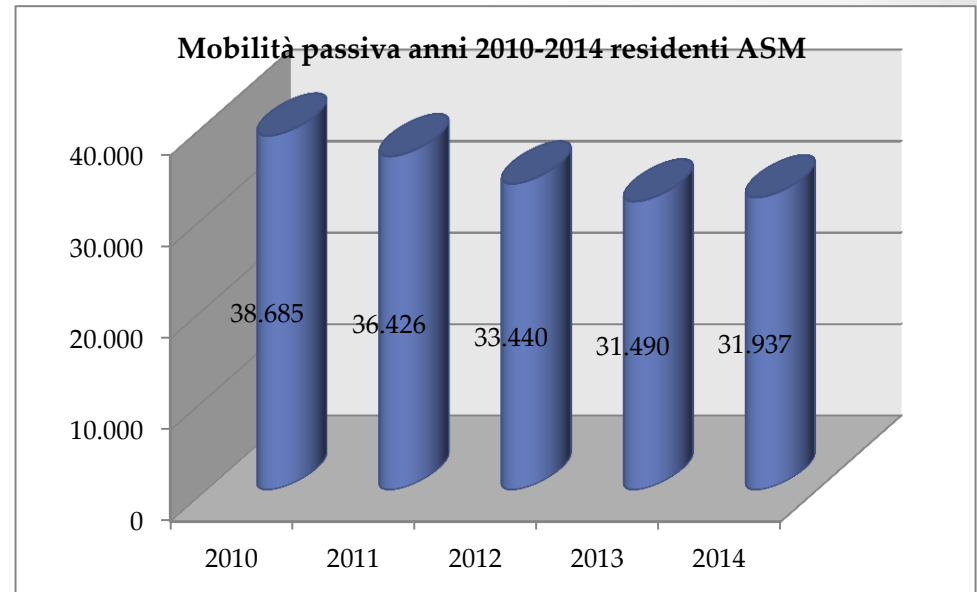
- I principali MDC trattati in mobilità passiva extraregionale sono relativi prevalentemente ai disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo, dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema nervoso, dell'occhio e dell'apparato digerente che rappresentano circa il 50% di tutte le prestazioni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

## Mobilità Passiva extraregionale anno 2013. Principali MDC



# Mobilità passiva ospedaliera intra-regionale

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



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

# Mobilità passiva prestazioni ambulatoriali intra ed extra regionale

- La mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali extra regionale è aumentata nell'anno 2013 rispetto all'anno 2012 dello 0,90%. Tale aumento si registra anche per la mobilità intra-regionale +7,70%

Prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva extra-regionale				
Mobilità	2011	2012	2013	Δ '12-'13
Extra	537.934	255.110	268.087	0,90%
Intra	1.246.983	1.182.926	1.293.645	7,70%
Totale	1.784.917	1.438.036	1.561.732	8,60%

Prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva intra-regionale				
Strutture	2011	2012	2013	Δ '12-'13
ASM	49.757	46.960	48.020	2,26%
CROB	339.676	336.899	358.168	6,31%
SAN CARLO	857.550	799.067	887.457	11,06%

---

# 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 quindi 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
<b>2006</b>	<b>95,131</b>	<b>99,615</b>	<b>-4,483</b>	<b>1.479,981</b>	<b>6,7%</b>
<b>2007</b>	<b>100,095</b>	<b>103,805</b>	<b>-3,709</b>	<b>1.546,177</b>	<b>6,7%</b>
<b>2008</b>	<b>103,483</b>	<b>107,141</b>	<b>-3,658</b>	<b>1.575,144</b>	<b>6,8%</b>
<b>2009</b>	<b>106,846</b>	<b>110,21</b>	<b>-3,364</b>	<b>1.519.695</b>	<b>7,2%</b>
<b>2010</b>	<b>109,135</b>	<b>111,331</b>	<b>-2,196</b>	<b>1.551,886</b>	<b>7,2%</b>
<b>2011</b>	<b>111,548</b>	<b>112,809</b>	<b>-1,261</b>	<b>1.578,497</b>	<b>7,1%</b>
<b>2012</b>	<b>112,641</b>	<b>113,683</b>	<b>-1,043</b>	<b>1.565,916</b>	<b>7,3%</b>

Fonte: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1396&area=programmazioneSanitariaLea](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 P.A. 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;
- L'intervento pubblico esercita un'importante funzione di redistribuzione: il riparto delle risorse porta a garantire una quota capitaria pro-capite pari in media a 1.963 euro, con un massimo di 2.267 euro in Valle d'Aosta e un minimo di 1.756 euro in Campania, con un differenziale quindi del 22,5%. La quota capitaria assegnata alla Basilicata nel 2012 è pari a 1.877 euro pro-capite (nel 2014: 1.807 euro).

- Nonostante la redistribuzione, i disavanzi si concentrano nel Centro Sud: di fatto Lazio, Sicilia, Sardegna e Campania, in base ai risultati di esercizio, da sole rappresentano quasi il 77% del disavanzo complessivo del sistema sanitario nazionale.
- Disavanzi che, per l'anno 2012, hanno portato ad una della perdita complessiva netta del SSN di 1,043 miliardi di euro, in riduzione rispetto agli anni precedenti (nel 2010 il disavanzo era di 2,196 mld di euro, ridotto nel 2011 a 1,261 mld di euro), grazie alle 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 sanitaria della Regione Basilicata per il funzionamento del servizio sanitario regionale è aumentata di circa il 2% dal 2008 e il 2012, passando da 1,016 a 1,039 miliardi di euro. Le risorse attribuite nel 2012 ammontano a 1,032 miliardi di Euro, con un incremento di circa il 4% rispetto al 2008.

REGIONE BASILICATA Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo (miliardi di euro) Anni 2008-2012			
Anno	Finanziamento	Spesa	Disavanzo
<b>2008</b>	<b>994</b>	<b>1,016</b>	<b>- 22</b>
<b>2009</b>	<b>1,027</b>	<b>1,035</b>	<b>- 8</b>
<b>2010</b>	<b>1,024</b>	<b>1,058</b>	<b>- 34</b>
<b>2011</b>	<b>1,019</b>	<b>1,068</b>	<b>- 49</b>
<b>2012</b>	<b>1,032</b>	<b>1,039</b>	<b>- 7,5</b>

\* Relazione Sanità Corte dei Conti agosto 2013

- Per quel che concerne il disavanzo si registra una drastica riduzione, dal 2008 al 2012, infatti si passa da 22 milioni a circa 7,5 nel 2012. La Regione Basilicata, per coprire il disavanzo, ha conferito risorse aggiuntive assicurando così l'equilibrio economico del sistema. Evitando la condizione di disavanzo sanitario strutturale con i conseguenti obblighi (ex L. 191/2009 art.2).

# ALBERO DELLA PERFORMANCE

---

L'ASL di Potenza riconosce come propria la **Mission** di seguito riportata:

*L'Azienda concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata dando soddisfazione ai 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 nostra azione si concretizza attraverso:*

**la promozione, mantenimento e sviluppo** dello stato di salute della comunità, perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, favorendo l'attività di prevenzione e concorrendo all'eliminazione degli ostacoli al reinserimento sociale delle persone che soffrono situazioni di marginalità.

**il ricorso** a modelli di erogazione dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione;

**la promozione** dello sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, organizzativi e gestionali innovativi;

**l'integrazione** con altre aziende sanitarie regionali e con i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché forme di partecipazione e collaborazione con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio;

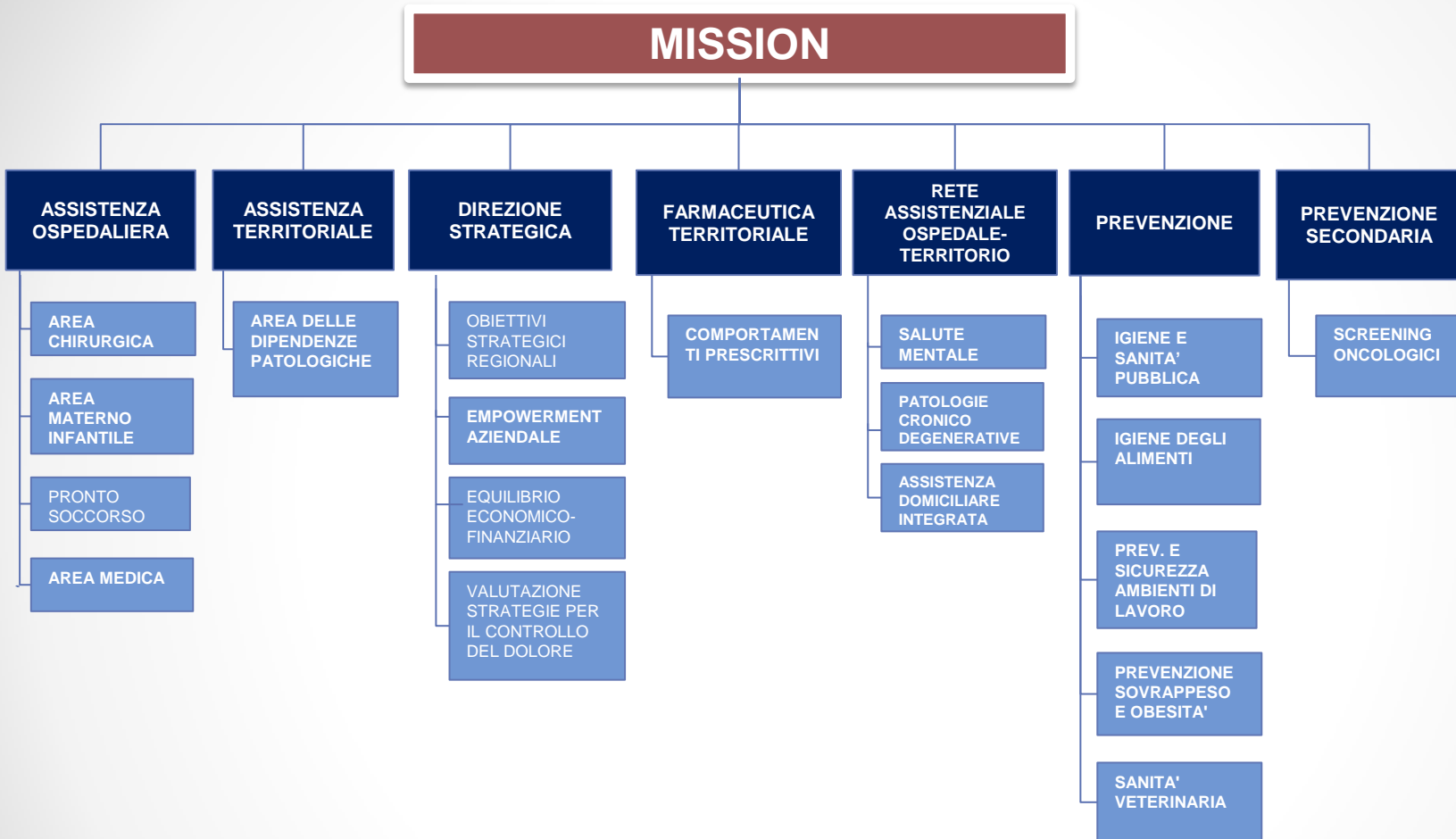
**la promozione** di integrazioni, alleanze e sinergie, sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende sanitarie regionali ed i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché con tutti gli altri "stakeholders" per la crescita di un sistema a rete dei servizi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

## Missione



- La **mission** dell'ASP di Potenza si applica a tutte le **aree strategiche** che istituzionalmente sono oggetto di intervento per l'Azienda.
- Per ognuna di esse, 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

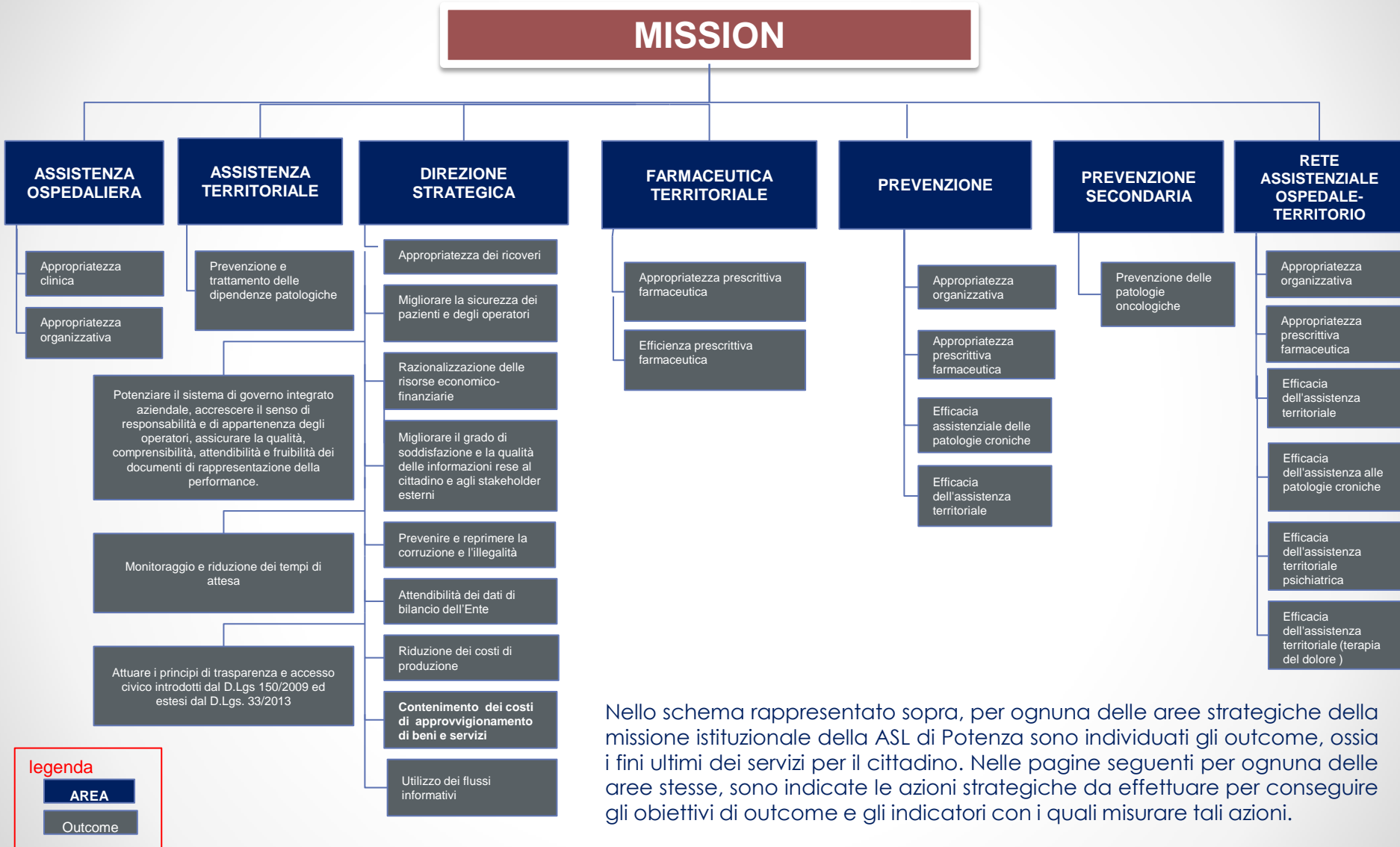


legenda

AREA

SUB AREA

# Aree e sub-aree strategiche



Nello schema rappresentato sopra, per ognuna delle aree strategiche della missione istituzionale della ASL di Potenza sono individuati gli outcome, ossia i fini ultimi dei servizi per il cittadino. Nelle pagine seguenti per ognuna delle aree stesse, sono indicate le azioni strategiche da effettuare per conseguire gli obiettivi di outcome e gli indicatori con i quali misurare tali azioni.



AREA CHIRURGICA

AREA MATERNO  
INFANTILE

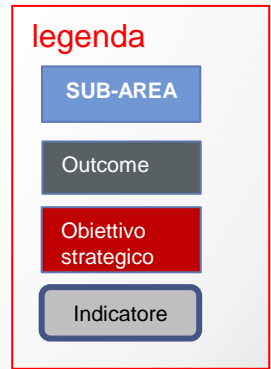
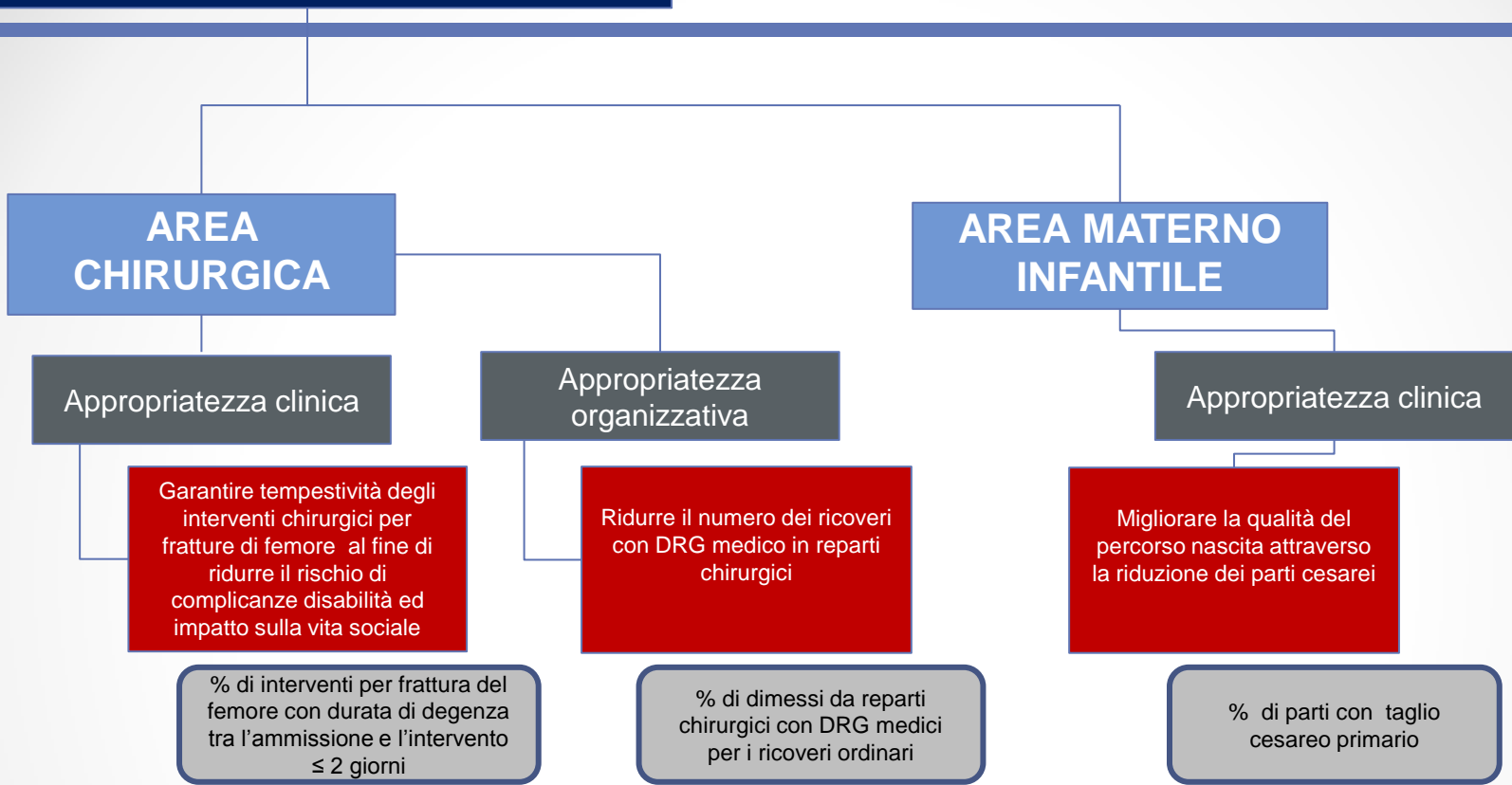
PRONTO SOCCORSO

AREA MEDICA

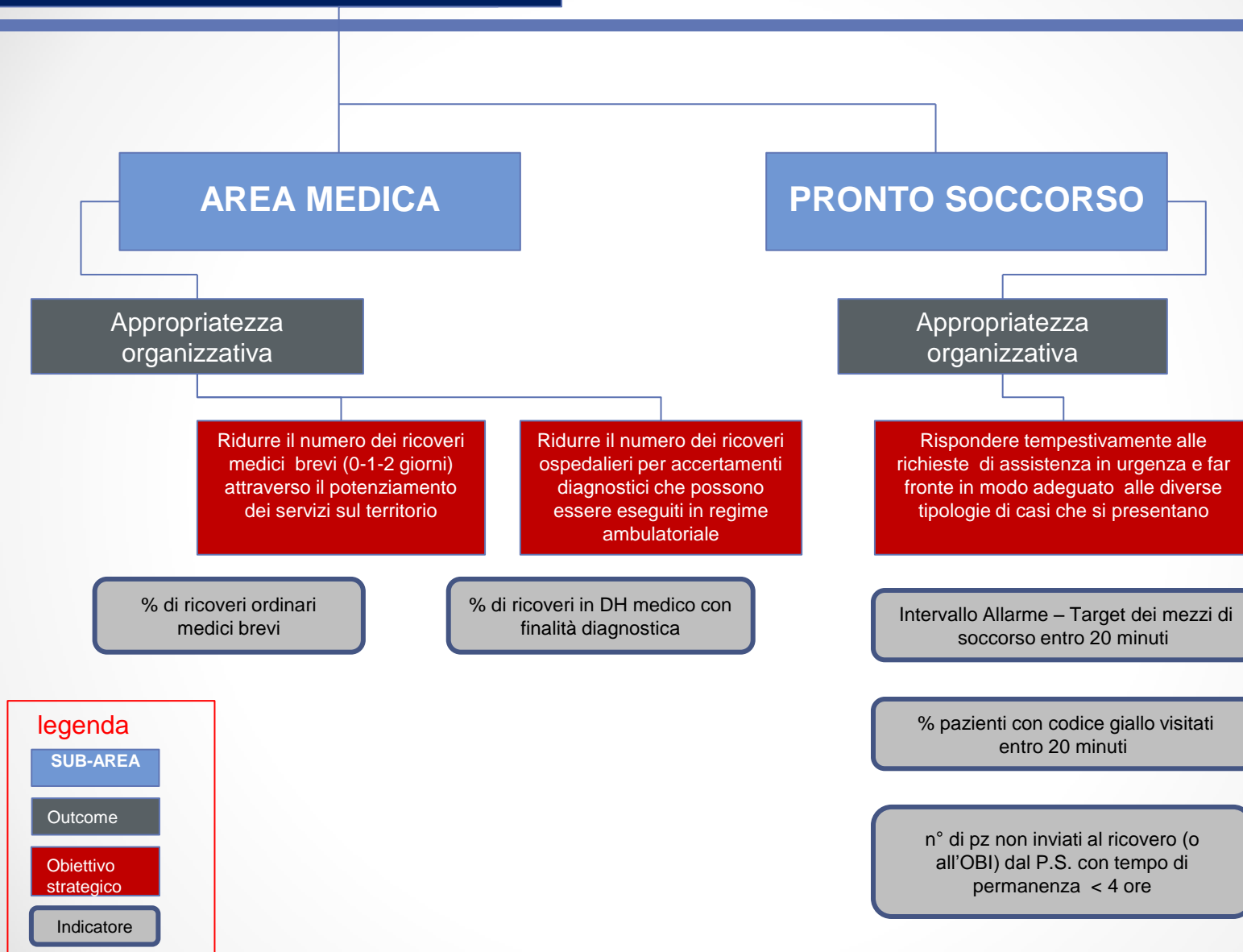
## PRINCIPALI SFIDE

- **Miglioramento dell'appropriatezza delle cure**
- **Miglioramento dell'accessibilità ed efficacia organizzativa dei servizi e della sicurezza del paziente in ambito ospedaliero.**

# ASSISTENZA OSPEDALIERA



# ASSISTENZA OSPEDALIERA



## AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

### PRINCIPALI SFIDE

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

## AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche



### legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**EMPOWERMENT  
AZIENDALE**

**EQUILIBRIO DELLA  
GESTIONE ECONOMICO-  
FINANZIARIA**

**OBIETTIVI STRATEGICI  
REGIONALI**

## **PRINCIPALI SFIDE**

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

## EMPOWERMENT AZIENDALE



### legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

## EMPOWERMENT AZIENDALE

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

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

Adozione del Piano della Performance triennale con aggiornamento annuale

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

Adozione della Relazione sulla Performance

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

Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni

Piano della Comunicazione

Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi

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

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

Produzione bilancio sociale

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

Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza

Incontri e iniziative finalizzate a promuovere la cultura della legalità, integrità e trasparenza

Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa

Programma triennale della Trasparenza con aggiornamento annuale

Assolvimento degli obblighi di pubblicazione, monitoraggio e vigilanza previsti dalla Delibera ANAC n 50/2013

Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente

Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile

Certificazione del bilancio

### legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore



## EMPOWERMENT AZIENDALE

Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità

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 marzo

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' RPRC

### legenda

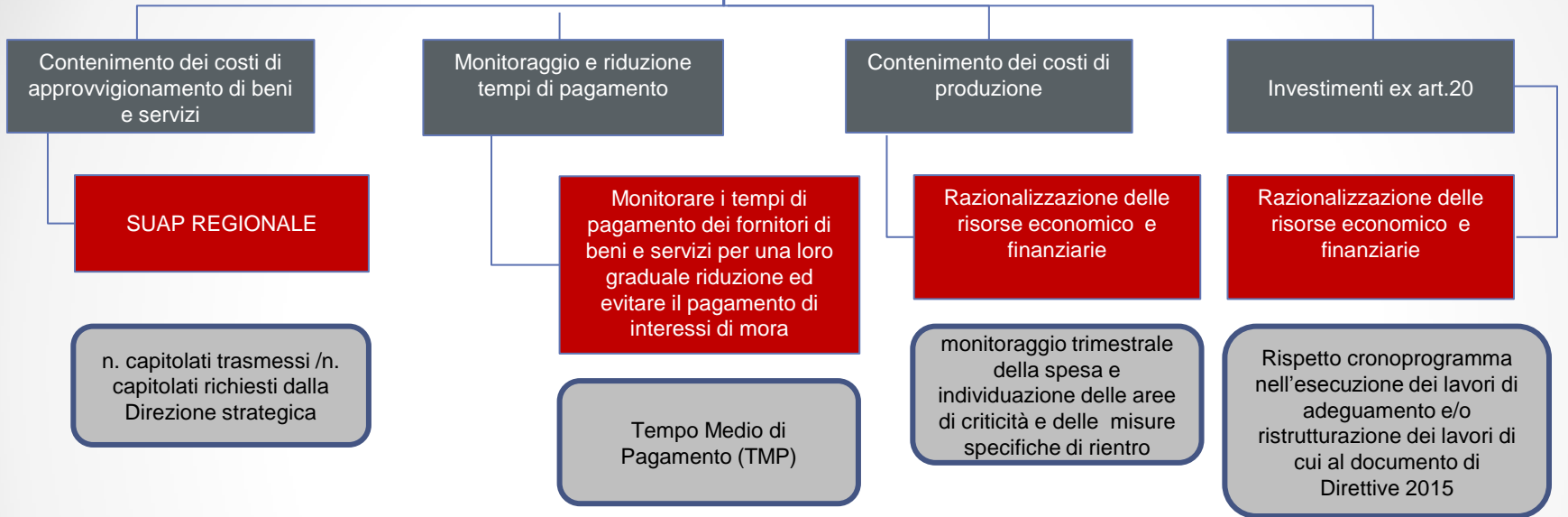
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

## EQUILIBRIO DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA



### legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

## OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

Valutazione strategie per il controllo del dolore

Utilizzo dei flussi informativi

Valutare gli esiti della riorganizzazione e degli investimenti effettuati nelle strategie per il controllo del dolore

Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa

DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo

n. flussi inviati in maniera tempestiva e completa Gruppo A (di interesse ministeriale)

n. flussi inviati in maniera tempestiva e completa Gruppo B (di interesse regionale)

### legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

## COMPORAMENTI PRESCRITTIVI

### PRINCIPALI SFIDE

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

# FARMACEUTICA TERRITORIALE

## COMPORAMENTI PRESCRITTIVI

### Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

#### Efficacia assistenziale territoriale

Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina

% di abbandono di pazienti in terapia con statine

#### Efficacia assistenziale territoriale

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

#### Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza

DDD di farmaci antibiotici erogati/anno

### Efficienza prescrittiva farmaceutica

#### Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci

% di ACE inibitori associati non coperti da brevetto

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

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite

### legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**IGIENE SANITA'  
PUBBLICA**

**IGIENE DEGLI ALIMENTI**

**PREVENZIONE E  
SICUREZZA AMBIENTI DI  
LAVORO**

**PREVENZIONE  
SOVRAPPESO E OBESITÀ**

**SANITA' VETERINARIA**

## PRINCIPALI SFIDE

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

# PREVENZIONE

## IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione

Migliorare la copertura vaccinale

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

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

Copertura vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia)

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

## IGIENE DEGLI ALIMENTI

Sicurezza degli alimenti

Semplificazione delle procedure amministrative per le imprese

Chiusura delle procedure di Segnalazione Certificata di inizio attività (SCIA) entro i termini previsti

## PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro

% di imprese attive sul territorio controllate/anno

Realizzare eventi di educazione alla prevenzione

Numero di eventi di educazione alla prevenzione realizzati /anno

### legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

# PREVENZIONE

## SANITA' VETERINARIA

### Sicurezza degli alimenti

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

% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina

% di allevamenti controllati per TBC bovina

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

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

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

## PREVENZIONE SOVRAPPESO E OBESITA'

### Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare

Diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione

numero interventi educativi attuati nelle scuole/anno

### legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore



## SCREENING ONCOLOGICI

### PRINCIPALI SFIDE

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

# PREVENZIONE SECONDARIA

## SCREENING ONCOLOGICI

Prevenzione delle patologie oncologiche

Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening

Estensione grezza dello screening mammografico

Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening

Adesione grezza dello screening mammografico

### legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**PATOLOGIE CRONICO  
DEGENERATIVE**

**SALUTE MENTALE**

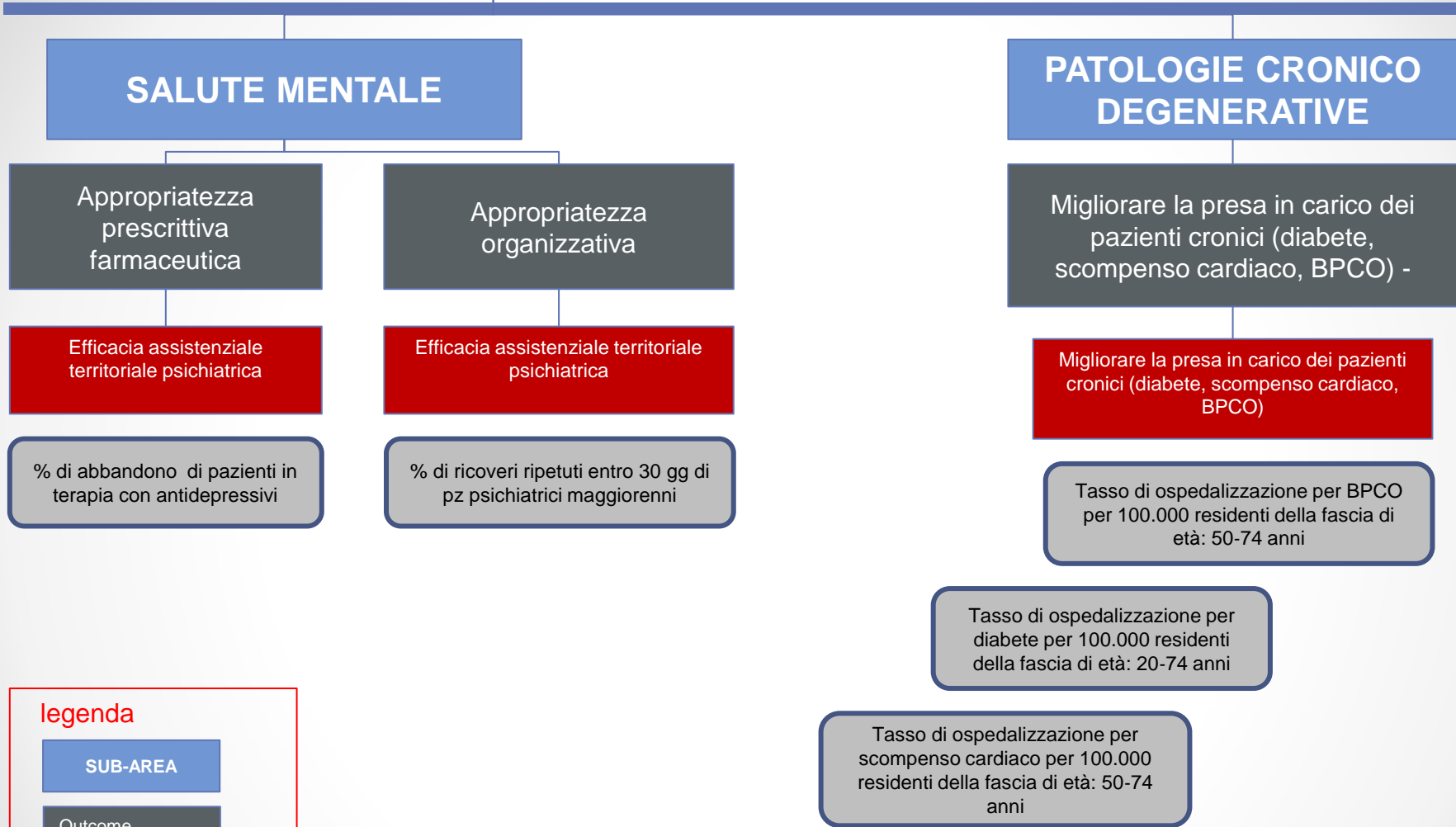
**ASSISTENZA  
DOMICILIARE INTEGRATA**

**TASSO DI  
OSPEDALIZZAZIONE**

## **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 cronic-degenerative**
- **Favorire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale**
- **Migliorare il grado di estensione dell'assistenza domiciliare al fine di contrastare l'istituzionalizzazione impropria e precoce degli anziani**

# RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO



**legenda**

- SUB-AREA
- Outcome
- Obiettivo strategico
- Indicatore

## ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Efficacia assistenziale  
territoriale

Minor ricorso al ricovero  
ospedaliero per i pazienti over  
64

% di over 64 anni trattati in ADI

### legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo  
strategico

Indicatore

# 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 alle fasi attraverso le quali si giunge alla definizione dei contenuti del Piano Triennale.
- Le fasi operative, i soggetti coinvolti e le modalità di elaborazione sono riportate nel **Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo** approvato dall'ASP con Delibera n 775 del 27/12/2013.
- Nel predetto Manuale è riportata anche la tempistica del processo di cui si fornisce una rappresentazione sintetica:

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:
  - ❖ un'attività legata alla programmazione ed alla pianificazione delle performance;
  - ❖ un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nella stesura del Piano della Performance: dalle Macrostrutture Aziendali agli Staff di Direzione Strategica, all'Organismo Indipendente di Valutazione, alle strutture appartenenti ai dipartimenti assistenziali nonché alle strutture di supporto.
- In questo modo è stato creato un valido strumento che costituisce la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali e, da queste, ai singoli professionisti.



# Analisi 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 si individuano le azioni/attività da porre in essere:
  - ❖ è stata 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 operative**;
  - ❖ 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 in corso di implementazione il **sistema di controllo direzionale** che consentirà il monitoraggio periodico dei principali indicatori di attività ( cruscotto direzionale).

## Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

---

- 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 anticorruzione.
- 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:
  - ❖ con delibera n.137 del 06.03.2013 è stata approvato il **Codice Etico**.
  - ❖ con delibera n.219 del 15.04.2013 ha nominato il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione**;
  - ❖ con delibera n.222 del 16.04.2013 ha nominato il **Responsabile della Trasparenza**;
  - ❖ con delibera n.377 del 14.06.2013 ha recepito il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (ex DPR n.62/2013);
  - ❖ con delibera n. 418 del 05.08.2014 è stata approvata la procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità nell'ASP (**Whistleblowing Policy**).
  - ❖ con delibera n.35 del 27.01.2015 ha approvato il **Programma Triennale per la Trasparenza e il Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2015-2017**.

## Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

---

- Per rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e, quindi, garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, il Piano della Performance deve far riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione (P.T.P.C.) e dei Programmi triennali della trasparenza.
- Invero, l'ASP già in sede di elaborazione dei Piani della Performance 2013-2015 e 2014-2016 e di negoziazione dei budget operativi per gli anni 2013 e 2014 aveva previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance organizzativa e individuale dei dirigenti nel campo della prevenzione alla corruzione e della promozione della cultura della legalità e trasparenza, obiettivi confermati anche nella negoziazione di budget 2015.

## Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

---

- Nell'ottica di integrazione e coerenza dei predetti strumenti programmatori, richiamata anche nell'Allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione, anche nel **Piano della Performance 2015 - 2017** sono stati previsti obiettivi, indicatori e target sia per la performance organizzativa (tramite indicatori di risultato e di processo, prevalentemente associabili al livello strategico e operativo) sia per la performance individuale (obiettivi assegnati al responsabile della prevenzione della corruzione e al personale dirigente a vario titolo coinvolto nella realizzazione del P.T.P.C).
- Gli obiettivi strategici che l'Azienda intende realizzare per contrastare i fenomeni dell'illegalità e della corruzione e attuare i principi di trasparenza e accesso civico sono declinati nell'allegato "**Piano degli indicatori 2015-2017**" e sono stati articolati in obiettivi operativi per la dirigenza aziendale, sulla base delle competenze individuate nel **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione** e nel **Programma Triennale della Trasparenza**, in sede di negoziazione del budget operativo 2015.

# Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

---

- Il collegamento tra **Piano Triennale della Performance** e **Programma triennale per la trasparenza e l'integrità** è fondamentale in quanto la tematica della trasparenza:
  - ❖ rappresenta una tematica trasversale rispetto a tutte le attività dell'Azienda;
  - ❖ garantisce l'accessibilità totale da parte dei portatori di interesse sugli obiettivi di performance assegnati ai diversi livelli della struttura organizzativa e ex post sui risultati conseguiti.
- A tal fine, la normativa sulla trasparenza (art. 10 comma 6 del D. Lgs 33/2013) prevede specifiche iniziative finalizzate alla diffusione della conoscenza dei contenuti del Piano e della Relazione sulla Performance tra le associazioni di utenti, stakeholders ed a ogni altro osservatore qualificato attraverso l'organizzazione di apposite **Giornate della Trasparenza**.
- Anche l'art.11,comma 2, del D.LGS. 150/2009 ha previsto che l'Amministrazione programmi apposite iniziative di sensibilizzazione sui temi della trasparenza, legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

## Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

---

- L'ASP nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ha previsto l'organizzazione di eventi dedicati ai temi della legalità, trasparenza, integrità e contrasto alla corruzione in ambito sanitario e per promuovere la conoscenza della **Carta Etica**.
- Infine, per l'anno 2015, nel Piano di Prevenzione della Corruzione, è stato previsto che i dirigenti delle aree a rischio (Gestione del Personale, Provveditorato ed Economato, Attività Tecniche, Cure Primarie, Dipartimento Sanità e Benessere Animale, Dipartimento Salute Umana), entro il 31 marzo, trasmettano alla Direzione Strategica e al RPC un **Piano di rotazione dei responsabili di procedimento**.

## 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.

**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
1	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Monitoraggio tempi di attesa di prestazioni entro soglia	Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa	n.prestazioni con tempo medio di attesa inferiore o uguale al valore soglia	n.prestazioni con tempo medio di attesa inferiore o uguale al valore soglia/n.prestazioni rilevate nei LEA x 100	=	=	90%	>90	>90	>90	DGR 452/2014 Piano della Performance Aziendale
2	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Contenimento dei costi di approvvigionamento di beni e servizi	Collaborazione con la SUAP Regionale	n. capitolati trasmessi alla Direzione strategica	n. capitolati trasmessi /n. capitolati richiesti dalla Direzione strategica	=	=	ND	100%	100%	100%	Piano della Performance Aziendale
3	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione e 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	n. report	n. report	-	-	-	=>3	=>3	=>3	DGR 662/2015
4	DIREZIONE STRATEGICA	REVISIONE CONTABILE	Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile	Certificazione del bilancio	Opinion Ente certificatore (SI/NO/Positiva con limitazioni)	=	OPINION POSITIVA	OPINION POSITIVA	OPINION POSITIVA	OPINION POSITIVA	OPINION POSITIVA	DGR 662/2015
5	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie	Monitorare i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi per una loro graduale riduzione ed evitare il pagamento di interessi di mora	Tempo Medio di Pagamento (TMP)	Debiti verso fornitori/Acquisti (materie prime e servizi) / 360	82	76,5	75,6	< 60	< 60	< 60	art. 23, comma 5, lett. a), della Legge 69/2009
6	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie	Allocare correttamente le risorse per gli investimenti	Affidamento dei lavori individuati nell'accordo integrativo APQ entro la data prevista	Assenza di "warning" (ovvero "warning risolti tempestivamente); Rispetto scadenze di aggiudicazione	=	=	SI	SI	SI	SI	DGR 662/2015
7	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 alla DGR 662/2015	=	=	=	SI	SI	SI	DGR 662/2016
8	DIREZIONE STRATEGICA	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 di contrasto dell'illegalità	Adozione del Piano di prevenzione della corruzione e pubblicazione sul sito	=	=	SI	SI	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	Legge 190/2012 (anticorruzione)
9	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Attuare gli adempimenti previsti in capo ai responsabili di struttura nei confronti del RPC nel cronoprogramma delle competenze	Grado di attuazione degli adempimenti previsti nel cronoprogramma entro i termini	assenza di negatività segnalate dal responsabile anticorruzione e/o rilevabili nella Relazione di attuazione del Piano	=	SI	SI	SI -entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre	SI -entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre	SI -entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre	Piano Triennale anticorruzione 2015-2017
10	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Definire le procedure per selezionare e formare i dipendenti nei settori a rischio	Definizione delle procedure di selezione e formazione dei dipendenti	=	=	SI	SI	SI - entro il 31 marzo	SI - entro il 31 marzo	SI - entro il 31 marzo	Piano Triennale anticorruzione 2015-2017



**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
11	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Attuare il programma formativo per i dipendenti nei settori a rischio	n.1 corso-base per i dipendenti delle aree a rischio (punto 8 del Piano) - n.1 percorso formativo per l' RPRC	N. eventi e/o percorsi formativi realizzati/n. di eventi e/o percorsi formativi programmati	=	SI	1 Corso Realizzato	SI - entro il 30 novembre	SI - entro il 30 novembre	SI - entro il 30 novembre	Piano Triennale anticorruzione 2015-2017
12	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Elaborazione della relazione annuale di attuazione del Piano di prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano	=	=	SI	SI	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	Piano Triennale anticorruzione 2015-2017
13	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	Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Approvazione del Programma Triennale della Trasparenza e aggiornamenti annuali	=	=	SI	SI	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza)
14	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	Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Assolvimento degli obblighi di pubblicazione, monitoraggio e vigilanza previsti dalla Delibera ANAC n 50/2013	=	=	SI	SI	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	Delibera ANAC
15	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	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Promuovere incontri e iniziative finalizzate a promuovere la cultura della legalità, integrità e trasparenza e la conoscenza della Carta etica	=	=	=	Info Day	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	art.11,co2,D.LGS 150/2009-D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) -Delibera CIVIT n.105/2010
16	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Potenziare il sistema di governo integrato aziendale, accrescere il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori, assicurare la qualità, comprensibilità, attendibilità e fruibilità dei documenti di rappresentazione della performance.	Ciclo di Gestione della Performance: dare avvio al Ciclo di G.P.	Approvazione Piano delle Performance triennale con aggiornamento annuale - pubblicazione sul sito	=	=	SI	SI	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	DLGS 150/2009
17	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Potenziare il sistema di governo integrato aziendale, accrescere il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori, assicurare la qualità, comprensibilità, attendibilità e fruibilità dei documenti di rappresentazione della performance.	Ciclo di Gestione della Performance: verifica e rendiconto del grado di conseguimento degli obiettivi aziendali	Adozione Relazione sulla Performance e pubblicazione sul sito	=	SI	SI	SI	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	DL 150/2009

**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
18	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	produzione relazione - invio alla Regione e pubblicazione relazione CS entro il 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento	produzione relazione - invio alla Regione e pubblicazione relazione CS entro il 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento	produzione relazione - invio alla Regione e pubblicazione relazione CS entro il 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento	DGR 662/2015
19	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 - entro il 31 maggio	SI - entro il 31 maggio	SI - entro il 31 maggio	DGR 662/2015 -Piano della Performance Aziendale

**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
20	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni	Redazione del Piano aziendale della Comunicazione	approvazione e pubblicazione Piano della Comunicazione	SI	SI	SI	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	DGR 606/2010
21	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Appropriatezza dei ricoveri	Revisione della qualità: migliorare l'accountability dei servizi	cartelle cliniche dimessi controllate secondo quanto previsto dal DM 10.12.2009	n.cartelle cliniche controllate/n. dimessi *100	10,68	11,26%	12,44%	≥ 10%	≥ 10%	≥ 10%	DGR 662/2015
22	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Appropriatezza dei ricoveri	Revisione della qualità: migliorare l'accountability dei servizi	Elaborazione e invio in Regione relazione sul controllo delle cartelle cliniche	=	SI	SI	SI	SI - entro il 15 maggio	SI - entro il 15 maggio	SI - entro il 15 maggio	DGR 662/2015
23	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Gestione del rischio clinico	Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015	=	=	=	=	SI	SI	SI	DGR 662/2015
24	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Gestione del rischio clinico	Elaborazione e invio in Regione del Piano di previsione delle attività di Risk Management	=	SI	SI	SI	SI - entro il 31 marzo	SI - entro il 31 marzo	SI - entro il 31 marzo	DGR 662/2015
25	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Gestione del rischio clinico	Elaborazione e invio in Regione della Relazione di attuazione delle attività di Risk Management	=	SI	SI	SI	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	DGR 662/2015
26	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DGR 662/2015
27	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 regionale)	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO B (di interesse regionale)/n.flussi da inviare	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DGR 662/2015
28	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Predisposizione del PAL	Aggiornamento del PAL	n. documenti prodotti	=	=	=	=	SI	aggiornamento annuale del PAL	aggiornamento annuale del PAL	DGR 662/2015
29	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Appropriatezza organizzativa	Attuazione degli standard relativi alle strutture complesse, semplici, coordinamento e posizioni organizzative.	n. atti prodotti ed approvati/n. atti da produrre e approvare	n. atti prodotti ed approvati/n. atti da produrre e approvare	=	=	=	100%	100%	100%	DGR 662/2015

**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
30	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Contenimento dei costi di approvvigionamento di beni e servizi	Rispetto delle disposizioni previste in materia di acquisti di beni e servizi (adempimento b del patto per la salute)	importo acquisti effettuati sulla piattaforma CONSIP/ totale acquisti effettuati	utilizzo per l'acquisto di beni e servizi, di cui alle categorie merceologiche presenti, degli strumenti telematici della piattaforma CONSIP e/o MEPA (= > 85% degli importo totale dei contratti stipulati nel 2015.verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management. Calcolo delle singole prestazioni e della loro incidenza percentuale sull'intero importo dell'appalto	=	=	=	= > 85%	= > 85%	= > 85%	ADEMPIMENTO b PATTO DELLA SALUTE dgr 662/2015
31	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Miglioramento delle Reti di previste dal Piano Regionale della Salute 2012-2015	Piena attivazione Reti previste dal Piano regionale della salute 2012-2015, approvato con la D.C.R. n. 317 del 24.7.2012	N relazioni prodotte/ N. relazioni previste	N relazioni prodotte/ N. relazioni previste	=	=	=	2	2	2	DGR 662/2015
32	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Appropriatezza clinica gender oriented	Realizzazione, nell'ambito dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Aziendali (PDTA), di tutte le azioni terapeutiche, organizzative e innovative volte alla appropriatezza per il genere di appartenenza. Miglioramento dell'appropriatezza clinica (gender oriented): prevedere e realizzare focus formativi per la medicina di genere	Azioni terapeutiche, organizzative ed innovative volte all'appropriatezza per il genere di appartenenza.	n. programmi informazione/formazione; n. incontri con associazioni; n. incontri con MMG	=	=	=	1	1	1	DGR 662/2015
33	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Appropriatezza clinica (chirurgica)	Garantire tempestività degli interventi chirurgici per fratture di femore al fine di ridurre il rischio di complicanze,disabilità ed impatto sulla vita sociale	% di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	N. interv per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni *100/Num interv per frattura del femore	42,30%	61,34%	69,98%	>60%	>60%	>60%	DGR 662/2015
34	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MATERNO INFANTILE	Appropriatezza clinica (chirurgica)	Migliorare la qualità del percorso nascita attraverso la riduzione dei parti cesarei	% di parti con taglio cesareo primario	N. parti cesarei primari *100/N tot parti con nessun pregresso cesareo	28,44%	22,96%	28,06%	< 23%	< 23%	< 23%	DGR 662/2015
35	ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	Appropriatezza organizzativa (PS)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	% pazienti con codice giallo visitati entro 20 minuti	N. pazienti in PS con cod. giallo visitati entro 30 minuti x100/N. pazienti in PS con cod. giallo visitati entro e oltre 20 minuti	=	91%	92,43%	> 90%	> 90%	> 90%	DGR 662/2015
36	ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	Appropriatezza organizzativa (PS)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	% di pz non inviati al ricovero (o all'OBI) dal P.S. con tempo di permanenza < 4 ore	n.pz non inviati al ricovero (o all'OBI) con tempi di permanenza entro le 4 ore /n.pz non inviati al ricovero (o all'OBI) con tempi di permanenza < 4 ore	89,56%	90,40%	93,90%	>90%	>90	>90	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE

**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
37	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza organizzativa (medica)	Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri per accertamenti diagnostici che possono essere eseguiti in regime ambulatoriale	% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica*100/N. di ricoveri in DH medico	56,45%	35,03%	20,58%	< 30	< 30	< 30	DGR 662/2015
38	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza organizzativa (medica)	Ridurre il numero dei ricoveri medici brevi (0-1-2 giorni) attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio	% di ricoveri ordinari medici brevi	N. di ricoveri ordinari medici brevi*100/N. di ricoveri ordinari medici	8,95%	7,59%	5,51%	< 12	< 12	< 12	DGR 452/2014 Piano della Performance Aziendale
39	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza organizzativa (chirurgica)	Ridurre la degenza media pre-intervento (ricoveri programmati)	n. giornate di degenza precedenti l'intervento chirurgico (media)	n. giornate di degenza precedenti l'intervento chirurgico/n.dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	1,37	0,99	0,82	<1	<1	<1	DGR 452/2014 Piano della Performance Aziendale
40	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Appropriatezza organizzativa (chirurgica)	Ridurre il numero dei ricoveri con DRG medico in reparti chirurgici	% di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari	n. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici*100/N. di dimessi da reparti chirurgici	30,28%	17,91%	9,98%	< 20	< 20	< 20	DGR 662/2015
41	ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Realizzare eventi di informazione e formazione (dipendenza da fumo)	Num di eventi di educazione sanitaria antifumo nelle scuole (studenti medi inf/superiori)	Num. di eventi di educazione sanitaria anti-fumo/anno nelle scuole	6	7	13	> 6	> 6	> 6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
42	ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Realizzare eventi di informazione e formazione (alcolismo)	Num di eventi di educazione sanitaria nelle scuole (studenti medi inf. e superiori)	num di eventi di educazione sanitaria contro l'abuso di alcool/anno nelle scuole	6	24	13	≥ 6	≥ 6	≥ 6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE

**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
43	ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Realizzare eventi di informazione e formazione (ludopatie)	num di eventi di educazione ai corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie	num di eventi di educazione ai corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie/anno nelle scuole	=	3	15	≥ 6	≥ 6	≥ 6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
44	ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Attivare/dare continuità alle attività ambulatoriali per il contrasto del fenomeno dell'alcolismo e delle ludopatie	Num. di ambulatori per il contrasto dell'alcolismo e delle ludopatie attivi	n.ambulatori attivi/n.ambulatori programmati	=	1	5	≥ 3	≥ 3	≥ 3	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
45	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	8,21	7,66%	6,71%	>10	>10	>10	DGR 662/2015
46	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	302,32	334,18	329,43	<180	<180	<180	DGR 662/2015
47	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 x 100.000/Pop residente della fascia di età: 20-74	29,45	29,13	25,97	< 20	< 20	< 20	DGR 662/2015
48	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 x 100.000/Pop residente della fascia di età: 50-74	38,25	36,83	41,29	< 40	< 40	< 40	DGR 662/2015
49	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	24,96%	25,74%	25,19%	< 20%	< 20%	< 20%	DGR 662/2015

**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
50	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE	Efficacia dell'assistenza territoriale (cure palliative)	Valutare gli esiti della riorganizzazione e degli investimenti effettuati nelle strategie per il controllo del dolore	Consumo di farmaci oppioidi	ddd farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo/n.res.x 365	0,57%	0,58%	0,58%	≥ 2	≥ 2	≥ 2	DGR 662/2015
51	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/	99,6%	99,4%	98,88%	> 95%	> 95%	> 95%	DGR 662/2015
52	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	apertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio	N.Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione	92,00%	90,00%	90,00%	> 90%	> 90%	> 90%	DGR 662/2015
53	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antipneumococcica	N.Cicli vaccinali (3°dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	99,6%	99,3%	98%	> 97%	> 97%	> 97%	DGR 662/2015
54	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antimeningococcica 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	92%	88%	88,00%	>81%	>81%	>81%	DGR 662/2015
55	PREVENZIONE	PREVENZIONE SOVRAPPESO E OBESITA'	Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare	Diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione	numero interventi educativi annui programmati e attuati nelle scuole	n.interventi educativi annui effettuati nelle scuole /n.interventi programmati	=	101	129	100% (>20)	100% (>20)	100% (>20)	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
56	PREVENZIONE	IGIENE DEGLI ALIMENTI	Sicurezza degli alimenti	Semplificazione delle procedure amministrative per le imprese	Chiusura delle procedure di Segnalazione Certificata di inizio attività (SCIA) entro i termini previsti	n. SCIA concluse nei termini/totale SCIA pervenute	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
57	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	Num di imprese attive presenti sul territorio controllate*100/Num di imprese attive presenti sul territorio	7,78	7,81%	5,43%	> 10%	> 10%	> 10%	DGR 662/2015
58	PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Realizzare eventi di educazione alla prevenzione	Numero di eventi di educazione alla prevenzione realizzati	num di eventi di educazione alla prevenzione/anno sulla prevenzione nei luoghi di lavoro	3	5	14	>5	>5	>5	DGR 606/2010



**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
59	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	% di allevamenti controllati per TBC bovina	Num allevamenti controllati*100/Num allevamenti da sottoporre a controllo	99,90%	99,95%	100%	> 99%	> 99%	> 99%	DGR 662/2015



**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
60	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina	Numero allevamenti controllati*100/Numero allevamenti da sottoporre a controllo	99,80%	99,58%	100%	> 99%	> 99%	> 99%	DGR 662/2015
61	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Anagrafe animale - Controllo delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana ed animale	% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina	Num totale aziende ovicaprine controllate*100/Num totale aziende ovicaprine	4,94%	5,37%	5,57%	> 5%	> 5%	> 5%	DGR 662/2015
62	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Contaminazione degli alimenti - Controllo per la riduzione del rischio di uso di farmaci illeciti e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari	% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	Num campioni analizzati*100/Num campioni programmati	100%	100%	100%	> 99%	> 99%	> 99%	DGR 662/2015
63	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare l'estensione e l'adesione alle campagne di screening	Estensione grezza dello screening mammografico	V. scheda calcolo indicatori DRG 662/2015	99,90%	94,25%	93,33%	>95%	>95%	>95%	DGR 662/2015
64	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening	Adesione grezza dello screening mammografico	V. scheda calcolo indicatori DRG 662/2015	56,40%	52,34%	60,64%	>85%	>85%	>85%	DGR 662/2015
65	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORTAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia dell'assistenza territoriale	Consumo di inibitori di pompa protonica UP/Paz./anno	n.UP di IIP erogate/popolazione residente pesata	30,48%	29,55%	31,57%	< 21	< 21	< 21	DGR 662/2015
66	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORTAMENTI 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	13,14%	13,44%	12,67%	< 13%	< 13%	< 13%	DGR 662/2015
67	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORTAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia assistenziale territoriale	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina	n.cf farmaci inibitori dell'angiotensina II, ass. e non, erogati dalle farm.territ. in regime convenzionale X 100/n.farmaci gruppo C9 erogati dalle farm. terr. in regime convenzionale	43,88%	43,66%	43,88%	< 35%	< 35%	< 35%	DGR 298/2012 - DGR N.452/2014

**TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI: AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017 - PIANO DEGLI INDICATORI -**

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 Target	Piano 2016 Target	Piano 2017 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA											
68	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	Spesa per la farmaceutica convenzionata + spesa per distribuzione diretta/ Popolazione residente pesata	229,80	225,91	214,09%	< 188	< 188	< 188	DGR 662/2015
69	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORTAMENTI PRESCRITTIVI	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci	Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto	n.Up di Ace inib. Associati non coperti da brevetto erogate *100/n.UP di aceinib.associati	87,19%	86,36%	86,05%	> 84%	> 84%	> 84%	DGR 662/2015
70	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORTAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza	DDD di farmaci antibiotici erogati/anno	DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000/N. residenti x 365	23,77%	25,60%	25,60%	< 20	< 20	< 20	DGR 662/2015