

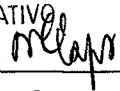
**AZIENDA SANITARIA LOCALE
DI POTENZA
(A.S.P.)**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO **526** DEL **05 GIU. 2009**

COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

Dr. Nicola CLAPS 

TRASMESSA A:

Collegio Sindacale il

05 GIU. 2009

Controllo preventivo regionale il

OGGETTO Approvazione Regolamento di Budget e Schema-Tipo della scheda di budget

DIREZIONE PROPONENTE

Documenti integranti il provvedimento

Allegato "A", Allegato "B", e Allegato "C"

Numero Allegati

3

RISERVATO ALL'UNITÀ OPERATIVA ECONOMICO PATRIMONIALE (IMPUTAZIONE CONTABILE)

Costo di € _____ di competenza anno _____ conto _____ codice _____

Somma di € _____ imputazione fondo del passivo di s.p. _____ codice _____

Spesa di € _____ movimento a carattere numerario conti _____ codice _____

Spesa di € _____ finanziamento da regione _____ codice _____

_____ finanziamento da altri _____ codice _____

Spesa di € _____ cespiti da inventariare _____ codice _____

IL DIRIGENTE DELL'UNITÀ OPERATIVA

RISERVATO ALL'UNITÀ OPERATIVA PROPONENTE (IMPUTAZIONE BUDGET)

Centro di responsabilità _____ €

Centro di costo _____ €

IL DIRIGENTE DELL'UNITÀ OPERATIVA

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente è stata pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria USL n.2 di Potenza
in data _____ ex art.44 della L.R. n.39/2001 e che la stessa vi rimarrà affissa per 5 giorni consecutivi.

Potenza, _____

DATA


IL FUNZIONARIO DELEGATO

RICHIAMATA la L.R. n. 12 del 01.07.2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale" di istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

PREMESSO che con il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche e con L.R. n. 39/2001 si è avviato il processo di aziendalizzazione del Servizio Nazionale Regionale, il cui successo non può prescindere dall'adozione di adeguati strumenti gestionali di programmazione e controllo dell'efficacia, efficienza ed economicità dei processi aziendali;

CONSIDERATO che tra i suddetti strumenti gestionali il budget è il sistema di programmazione di breve periodo tramite il quale la Direzione Aziendale concorda obiettivi e risorse con i responsabili dei vari livelli aziendali, esplicitandoli e responsabilizzando gli attori aziendali coinvolti verso il loro raggiungimento.

RITENUTO OPPORTUNO di dover garantire uniformità al processo di formulazione del budget attraverso l'adozione di un "Regolamento di budget", che individua e disciplina le fasi di sviluppo del processo stesso, e di una "Scheda di budget-tipo" con la quale viene formulata una proposta da parte delle strutture aziendali in conformità agli indirizzi generali emanati dalla Direzione Aziendale, e con la stessa analizzata e condivisa;

REPUTATO di approvare il percorso e la tempistica di budget nelle seguenti fasi:

- fase 1:** formulazione e diffusione della direttiva aziendale annuale per la formulazione del budget
- fase 2:** coinvolgimento dei Centri di Responsabilità (CdR) e formulazione della proposta di obiettivi utilizzando la scheda di budget;
- fase 3:** predisposizione della proposta degli obiettivi di budget da parte dei responsabili di CdR con il coinvolgimento di tutti gli altri dirigenti del centro stesso;
- fase 4:** inoltro delle schede di budget contenenti le proposte di obiettivi del CdR al Centro di Controllo Direzionale e/o Controllo di Gestione. Quest'ultimo predispone una serie di prospetti di sintesi per la Direzione Strategica, al fine di consentire l'analisi complessiva di tutte le proposte di obiettivi e la definizione degli interventi correttivi necessari da concordare con tutti i CdR;
- fase 5:** negoziazione e sottoscrizione del budget dei singoli CdR;
- fase 6:** analisi, predisposizione ed approvazione, da parte della Direzione Strategica, del Budget dell'Azienda;
- fase 7:** successiva negoziazione di eventuali proposte relative al budget delle innovazioni.

CONSIDERATO che con DGR n. 644/2009 la Regione Basilicata ha aggiornato la DGR 329/2008 e gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria per l'anno 2009 a seguito dell'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale ex L.R. n. 12/2008;

CONSIDERATO che nella primo periodo di applicazione del Sistema di budget questa Azienda si riserva di rinviare a successivo atto l'approvazione delle linee guida di programmazione aziendali ed assume come obiettivi per la programmazione del budget anno 2009 quelli assegnati dalla Regione Basilicata attraverso le vigenti disposizioni programmatiche, integrandoli con obiettivi specifici finalizzati al miglioramento delle attività ovvero all'implementazione di nuove attività volte a conseguire l'eccellenza in alcuni settori aziendali;

RITENUTO OPPORTUNO di considerare l'anno 2009 come "*anno sperimentale*" del sistema di budget in cui è prevista una fase transitoria prima della piena attuazione del "Regolamento di Budget";

RAVVISATA l'esigenza di adottare per la negoziazione degli incentivi del personale dirigente e del comparto gli stessi meccanismi e logiche della negoziazione di budget;

RITENUTO opportuno creare una stretta connessione tra il sistema premiante del personale dell'Azienda con il processo di budget attraverso l'adozione di un "Protocollo applicativo" allegato al presente provvedimento;

DATO ATTO che, al fine di migliorare l'organizzazione e la programmazione del lavoro, vi è l'esigenza di perseguire sempre più la qualità dell'azione gestionale e sanitaria nel rispetto dei limiti di spesa assegnati.

RAVVISATO che la necessità di garantire, tramite il raggiungimento di obiettivi assistenziali e professionali "misurabili", l'appropriatezza e l'uniformità dell'azione sanitaria alla popolazione, pone l'opportunità di perfezionare strumenti utili ad una più oggettiva valutazione.

Sentiti i pareri favorevoli dei Direttori Amministrativo e Sanitario;

DELIBERA

- di approvare il Regolamento di Budget (allegato "A");
- di approvare lo schema – tipo della scheda di budget contenente gli obiettivi generali e specifici aziendali(allegato "B") ;
- di rimandare all'esito delle consultazioni sindacali l'approvazione del "Protocollo applicativo del sistema premiante" (allegato "C")

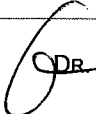
L'ISTRUTTORE


(NOME COGNOME)

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA

(NOME COGNOME)

 IL DIRETTORE SANITARIO
DR. GIUSEPPE N. CUGNO

 IL DIRETTORE GENERALE
DR. PASQUALE FRANCESCO AMENDOLA

 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DR. MARIO MARRA

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.

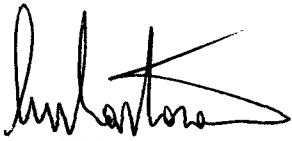
OGGETTO Approvazione Regolamento di Budget e dello schema - tipo della scheda di budget

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 05/01/2009

all'Unità Operativa _____

e alle Unità Operative _____

L'IMPIEGATO ADDETTO



(NOME COGNOME)

Regolamento
di
Budget

TITOLO 1: DEFINIZIONE E RUOLO DEL SISTEMA DI BUDGET

ART.1

Il budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne. Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione strategica ed annuale aziendale e nel quadro degli indirizzi programmatici regionali.

Il budget viene elaborato in conformità al bilancio economico preventivo dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (A.S.P.). Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano parametro di riferimento per la valutazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione anche ai fini del sistema premiante (retribuzione di risultato) e delle posizioni dirigenziali.

ART. 2

I piani ed i programmi aziendali strategici sono contenuti nell'apposito documento dell'Azienda.

ART.3

Il budget è articolato su due livelli di responsabilità:

- livello aziendale: si tratta del budget generale d'azienda ed è determinato dalla somma dei budget relativi alle articolazioni organizzative, integrato dal budget della Direzione Strategica e degli organismi di staff nel quale sono evidenziati i progetti aziendali;
- livello di struttura complessa e semplice autonoma: di seguito si fa riferimento al presente livello di responsabilità con il termine Centro di Responsabilità.

ART.4

Il budget di CdR è di carattere operativo: si basa sul miglioramento dell'erogazione dei servizi e nell'impiego delle risorse strutturali assegnate (personale, tecnologia e spazi), mediante l'esplicitazione di obiettivi di attività (quali - quantitativi) ed indici di assorbimento di risorse.

Il budget di CdR, congiuntamente alla predisposizione degli obiettivi del budget operativo può proporre obiettivi che comportano una modificazione delle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi) assegnate.

Gli obiettivi vengono esplicitati separatamente dagli obiettivi operativi, in forma di progetto, in apposite sezioni della scheda di budget (Budget delle attività).

TITOLO 2: GESTIONE DEL BUDGET

ART.5

Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget è necessario porre in essere un meccanismo che consenta di intervenire sulla gestione. Il Centro di Controllo Direzionale, pertanto, provvede al monitoraggio continuo dei risultati intermedi conseguiti ed al loro sistematico confronto con quelli previsti e procede alla stesura almeno trimestrale di un report per ogni CdR, trasmettendone copia al Centro stesso ed alla Direzione Strategica.

ART.6

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne e non governabili dai Centri di Responsabilità e/o dall'Azienda, si rende necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi. La modificazione degli obiettivi di budget può avvenire nei seguenti modi:

- su iniziativa del Direttori Amministrativo e Sanitario, per le aree di propria competenza, quando, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infra-annuali, rilevano differenze significative tra obiettivi e risultati effettivi;
- su proposta motivata del Centro di Responsabilità interessato, con comunicazione da inviare, entro 15 giorni dal ricevimento del report dei risultati infra-annuali conseguiti, al Centro di Controllo Direzionale, al fine di attivare il processo di revisione con le Direzioni interessate.

ART.7

La revisione infra-annuale del budget è prevista limitatamente alle seguenti situazioni:

- a) risultati effettivi di attività / qualità che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese e/o che comportano una riallocazione interna delle risorse strutturali;
- b) indici effettivi di consumo di risorse che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese;
- c) modificazioni significative nelle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi) assegnate ad inizio esercizio;
- d) sopravvenuta impossibilità di avviare e/o portare a compimento progetti specifici. In ogni caso non è possibile, se non su iniziativa della Direzione Strategica, modificare gli obiettivi di budget per fenomeni gestionali relativi all'ultimo trimestre dell'esercizio di riferimento.

TITOLO 3: IL PROCESSO DI BUDGET

ART.8

Per processo di budget si intende l'insieme delle regole aziendali che definiscono, in modo esplicito e trasparente, quali passaggi devono essere compiuti per giungere alla formalizzazione degli obiettivi. Le fasi di sviluppo del processo di budget sono:

fase 1: formulazione e diffusione della direttiva aziendale annuale: indica obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione del budget. Tale documento viene predisposto dalla Direzione Strategica, supportata dal Centro di Controllo Direzionale, e costituisce il momento di avvio del processo di budget. La direttiva aziendale annuale viene resa nota a tutti i dirigenti con responsabilità di budget. Per l'anno 2009 si fa riferimento a quanto riportato all'art. 10, punto c).

fase 2: coinvolgimento dei CdR e formulazione della proposta di obiettivi utilizzando la scheda di budget;

fase 3: i responsabili di CdR, nella predisposizione della proposta di obiettivi di budget, coinvolgono tutti gli altri dirigenti del centro stesso. La sezione della scheda di budget nella quale sono riportati gli obiettivi proposti di area, nucleo e modulo devono riportare, in calce, la firma per presa visione del responsabile dell'articolazione organizzativa interessata;

fase 4: le schede di budget contenenti le proposte di obiettivi vengono inviate al Centro di Controllo Direzionale. Quest'ultimo predispone una serie di prospetti di sintesi per la Direzione Strategica, al fine di consentire l'analisi complessiva di tutte le proposte di obiettivi e la definizione degli interventi correttivi necessari da concordare con tutti i CdR;

fase 5: negoziazione e sottoscrizione del budget dei singoli CdR;

fase 6: analisi, predisposizione ed approvazione, da parte della Direzione Strategica, del Budget dell'Azienda;

fase 7: le proposte relative al budget delle innovazioni sono oggetto di negoziazione successivamente alla comunicazione, da parte della Regione, dei livelli di finanziamento accordati e l'assegnazione dei progetti obiettivo regionali. Tale operazione potrà quindi avvenire solo ad esercizio di budget avviato. L'eventuale avvio di un progetto innovativo comporta l'aggiornamento del budget operativo per l'esercizio di competenza.

ART. 9

La proposta di obiettivi di budget viene formulata mediante l'impiego di uno specifico modulo, scheda di budget, messo a punto dall'azienda. La scheda di budget si articola nel modo seguente:

LINEE GUIDA AZIENDALI: in cui vengono sintetizzate le direttive aziendali annuali formulate dalla Direzione Strategica: indica obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione del budget. Per l'anno 2009 si fa riferimento a quanto riportato all'art.10.

SCHEDA DI PROPOSTA DI BUDGET:

BUDGET OPERATIVO (Moduli A, B, C, D): per budget operativo si intende la formulazione di obiettivi quantitativi, prevalentemente di attività, e di progetti specifici in ragione delle risorse di personale, tecnologia e spazi fisici già assegnate dall'azienda al Centro di Responsabilità al momento della compilazione della presente scheda. La formulazione di progetti specifici è in ogni caso richiesta, con riferimento a tutte le articolazioni funzionali previste nell'ambito dei CdR. La formulazione degli obiettivi viene "guidata" rispetto alle aree di risultato tipiche dei Centro di Responsabilità.

BUDGET DELLE INNOVAZIONI (Moduli E): il budget dei CdR viene completato con la proposizione di obiettivi che comportano una sostanziale modificazione della capacità produttiva del CdR o, in altri termini, che chiedono una modificazione delle risorse di personale, tecnologia e spazi. Il budget delle innovazioni è organizzato per progetti e prevede l'esplicitazione dell'impatto economico finanziario derivante dall'attivazione del progetto.

SCHEDA DI NEGOZIAZIONE-SINTESI (Modulo G): gli obiettivi del budget operativo formulati nei moduli B, C, D, eventualmente integrati in ragione dell'approvazione di progetti innovativi, vengono quindi sintetizzati al fine di rappresentare la base di riferimento per la valutazione dei risultati per il conoscimento delle quote di retribuzione di risultato previste o concordate.

AVOLE DI DIREZIONE (ALLEGATO 2) in cui vengono riportati i risultati raggiunti nell'anno precedente a quello di riferimento del budget dal CdR. In particolare in questa sezione sono riportati i prospetti di sintesi relativi a dati attività (quantità e qualità) e di costo riferiti al CdR.

ITOLO 4: NORME TRANSITORIE

RT. 10

In ragione del carattere sperimentale del sistema di budget, è prevista una fase transitoria, prima che il presente regolamento possa essere applicato in tutte le sue articolazioni. In particolare:

- a) nell'eventualità in cui non fossero disponibili report sintetici contenenti tutti i dati di attività e di costo, così come previsto dal sistema di reporting a regime, nella scheda di budget saranno inserite solo le informazioni ad oggi esistenti
- b) la prima sperimentazione del sistema di budget fa riferimento all'esercizio 2009. La scheda di Budget approntata dall'Azienda a tale scopo, è stata progettata in forma semplificata al fine di rendere più agevole il processo complessivo.
- c) In una fase di prima applicazione relativamente all'anno 2009 questa azienda si riserva di rinviare a successivo atto l'approvazione dei piani e programmi in argomento. Nelle more dell'adozione delle linee guida aziendali questa Direzione Strategica assume come obiettivi per la programmazione del budget quelli assegnati dalla Regione Basilicata dalle vigenti disposizioni programmatiche integrate da obiettivi specifici tesi al miglioramento di attività consolidate ovvero all'implementazione di nuove attività volte a perseguire l'eccellenza in alcuni settori dell'Azienda.
- d) Nelle more della definizione di tavole di direzione omogenee per l'intera ASP, per l'anno 2009 ogni disciolta ASL presenta un suo prospetto di sintesi dei risultati raggiunti nell'anno precedente.

scheda di budget

MODULO "A" - VALUTAZIONE DEI RISULTATI CONSEGUITI NELL'ANNO PRECEDENTE

Considerazioni Generali

Principali Punti di Forza:

*Scheda di Budget
Direttore Generale dott. Pasquale Amendola*

MODELLO "A" - VALUTAZIONE DEI RISULTATI CONSEGUITI NELL'ANNO PRECEDENTE

Principali Punti di Debolezza:

*Scheda di Budget
Direttore Generale dott. Pasquale Amendola*

Modulo "B"

Obiettivi Generali

e

Obiettivi Specifici

obiettivi generali

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

A1 – POSTI LETTO (obiettivo dei Direttori Sanitari Ospedalieri e dei Direttori di Unità Operativa Ospedaliera e/o Responsabili di procedimento specificamente individuati)	
obiettivo	Risultato atteso
<p>posti letto per acuti: <i>mantenere lo standard</i> del 3,5 per mille (DGR 99/2008) <i>aggiornare i flussi informativi</i> verso la Regione ed il competente Ministero.</p> <p>posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza: <i>attivare, entro 31-12-2009, almeno 80% di quelli assegnati</i> (DGR 513/2007).</p>	<p>Posti letto per acuti: rispetto della programmazione regionale</p> <p>posti letto lungodegenza/riabilitazione: attivazione di almeno 80% entro il 2009</p>
	Indicatore
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rispetto dei parametri e degli indicatori fissati dalla regione Basilicata ➤ Relazioni trimestrale ed annuale del D.S.O. e degli altri responsabili di UU.OO. che confermino il rispetto dei parametri fissati e delle procedure programmate. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.
A2 – TASSI di OSPEDALIZZAZIONE (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri e dei Direttori di UU.OO. ospedalieri e dei Direttori di distretto)	
obiettivo	Risultato atteso
<p>Mantenimento del T.O. per ricoveri ordinari ed in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quello in regime diurno di norma pari al 20 % (TO = 36/1000 abitanti residenti).</p>	<p>TO per ricoveri ordinari in regione 102/1000</p> <p>TO per ricoveri diurni in regione 25/1000</p> <p>TO per ricoveri ordinari fuori regione 42/1000</p> <p>TO per ricoveri diurni fuori regione 11/1000</p>
	Indicatore
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ T.O. e N.° ricoveri ordinari; ➤ T.O. e N.° D. H.
A3 – Ricoveri Ordinari e DH per i DRG del LEA ad alto rischio di non appropriatezza (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri e dei Direttori di UU. OO. ospedalieri)	
obiettivo	Risultato atteso
<p>Per i DRG individuati come ad alto rischio di non appropriatezza, deve essere garantito il rispetto del valore soglia dei ricoveri diurni rispetto al numero totale di ricoveri per singolo DRG.</p> <p>il ricorso al D. S. per gli interventi chirurgici di cui alla tabella allegat2 DGR n.644/2009 non deve</p>	<p>Rispetto dei parametri e degli indicatori fissati dalla regione Basilicata</p>
	Indicatore
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relazione trimestrale ed annuale del D.S.O. e dei Direttori di U.O. che confermino il rispetto dei parametri fissati. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

<p>superare il valore percentuale/soglia di ammissibilità fissato nel 10% sul totale degli interventi eseguiti nei diversi regimi di erogazione.</p> <p>Sono inappropriati i ricoveri in D. S. per l'esecuzione di interventi o procedure che possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.</p>		<p>di riferimento.</p>
<p>A4 – PRESTAZIONI di RICOVERO e LISTE di ATTESA (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri e dei Direttori di U.O. OO. ospedaliere)</p>		
<p>obiettivo</p> <p><i>rispetto dei tempi di attesa</i> programmati dalla Regione Basilicata;</p> <p>compilazione della SDO in tutti i suoi campi (compreso il campo prenotazione e la definizione della classe di priorità di appartenenza)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>rispetto delle direttive regionali.</p>	<p>Indicatore</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ andamento dei tempi di attesa; ➢ verifiche sulla corretta compilazione delle SDO a campione ➢ Relazione trimestrale ed annuale del D.S.O. e dei Direttori di U.O. che confermino il rispetto dei parametri fissati. ➢ Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo
<p>A5 – MOBILITA' SANITARIA (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri - dei Direttori di UO. OO. ospedaliere e dei Direttori di Distretto)</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Ridurre la mobilità passiva rispetto al target 2007 dell'1,5%</p> <p>Attestare al 45 % il rapporto tra mobilità attiva e mobilità passiva</p> <p>Per ricoveri chirurgici incrementare del 10% il rapporto percentuale tra il valore economico della mobilità attiva e il valore economico della mobilità</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Riduzione del tasso di mobilità passiva extraregionale dell'1,5% rispetto al target 2007;</p> <p>Per ricoveri chirurgici: incremento del 10% del rapporto % mob. attiva su passiva dei DRG chirurgici di mobilità registrato nell'anno 2006.;</p>	<p>Indicatore</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ dati di mobilità ➢ T.O.extraregionale spesa correlata; ➢ Tasso di mobilità attiva (e incassi correlati); % tra il valore economico della mobilità attiva e il valore economico della mobilità passiva ➢ Relazione trimestrale ed annuale del D.S.O. e dei Direttori di U.O. che confermino il rispetto dei parametri fissati.

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

<p>passiva registrato nel 2006.</p>		<p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo</p>
<p>A6 – RICOVERI ORDINARI DI LUNGODEGENZA (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri - dei Direttori di UU. OO. di Lungodegenza)</p>		
<p>Obiettivi</p> <p>Applicazione dell'abbattimento tariffario giornaliero di cui alla DGR 1335 del 18/09/2006</p> <p>Rilevazione della casistica riscontrata con la specificazione del valore percentuale dei ricoveri in Lungodegenza, e Riabilitazione, sul totale dei ricoveri che superano i 60 giorni e individuazione ed applicazione del valore dell'abbattimento (D.G.R. 1335/2006).</p> <p>Per i comi vegetativi (D.G.R. 2102/2005) attivazione di posti letto e relazione sulle azioni poste in essere per l'attivazione degli stessi</p>	<p style="text-align: center;">Risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ conseguire gli obiettivi programmati ➤ rispetto del nuovo sistema tariffario e delle direttive regionali ➤ relazione semestrale alla regione Basilicata 	<p style="text-align: center;">Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ verifica dell'applicazione del nuovo sistema tariffario; ➤ tasso utilizzazione dei posti letto dedicati al coma vegetativo; ➤ relazione trimestrale ed annuale. ➤ Relazione trimestrale ed annuale del D.S.O. e dei Direttori di U.O. che confermino il rispetto dei parametri fissati. <p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo</p>
<p>A7 – FARMACEUTICA OSPEDALIERA (obiettivo dei Direttori dei Servizi Farmaceutici, dei Direttori Sanitari ospedalieri - dei Direttori di UU. OO. ospedaliere, Direttore del Controllo di Gestione)</p>		
<p style="text-align: center;">obiettivo</p> <p>Assegnare il budget annuale per i farmaci alle U.O. Ospedaliere e Territoriali</p> <p>Contenimento spesa farmaceutica entro il tetto programmato della DGR 644 del 06.004.2009 di 6.139 mln di euro.</p> <p>Rendere operativi i protocolli terapeutici</p>	<p style="text-align: center;">Risultato atteso</p> <p>Assegnazione del budget alle UU.OO per l'anno 2009</p> <p>Rispetto delle direttive regionali e contenimento della spesa entro il target fissato dalla Regione;</p> <p>istituzione uniforme di una reportistica dei consumi per i Direttori di UU.OO;</p>	<p style="text-align: center;">Indicatore</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dati di spesa e dei consumi anche per ATC ➤ Dati di spesa e loro contenimento entro il tetto programmato; ➤ reportistica mensile sull'andamento dei consumi nei reparti; ➤ relazione trimestrale ed annuale da trasmettere alla Direzione Strategica ed al

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA “A” ASSISTENZA OSPEDALIERA

<p>-per la profilassi antibiotica in chirurgia elettiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> - per la terapia antibiotica degli apparati respiratorio, gastroenterico, nefrouinario; - per la terapia e profilassi della pancreatite acuta e delle sue complicanze; - per il corretto uso dell'albumina. <p>Trasmettere un report sui consumi da inviare ai Direttori delle UU.OO. di degenza perché possano verificare e confrontare i risultati sui consumi prodotti nelle attività assistenziali di reparto rispetto al budget di spesa annuale assegnato.</p>	<p>monitoraggio dei consumi di farmaci da parte delle UU.OO. di degenza;</p> <p>adozione ed applicazione dei protocolli entro il 30 settembre 2009;</p> <p>invio relazione trimestrale ed annuale alla Direzione Strategica ed al Controllo di gestione entro il 10 del mese successivo al periodo di riferimento.</p> <p>Piena diffusione dei protocolli adottati all'interno della struttura per rendere utilizzabili gli stessi.</p>	<p>Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il 10 del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
<p>Migliorare (+ 20%) la distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera e/o alla visita specialistica ambulatoriale.</p> <p>Vigilare sul rispetto del Prontuario terapeutico adottato.</p> <p>Vigilare che le prescrizioni siano tutte informate al rispetto delle regole prescrittive dell'AIFA.</p> <p>Prevedere controlli per la rintracciabilità dei farmaci lungo il percorso dal magazzino al paziente.</p> <p>Valutare la frequenza delle reazioni avverse da farmaci come causa di accesso al pronto soccorso.</p> <p>Relazionare alla regione Basilicata sui risultati ottenuti nell'anno di riferimento rispetto agli anni precedenti, in merito a tutti gli obiettivi sopra elencati e su eventuali sanzioni per comportamenti prescrittivi difformi..</p>	<p>rispetto del PTO ed uso del ricettario;</p> <p>incremento (+ 20%) della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera e/o dalla visita specialistica ambulatoriale;</p>	<p>➤ relazione trimestrale ed annuale sul grado di conseguimento degli obiettivi. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

A8 – PRONTO SOCCORSO – OBI (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri - dei Direttori di U. O. ospedalieri di Pronto Soccorso)		
Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>attività a regime dei posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) entro il 31-12-2009.</p> <p>utilizzo della procedura software per la gestione informatizzata delle attività di PS.</p>	<p>Attivazione dei posti letto di OBI entro il 31/12/2009</p> <p>Completo utilizzo della procedura software entro dicembre 2009</p>	<p>relazione trimestrale ed annuale di attività .Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
A9 – ATTIVITA' TRASFUSIONALE (Obiettivo per Direttori Sanitari Ospedalieri e Responsabili dei Centri Trasfusionale)		
obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>Predisporre protocolli e/o linee-guida sulle indicazioni alla terapia trasfusionale (albumina, emoderivati)</p> <p>Monitoraggio dell'appropriatezza della terapia trasfusionale</p> <p>Razionalizzazione dei consumi: diminuzione del 10% del consumo di albumina rispetto al 2007; diminuzione del 10% del consumo di plasma per uso clinico rispetto al 2007</p> <p>alimentazione della rete informativa regionale per assicurare la rapidità di scambio informativo e l'immediata fruizione dei dati generati</p> <p>Compensazione e scambio intraregionale finalizzato</p>	<p>Predisposizione e/o aggiornamento di Protocolli e/o linee guida entro il 30/09/2009</p> <p>conseguimento degli obiettivi ed in particolare la diminuzione del 10% del consumo di albumina; la diminuzione del 10% del consumo di plasma per uso clinico; la riduzione di unità di sangue scadute.</p> <p>Istituzione Dipartimento interaziendale di Medicina Trasfusionale, su base provinciale entro il 2009</p>	<p>n. protocolli e/o linee guida trasmesse alla Direzione Aziendale e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale</p> <p>relazioni trimestrali ed annuali di attività dei Responsabili di Centro Trasfusionale e dei direttori sanitari ospedalieri che documentino l'avvenuto conseguimento degli obiettivi ed in particolare la diminuzione del 10% del consumo di albumina; la diminuzione del 10% del consumo di plasma per uso clinico; la riduzione di unità di sangue scadute. Le</p>

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

alla riduzione di unità di sangue scadute (diminuzione del 20% delle unità di sangue scadute in riferimento ai dati del registro sangue 2006).

Istituzione Dipartimento interaziendale di Medicina Trasfusionale, su base provinciale, con Predisposizione del piano aziendale di raccolta sangue, stimolando la donazione mirata.

relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale e entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.

B-1 ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ESTERNA
obiettivo per i Direttori di Distretto, per i Direttori delle Cure Primarie e per i Direttori dei Servizi farmaceutici

obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p>Contenere la spesa entro il tetto del 14% del FSR trasferito.</p> <p>Distribuzione in nome e per conto delle specialità di cui al PHT regionale non inferiore al 95%</p> <p>Utilizzo dei farmaci equivalenti non inferiore al 25%</p> <p>Attuazione delle disposizioni contenute nella legge 244/2007 – Finanziaria 2008 – in materia di disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci;</p> <p>Raggiungere in tema di segnalazioni di reazioni avverse da farmaci il secondo il Gold Standard, fissato dall'OMS, in 300 segnalazioni per milioni di abitanti.</p> <p>Per gli inibitori della pompa protonica (IPP)</p> <p>Rispetto delle limitazioni di cui alle note AIFA 1-48, con un limite di prescrizioni in 90 confezioni ogni 100 abitanti, di cui il 75% costituito da confezioni contenenti principi attivi generici.</p> <p>Per le sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (C09)</p> <p>Verificare che i prescrittori conformino le loro decisioni terapeutiche alle linee guida delle Società Scientifiche e comunque alla medicina basata sull'evidenza (EBM) e contengano le prescrizioni in 200 confezioni ogni 100 abitanti, mentre i sartani (associati e non) non rappresentino più del 25% delle prescrizioni totali.</p> <p>Per gli inibitori della HGM coa redattasi migliorare la appropriatezza prescrittiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rispetto delle indicazioni della Carta del Rischio; Cardiovascolare dell'ISS, - rispetto della nota AIFA 13; 	<p>conseguimento degli obiettivi fissati ed il rispetto delle direttive regionali</p>	<p>Relazione trimestrale ed annuale dei Direttori di distretto e/o del Direttore delle Cure Primarie e/o dei Direttori dei Servizi farmaceutici che documenti i risultati raggiunti. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

<p>- farmaci equivalenti non inferiore al 25%;</p> <p>- riduzione del numero di pazienti che assumono meno di tre confezioni all'anno di farmaci che non dovrà superare l'8% del totale dei pazienti che assumono tali farmaci.</p> <p>Per gli antibatterici (J01) visto che la criticità consiste in un eccesso di prescrizioni, viene fissato un tetto di prescrizione di 170 confezioni ogni 100 abitanti</p>		
<p>B-2 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> <p>per l'ex ASL 1: Coordinatore Amministrativo</p> <p>per l'ex ASL 2: Centro Controllo Direzionale</p> <p>per l'ex ASL 3 il Dirigente medico degli Ospedali</p> <p>Direttori di Distretto Direttori di Dipartimento Direttori Sanitari Ospedaliere Responsabili Unità Operative Ospedaliere e Territoriali</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Partecipazione alla Stesura del manuale di gestione sistema qualità aziendale;</p> <p>Collaborazione alla candidatura per la visita sperimentale, individuando le relative macroaree, comprensive di almeno 1 percorso del paziente ed eventuali omogeneizzazioni di procedure già presenti nelle tre realtà e preliminari alla candidatura stessa</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Stesura manuale di gestione sistema qualità aziendale entro il 30/09/2009.</p> <p>Candidatura per la visita sperimentale di almeno 1 percorso paziente entro il 30/09/2009</p>	<p>Indicatore</p> <p>Relazione trimestrale ed annuale, elaborata dai Responsabili di procedimento delle tre ex ASL, sul rispetto degli adempimenti previsti dalla D.G.R. 2753 /2005. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

B-3 TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI

Direttori di distretto e Direttori Sanitari di Presidio

obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p><i>Predisposizione ed aggiornamento entro il 30/06/2009 di un Piano Unico Aziendale</i> per il contenimento dei tempi di attesa - biennio 2009-2010</p> <p><i>attuazione, entro il 31-12-2009, dei contenuti del Piano</i> relativamente alle attività previste per l'anno 2009 ;</p> <p><i>attivazione delle Classi di priorità per almeno 2 prestazioni specialistiche e prestazioni strumentali</i> ambulatoriali definite critiche;</p>	<p>Elaborazione del piano unico aziendale da parte dei Direttori di Distretto per l'aggiornamento del Piano aziendale, che tenga conto delle esigenze territoriali e sia prodotta in tempi utili</p> <p>La successiva attuazione del programma delineato</p>	<p>Piano Aziendale per il contenimento delle liste di attesa 2009-2010</p> <p>Relazione trimestrale ed annuale, elaborata dai direttori di distretti sul rispetto dei tempi di attesa e l'attivazione delle classi RAO. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

B-4 ASSISTENZA ODONTOIATRICA OBIETTIVO per I DIRETTORI di DISTRETTO

obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p>garantire le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previsti nell'allegato 1 alla DGR 204 del 1 febbraio e s.m.i relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva <p>assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.</p>	<p>Implementazione e potenziamento dell'ambulatorio di odontoiatria</p>	<p>Relazione trimestrale ed annuale, elaborata dai direttori di distretti sull'attività svolta</p> <p>La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p> <p>Dati CUP</p>

<p>B-5 ATTIVITA' LIBEROPROFESSIONALE INTRAMURARIA per l'ex ASL 1: Coordinatore Amministrativo per l'ex ASL 2: Coordinatore Sanitario per l'ex ASL 3 Coordinatore Sanitario Direttori Sanitari di Presidio Responsabili Settore Tecnico</p>	<p>obiettivo</p> <p>Predisposizione ed aggiornamento, entro il 30 Giugno 2009, del Piano unico Aziendale al nuovo assetto organizzativo delle strutture del sistema sanitario regionale, definito su base provinciale, ex Legge n. 12/2008</p> <p>rispetto delle scadenze per il completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia e per la disponibilità degli spazi destinati all'attività libero professionale intramuraria , secondo quando previsto nei relativi piani di investimenti.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Predisposizione Piano aziendale per l'attività libero professionale entro 30/06/2009</p> <p>Completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia secondo i piani di investimento ALPI entro dicembre 2009</p>	<p>Indicatore</p> <p>Relazione trimestrale ed annuale che documenti l'attività svolta. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
<p>B-6 CENTRI ESTERNI ACCREDITATI per l'ex ASL 1 il Direttore Area Cure Primarie per l'ex ASL 2 Responsabili Centri Accreditati per l'ex ASL 3 il Direttore Area Cure Primarie</p>	<p>obiettivo</p>	<p>Risultato atteso</p>	<p>Indicatore</p>

<p>Attuazione direttive della Giunta Regionale sul fabbisogno di prestazioni (DGR 1907/206, 805/2007, 2105/2006, 689/2007 e 388/2008 e successive modifiche ed integrazioni);</p> <p>contenimento della spesa per la specialistica ambulatoriale, nei tetti aziendali pubblici e privati, determinati in occasione dell'aggiornamento annuale della mappa di compatibilità;</p> <p>attuazione di misure per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate.</p>	<p>rispetto delle direttive regionali e degli obiettivi fissati</p>	<p>Relazione trimestrale ed annuale del Responsabile di procedimento che documenti il rispetto delle direttive regionali e degli obiettivi fissati. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
--	---	---

<p>B-7 SISTEMA di EMERGENZA-URGENZA 118 per l'ex ASL 1 il Direttore U.O. Chirurgia di Urgenza e Pronto Soccorso per l'ex ASL 2 il Direttore U.O. Accettazione e Pronto Soccorso per l'ex ASL 3 il Direttore U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Completamento della rete di emergenza-urgenza con attivazione di tutti i PTS previsti e di tutti i servizi previsti per il DEA e i PSA;</p> <p>Completamento della dotazione organica in accordo a quanto già indicato nell'Allegato 2 della DGR 1713/2006;</p> <p>Per il personale: effettuare una ricognizione del personale assegnato a Basilicata Soccorso evitando di assegnare al servizio di emergenza personale che si avvale della 104 o invalidi civili parziali.</p> <p>Per le strutture: effettuare una ricognizione delle strutture già assegnate per i punti di soccorso provvedendo a renderle "confortevoli" per il personale ed adeguate alla normativa vigente.</p> <p>Per l'organizzazione: dare attuazione a quanto previsto dal documento approvato, nella seduta del 11-07-2006, dal Comitato Tecnico ex art. 9 della Legge Regionale 21/99 relativamente agli adempimenti riportati in allegato 2 alla DGR 1713/2006.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>attività di collaborazione con Basilicata soccorso nel rispetto delle direttive regionali e degli obiettivi fissati.</p>	<p>Indicatore</p> <p>Relazione trimestrale ed annuale del Responsabile di procedimento che documenti l'andamento delle attività e della collaborazione con Basilicata soccorso nel rispetto delle direttive regionali e degli obiettivi fissati. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA

B-8 RACCORDO TRA AZIENDA SANITARIA e MMG/PLS Direttore Area delle Cure primarie e Direttori di Distretto		
obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p><i>applicare gli istituti</i> previsti dagli Accordi Nazionali così come integrati dall'A.I.R.;</p> <p><i>individuare</i>, in sede di contrattazione aziendale, specifici percorsi attuativi degli obiettivi indicati a livello regionale (es. Governo Clinico), contribuendo al raggiungimento dei risultati perseguiti dai progetti da avviare o in corso di realizzazione.</p> <p><i>relazionare sui seguenti punti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - attuazione dei singoli istituti contrattuali; - monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di migliorare l'assetto funzionale della medicina territoriale; - valutazione costi-benefici comparativa all'interno del sistema di offerta sanitaria. 	<p>Piena applicazione degli istituti contrattuali;</p> <p>Miglioramento dell'assetto funzionale della medicina territoriale;</p> <p>i positivi risultati sull'appropriatezza delle prestazioni di farmaceutica e di ospedalizzazione erogate/richieste dai MMG</p>	<p>Relazione trimestrale ed annuale del Direttore Area delle Cure Primarie e dei Direttori di Distretto che documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> > l'applicazione degli istituti contrattuali > il monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di migliorare l'assetto funzionale della medicina territoriale; > una valutazione costi-benefici comparativa all'interno del sistema di offerta sanitaria; > i positivi risultati sull'appropriatezza delle prestazioni di farmaceutica e di ospedalizzazione erogate/richieste dai MMG. <p>La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
B-9 CURE DOMICILIARI DIRETTORI DI DISTRETTO, DIRETTORI delle CURE PRIMARIE, RESPONSABILI dei CENTRI di COORDINAMENTO delle CURE DOMICILIARI e PALLIATIVE		
obiettivo	Risultato atteso	Indicatore

<p>Predisposizione del Piano annuale delle cure domiciliari e palliative da erogare in linea con le direttive della DGR862/2008 e con l'art. 16 della legge regionale 4/2007, con la definizione dei profili di cura, per i livelli di intensità di I, II e III livello.</p>	<p>n. pazienti in Cure Domiciliari (CD) di età oltre 65 anni >= 5% della popolazione con età oltre 65 anni;</p> <p>n. pazienti in Cure Domiciliari (CD) Integrate di terzo livello e in cure domiciliari palliative >= 0,50% della popolazione residente;</p> <p>Utilizzo metodologia VAOR-ADI;</p> <p>Attivazione del flusso informativo ADI con il sistema VAOR-ADI e secondo gli indirizzi del Decreto ministeriale di prossima emanazione;</p> <p>giornate per assistenza anziani > 65 anni >= 500 per mille abitanti</p> <p>la relazione annuale di attività, da inoltrare al Dipartimento regionale, con particolare riferimento al set degli indicatori elencati nell'apposito capitolo delle Linee - guida</p>	<p>Quelli definiti dalla Regione Basilicata e indicati nella casella risultati attesi DGR n.644/2009</p> <p>relazione trimestrale ed annuale di attività utilizzando gli indicatori regionali, da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
---	--	---

<p>B-10 IL DOLORE NEI PERCORSI DI CURA DIRETTORI di DISTRETTO, DIRETTORI delle CURE PRIMARIE, RESPONSABILI dei CENTRI di COORDINAMENTO delle CURE DOMICILIARI e PALLIATIVE</p>		
obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p>Attivazione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD)</p> <p>Adottare il Regolamento del COSD</p> <p>Costituire l'Unità dedicata di terapia del dolore nelle sedi di PSA, aggregata all'unità di anestesia e rianimazione</p> <p>Raccordare le unità di terapia del dolore con i Centri di coordinamento delle cure domiciliari e palliative</p> <p>Inserimento nel CUP i tutte le prestazioni di terapia</p>		

<p>antalgica</p> <p>Potenziare la lotta al dolore in tutti i settori (travaglio e parto per via naturale, in ambito post-operatorio, in Pronto Soccorso ecc);</p> <p>Promuovere la lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS;</p> <p>Attivare programmi ECM per la formazione degli operatori ospedalieri e territoriali.</p> <p>Sensibilizzare la popolazione al tema della cura del dolore e del diritto al suo superamento, anche aderendo ad eventi nazionali, quali "La giornata nazionale del sollievo".</p>	<p>Piena attuazione della direttive regionali</p>	<p>relazione trimestrale ed annuale di attività da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento..</p>
--	---	---

<p>B-11 LA RETE ASSISTENZIALE DELLE CURE PALLIATIVE DIRETTORI di DISTRETTO, DIRETTORI delle CURE PRIMARIE, RESPONSABILI dei CENTRI di COORDINAMENTO delle CURE DOMICILIARI e PALLIATIVE obiettivi</p>	<p>Risultati attesi</p>	<p>Indicatori</p>
--	-------------------------	-------------------

<p>Attivare la rete di assistenza per le cure domiciliari e palliative</p> <p>erogazione del servizio in attuazione della D.G.R. n.1650/2005;</p> <p>attivare i centri residenziali di cure palliative – hospice;</p> <p>coordinare i servizi di cure palliative tra i vari setting assistenziali, come il domicilio, l'ospedale, le strutture hospice, le residenze sanitarie e altre istituzioni;</p> <p>adeguare tutte le tipologie di cure domiciliari alle Nuove Linee Guida Regionali delle Cure Domiciliari, approvate con la D.G.R. n.862 del 10.06.2008</p> <p>dare attuazione a quanto previsto nelle suddette Linee – Guida, con particolare riferimento alle Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali.</p> <p>Prevedere l'attivazione di posti letto di hospice pediatrico secondo le modalità definite nell'Accordo tra lo Stato e le Regioni del 28 marzo 2008</p> <p>Erogazione di pacchetti formativi ad alta qualificazione professionale e realizzazione di campagne di informazione sociale nell'ambito delle cure palliative rivolte a bambini con malattia inguaribile.</p>	<p>Arruolamento di un significativo numero di pazienti. Relazioni periodiche sull'andamento del servizio, a cura del Direttore Area delle Cure Primarie con la collaborazione del Responsabile del Centro di Coordinamento delle Cure domiciliari e palliative, del Responsabile dell'U.O. di Terapia del dolore e dei Responsabili Centro residenziale Cure palliative-hospice.</p>	<p>Numero di pazienti arruolati relazione trimestrale ed annuale di attività da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento..</p>
--	--	--

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

LEI: MACROAREA C

<p>C-1 PREVENZIONE ATTIVA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE (PREVENZIONE PRIMARIA) obiettivo per Direzioni di distretto, Direzioni Area Cure Primarie e Direzioni dei Dipartimenti Interessati</p>		<p>obiettivi</p> <p>formazione dei MMG non ancora formati; partecipazione dei MMG "formati" allo studio (input dati nel software cuore.exe); screening della popolazione target con invio dei dati alla Regione e all'ISS</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Screening della popolazione target</p>	<p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Numero MMG "formati"/numero totale di MMG > =50%; ➢ Numero MMG partecipanti allo screening/numero MMG "formati" per input dati nel software cuore.exe > =30% ➢ Numero assistiti di 35-69 classificati per rischio cardiovascolare/ popolazione totale 35-69 anni > = 30%
<p>C-2 PREVENZIONE DI RECIDIVE DI EVENTI CARDIOVASCOLARI ACUTI obiettivo per Direzione U.O. Cardiologia, U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Servizio Laboratorio di Analisi</p>		<p>obiettivi</p> <p>informazione a fini preventivi destinata agli aventi diritto (pazienti cardiopatici);</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Piena applicazione a livello regionale del "Piano per la prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno subito accidenti cardiovascolari" ex piano nazionale della prevenzione 2005 - 2007 (DGR 2755/2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ almeno 3 incontri informativi dedicati ➢ coinvolgimento di almeno l'80 % degli stessi pazienti cardiopatici. 	<p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ N. incontri informativi dedicati ➢ % coinvolgimento degli stessi pazienti cardiopatici > =80%.
<p>C-3 PREVENZIONE SOVRAPPESO E OBESITA' Obiettivo per Direzione del S/AN, Responsabile del CDCA-CH, Responsabile di Consultorio, Responsabili di Pediatria, Responsabili di ostetricia.</p>		<p>obiettivi</p> <p>Realizzare il Piano della Prevenzione 2005-2007 (DGR 2755/2005) con il coinvolgimento delle scuole per gli interventi di educazione sanitaria dedicati alla popolazione scolastica e il coinvolgimento delle strutture consultoriali per gli interventi di educazione sanitaria per la promozione dell'allattamento al seno,</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>realizzare almeno n. 10 interventi <i>educativi</i> nelle scuole Coinvolgimento di almeno il 90% dei consultori aziendali Promuovere l'allattamento al seno di almeno il 90% delle donne in età fertile raggiunte dall'informazione.</p>	<p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ n. interventi educativi nelle scuole; ➢ numero di consultori familiari partecipanti/numero totale consultori ➢ numero di donne in età fertile raggiunte dall'informazione/totale donne in età fertile ➢ Relazioni trimestrale ,annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione dei programmi avviati con

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

		<p>analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
<p>CAPIA - CONFERENZA INCIDENTI DOVESOCI - STRADAALTAPE - SULLAVORO Comitato per i Direttori UO Assistenza al Lavoro - Direzione (Direzionale) e Pronto Soccorso e/o S (Pronto Soccorso) Regione Basilicata</p>		
<p>obiettivi</p> <p><i>messa a regime</i> dei flussi informativi ospedalieri e conseguentemente dovranno essere garantita l'adeguata informatizzazione degli eventi presso i servizi di pronto soccorso, oltre che l'adeguata codifica SDO.</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Plena attuazione alla Delibera regionale</p>	<p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ attivazione della relativa scheda del software di Pronto Soccorso in tutti i PSA; ➤ attivazione del flusso informativo con numero percentuale errori nelle schede < 5%; ➤ percentuale schede SDO non collegate alle relative schede di pronto soccorso < 2%. ➤ Relazioni trimestrale ,annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione del programma con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

C-5 PREVENZIONE TABAGISMO e ALCOLISMO Responsabili SEPT	
obiettivi	Risultati attesi
<p>Apertura di un Centro antifumo in ciascuna azienda con predisposizione di almeno una campagna informativa per la riduzione del tabagismo nei soggetti in età giovanile;</p> <p>Sviluppo di una rete integrata ospedale-territorio per il trattamento di soggetti alcolisti per ciascuna azienda e</p> <p>campagna informativa per la riduzione del consumo di alcool in particolari attività e nei soggetti in età giovanile;</p> <p>messa a regime delle attività del centro anti-fumo</p> <p>campagna informativa antitabagismo vs adolescenti/anno in raccordo con le istituzioni scolastiche;</p> <p>attivazione percorso assistenziale integrato Ospedale-Territorio per la presa in carico dell'alcolista;</p> <p>campagna informativa contro l'abuso di alcool con particolare attenzione agli adolescenti, in raccordo con le istituzioni scolastiche;.</p>	<p>Piena attuazione alla Delibera regionale</p>
	Indicatori
	<p>numero di fumatori aderenti al programma di disassuefazione proposto/totale dei fumatori presentatisi al Centro: non inferiore al 10%;</p> <p>n.1 campagna informativa anti-fumo/anno nelle scuole;</p> <p>n. alcolisti aderenti al programma di trattamento/totale degli alcolisti che si sono proposti per il trattamento: non inferiore al 10%;</p> <p>n.1 campagna informativa contro l'abuso di alcool/anno vs tutta la popolazione;</p> <p>n. 1 campagna informativa contro l'abuso di alcool/anno nelle scuole</p> <p>Relazioni trimestrale ,annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione del programma con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata.Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

LI - MACROAREA C

C.6. MEDICINA DEL LAVORO Obiettivo per Direttore U.O. Medicina del lavoro		
obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>consire le attività produttive presenti sul territorio di competenza e classificarle per settore economico e numero di lavoratori (fonte N.F.I. ex Intesa Regioni – ISPESL - INAIL);</p> <p>definire le priorità degli interventi di vigilanza individuando i primi tre comparti a maggior rischio d'infortunio e malattia professionale;</p> <p>definire un piano – programma relativo agli interventi di vigilanza da attuare sul territorio in riferimento ai comparti a maggior rischio lavorativo;</p> <p>garantire la partecipazione ai progetti nazionali in materia (tra i quali progetto nazionale sugli infortuni mortali e gravi con input dati sul software ISPESL "Sbagliando s'impara" e progetto nazionale sulle malattie professionali con input dati sul software ISPESL Mal Prof soggetti peraltro a verifica ISPESL – sede Roma in attuazione del D.lgs. 81/2008 – art. 8 a fini d'implementazione del "Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro);</p> <p>garantire, previa autorizzazione della D. G. la partecipazione degli Operatori del settore a corsi di formazione-aggiornamento;</p> <p>produrre report statistici d'interesse territoriale su infortuni sul lavoro e malattie professionali;</p>	<p>Presentazione (da parte del Direttore dell'U.O.) alla approvazione della Direzione aziendale di un Piano annuale delle attività da svolgere in attuazione degli obiettivi regionali con evidenziazione del piano – programma relativo agli interventi di vigilanza da attuare sul territorio nei comparti a maggior rischio lavorativo</p> <p>Realizzazione delle attività programmate</p> <p>Relazioni trimestrali ed annuali a cura del Direttore della U.O. Medicina del Lavoro sulla realizzazione del programma approvato con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ numero prescrizioni ottemperate/numero prescrizioni totali=>90%; ➤ report statistico su infortuni sul lavoro e malattie professionali: n.1 all'anno ➤ report su attività di vigilanza espletate ed irregolarità riscontrate: n.1 all'anno ➤ realizzazione sportello informativo dedicato a impresa e lavoratori: n. 1; ➤ campagna informativa/anno sulla prevenzione nei luoghi di lavoro n. 1; ➤ Progetto nazionale infortuni mortali e gravi: numero infortuni mortali e gravi inputati/totale

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

produrre report sui controlli effettuati ed irregolarità riscontrate;

assicurare la trasmissione puntuale dei flussi informativi nei tempi e nei modi richiesti dalla Regione.

assicurare un'adeguata collaborazione tra le UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e le UU.OO di Prevenzione, Protezione e Implantistica nei Luoghi di Lavoro;

stipulare intese con l'ARPAB per i controlli nei luoghi di lavoro finalizzati alla prevenzione e alla protezione dei lavoratori vs agenti fisici e chimici;

garantire la realizzazione di uno sportello informativo dedicato all'utenza interessata alle tematiche inerenti la salute e la sicurezza del lavoro (imprese lavoratori);

attivare, altresì, meccanismi finalizzati a realizzare quanto previsto dalla L. 123/2007- art. 1, comma 2, lettera f, punto 6, ossia la destinazione e l'utilizzo degli introiti derivanti dalle sanzioni pecuniarie ex D.Lgs. 758/1994 per migliorare quanti-qualitativamente le attività dei servizi e per la stessa finalità attivare meccanismi finalizzati a utilizzare gli introiti rivenienti dalle verifiche periodiche di impianti ed apparecchiature.

infortuni mortali e gravi notificati ai servizi 100%

➤ Progetto nazionale malattie professionali: numero malattie professionali inputate/totale malattie professionali notificate ai servizi 100%

➤ Protocollo d'intesa con l'ARPAB per i controlli nei luoghi di lavoro finalizzati alla prevenzione e alla protezione dei lavoratori vs agenti fisici e chimici n. 1;

➤ Capitolo di bilancio ad hoc per introiti rivenienti da sanzioni e verifiche periodiche di impianti ed apparecchiature Istituzione

➤ Relazioni trimestrale , annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione del programma con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese

		successivo al periodo di riferimento
--	--	--------------------------------------

C-7. PIANO VACCINI (Coperture vaccinali)

Obiettivo per DIRETTORE U.O. IGIENE E RESPONSABILE CENTRO VACCINAZIONI

Obiettivi - Azioni da programmare - Indicatori

Gli obiettivi di copertura vaccinale dati dalla Regione Basilicata per il **2009** sono i seguenti:

PIANO VACCINI - COPERTURE VACCINALI

Indicatore

1. Copertura vaccinale anti Difto Tetano Pertosse (DTP3) nel bambino a 24 mesi
2. Copertura vaccinale anti Polio (POL3) nel bambino a 24 mesi
- 3 Copertura vaccinale anti Epatite B (EB3) nel bambino a 24 mesi:
- 4 Copertura vaccinale anti Haemophylus I.di tipo B (Hib3) nel bambino a 24 mesi
5. Copertura vaccinale anti Morbillo; Parotite; Rosolia (MPR) nel bambino a 24 mesi
- 6 Copertura vaccinale anti rosolia nelle donne sieronegative in gravidanza

Range di accettabilità

- > =90%
- > =90%
- > =90%
- > =90%
- > =90%
- > =60%

Risultati attesi

Il Direttore dell'U.O. di Igiene con la collaborazione del Responsabile del Centro Vaccinazioni presenterà alla approvazione della Direzione aziendale un Piano annuale delle attività da svolgere in attuazione delle direttive regionali

- 7. Copertura vaccinale anti Malattia Invasiva da Pneumococco nel bambino a 24 mesi > =80%
- 8. Copertura vaccinale anti Meningococco nel bambino a 24 mesi > =70%
- 9. Copertura vaccinale anti varicella nel soggetto di 12 anni suscettibile > =50%
- 10. Copertura vaccinale anti Influenzale (popolazione 65+anni) > =75%
- 11. Copertura vaccinale anti-Malattia Inv. da Pneumococco (popolazione 65+ anni) > =50%
- 12. Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 12 anni: > =85%
- 13. Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 15-18 anni > =70%
- 14. Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 25 anni > =45%

Inoltre, in riferimento agli specifici obiettivi 2008-2009, si precisa quanto segue per quanto riguarda le seguenti vaccinazioni e relative coperture:

➤ **Vaccinazione anti-DTP, Polio, Epatite B ed Haemophilus Infl. di tipo B (vaccinazione esavalente) e vaccinazione anti-Morbillo, Parotite e Rosolia:** si confermano le coperture ex DGR 1713/2006 (> =90%) anche in accordo alle indicazioni nazionali.

➤ **Vaccinazione anti-Rosolia:** nelle donne in età fertile, poiché si ritiene che gran parte della popolazione target abbia conseguito immunità naturale verso questa malattia, si è ritenuto più ragionevole individuare come obiettivo una copertura vaccinale > =60% delle sole donne sieronegative in gravidanza allo scopo di ottimizzare le modalità di raggiungimento del risultato.

➤ **Vaccinazione anti-Meningococcica del bambino** si propone il valore di copertura da raggiungere > =70% (e non più quello previsto dalla DGR 1713/2006 > =80%), in funzione dell'avvio della campagna vaccinale nel 2005 nonostante il progressivo e costante aumento comunque registrato.

➤ **Vaccinazione anti-Varicella**, essendo questa malattia endemica in Italia e nella nostra regione, si stima che l'80% della popolazione adolescente sia naturalmente immune, mentre il rimanente 20% sia suscettibile. Obiettivo di copertura previsto in aggiornamento della DGR 1713/2006 (50% vs il 70% della DGR 1713/2006) che consente di ottenere comunque una buona copertura della popolazione target.

➤ **Vaccinazione anti-Influenzale nella popolazione ultra 64enne**, si fa presente che la copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione in età > = 64 anni nella nostra regione ha registrato un notevole e continuo incremento dal 60% al 70% nel periodo 2000-2003, per attestarsi sul 70% negli anni 2004-2006. Pertanto, appare ragionevole attestarsi ancora per gli anni 2008-2009 sull'obiettivo di copertura nazionale del 75%.

➤ **Vaccinazione anti-Pneumococcica nella popolazione in età > = 64 anni (vaccinazione che conferisce un'immunità di 5 anni), l'obiettivo viene fissato ad almeno il 50%.**

➤ Viene abolito l'indicatore vaccinale dell'anti-Tetanica negli ultra 64enni, in considerazione tra l'altro dell'esistenza di appositi protocolli di profilassi post-esposizione.

Realizzazione delle attività programmate ed approvate
Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. di Igiene e del responsabile Centro Vaccinazioni sulla realizzazione del programma approvato con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata

Relazioni trimestrali ed annuali a cura del Direttore della U.O. di Igiene sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

➤ Vengono inoltre differiti obiettivi-indicatori e il loro range di accettabilità delle coperture **vaccinali anti-Influenzale e anti-Pneumococcica riferite alla popolazione a rischio di età inferiore ai 65 anni**, in attesa della definizione numerica dell'intera popolazione a rischio.

Obiettivi specifici 2009

Anagrafe Vaccinale Informatizzata (A.V.I.) in ogni ASL:

- Funzionalità ed operatività di tutti i PC in dotazione all'A.V.I., con informatizzazione dei dati di tutte le vaccinazioni, relativamente alla coorte dei nati 2008;
- Informatizzazione dei dati delle vaccinazioni anti - HPV, relativamente alle coorti nate 1998-1995-1992-1985 e avvio informatizzazione dati relativi alle vaccinazioni già eseguite alle coorti 1997-1994-1991-1984.

Categorie a rischio

Rilevazione numerica dei soggetti a rischio di età inferiore ai 65 anni (n. totale per ogni categoria a rischio) da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta sulla popolazione assistita, per quanto riguarda le vaccinazioni anti-influenzale ed anti-neumococcica.

C-8 IGIENE DEGLI ALIMENTI

Obiettivo per DIRETTORE U. O. IGIENE DEGLI ALIMENTI

obiettivi

censire tutti i produttori del settore alimenti destinati all'uomo (alimenti di origine vegetale e/o misti) presenti sul proprio territorio
informatizzazione dei verbali di sopralluogo.

Risultati attesi

Relazioni trimestrale , annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata.
Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

Indicatori

Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. di Igiene degli Alimenti sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

<p>C-9 VETERINARIA - Area A Obiettivo per Direttore U. O. VETERINARIA AREA A</p>	<p>Indicatori</p>	<p>obiettivi</p>
<p>Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. Veterinaria area A sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	<p>Risultati attesi</p>	<p>Per l'obiettivo A1: risanamento della tubercolosi bovina/bufalina, Leucosi bovina enzootica e Brucellosi bovina/bufalina ed ovicaprina: sottoporre a controllo tutte le aziende bovine ed ovicaprine ricadenti nel territorio di propria competenza e tutti gli animali secondo le indicazioni proprie di ciascun provvedimento normativo</p> <p>Per l'obiettivo A2: <u>Malattia Vesicolare del suino</u>, mantenere lo status di <u>accreditamento</u> procedendo al controllo degli allevamenti suini secondo le modalità dettate dalla normativa vigente.</p> <p>Per l'obiettivo A3: Genotipizzazione, attività di verifica sugli allevamenti</p> <p>Per l'obiettivo A4: Banca Dati – Anagrafe regionale informatizzata animali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituire una struttura deputata alla gestione delle anagrafiche. - Implementazione e censimento delle anagrafi animali attivate presso il nodo regionale, Bovina, Ovicaprina, Suina, Avicola, Equina, Canina, dei gatti e dei furetti - Georeferenziare gli allevamenti, in via prioritaria quelli bovini, considerato che tale informazione è stata indicata dal Ministero della Salute quale parametro prioritario per l'erogazione di eventuali contributi. - Procedere negli allevamenti suini ed ovicaprini alla verifica delle consistenze animali - Indicazione stato sanitario (bovini, ovicaprini, suini ed equini)

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

<p>C.9. VETERINARIA - AREA B Obiettivo per DIRETTORE U. O. VETERINARIA AREA B</p>		
<p>obiettivi</p> <p>Per l' obiettivo B1: Banca Dati - Anagrafe stabilimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obbligo di censire tutti i produttori del settore alimenti destinati all'uomo (alimenti di origine animale); - informatizzazione dei verbali di sopralluogo. 	<p>Risultati attesi</p> <p>Rispetto delle disposizioni regionali</p>	<p>Indicatori</p> <p>Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. Veterinaria area B sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
<p>C.9. VETERINARIA - AREA C Obiettivo per DIRETTORE U. O. VETERINARIA AREA C</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Randagismo: Attività di informazione presso tutti i Comuni ricadenti nel territorio di competenza.</p> <p>Leishmaniosi: Progetto di monitoraggio,</p> <p>Anagrafe: Implementazione delle anagrafi di cani, dei gatti e dei furetti attivate presso il nodo regionale</p> <p>Flussi informativi: Rispetto delle scadenze di cui alla tabella dell'allegato</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Rispetto delle disposizioni regionali</p>	<p>Indicatore</p> <p>Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. Veterinaria area C sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

D-1 SCOMPENSO CARDIACO Obiettivo per Direzione U.O. CARDIOLOGIA

Indicatore	Risultato atteso	obiettivo
<p>Relazioni trimestrali ed annuali a cura del Direttore della U.O. di Cardiologia che documentino l'accresciuta attività dell'Ambulatorio per lo Scompenso cardiaco e la integrazione ospedale-territorio di questo settore di attività. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	<p>Piena attuazione direttiva regionale</p>	<p>Per il protocollo attuativo della rete regionale per lo scompenso cardiaco (DGR 418/2007):</p> <p>piena operatività e attività dei Comitati Tecnici Aziendali ed approvazione del Regolamento di comitato;</p> <p>completa funzionalità in ambito ospedaliero degli ambulatori dedicati per lo S.C.;</p> <p>attivazione assistenza in ADI ai pazienti con SC;</p> <p>attivazione di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale e Specialisti operanti sul Territorio, sulla prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con SC e sui modelli organizzativi integrati Ospedale-Territorio.</p> <p>attivazione di specifici corsi di formazione teorico-pratico per il personale infermieristico da impiegare nelle strutture dedicate e nell'ADI a favore di pazienti con SC;</p> <p>l'attivazione di protocolli interni per alimentare il flusso dei pazienti con Scompenso Cardiaco, afferenti alle strutture ospedaliere e territoriali, verso il follow-up garantito dalle Unità Operative dedicate per lo S.C.</p>

**OBIETTIVI GENERALI
INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO**

D-2. PROGETTO LUMIR e RETE DEL MMG E TELEMEDICINA REGIONALE Direttori di Distretto Direttori delle Aree Cure Primarie Direttore Ospedale Responsabili UO.OO. Ospedaliere e Territoriali		
obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p>Per la realizzazione del progetto LuMiR che intende porre le basi per la creazione del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) del cittadino abilitando e favorendo un'effettiva comunicazione e condivisione delle informazioni sanitarie tra gli operatori socio-sanitari della Regione attraverso l'integrazione telematica di tutte le strutture sanitarie e l'interconnessione degli operatori, nel 2009, è prevista la sperimentazione dei servizi progettuali e la creazione del fascicolo personale per almeno il 5% della popolazione con il coinvolgimento nel progetto di tutte le strutture pubbliche e del 10% di quelle private;</p> <p>Per la realizzazione del progetto TeleMedBas che intende promuovere Servizi di teleformazione e di telemedicina specializzata su rete a larga banda è stata realizzata un'infrastruttura per la videoconferenza e la formazione a distanza che connette tutte le Aziende Regionali e la Regione stessa ed è stato sviluppato un portale per il teleconsulto di second opinion tra gli operatori della sanità regionale. Obiettivo è quello di rendere operativa tale struttura (con la diffusione ad esempio di eventi o l'utilizzo per formazione a distanza o per videoconferenze in ambito aziendale) e dare piena operatività al portale con l'organizzazione del servizio di teleconsulto in ottica dell'integrazione ospedale territorio.</p>	<p>Rispetto della direttiva regionale</p>	<p>Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del progetto. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p> <p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

D-3 RETE EMERGENZA CORONARICA Obiettivo: Diretori U.O. CARDIOLOGIA		Risultato atteso	Indicatore
obiettivo	<p><i>Per la rete integrata ospedale-territorio per l'emergenza coronarica</i> (DGR 1435/2007): assicurare la partecipazione dei Diretori delle UU.OO. di UTIC - Cardiologia alla stesura del protocollo per la realizzazione della rete integrata dell'emergenza coronarica secondo il modello organizzativo delineato nella sopracitata deliberazione.</p> <p>formazione del personale interessato (Basilicata Soccorso e UTIC) sui sistemi di ricezione.</p>	Elaborazione protocollo entro il 30/09/2009	Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del modello organizzativo. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento
D-4 ICTUS CEREBRALE Diretori Sanitari ospedalieri		Risultato atteso	Indicatore
obiettivo	<p>Con DGR n. 1670/2004 è stato approvato un modello organizzativo per l'assistenza all'ictus cerebrale basato sull'attivazione di unità specifiche dette Stroke Units.</p> <p>Al fine di dare piena operatività alla direttiva, obiettivi da realizzare entro l'anno 2009 sono:</p> <p>attivazione dello stroke team presso gli Ospedali sede di P.S.A.</p>	Attivazione dello stroke team presso gli Ospedali sede di PSA.	Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del modello organizzativo. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento
D-5 DIABETE Responsabili UU.OO. e/o U.U.SS. di Diabetologia, Diretori dell'Area delle Cure Primarie, Responsabili Cure Domestiche e Responsabili Formazione		Risultato atteso	Indicatore
obiettivo	<p>Consolidamento delle attività delle strutture diabetologi che esistenti;</p> <p>Attivazione, presso ogni struttura dedicata alla patologia diabetica, di almeno una postazione informatica integrata nella rete regionale di videoconferenza e teleconsulto;</p> <p>Adozione della cartella clinica informatizzata, secondo</p>	Piena attuazione della direttiva regionale	Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del modello organizzativo dei Diretori responsabili. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

<p>le indicazioni che proverranno dalla Commissione Regionale e immissione dei dati relativi ad almeno il 30% dei pazienti diabetici.</p> <p>Attivazione dell'assistenza in ADI ai pazienti con SC;</p> <p>Attivazione di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti ed Infermieri Professionali operanti sul Territorio, sulla prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con Malattia Diabetica e sui modelli organizzativi integrati Ospedale-Territorio.</p>		
<p>D.C. SCREENING DEL TUMORE DEL COLON - RETTUM Direzione di Distretto - Responsabile: Dr. E. Pignatelli</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Migliorare la percentuale di adesione allo screening da parte degli aventi diritto così da consentire il raggiungimento del target del 40% di adesione da parte dei soggetti invitati</p> <p>Attivare la collaborazione degli operatori dei DSB, laddove non fosse possibile contare sulla piena adesione dei MMG al programma, per la raccolta del consenso informato e per la consegna e ritiro dei kit per la ricerca del sangue occulto</p> <p>Garantire l'effettuazione delle colonscopie entro e non oltre 30 gg dalla avvenuta comunicazione della positività del sangue occulto fecale dei pazienti</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Adesione del 40% dei soggetti invitati</p> <p>Acquisizione del 100% del consenso informato dei soggetti che hanno aderito allo screening e consegna e ritiro dei kit per la ricerca del sangue occulto</p> <p>Esecuzione entro 30 giorni di colonscopie a pazienti positivi alla ricerca del sangue occulto.</p>	<p>Indicatore</p> <p>n. soggetti che hanno aderito allo screening/n. soggetti invitati $\geq 40\%$</p> <p>n. consensi informati raccolti/n. soggetti che hanno aderito allo screening</p> <p>n. kit consegnati / n. soggetti che hanno aderito allo screening</p> <p>n. kit ritirati/ n. soggetti che hanno aderito allo screening</p> <p>tempi di attesa.</p> <p>Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del modello organizzativo dei Direttori responsabili. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA- Legge 4/2007

E-1 CONSULTORI FAMILIARI

Direttore Dipartimento Materno-Infantile, Responsabile dei Consultori / per i Responsabili del Percorso nascita

obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p>Obiettivo 1: Applicazione della D.G.R. 172/2007 e della DGR 2198/2008: <i>corretto adempimento</i> a quanto previsto dalla legge 194/78; <i>limitare la migrazione</i> delle pazienti nelle strutture extra regionali; <i>ridurre il ricorso</i> e la recidiva all'IVG; <i>favorire l'integrazione</i> e la progettualità fra territorio e ospedale e, più in generale, tra tutti i soggetti che collaborano all'applicazione della suddetta legge e cioè i Consultori Familiari, il Servizio Ospedaliero, i Medici di Medicina generale, il Servizio Sociale comunale, le Associazioni di volontariato, il Privato Sociale; <i>realizzare</i> un'offerta attiva dei servizi di pianificazione familiare; <i>migliorare la qualità</i> degli interventi in campo contraccettivo assicurando strategie indirizzate alla promozione della procreazione responsabile, con particolare attenzione ai minori e alle donne immigrate e fasce deboli in generale. Obiettivo 2: Applicazione delle Intese sottoscritte in sede di Conferenza Unificata per l'attivazione di interventi, iniziative e azioni finalizzate alla realizzazione delle indicazioni presenti nell'articolo 1, comma 1250 e comma 1251, lettere b) e c) della legge 27 dicembre 2006, n. 296. Azioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza sia in caso di gravidanza indesiderata, sia in caso di gravidanze che sono desiderate ma che sono rese impossibili per motivi sociali/economici. Azioni a sostegno della coniugalità e genitorialità anche attraverso l'attivazione di uno spazio dedicato alla mediazione familiare e la costituzione di un</p>	<p>Piena attuazione delle direttive regionali e nazionali</p>	<p>incremento dell'utilizzo di contraccezione sicura tra le utenti dei CC.FF.; diminuzione del tasso di IVG sulla popolazione di riferimento diminuzione del tasso delle recidive sulla popolazione che ha richiesto l'IVG; Relazioni periodiche di attività che documentino il progredire delle azioni programmate, in riferimento agli obiettivi e agli indicatori regionali. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

<p>numero congruo di équipes di operatori dotati di competenze specifiche in materia, anche al fine di salvaguardare i figli minori, soprattutto in presenza di conflittualità familiare.</p> <p>Attivazione di servizi per adolescenti-genitori con attività di tipo formativo e consultoriale nei percorsi di crescita con una particolare attenzione alla fase adolescenziale, ai conflitti familiari, alla sessualità, alla relazionalità ed alle scelte di vita e dei percorsi scolastici (tutoring).</p> <p>Qualificazione dell'assistenza alle donne e minori immigrati attraverso azioni di formazione all'assistenza multiculturale degli operatori dei consultori familiari.</p>		
<p>E-2 SERT Piano Nazionale alcol e salute Responsabili dei SERT</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Sviluppare nella popolazione generale conoscenza e consapevolezza</p> <p>Realizzare almeno un programma di informazione sul danno da alcol alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità</p> <p>Realizzare almeno un progetto di prevenzione nelle scuole, fin dalla scuola materna, rivolto in particolare alla componente adulta (genitori ed insegnanti) oltre che agli studenti;</p> <p>Partecipazione alla realizzazione annuale di iniziative in occasione del "Mese di Prevenzione Alcolgica".</p> <p>Alcol, Guida e Sicurezza stradale.</p> <p>Dare applicazione all'art. 6 - della legge 30 marzo 2001, n. 125 che dispone che "Qualora siano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestino comportamenti o sintomi associabili a patologie alcol-correlate, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico dei servizi per lo svolgimento</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Realizzazione di una campagna informativa di prevenzione, Realizzazione di almeno un progetto di prevenzione Piena applicazione della legge n. 125/2001 Potenziamento delle attività del Centro residenziale e semiresidenziale</p>	<p>Indicatore</p> <p>Relazioni periodiche di attività che documentino il progredire delle azioni programmate, in riferimento agli obiettivi e agli indicatori regionali. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati".

Ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati sui luoghi di lavoro, in ambito penitenziario e nei contesti di aggregazione giovanile.

Realizzare nei luoghi di lavoro di almeno un programma di informazione, formazione, promozione della salute, anche al fine di una tempestiva identificazione dei soggetti a rischio e della possibilità di intraprendere trattamenti idonei nel pieno rispetto delle norme di tutela dei diritti dei lavoratori;

Realizzare almeno un intervento di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi alcolcorrelati negli ospedali (Progetto Hospital Promoting Health on Alcohol) ed in ambito Penitenziario (Carceri che promuovono la salute).

Aggiornare e qualificare la rete dei servizi pubblici e privati accreditati impegnati nelle problematiche alcol-correlate per l'erogazione di trattamenti accessibili ed efficaci per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcol dipendenti.

Predisporre atti per assicurare un approccio coordinato che coinvolga oltre ai servizi sanitari, i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario, quando necessario, ed il volontariato ed il terzo settore;

Predisporre atti per assicurare che i servizi di Alcologia siano in grado di affrontare tutta la gamma di problemi e di fornire mezzi di disintossicazione, valutazione, trattamento, prevenzione della ricaduta e dopo cura;

sostenere e garantire la partecipazione degli operatori a specifici programmi multidisciplinari e multiprofessionali di formazione universitaria e postuniversitaria

Formulazione, realizzazione e monitoraggio delle politiche.

<p>Approntare criteri di monitoraggio dei dati con individuazione degli indicatori che dovranno essere funzionali alla predisposizione della Relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001 e finalizzati a sviluppare un sistema di monitoraggio dei dati relativi all'uso di alcol e dei problemi alcol correlati sull'intera popolazione di riferimento e non soltanto sull'utenza dei servizi.</p>		
<p>E.3. AREA MATERICO-INFANTILE - ADOZIONI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI Direzione Distrettuale Coordinatore Sanitario Tribunale di Asolo (TS) - Responsabile Dott. Massimo Metarino</p>		
<p>obiettivo</p> <p>In attuazione delle Linee guida per le adozioni nazionali ed internazionali (DGR 1701/2007)</p> <p>costituzione da parte degli ambiti zonali di specifiche équipe per le adozioni;</p> <p>individuazione e messa a disposizione del personale occorrente;</p> <p>partecipazione a momenti di sintesi e di coordinamento fra l'attività di informazione e di preparazione alla coppia, nonché dell'attività di indagine svolta a livello territoriale;</p> <p>partecipazione a specifici protocolli operativi definiti in collaborazione con il Tribunale per i Minorenni i Comuni e gli Enti autorizzati per le adozioni internazionali;</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Elaborazione entro il 30/09/2009 protocollo attuativo delle linee guida regionali</p>	<p>Indicatore</p> <p>presentazione di una proposta di protocollo attuativo delle linee guida regionali alla approvazione della Direzione aziendale</p> <p>Relazioni trimestrali ed annuali di attività che documentino il progredire delle azioni programmate, in riferimento agli obiettivi e agli indicatori regionali. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA- Legge 4/2007

E-4 REGOLAMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLE COMMISSIONI INVALIDI CIVILI Direttori del CO. di Igiene e Sanità Pubblica		E-5 (INTEGRAZIONE ORGANICI DI ASSISTENZA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA) (art. 4 comma 7 della L.R. 4/2007)	
obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Indicatore
<p>Informattizzazione di tutti i certificati di invalidità civile rilasciati dalle commissioni .</p> <p>Tempi di attesa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ massimo 30 giorni dalla data di protocollo della domanda per essere sottoposti a visita (anche domiciliare). ➢ massimo 15 giorni dalla presentazione della domanda per l'accertamento riguardante patologie oncologiche o in fase terminale. <p>Accertamento contestuale dello stato di invalidità civile e delle condizioni di handicap di cui alla Legge 104/92.</p>	<p>Informattizzazione di tutti i certificati di invalidità civile rilasciati dalle commissioni .</p> <p>Tempi di attesa massimo di 30 giorni dalla data di protocollo della domanda per essere sottoposti a visita (anche domiciliare) e massimo di 15 dalla presentazione della domanda per l'accertamento riguardante patologie oncologiche o in fase terminale.</p>	<p>Relazioni trimestrali ed annuali di attività che documentino l'allineamento agli standard individuati dalla regione. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	<p>Relazioni trimestrali ed annuali di attività. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Indicatore
<p>Procedere alla attuazione del punto 7 dell'art. 4 della citata Legge Regionale laddove non fosse già stata attuata.</p>	<p>Piena attuazione direttive aziendali</p>	<p>Relazioni trimestrali ed annuali di attività. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	<p>Relazioni trimestrali ed annuali di attività. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
E-6 art. 11 comma 2 - L.R. 4/2007. ATTUAZIONE RETE INTEGRATA SOCIO SANITARIA		E-6 art. 11 comma 2 - L.R. 4/2007. ATTUAZIONE RETE INTEGRATA SOCIO SANITARIA	
obiettivi	Risultati attesi	Indicatore	Indicatore
<p>Procedere alla istituzione di un apposito capitolo di bilancio con risorse suddivise per distretto da destinare alla integrazione dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari.</p>	<p>Istituzione del capitolo di bilancio</p>	<p>Istituzione del capitolo di bilancio</p>	<p>Istituzione del capitolo di bilancio</p>

**OBIETTIVI GENERALI
CUSTOMER SATISFACTION**

<p>F-1 CUSTOMER SATISFACTION E DEMOCRACY Ex-ASL 1 Coordinatore Amministrativo Territoriale Ex-ASL 2 Coordinatore Sanitario Territoriale e/o Diponibilità Ex-ASL 3 Coordinatore Sanitario Territoriale e/o Diponibilità</p>	<p>obiettivo</p> <p>Revisione del Piano Aziendale in funzione della riorganizzazione del sistema sanitario regionale sancita dalla L.R. 12/2008 e l'esecuzione di almeno due indagini, relative alla soddisfazione dell'utenza di cui, di norma una sui servizi ospedalieri ed una su quelli territoriali.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Piano Aziendale revisionato entro settembre 2009 Esecuzione di n. 2 indagini relative alla soddisfazione dell'utenza (una sui servizi ospedalieri ed una su quelli territoriali) per ambito zonale. Predisposizione di relazione trimestrale ed annuale da trasmettere alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il 10 del mese successivo alla fine del periodo di riferimento.</p>	<p>Indicatore</p> <p>Piano Aziendale revisionato entro settembre 2009 n. indagini eseguite nelle tre ex ASL</p> <p>Presentazione della relazione trimestrale ed annuale entro il termine fissato</p>
<p>F-2 PARTECIPAZIONE ISTITUZIONALE SOCIALE Ex-ASL 1 Coordinatore Amministrativo Territoriale Ex-ASL 2 Coordinatore Sanitario Territoriale Ex-ASL 3 Coordinatore Sanitario Territoriale</p>	<p>obiettivi</p> <p>attivare i Comitati Consultivi Misti aziendali e di distretto ai sensi della L.n° 1 del 30 gennaio 2007 (Finanziaria Regionale 2007) secondo le modalità previste al comma 3,4,5 dell'art. 17. La Giunta Regionale ai sensi del comma 6 dell'art. 17 della suddetta legge istituisce presso il Dipartimento competente l'Osservatorio per la Tutela dei Diritti degli utenti del servizio Sanitario Regionale approvandone il relativo regolamento di funzionamento, il modello organizzativo e avvalendosi di specifiche professionalità legali per la funzionalità dello stesso.</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Attivazione dei comitati consultivi misti aziendali e di distretto.</p>	<p>Indicatori</p> <p>n. incontri comitati consultivi misti aziendali n. incontri comitati consultivi misti di distretto relazione trimestrale ed annuale, con evidenza del grado di avanzamento degli obiettivi, da trasmettere alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione entro il 10 del mese successivo alla fine del periodo di riferimento.</p>

PROGRAMMAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

G.1- OBIETTIVI DELLA GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA Responsabili di procedimento il Direttore delle U.O. RAGIONERIA e BILANCIO e della U.O. CONTROLLO di GESTIONE		
obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>Contenere la crescita complessiva del costo della produzione, escludendo i costi del personale e della mobilità intraregionale, entro l'1% del minore valore tra i dati di preconsuntivo (dati al quarto trimestre come rilevati dal corrispondente modello CE) e quelli di consuntivo relative all'Azienda stessa ovvero al consolidamento delle Aziende corrispondenti cessate, o comunque entro le risorse assegnate in modo da garantire l'equilibrio economico, quale specificazione per l'attuazione dell'art. 5 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005;</p>	<p>contenimento della crescita complessiva del costo della produzione e della mobilità intraregionale entro 1% del minore valore tra i dati di preconsuntivo e quelli di consuntivo delle aziende corrispondenti cessate o comunque entro le risorse assegnate in modo da garantire l'equilibrio economico.</p>	<p>% di decremento tra dati di preconsuntivo e dati di consuntivo</p>
<p>attuazione dei programmi di investimento Rispettare il cronoprogramma degli investimenti programmati ed evitare il disimpegno di risorse assegnate a valere sui diversi programmi di investimento; collaborare, per quanto di competenza, nelle attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione degli investimenti con le modalità e nei termini previsti.</p>	<p>Piena attuazione ai programmi d'investimento</p>	<p>Relazione trimestrale ed annuale</p>
G.2- DIRETTIVE DELLA GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA Nonina responsabili di procedimento		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentare alla Regione il Bilancio Economico-Preventivo di cui all'art. 14 della L. R. n. 34/1995 entro 30 giorni dal termine massimo previsto per la deliberazione, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante, ovvero, ove applicabile, all'applicazione di quanto previsto dall'art.23 della LR.n.31/2008 (legge finanziaria 2009) e con riferimento alla DGR n.1776/2008 sezione "Bilancio"; Responsabile di procedimento il Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO 2. presentare, in caso di esposizione di una perdita nel Bilancio Economico-Preventivo o nel modello CE trimestrale (I, II, III, IV trimestre), un contestuale piano di rientro dalla perdita annuale o periodale, al fine di creare le condizioni per l'applicazione di quanto previsto dall'art.31 della LR.n.34/1995; Responsabile di procedimento il Direttore U.O. CONTROLLO di GESTIONE 3. contenere i pagamenti della gestione corrente, nel periodo intercorrente tra la presentazione del Bilancio Preventivo e la sua approvazione da parte della Giunta Regionale, in ragione di 1/12 per mese rispetto alle risorse assegnate con l'ultima ripartizione definitiva approvata o con l'ultima ripartizione provvisoria deliberata; Responsabile di procedimento il Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO 4. Presentare alla Regione il Bilancio d'esercizio di cui all'art. 25 della L. R. n. 34/1995 entro 30 giorni dal termine massimo previsto per la deliberazione, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante; 		

PROGRAMMAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

Responsabile di procedimento il Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO

5. Fornire, con apposita Deliberazione, i chiarimenti e gli elementi integrativi richiesti ai fini del controllo sugli atti in base all'art.44 della LR.n.39/2001 entro 30 giorni dalla comunicazione della richiesta stessa, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante;
Responsabilità diretta della DIREZIONE STRATEGICA
6. Inoltrare alla Regione Basilicata il budget annuale e il rapporto del controllo di gestione a cadenza trimestrale, omogenea con le scadenze trimestrali di presentazione del modello CE ai fini del monitoraggio del rispetto del Patto di stabilità tra Stato, Regioni e Province Autonome, ai sensi del Titolo II della L. R. 27 marzo 1995 n. 34; il budget dovrà essere inviato al massimo contestualmente al rapporto del primo trimestre;
Responsabile di procedimento il Direttore U.O. CONTROLLO di GESTIONE
7. Utilizzare lo schema standard di nota integrativa per la redazione del bilancio di esercizio di cui al DGR n. 532 del 10.04.2006 e successive integrazioni e modificazioni;
Responsabile di procedimento
8. Predisporre ed inoltrare al NSIS ed alla Regione Basilicata, nel rispetto delle modalità e delle scadenze previste, i flussi informativi economico-patrimoniali modelli CE, SP, LA, CP previsti dall'Intesa 23.03.2005 e dal DM 13.11.2007 (GURI 13.12.2007) e comunque dalle disposizioni di attuazione del patto di stabilità in materia sanitaria;
Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO
9. inoltrare al Tavolo di cui all'art.12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005 ed alla Regione Basilicata la certificazione di accompagnamento al modello CE con annessa relazione esplicativa, debitamente sottoscritta dal Direttore Generale con espressa dichiarazione della coerenza delle risultanze economiche trimestrali con i valori contenuti nel Bilancio Preventivo.
Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO

G.3 CENTRALIZZAZIONE DEI SERVIZI E ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DIRETTORI U.O. PROVVEDITORATO e ECONOMATO

- Al fine di contenere i costi di approvvigionamento di beni e servizi ed omogeneizzare le condizioni di efficienza delle forniture, nel rispetto delle norme nazionali e regionali in materia di acquisto di beni e servizi, i Direttori Generali sono impegnati a:
- Utilizzare le convenzioni della Consip SpA ai sensi di legge, in tutti i casi in cui i parametri di qualità e prezzo risultino convenienti in relazione alle caratteristiche dei fabbisogni e delle forniture ai sensi dell'art.14 della LR.n.10/2002; per la decisione di mancato utilizzo di convenzioni esistenti dovrà essere seguita la procedura prevista dal comma 3 del citato art.14;
 - A promuovere ed eseguire procedure unificate d'acquisto (unioni regionali d'acquisto interaziendali o URA) di beni e servizi o partecipare a quelle da chiunque promosse, in modo che siano effettuati tramite URA almeno il 35% delle procedure ed il 50% del valore degli approvvigionamenti per ciascun anno; in particolare, i Direttori Generali sono impegnati ad attuare le unioni d'acquisto interaziendali individuate nell'incontro del 13.9.2007 e riportate nella tabella dell'allegato 5;
 - A consentire l'armonizzazione delle scadenze delle forniture di beni e servizi per la realizzazione della più ampia partecipazione alle procedure unificate di acquisto attivate in conseguenza degli strumenti in attuazione dell'art. 26 comma 1 della L.R. n° 28/2007, anche adottando come termine massimo di validità dei contratti la cui procedura sarà iniziata successivamente al presente provvedimento la data del 31.12.2010, salva diversa motivata esigenza per evidenti ragioni di economicità ovvero di continuità e sicurezza dei servizi;
 - A partecipare alle sperimentazioni della delega di funzioni di centrale di committenza ai sensi dell'art.33 del D.Lgs. 12 aprile 2006 n.163, secondo modalità, termini e limiti della delega stessa stabiliti con direttiva regionale, ed a collaborare all'attuazione della Rete regionale degli acquisti del SSR e del relativo Accordo con Consip e MEF approvato con DGR n. 1881 del 21.11.2008 e sottoscritto il 19.12.2008;

PROGNA M M A M M A Z I O N E E C O N O M I C A F I N A N Z I A R I A

- o A richiedere l'autorizzazione prescritta dalla DGR n.1524/2002 come modificata dalla DGR n.109/2006, a recepire puntualmente le relative prescrizioni eventualmente formulate dall'Osservatorio regionale dei prezzi dei servizi e delle tecnologie del settore sanitario (OPT) ed a collaborare alle attività di monitoraggio della spesa sanitaria in materia di acquisizione di beni e servizi e degli eventi di acquisti.
- Inoltre, premesso che
- o la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria), all'art. 1, comma 796, lettera V) ha stabilito norme per stabilire i prezzi e per l'effettuazione delle gare per la fornitura dei dispositivi medici,
 - o il Ministero della Salute ha provveduto, con il DM 11 ottobre 2007, alla determinazione di taluni prezzi da assumere come base d'asta per le forniture per il sistema sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera V) della legge 296/07,
 - o la Regione Basilicata ha sottoscritto un accordo di collaborazione con l'IMS al fine di realizzare una banca dati con i prodotti movimentati codificati e classificati con il sistema di classificazione CND,
- le Aziende dovranno collaborare nella realizzazione di una banca dati dei dispositivi medici, con sistema di classificazione CND e per l'attivazione URA dei dispositivi medici

G 4 FLUSSI INFORMATIVI E DEBITO INFORMATIVO del PATTO di STABILITÀ

EX-ASL 1 Coordinatore Amministrativo

EX-ASL 2 Centro Controllo Direzionale

EX-ASL 3 Responsabile U.O. SIA (sistema Informativo)

Tutte le Aziende Sanitarie Regionali sono tenute a fornire, nei tempi e con le modalità di volta in volta indicate, le informazioni ed i dati richiesti dal Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà, Servizi alla Persona ed alla Comunità, nonché quelli previsti dagli Accordi e dalle Intese attuative del Patto di stabilità in materia sanitaria nei confronti del Dipartimento Regionale, del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, ivi compresa la certificazione di accompagnamento ai conti economici CE con le forme e modalità e nei tempi stabiliti.

Tutte le Aziende sono tenute alla trasmissione dei flussi di dati previsti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute e delle informazioni e dei dati occorrenti per il monitoraggio e la rendicontazione degli investimenti a valere sulle diverse fonti finanziarie attivate dalla Regione, secondo le modalità ed i termini previsti.

Le Aziende sono tenute a fornire al Dipartimento regionale, nel rispetto dei tempi e delle modalità indicate nella nota di richiesta, i dati necessari per le attività di programmazione e controllo.

Considerate le potenziali ripercussioni negative della mancata osservanza degli obblighi di cui al presente capo circa il livello di finanziamento della spesa corrente e per investimenti, ai sensi dell'art.14 comma 6 della L.R. n.10/2002 l'adempimento mancato, o ritardato per oltre 15 giorni dal termine previsto ovvero dalla data di ricezione della richiesta, non consente l'erogazione al Direttore Generale del compenso aggiuntivo per l'anno previsto dall'art. 10 comma 8 della legge regionale 31.10.2001 n. 39; in caso di adempimento ritardato ma comunque non superiore a 15 giorni dal termine previsto ovvero dalla data di ricezione della richiesta è operata una riduzione del 25% dell'ammontare del compenso aggiuntivo annuo rispetto a quello eventualmente determinato a seguito della valutazione positiva dei risultati raggiunti, di cui all'art. 10 comma 8 della succitata legge regionale 31.10.2001 n. 39.

In caso di comportamenti recidivi laddove il mancato adempimento pregiudichi il monitoraggio della spesa sanitaria e le altre attività di programmazione e verifica, la Giunta Regionale valuterà l'avvio delle procedure di decadenza dall'incarico del Direttore Generale conformemente a quanto previsto dalla DGR n.2563/2005.

Le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, oltre all'invio secondo il calendario prestabilito dei flussi ministeriali, dovranno consentire al sistema informativo regionale il monitoraggio delle seguenti prestazioni:

- Ospedaliere: prestazioni ricovero e di pronto soccorso attraverso la procedura AIRO;
- Specialistiche e strumentali ambulatoriali pubbliche e private accreditate attraverso la procedura CUP e CEA;

- Prestazioni di Riabilitazione;
- Prestazioni di Hospice;
- Farmaceutiche: attraverso la procedura in uso;
- Certificati di assistenza al parto (CEDAP);
- Assistenza medica di base/anagrafe assistiti;
- Ruoli del Personale dipendente e convenzionato;
- Farmaci e presidi ospedalieri attraverso al procedura di magazzino;
- Prestazione di Cure termali.

Per garantire il monitoraggio e flusso delle prestazioni sopra indicate secondo le modalità e i tempi stabiliti a livello centrale nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario le aziende sanitarie sono tenute a rispettare i tempi e le modalità di caricamento e trasferimento dei dati secondo le direttive regionali vigenti. Risulta evidente che la necessità di garantire tempestivi e certificati flussi informativi verso la Regione e il competente Ministero, ai fini del monitoraggio e della conoscenza dei fenomeni e, conseguentemente, ai fini di una migliore programmazione dei servizi sul territorio, comporta la messa a regime e gestione, da parte di tutte le aziende sanitarie, di un valido e sicuro Sistema Informativo Sanitario. Inoltre a queste incombenze si aggiungono quelle derivante da leggi e normative regionali e nazionali quali ad esempio quella in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs 30-6-2003 n. 196 - (con particolare riferimento a cosiddetti dati "sensibili" che hanno grande rilevanza nei Sistemi Informativi Sanitari) e quella relativa al Codice delle Amministrazioni Digitali – D.Lgs 4-4-2006 n. 159 - (con particolare riferimento a quanto previsto dagli articoli di cui al CAPO IV e V dello stesso).

Tutto ciò comporta la necessità, da parte delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali di dotarsi, oltre che del necessario software di cui gran parte fornito direttamente dalla Regione, di una struttura informatica interna dimensionata opportunamente per la gestione dei sistemi e per adempiere responsabilmente a tutti gli adempimenti previsti.

Nella tabella **dell'allegato 6** sono riportati i flussi informativi relativi ai seguenti progetti:

- Tessera sanitaria
- Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto

MIGLIORAMENTO e SVILUPPO ORGANIZZATIVO

H-1 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA PROGRAMMAZIONE

Ex ASL 1 Coordinatore Amministrativo/Controllo di Gestione

Ex ASL 2 Centro Controllo Direzionale

Ex ASL 3 Direttore U.O. OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO e PIANIFICAZIONE STRATEGICA

UTILIZZO SISTEMATICO DELLA PROGRAMMAZIONE

Predisporre e presentare alla Regione nei tempi previsti degli strumenti della programmazione a livello aziendale e distrettuale. SELETTIVITA' E PRIORITA' DEGLI OBIETTIVI

Identificare le priorità in coerenza con gli indirizzi regionali, programmare azioni coerentemente strutturate e predisporre i relativi sistemi di controllo. Identificare e definire gli accorgimenti per il governo delle variabili gestionali.

Decentrare e delegare ambiti di attività e responsabilità in base alle competenze presenti.

MOTIVAZIONE E COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Effettuare azioni di coinvolgimento e motivazione del personale.

Effettuare almeno 4 riunioni nell'anno del Collegio di Direzione.

Richiedere almeno 3 pareri nell'anno al Consiglio dei Sanitari.

FORMAZIONE E RICERCA IN CAMPO SANITARIO

Collaborare fattivamente alla realizzazione delle iniziative regionali in materia di formazione e ricerca in campo sanitario.

H-2 FUNZIONALITÀ DEI SISTEMI DI CONTROLLO (SISTEMA REGIONALE, AREA DEL CONTROLLO INTERNO, COME OPERA LE POSIZIONI di staff alla Direzione Strategica) Direzioni Sanitari Ospedaliere, Direzioni di Distretto

UTILIZZO SISTEMATICO DEGLI STRUMENTI DI CONTROLLO

Corretta funzionalità, con la tempistica prevista, dei sistemi di monitoraggio, controllo e valutazione della programmazione e della gestione.

DIFFERENZIAZIONE E SELETTIVITA' DELLE VALUTAZIONI **Coordinatore Amministrativo attività territoriali, Direttore AUDIT e AREA del CONTROLLO INTERNO Responsabile Valutazione dirigenziale incarichi ai dirigenti e attribuzione valutazioni delle posizioni organizzative al personale del comparto.**

Differenziare le valutazioni del personale assegnato.

Per differenziazione si intende la situazione in cui le valutazioni del personale sotto-ordinato non devono essere tutte pari al valore massimo.

RAPPORTI DEL COLLEGIO SINDACALE

Verifica valutazioni espresse dal collegio.

SUPPORTO AD DIPARTIMENTO REGIONALE

In merito alle attività di controllo poste in essere dalla Regione Basilicata, con particolare riferimento a quelli inerenti il controllo del 2% delle cartelle cliniche, le Aziende Sanitarie dovranno fornire il necessario supporto al Dipartimento Salute per la realizzazione di quanto indicato nell'allegato 7.

H-3 INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA-PROCEDURALE-FINANZIARIA

Responsabili U.O. Ospedaliere, Territoriali ed Amministrative, Direzioni di Distretto, Direzioni Sanitari Ospedaliere

INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE

Collaborare fattivamente alla realizzazione di strutture e reti interaziendali previste dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

Aderire e collaborare fattivamente alla realizzazione degli strumenti di governo unitario e di innovazione del Servizio Sanitario Regionale previste dalla regolazione e dalla programmazione regionale, con particolare riferimento alla gestione finanziaria, alla gestione degli approvvigionamenti anche mediante unioni d'acquisto e

MIGLIORAMENTI E SVILUPPO ORGANIZZATIVO

acquisti centralizzati, applicazione delle procedure di accreditamento.

Definire, sperimentare, introdurre e diffondere strumenti e soluzioni per semplificare, snellire, migliorare l'efficacia dei processi di servizio con apprezzabile valore aggiunto per l'utenza esterna.

SVILUPPO DELLA PARTNERSHIP

Attivazione e sviluppo di accordi e altri rapporti di partnership con aziende, organismi ed operatori regionali ed extra-regionali con la finalità di eliminare duplicazioni e sprechi, regolare la mobilità passiva, promuovere l'appropriatezza ed il contenimento dei tempi d'attesa, contenere altre diseconomie di gestione, migliorare la qualità e la copertura dei servizi senza maggiori oneri di gestione.

PROMOZIONE E SVILUPPO DELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA

Promozione o adesione a progetti volti alla realizzazione della società dell'informazione e della conoscenza.

Puntuale attuazione delle iniziative regionali della Società dell'Informazione in ambito sanitario e sociale; potenziamento dell'infrastruttura tecnologica delle reti territoriali e interaziendali del Servizio Sanitario Regionale (SSR); garantire i flussi informativi regionali e vigilare sulla tempestività e qualità dei flussi informativi aziendali; assicurare la funzionalità degli strumenti telematici di informazione, accessibilità, telemedicina e refertazione a distanza in connessione con gli obiettivi di diffusione e potenziamento dell'assistenza territoriale.

MIGLIORAMENTO CONTINUO

Applicare metodiche di benchmarking rispetto alle esperienze migliori nei campi d'interesse nei settori pubblici o privati, e sperimentare azioni di trasferimento degli elementi di successo.

Affrontare le problematiche metodologiche, organizzative e tecnologiche in modo sistematico ed interdisciplinare, promuovendo la diffusione delle competenze e perseguendo il continuo miglioramento verso livelli di eccellenza.

Adottare un sistema di qualità aziendale ed utilizzarlo con vantaggi tangibili di miglioramento continuo della qualità dell'organizzazione e delle prestazioni.

Perseguire il continuo miglioramento della professionalità dei collaboratori.

HEA - MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ED EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE

Geografico amministrativo Territoriale e/o Responsabili

FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ISTITUZIONALE E SOCIALE

Collaborare fattivamente al funzionamento degli strumenti di partecipazione istituzionale e sociale a livello aziendale e distrettuale previsti dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

CONTROLLO DELLA QUALITÀ E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI UTENTI

Collaborare fattivamente alla realizzazione degli strumenti di informazione e di partecipazione e di controllo da parte degli assistiti sulla qualità dei servizi erogati e di tutela dei cittadini utenti previsti dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

Assicurare condizioni di massima informazione e trasparenza sull'azione amministrativa.

DIFFUSIONE DEGLI STRUMENTI DELLA COMUNICAZIONE

Predisporre ed adottare un piano di comunicazione aziendale.

Allestire ed utilizzare, anche mediante la piattaforma telematica regionale, un sistema multicanale di comunicazione con l'utenza.

1.1 FORMAZIONE DEL PERSONALE
Coordinatore Amministrativo Territoriale e/o RESPONSABILE UFFICIO FORMAZIONE

Le Aziende Sanitarie devono ottemperare per la loro specifica competenza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 100 del 28-01-2008. In particolare devono collaborare attivamente con il Dipartimento Salute per la piena realizzazione del sistema S.E.R.B. Nello specifico i Direttori Generali devono garantire i seguenti obiettivi secondo la tempistica per ciascuno indicato:

Obiettivo 1: Definizione degli obiettivi formativi strategici aziendali per modificare la performance delle prestazioni sanitarie erogate all'utenza

Modalità: Trasmissione degli obiettivi formativi strategici per i tre livelli essenziali di assistenza (Prevenzione, Territoriale e Ospedaliera), in delibera definiti come Area Aziendale, corredati dei rispettivi indicatori di risultato:

Primo Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Entro Giugno 2009

Secondo Indicatore: Predisposizione del Piano Formativo Aziendale Annuale ECM 2008 in riferimento agli obiettivi formativi aziendali (almeno il 30% e fino ad un massimo del 50% delle attività formative ECM) ed agli obiettivi formativi nazionali.

Modalità: Trasmissione del Piano Formativo Aziendale Annuale ECM 2008. *Termine:* Entro Giugno 2009

Terzo Indicatore: Realizzazione delle attività formative ECM riferite agli obiettivi formativi strategici aziendali comunicati, con il raggiungimento pieno di almeno un obiettivo formativo strategico per singola Area: Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliera.

Modalità: Trasmissione della Relazione ECM annuale contenente l'esito di raggiungimento di tutti gli obiettivi formativi strategici programmati per l'anno 2008. *Termine:* Entro Gennaio 2009

Obiettivo 2: Individuare per ogni Area (Prevenzione, Ospedaliera, Territoriale) almeno due percorsi formativi di eccellenza da trasferire al Servizio Sanitario Regionale

Modalità: Trasmissione della documentazione inerente i percorsi formativi individuati utilizzando i parametri richiesti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua per l'impianto nazionale di Educazione Continua in Medicina

Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Entro Giugno 2009

Obiettivo 3: Creazione del dossier formativo ECM di ogni operatore della sanità dipendente e/o convenzionato e monitoraggio del debito formativo ECM aziendale, di Area, di Unità Operativa.

Modalità: Trasmissione della relazione ECM sul debito formativo ECM aziendale rispetto al periodo 2002/2007, così come concordato con il Gruppo tecnico dei referenti aziendali e tralasciata la data di adempimento al termine temporale di seguito indicato.

Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Entro Giugno 2009

Modalità: Relazione ECM contenente la verifica ed il monitoraggio del debito formativo aziendale ECM

Secondo indicatore: Adempimento al debito formativo ECM aziendale annuale. *Termine:* Entro Gennaio 2009

Modalità: Verifica del debito formativo annuale delle strutture sanitarie private e dei convenzionati

Terzo Indicatore: Trasmissione della relazione ECM sul debito formativo ECM annuale. *Termine:* Entro il 31 dicembre 2009

Obiettivo 4: Introduzione del parametro dei crediti formativi ECM in tutte le procedure pubbliche che riguardano il personale sanitario

MACROAREA I PERSONALE

dipendente

Modalità: Trasmissione di tutta la documentazione amministrativa riguardante la selezione del personale sanitario ove si evinca l'inserimento della valutazione del parametro dei crediti formativi ECM.

Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Ad ogni procedura attivata

Obiettivo 5: Verifica dei crediti formativi ECM da parte delle strutture sanitarie private e dei liberi professionisti che lavorano in regime di convenzionamento con la propria Azienda Sanitaria.

Modalità: Trasmissione dell'adempimento da parte delle strutture sanitarie private e dei convenzionati rispetto al periodo 2002/2007

Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Entro Settembre 2009

Secondo Indicatore: Verifica del debito formativo ECM dei soggetti sanitari convenzionati

Terzo Indicatore: Trasmissione della relazione ECM sul debito formativo ECM annuale. *Termine:* Entro Dicembre 2009

protocollo applicativo

sistema

premiante

SISTEMA PREMIANTE

DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Premessa

Il sistema premiante dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza risponde alle esigenze del contesto aziendale e considera le esperienze passate, la cultura dominante e le caratteristiche specifiche delle realtà delle tre ex aziende accorpate.

Nel processo del sistema premiante è stata scelta, come oggetto della valutazione, la performance offerta riferibile a gruppi di persone in un dato periodo di tempo e non quella riferibile ad un singolo individuo.

I risultati attesi a livello di gruppo sensibilizzano gli individui a collaborare tra loro per ottenere un determinato risultato e correlano l'impegno individuale a un comportamento collettivo. La focalizzazione su obiettivi di gruppo piuttosto che individuali introduce un'idea di collaborazione basata sulla condivisione degli obiettivi piuttosto che sullo sviluppo di attività individuali.

Le componenti essenziali del sistema di incentivazione del personale aziendale sono:

- identificazione e chiara esplicitazione delle finalità,
- individuazione dell'oggetto dell'incentivazione,
- definizione dei principi e delle scelte di fondo che si intendono portare avanti,
- messa a punto e scelta dei metodi e delle soluzioni tecniche più adeguate,
- individuazione dei ruoli dei diversi organi dell'azienda nella gestione del processo.

Il sistema di incentivazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza è un meccanismo che coinvolge tutte le articolazioni organizzative aziendali, sia sanitarie che amministrative, e tutti i diversi settori del personale (comparto. dirigenza medica e veterinaria, dirigenza amministrativa, tecnica e professionale).

Si tratta, quindi, di un sistema teso a promuovere processi di cambiamento sia organizzativi che culturali che coinvolge l'intera Azienda.

L'intento è di perseguire una relativa omogeneità ed equità nei meccanismi incentivanti adottati, in modo da rendere evidente un'unitarietà di indirizzo e di gestione dell'azienda.

La logica sottostante l'impianto complessivo del sistema premiante è quella di una stretta connessione dello stesso con il processo di budget.

Gli obiettivi definiti per ogni Centro di Responsabilità attraverso il processo di budget rappresentano quindi lo strumento migliore a cui collegare l'incentivazione di risultato, in quanto determinati secondo un processo che li rende coerenti con gli obiettivi di miglioramento strategico-aziendali.

Individuazione ed articolazione del Fondo Aziendale

Il Fondo Aziendale è determinato annualmente con riferimento alle aree contrattuali ed in piena applicazione delle normative vigenti.

Esso, comunque, può essere integrato da eventuali avanzi di gestione degli esercizi precedenti, purché determinati sulla base del bilancio consuntivo dell'azienda approvato dall'organo tutorio.

Processo di Budget

Il processo di budget è attuato secondo un processo decisionale di tipo botton-up.

La direzione strategica definisce le linee-guida e gli indirizzi generali aziendali di supporto all'identificazione degli obiettivi di budget mentre i singoli CdR, seguendo le specifiche indicazioni suggerite dalla direzione, propongono i propri obiettivi per l'anno di riferimento. Lo strumento attraverso il quale i responsabili dei CdR formalizzano le proprie proposte di budget è la "scheda di Budget"

Attraverso il processo di negoziazione tra i vertici direzionali e i centri di responsabilità si vengono quindi a identificare gli obiettivi di budget di ogni singola équipe.

La negoziazione degli incentivi segue i meccanismi e le logiche di negoziazione del budget: i soggetti negoziali sono la direzione strategica, supportata dal Centro Controllo Direzionale e/o Controllo di Gestione, ed il CdR, rappresentato dal proprio responsabile. La negoziazione afferisce a tre distinti contenuti:

- fattori produttivi aggiuntivi,
- incentivi,
- obiettivi.

In tal senso la quota di incentivazione può essere considerata una risorsa che il CdR utilizza per raggiungere i propri obiettivi alla stregua di altri fattori produttivi quali il personale, le tecnologie ecc.

Al fine di rendere il processo di negoziazione il più possibile chiaro e trasparente ci si avvale di una scheda di sintesi, strutturata in modo da consentire la verifica dei seguenti elementi:

- Azioni che si intendono intraprendere nell'esercizio di riferimento;
- Obiettivi concordati attraverso il processo di budget e relativi indicatori di verifica rispetto ai quali si attiva il processo di incentivazione;
- Peso attribuito ai singoli obiettivi in considerazione del differente rilievo che essi rivestono rispetto alla strategia aziendale;
- Risultati attesi;
- Criteri e parametri per la valutazione dell'apporto individuale ai fini della ripartizione del fondo di risultato dell'unità operativa tra i componenti l'équipe.

Determinazione dei fondi attribuiti ai singoli Centri di responsabilità

Il riparto del Fondo di risultato e della incentivazione collettiva è direttamente collegato al grado di raggiungimento dell'obiettivi di budget.

Tale fondo, distinto per le aree contrattuali, è determinato per ogni CdR in relazione al **Valore delle Unità Uomo del CdR** ed al **Punteggio Obiettivi Assegnati**

Il **Valore delle Unità Uomo del CdR** è calcolato come somma dei **valori unità uomo pesati per profilo professionale**. È ottenuto come somma del numero dei dipendenti in servizio e di quelli previsti nel piano annuale di assunzioni espresso in mesi di lavoro effettivo e/o presunto, pesato in base trattamento economico tabellare di ogni operatore, come sintetizzato dalla seguente formula:

$\Sigma(\text{mesi di lavoro dipendente} \times \text{peso profilo professionale})$.

A tal fine si sono individuati dei pesi da assegnare agli operatori. Tali pesi variano a seconda che si tratti di personale dirigente (dirigenza medico - veterinaria, amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria) o di personale del comparto.

Per il personale dirigente sono stati individuati i seguenti pesi:

tipologia incarico personale dirigente	peso
dirigente con incarico di struttura complessa	100
dirigente con incarico di struttura semplice	90
dirigente con incarico professionale	80
dirigente senza incarico o neo assunto	70

Invece, per il comparto i pesi sono individuati per categoria professionale :

categoria professionale personale del comparto	peso
Categoria A	1,00
Categoria B	1,35
Categoria Bs	1,60
Categoria C	1,85
Categoria D	2,10
Categoria Ds	2,35

Il Punteggio Obiettivi Assegnati è dato dalla media dei **punteggi** dei singoli **obiettivi**.

Ogni obiettivo può essere scomposto in due fattori principali o determinanti ai quali viene attribuito un punteggio compreso tra 0 e 4:

fattore 1 - ® - rilevanza degli obiettivi

fattore 2 - © - criticità per il conseguimento degli stessi

Il **punteggio obiettivo** è calcolato come la media dei pesi assegnati ai singoli fattori incrementata di 1 come si evince dalla seguente formula:

$$p = (1 + (r+c) \times 0,50)$$

p : **punteggio obiettivo** assegnato alla articolazione aziendale considerata.

Ne consegue che per ogni obiettivo nel suo insieme ®+© potrà essere assegnato un punteggio variabile tra 0 e 8, mentre il **punteggio obiettivo** assumerà un valore tra 1 e 5. Il premio potenziale da attribuire a ogni singolo CdR è calcolato secondo il criterio di una valutazione complessiva del CdR e degli obiettivi assegnati attraverso il processo di budget.

La determinazione dei criteri per la distribuzione, a preventivo, delle quote di incentivazione per singolo centro di responsabilità, costituisce un aspetto di particolare rilievo, che consente di incidere sul livello di trasparenza nei rapporti tra direzione aziendale ed operatori.

Valutazione dei risultati da parte del Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione aziendale è deputato alla valutazione dei risultati

conseguiti in rapporto agli obiettivi concordati con l'amministrazione.

Le risultanze del Nucleo di Valutazione si basano sui dati forniti dal Centro Controllo Direzionale, dagli staff aziendali, dalle relazioni predisposte dai dirigenti di ciascuna unità operativa e di ogni altro elemento di valutazione ritenuto rilevante al fine di mettere in correlazione gli obiettivi specifici, i risultati attesi ed i relativi indicatori. La valutazione dei risultati conseguiti consiste nell'effettuazione di un confronto tra i risultati attesi e quelli effettivi, al fine di valutare il grado di efficacia gestionale del singolo CdR e di assegnare i premi incentivanti maturati. Si tratta di una semplice fase di computo con la quale si procede a confermare o a ridurre, fino alla sua eliminazione, il premio potenziale identificato a priori, confrontando, per ciascun indicatore, il risultato effettivamente ottenuto con quello di pieno conseguimento dell'obiettivo e il valore limite .

In base alla percentuale di raggiungimento del singolo obiettivo viene attribuito un punteggio da computare nel calcolo finale del premio di risultato dell'unità operativa considerata.

Grado di raggiungimento dell'obiettivo	Proporzionalità del premio
Conseguimento dell'obiettivo	1,00
Superamento < 130%	1,10
Superamento > 130%	1,20
Mancato conseguimento < 75%	0,90
Mancato conseguimento 75 - 50%	0,80
Mancato conseguimento > 50%	0,00

Distribuzione del fondo di risultato all'interno dell'Unità Operativa

Il fondo assegnato al CdR è ripartito tra i diversi dipendenti che ne costituiscono l'equipe sulla base di criteri e parametri, nel rispetto della suddivisione per categorie contrattuali, preventivamente concordati tra il responsabile ed i propri collaboratori .

La definizione della quota di incentivazione maturata dal singolo dipendente avviene secondo il criterio della proporzionalità in base alla reale partecipazione nel conseguimento degli obiettivi. Con questo meccanismo la determinazione del premio individuale avviene attraverso l'esplicitazione di un giudizio qualitativo da parte del responsabile di CdR.

Ai singoli dipendenti in base ai parametri individuati sarà attribuito un valore ponderale compreso tra 0 e 2 in rapporto a quanto esplicitato nella scheda seguente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

UNITA' OPERATIVA _____

DIPENDENTE _____

MATRICOLA _____

QUALIFICA _____

INCARICO / CATEGORIA _____

DATA _____

descrizione parametro	note	punteggio
parametro 1		
parametro 2		
parametro 3		
parametro 4		
parametro 5		
totale	100	

Firma del Responsabile Unità Operativa

Firma del dipendente per presa visione

obiettivi specifici

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
Aumento del peso medio dei drg prodotti rispetto al dato 2008	Incremento del peso e del valore medio dei DRG prodotti nell'anno.	% incremento valore medio DRG prodotti indice case mix
Predisposizione di linee guida aziendali e/o protocolli operativi ed in mancanza recepimento delle linee guida nazionali	Predisposizione di almeno 1 linee guida aziendali e/o protocolli operativi .	n. linee guida/ protocolli operativi elaborati nell'anno Relazione trimestrale ed annuale sul grado di recepimento delle linee guida nazionali
Promozione dell' attività scientifica o di ricerca mediante pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali o presentazioni poster a congressi anche attraverso case report emergenti dalla revisione critica dell'attività clinica svolta.	Almeno n. 1 pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali e/o n. 1 presentazioni poster a congressi.	n. pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali e/o n. presentazioni poster a congressi. impact factor
Indice di occupazione tendenziale del...%	Occupazione dei p.l. del ...%	Indice di occupazione dei p.l. ...%
Riduzione di almeno il ...% il n. dei tagli cesarei rispetto al dato 2008	n. tagli cesarei anno 2009 < del % rispetto al 2008	% riduzione tagli cesarei
Promozione dell' attività scientifica o di ricerca mediante pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali o presentazioni poster a congressi anche attraverso case report emergenti dalla revisione critica dell'attività clinica svolta.	Almeno n. 1 pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali e/o n. 1 presentazioni poster a congressi.	n. pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali e/o n. presentazioni poster a congressi.
Mantenimento dei costi entro i limiti preventivati per l'anno 2009 ed i ricavi non inferiori a quelli previsti per l'anno 2009	</=0% scostamento tra costi presunti e costi effettivi >/=0% di scostamento tra ricavi previsti e ricavi effettivi	% di scostamento tra costi presunti e costi effettivi % di scostamento tra ricavi previsti e ricavi effettivi
Trasmissione tempestiva mensile trimestrale ed annuale dei dati per l'implementazione del sistema dei flussi informativi aziendali e del controllo di gestione(es.transazioni interne, personale per cdc e per % di utilizzo, ecc.)	Implementazione dei flussi informativi aziendali e del controllo di gestione	n. di richieste dati evase entro il 5 del mese successivo al periodo di riferimento/n. richieste totali inoltrate dal Controllo di Gestione

OBIETTIVI SPECIFICI

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA E PSICOLOGIA RESPONSABILI SPDC, CSO e ASL ROMA 6		Indicatore
Definire procedure e linee guida valide per le strutture aziendali	Almeno un documento di linee guida realizzato concordato e condiviso entro dicembre 2009	n. procedure e linee guida adottate
Sviluppare strategie di scambio conoscenza reciproca e formazione del personale tra le strutture operanti in azienda	n....Incontri formativi durante l'anno	n. incontri realizzati avutosi durante l'anno
Monitorare l'andamento del flusso dei ricoveri (TSV – TSO) negli SPDC aziendali	n. di ricoveri TSV – TSO in SPDC > = al 2008	n. ricoveri TSV –TSO in SPDC realizzati nell'anno 2009
Assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone portatrici di intervento	Accoglimento di tutte le richieste pervenute nell'anno 2009	n. interventi evasi/n. di richieste pervenute
Definizione ed attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari ed eventualmente anche residenziali nella strategia della comunità terapeutica.	Esecuzione di programmi definiti e presentazione di relazione trimestrale ed annuale da trasmettere alla Direzione Strategica entro il 10 del mese successivo al periodo di riferimento	Presentazione delle relazioni nei termini richiesti n. programmi terapeutico – riabilitativi personalizzati per tipologia interventi attuati nell'anno 2009 /n. programmi per tipologia realizzati nell'anno 2008

OBIETTIVI SPECIFICI

DIPARTIMENTO: SALUTE MENTALE DIRETTORI DI DEPARTMENTO E/O RESPONSABILI SPDC, CSM	RESPONSABILE	PERIODO
<p>Migliorare i programmi di lavoro comune con i MMG per facilitare l'accesso alle cure mediche delle persone con disturbo mentale e favorire programmi per la prevenzione e la cura del disagio psichico</p>	<p>Procedure e programmi definiti e attivati nelle strutture aziendali: almeno due per struttura</p>	<p>n. programmi e/o procedure definite ed attivate</p>
<p>Mettere in atto specifici indirizzi operativi indicati dalle linee nazionali recepite con DGR 1384/2008 nei seguenti ambiti di intervento e organizzazione per la realizzazione delle priorità strategiche nello sviluppo dei servizi individuate dalle</p> <ul style="list-style-type: none"> o Linee di indirizzo in parola: o percorsi di cura e nuovi LEA per la salute mentale o sostegno abitativo: residenzialità e domiciliarità o inclusione sociale e lavorativa o concertazione locale e partecipazione o sistema informativo nazionale per la salute mentale o infanzia e adolescenza o carcere o multiculturalità o formazione e ricerca 	<p>Piena attuazione della DGR 1384/2008 Predisposizione di relazioni trimestrali ed annuali sull'attività svolta da trasmettere entro il 10 del mese successivo al periodo di riferimento</p>	<p>n. relazioni prodotte e presentate nei termini stabiliti</p>

AREA DI RISULTATO:

Orientamenti / Problematiche

Azioni:

MODELLO "C" - DEFINIZIONE OBIETTIVI A ISO - RISORSE (BUDGET OPERATIVO)

Risultati Attesi

Indicazioni di risultato

Indicatore

Risultati anno precedente

Proiezione

MODELLO DI PROGETTO A ISO - RISORSE

Titolo del progetto:				
Motivazione e obiettivi generali				
Sviluppo operativo del progetto				
Fase	Contenuto	Risultato atteso	Data fine fase	Altri soggetti coinvolti

MODELLO PROGETTO CON RICHIESTA DI VARIAZIONE DELLE RISORSE STRUTTURALI ATTUALMENTE ASSICURATE

Titolo del progetto:				
Motivazione e obiettivi generali				
Sviluppo operativo del progetto				
fase	contenuto	Risultato atteso	Data fine fase	Altri soggetti coinvolti

MODALITÀ VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO/ FINANZIARIO DEL PROGETTO		
Spese per investimenti	Sorgenti	Cessanti
Tecnologia		
Interventi sulla logistica		
Totale		
Costi	Sorgenti	Cessanti
Personale		
Altri costi		
Totale		

MODELLO 12 - VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO/ FINANZIARIO DEL PROGETTO

Spese per investimenti	Sorgenti	Cessanti
Entrate per prestazioni		
totale		
Eventuali sponsorizzazioni		Importo
totale		

MODELLO "F" - SCHEDA DI RIFERIMENTO DOTAZIONE				
Posizione organica	Tipologia attività	Indole e importo	giorni	
Personale ruolo sanitario				
Personale ruolo tecnico				
Personale ruolo professionale				
Personale ruolo amministrativo				

Personale acquisito in via di acquisizione		
numero	Qualifica e livello	Situazione al

Situazione tecnologica		
apparecchiatura	Data acquisto	Valore storico

Attrezzature e tecnologie in corso di acquisizione		
apparecchiatura	Data acquisto presunta	Valore storico presunto o effettivo

Programmazione pluriennale	
attrezzature	valore

Stipendio spazio occupati	

Risorsa dello quot. si chiede il reintegro		
Tipologia risorsa	Motivo reintegro	periodo

MODULO "C" SCHEDA DI NEGOZIAZIONE - SINTESI

CENTRO DI RESPONSABILITA':

DIRETTORE:

OBIETTIVI NEGAZIATI ANNO...

INDICATORI

**PESO % DELL' OBIETTIVO
SUL TOTALE OBIETTIVI**

TOTALE

Firma del Direttore del Cdr

Firma del Direttore Generale

*Scheda di Budget
Direttore Generale dott. Pasquale Amendola*

**Allegato 1:
note alla compilazione
della "scheda di budget"**

ALLEGATO 1: NOTE ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI BUDGET

La scheda di budget è articolata nei seguenti moduli:

MODULO "A" è finalizzato all'esplicitazione di una valutazione, ancorché sintetica, dei risultati gestionali relativi all'esercizio precedente a quello di budget, anche se su dati ancora incompleti e/o parziali rispetto all'intero esercizio. I dati, rispetto ai quali si sviluppa la valutazione del CdR, sono quelli contenuti nelle tavole di direzione. Ovviamente il CdR è libero di fare riferimento anche ad altre fonti informative purché siano documentate e allegare alla presente scheda di budget. La valutazione dei risultati conseguiti si conclude con l'esplicitazione dei principali punti di forza che hanno consentito il perseguimento di risultati positivi e dei principali punti di debolezza che hanno ostacolato la gestione. Con riferimento sia alla gestione interna del CdR che dei rapporti con altre aree di risultato dell'azienda, nell'ottica di focalizzare l'attenzione su aspetti rispetto ai quali azienda e CdR si impegnano a collaborare per un loro rafforzamento o per la loro riduzione o eliminazione.

BUDGET OPERATIVO (Moduli B, C, D): per budget operativo si intende la formulazione di obiettivi quantitativi, prevalentemente di attività, in ragione delle risorse di personale, tecnologia e spazi fisici già assegnate dall'azienda al CdR al momento della compilazione della presente scheda. La formulazione degli obiettivi è "guidata" rispetto alle aree di risultato tipiche del CdR. A tale scopo, nel modulo B, sono già indicate le aree di risultato considerate primarie dall'azienda in quanto strettamente correlate agli obiettivi programmatici regionali, e differenziate per i tre livelli di assistenza. Al fine di affinare le modalità di esplicitazione degli obiettivi o per impostare modalità di responsabilizzazione interna del CdR rispetto a singoli o gruppi di dirigenti, il CdR è libero di indicare aree di risultato secondarie mediante la scomposizione di una primaria. Per ogni obiettivo proposto nel Modulo "B" a iso - risorse, bisogna compilare il Modulo "C" e proporre gli indicatori di risultato. Relativamente all'anno precedente, gli indicatori di risultato sono quelli contenuti nelle tavole di direzione. Ciascuna area di risultato è preceduta da due riquadri. Il primo è finalizzato alla esplicitazione degli orientamenti che il CdR intende perseguire nell'anno di budget con riferimento all'area di risultato specifica (per esempio aumento, ridimensionamento, riqualificazione ecc.). Il secondo riquadro è dedicato alla esplicitazione delle azioni che il CdR intende realizzare al fine di ottenere il raggiungimento dei risultati indicati nel modulo. In tale riquadro, quando se ne manifesta la necessità, vanno indicate anche le azioni che coinvolgono altri CdR dell'azienda. Rispetto a queste ultime, è opportuno che il CdR agisca anche autonomamente assumendo impegni e formulando accordi con colleghi di altri CdR.

Nel modulo "D" vanno eslicitati gli obiettivi a carattere progettuale. Anche in questo caso, si ritiene opportuno sottolineare che l'individuazione di obiettivi progettuali deve rispettare le logiche di formulazione del budget operativo: ossia obiettivi perseguibili in ragione delle risorse già assegnate dall'azienda al CdR.

BUDGET DELLE INNOVAZIONI (Moduli E1 e E2): il budget del CdR è completato con la proposizione di obiettivi che comportano una sostanziale modifica della capacità produttiva del CdR o, in altri termini, che richiedono una modificazione delle risorse di personale, tecnologia e spazi. Il budget delle innovazioni è organizzato per progetti e la sua discussione, con la direzione aziendale, verrà effettuata solo dopo che saranno state acquisite le eventuali autorizzazioni. La formulazione delle proposte è articolata su due moduli.

Il modulo E1 è sostanzialmente sovrapponibile al modulo D.

Il modulo E2; invece, è finalizzato alla esplicitazione dell'impatto economico – finanziario derivante dall'attivazione del progetto. In tale modulo è sufficiente fornire informazioni di carattere indicativo che verranno successivamente affinate in sede di discussione dei progetti. In considerazione del fatto che diversi progetti, per essere realizzati, richiedono modificazioni anche articolate delle risorse umane, tecnologiche e degli spazi fisici, si prevede la possibilità che alcune risorse siano considerate sorgenti (o aggiuntive) e altre cessanti (ovvero da non sostenere più nel futuro). Qualora l'approvazione di un progetto innovativo produca effetti nell'esercizio di budget (per esempio acquisizione delle risorse richieste o di una parte delle stesse) si procederà a una revisione del budget operativo integrandolo dei nuovi elementi conoscitivi, Nel caso in cui il progetto approvato produca effetti in esercizi successivi, le risorse previste dovranno essere considerate come assegnate, quindi rientranti nel budget operativo, al momento della formulazione di obiettivi dell'anno in cui esse si renderanno effettivamente disponibili,

MODULO “F” “scheda di riepilogo dotazione”

MODULO “G” “scheda di negoziazione – sintesi”

**protocollo applicativo
sistema
premiante**

SISTEMA PREMIANTE

DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Premessa

Il sistema premiante dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza risponde alle esigenze del contesto aziendale e considera le esperienze passate, la cultura dominante e le caratteristiche specifiche delle realtà delle tre ex aziende accorpate.

Nel processo del sistema premiante è stata scelta, come oggetto della valutazione, la performance offerta riferibile a gruppi di persone in un dato periodo di tempo e non quella riferibile ad un singolo individuo.

I risultati attesi a livello di gruppo sensibilizzano gli individui a collaborare tra loro per ottenere un determinato risultato e correlano l'impegno individuale a un comportamento collettivo. La focalizzazione su obiettivi di gruppo piuttosto che individuali introduce un'idea di collaborazione basata sulla condivisione degli obiettivi piuttosto che sullo sviluppo di attività individuali.

Le componenti essenziali del sistema di incentivazione del personale aziendale sono:

- identificazione e chiara esplicitazione delle finalità,
- individuazione dell'oggetto dell'incentivazione,
- definizione dei principi e delle scelte di fondo che si intendono portare avanti,
- messa a punto e scelta dei metodi e delle soluzioni tecniche più adeguate,
- individuazione dei ruoli dei diversi organi dell'azienda nella gestione del processo.

Il sistema di incentivazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza è un meccanismo che coinvolge tutte le articolazioni organizzative aziendali, sia sanitarie che amministrative, e tutti i diversi settori del personale (comparto dirigenza medica e veterinaria, dirigenza amministrativa, tecnica e professionale).

Si tratta, quindi, di un sistema teso a promuovere processi di cambiamento sia organizzativi che culturali che coinvolge l'intera Azienda.

L'intento è di perseguire una relativa omogeneità ed equità nei meccanismi incentivanti adottati, in modo da rendere evidente un'unitarietà di indirizzo e di gestione dell'azienda.

La logica sottostante l'impianto complessivo del sistema premiante è quella di una stretta connessione dello stesso con il processo di budget.

Gli obiettivi definiti per ogni Centro di Responsabilità attraverso il processo di budget rappresentano quindi lo strumento migliore a cui collegare l'incentivazione di risultato, in quanto determinati secondo un processo che li rende coerenti con gli obiettivi di miglioramento strategico-aziendali.

Individuazione ed articolazione del Fondo Aziendale

Il Fondo Aziendale è determinato annualmente con riferimento alle aree contrattuali ed in piena applicazione delle normative vigenti.

Lo stesso, comunque, può essere integrato da eventuali avanzi di gestione degli esercizi precedenti, purché determinati sulla base del bilancio consuntivo dell'azienda approvato dall'organo tutorio.

Processo di Budget

Il processo di budget è attuato secondo un processo decisionale di tipo botton-up.

La direzione strategica definisce le linee-guida e gli indirizzi generali aziendali di supporto all'identificazione degli obiettivi di budget mentre i singoli CdR, seguendo le specifiche indicazioni suggerite dalla direzione, propongono i propri obiettivi per l'anno di riferimento. Lo strumento attraverso il quale i responsabili dei CdR formalizzano le proprie proposte di budget è la "scheda di Budget"

Attraverso il processo di negoziazione tra i vertici direzionali e i centri di responsabilità si vengono quindi a identificare gli obiettivi di budget di ogni singola équipe.

La negoziazione degli incentivi segue i meccanismi e le logiche di negoziazione del budget: i soggetti negoziali sono la direzione strategica, supportata dal Centro Controllo Direzionale e/o Controllo di Gestione, ed il CdR, rappresentato dal proprio responsabile. La negoziazione afferisce a tre distinti contenuti:

- fattori produttivi aggiuntivi,
- incentivi,
- obiettivi.

In tal senso la quota di incentivazione può essere considerata una risorsa che il CdR utilizza per raggiungere i propri obiettivi alla stregua di altri fattori produttivi quali il personale, le tecnologie ecc.

Al fine di rendere il processo di negoziazione il più possibile chiaro e trasparente ci si avvale di una scheda di sintesi, strutturata in modo da consentire la verifica dei seguenti elementi:

- Azioni che si intendono intraprendere nell'esercizio di riferimento;
- Obiettivi concordati attraverso il processo di budget e relativi indicatori di verifica rispetto ai quali si attiva il processo di incentivazione;
- Peso attribuito ai singoli obiettivi in considerazione del differente rilievo che essi rivestono rispetto alla strategia aziendale;
- Risultati attesi;
- Criteri e parametri per la valutazione dell'apporto individuale ai fini della ripartizione del fondo di risultato dell'unità operativa tra i componenti l'équipe.

Determinazione dei fondi attribuiti ai singoli Centri di responsabilità

Il riparto del Fondo di risultato e della incentivazione collettiva è direttamente collegato al grado di raggiungimento dell'obiettivi di budget.

Tale fondo, distinto per le aree contrattuali, è determinato per ogni CdR in relazione al **Valore delle Unità Uomo del CdR** ed al **Punteggio Obiettivi Assegnati**

Il **Valore delle Unità Uomo del CdR** è calcolato come somma dei **valori unità uomo pesati per profilo professionale**. È ottenuto come somma del numero dei dipendenti in servizio e di quelli previsti nel piano annuale di assunzioni espresso in mesi di lavoro effettivo e/o presunto, pesato in base trattamento economico tabellare di ogni operatore, come sintetizzato dalla seguente formula:

$$\Sigma(\text{mesi di lavoro dipendente} \times \text{peso profilo professionale}).$$

A tal fine si sono individuati dei pesi da assegnare agli operatori. Tali pesi variano a seconda che si tratti di personale dirigente (dirigenza medico - veterinaria, amministrativa, professionale, tecnica e sanitaria) o di personale del comparto.

Per il personale dirigente sono stati individuati i seguenti pesi:

Descrizione incarico personale dirigente	peso
dirigente con incarico di struttura complessa	100
dirigente con incarico di struttura semplice	90
dirigente con incarico professionale	80
dirigente senza incarico o neo assunto	70

Invece, per il comparto i pesi sono individuati per categoria professionale :

Descrizione personale del comparto	peso
Categoria A	1,00
Categoria B	1,35
Categoria Bs	1,60
Categoria C	1,85
Categoria D	2,10
Categoria Ds	2,35

Il Punteggio Obiettivi Assegnati è dato dalla media dei **punteggi** dei singoli **obiettivi**.

Ogni obiettivo può essere scomposto in due fattori principali o determinanti ai quali viene attribuito un punteggio compreso tra 0 e 4:

fattore 1 - ® - rilevanza degli obiettivi

fattore 2 - © - criticità per il conseguimento degli stessi

Il **punteggio obiettivo** è calcolato come la media dei pesi assegnati ai singoli fattori incrementata di 1 come si evince dalla seguente formula:

$$p = (1 + (r+c) \times 0,50)$$

p : **punteggio obiettivo** assegnato alla articolazione aziendale considerata.

Ne consegue che per ogni obiettivo nel suo insieme ®+© potrà essere assegnato un punteggio variabile tra 0 e 8, mentre il **punteggio obiettivo** assumerà un valore tra 1 e 5. Il premio potenziale da attribuire a ogni singolo CdR è calcolato secondo il criterio di una valutazione complessiva del CdR e degli obiettivi assegnati attraverso il processo di budget.

La determinazione dei criteri per la distribuzione, a preventivo, delle quote di incentivazione per singolo centro di responsabilità, costituisce un aspetto di particolare rilievo, che consente di incidere sul livello di trasparenza nei rapporti tra direzione aziendale ed operatori.

Valutazione dei risultati da parte del Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione aziendale è deputato alla valutazione dei risultati

conseguiti in rapporto agli obiettivi concordati con l'amministrazione.

Le risultanze del Nucleo di Valutazione si basano sui dati forniti dal Centro Controllo Direzionale, dagli staff aziendali, dalle relazioni predisposte dai dirigenti di ciascuna unità operativa e di ogni altro elemento di valutazione ritenuto rilevante al fine di mettere in correlazione gli obiettivi specifici, i risultati attesi ed i relativi indicatori. La valutazione dei risultati conseguiti consiste nell'effettuazione di un confronto tra i risultati attesi e quelli effettivi, al fine di valutare il grado di efficacia gestionale del singolo CdR e di assegnare i premi incentivanti maturati. Si tratta di una semplice fase di computo con la quale si procede a confermare o a ridurre, fino alla sua eliminazione, il premio potenziale identificato a priori, confrontando, per ciascun indicatore, il risultato effettivamente ottenuto con quello di pieno conseguimento dell'obiettivo e il valore limite .

In base alla percentuale di raggiungimento del singolo obiettivo viene attribuito un punteggio da computare nel calcolo finale del premio di risultato dell'unità operativa considerata.

Grado di raggiungimento dell'obiettivo	Erogazione del premio
Conseguimento dell'obiettivo	1,00
Superamento < 130%	1,10
Superamento > 130%	1,20
Mancato conseguimento < 75%	0,90
Mancato conseguimento 75 - 50%	0,80
Mancato conseguimento > 50%	0,00

Distribuzione del fondo di risultato all'interno dell'Unità Operativa

Il fondo assegnato al CdR è ripartito tra i diversi dipendenti che ne costituiscono l'equipe sulla base di criteri e parametri, nel rispetto della suddivisione per categorie contrattuali, preventivamente concordati tra il responsabile ed i propri collaboratori .

La definizione della quota di incentivazione maturata dal singolo dipendente avviene secondo il criterio della proporzionalità in base alla reale partecipazione nel conseguimento degli obiettivi. Con questo meccanismo la determinazione del premio individuale avviene attraverso l'esplicitazione di un giudizio qualitativo da parte del responsabile di CdR.

Ai singoli dipendenti in base ai parametri individuati sarà attribuito un valore ponderale compreso tra 0 e 2 in rapporto a quanto esplicitato nella scheda seguente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

UNITA' OPERATIVA _____

DIPENDENTE _____

MATRICOLA _____

QUALIFICA _____

INCARICO /CATEGORIA _____

DATA _____

descrizione parametro	peso	punteggio
parametro 1		
parametro 2		
parametro 3		
parametro 4		
parametro 5		
totale	100	

Firma del Responsabile Unità Operativa

Firma del dipendente per presa visione

scheda di budget

MODULO "A" - VALUTAZIONE DEI RISULTATI CONSIGLIATI NELL'ANNO PRECEDENTE

Considerazioni Generali

Principali Punti di Forza:

MODULO "A" - VALUTAZIONI DEI RISULTATI CONSEGUITI NELL'ANNO PRECEDENTE

Principali Punti di Debolezza:

Modulo "B"

Obiettivi Generali

e

Obiettivi Specifici

obiettivi generali

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

A1 – POSTI LETTO (obiettivo dei Direttori Sanitari Ospedalieri e dei Direttori di Unità Operativa Ospedaliera e/o Responsabili di procedimento specificamente individuati)	
obiettivo	Indicatore
<p>posti letto per acuti: <i>mantenere lo standard</i> del 3,5 per mille (DGR 99/2008) <i>aggiornare i flussi informativi</i> verso la Regione ed il competente Ministero.</p> <p>posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza: <i>attivare, entro 31-12-2009, almeno 80% di quelli assegnati</i> (DGR 513/2007).</p>	<p style="text-align: center;">Risultato atteso</p> <p>Posti letto per acuti: rispetto della programmazione regionale</p> <p>posti letto lungodegenza/riabilitazione: attivazione di almeno 80% entro il 2009</p>
<p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Rispetto dei parametri e degli indicatori fissati dalla regione Basilicata ➢ Relazioni trimestrale ed annuale del D.S.O. e degli altri responsabili di UU.OO. che confermino il rispetto dei parametri fissati e delle procedure programmate. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento. </p>	
A2 – TASSI di OSPEDALIZZAZIONE (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri e dei Direttori di UU.OO. ospedaliera e dei Direttori di distretto)	
obiettivo	Risultato atteso
<p>Mantenimento del T.O. per ricoveri ordinari ed in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quello in regime diurno di norma pari al 20 % (TO = 36/1000 abitanti residenti).</p>	<p style="text-align: center;">Risultato atteso</p> <p>TO per ricoveri ordinari in regione 102/1000 TO per ricoveri diurni in regione 25/1000 TO per ricoveri ordinari fuori regione 42/1000 TO per ricoveri diurni fuori regione 11/1000</p>
<p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ T.O. e N.° ricoveri ordinari; ➢ T.O. e N.° D. H. </p>	
A3 – Ricoveri Ordinari e DH per i DRG del LEA ad alto rischio di non appropriatezza (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri e dei Direttori di UU. OO. ospedaliera)	
obiettivo	Risultato atteso
<p>Per i DRG individuati come ad alto rischio di non appropriatezza, deve essere garantito il rispetto del valore soglia dei ricoveri diurni rispetto al numero totale di ricoveri per singolo DRG.</p> <p>il ricorso al D. S. per gli interventi chirurgici di cui alla tabella allegata2 DGR n.644/2009 non deve</p>	<p style="text-align: center;">Risultato atteso</p> <p>Rispetto dei parametri e degli indicatori fissati dalla regione Basilicata</p>
<p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Relazione trimestrale ed annuale del D.S.O. e dei Direttori di U.O. che confermino il rispetto dei parametri fissati. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo </p>	

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

<p>superare il valore percentuale/soglia di ammissibilità fissato nel 10% sul totale degli interventi eseguiti nei diversi regimi di erogazione.</p> <p>Sono inappropriate i ricoveri in D. S. per l'esecuzione di interventi o procedure che possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.</p>		<p>di riferimento.</p>
<p>A4 – PRESTAZIONI di RICOVERO e LISTE di ATTESA (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri e dei Direttori di UU. OO. ospedaliere)</p>		
<p style="text-align: center;">obiettivo</p> <p>rispetto dei tempi di attesa programmati dalla Regione Basilicata; compilazione della SDO in tutti i suoi campi (compreso il campo prenotazione e la definizione della classe di priorità di appartenenza)</p>	<p style="text-align: center;">Risultato atteso</p> <p>rispetto delle direttive regionali.</p>	<p style="text-align: center;">Indicatore</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ andamento dei tempi di attesa; ➢ verifiche sulla corretta compilazione delle SDO a campione ➢ Relazione trimestrale ed annuale del D.S.O. e dei Direttori di U.O. che confermino il rispetto dei parametri fissati. ➢ Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo
<p>A5 – MOBILITA' SANITARIA (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri - dei Direttori di UU. OO. ospedaliere e dei Direttori di Distretto)</p>		
<p style="text-align: center;">obiettivo</p> <p>Ridurre la mobilità passiva rispetto al target 2007 dell'1,5%</p> <p>Attestare al 45 % il rapporto tra mobilità attiva e mobilità passiva</p> <p>Per ricoveri chirurgici incrementare del 10% il rapporto percentuale tra il valore economico della mobilità attiva e il valore economico della mobilità</p>	<p style="text-align: center;">Risultato atteso</p> <p>Riduzione del tasso di mobilità passiva extraregionale dell'1,5% rispetto al target 2007;</p> <p>Per ricoveri chirurgici: incremento del 10% del rapporto % mob. attiva su passiva dei DRG chirurgici di mobilità registrato nell'anno 2006.;</p>	<p style="text-align: center;">Indicatore</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ dati di mobilità ➢ T.O.extraregionale spesa correlata; ➢ Tasso di mobilità attiva (e incassi correlati); % tra il valore economico della mobilità attiva e il valore economico della mobilità passiva ➢ Relazione trimestrale ed annuale del D.S.O. e dei Direttori di U.O. che confermino il rispetto dei parametri fissati.

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

<p>passiva registrato nel 2006.</p>		<p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo</p>
<p>A6 – RICOVERI ORDINARI DI LUNGODEGENZA (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri - dei Direttori di UU. OO. di Lungodegenza)</p>		
<p>Obiettivi</p> <p>Applicazione dell'abbattimento tariffario giornaliero di cui alla DGR 1335 del 18/09/2006</p> <p>Rilevazione della casistica riscontrata con la specificazione del valore percentuale dei ricoveri in Lungodegenza. e Riabilitazione, sul totale dei ricoveri che superano i 60 giorni e individuazione ed applicazione del valore dell'abbattimento (D.G.R. 1335/2006).</p> <p>Per i comi vegetativi (D.G.R. 2102/2005) attivazione di posti letto e relazione sulle azioni poste in essere per l'attivazione degli stessi</p>	<p>Risultati attesi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ conseguire gli obiettivi programmati ➤ rispetto del nuovo sistema tariffario e delle direttive regionali ➤ relazione semestrale alla regione Basilicata 	<p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ verifica dell'applicazione del nuovo sistema tariffario; ➤ tasso utilizzazione dei posti letto dedicati al coma vegetativo; ➤ relazione trimestrale ed annuale. ➤ Relazione trimestrale ed annuale del D.S.O. e dei Direttori di U.O. che confermino il rispetto dei parametri fissati. <p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo</p>
<p>A7 – FARMACEUTICA OSPEDALIERA (obiettivo dei Direttori dei Servizi Farmaceutici; dei Direttori Sanitari ospedalieri - dei Direttori di UU. OO. ospedalieri, Direttore del Controllo di Gestione)</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Assegnare il budget annuale per i farmaci alle U.O. Ospedaliere e Territoriali</p> <p>Contenimento spesa farmaceutica entro il tetto programmato della DGR 644 del 06.004.2009 di 6.139 mln di euro.</p> <p>Rendere operativi i protocolli terapeutici</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Assegnazione del budget alle UU.OO per l'anno 2009</p> <p>Rispetto delle direttive regionali e contenimento della spesa entro il target fissato dalla Regione;</p> <p>istituzione uniforme di una reportistica dei consumi per i Direttori di UU.OO;</p>	<p>Indicatore</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dati di spesa e dei consumi anche per ATC ➤ Dati di spesa e loro contenimento entro il tetto programmato; ➤ reportistica mensile sull'andamento dei consumi nei reparti; ➤ relazione trimestrale ed annuale da trasmettere alla Direzione Strategica ed al

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA “A” ASSISTENZA OSPEDALIERA

<p>-per la profilassi antibiotica in chirurgia elettiva;</p> <p>- per la terapia antibiotica degli apparati respiratorio, gastroenterico, nefrouinario;</p> <p>- per la terapia e profilassi della pancreatite acuta e delle sue complicanze;</p> <p>- per il corretto uso dell'albumina.</p> <p>Trasmettere un report sui consumi da inviare ai Direttori delle UU.OO. di degenza perché possano verificare e confrontare i risultati sui consumi prodotti nelle attività assistenziali di reparto rispetto al budget di spesa annuale assegnato.</p>	<p>monitoraggio dei consumi di farmaci da parte delle UU.OO. di degenza;</p> <p>adozione ed applicazione dei protocolli entro il 30 settembre 2009;</p> <p>invio relazione trimestrale ed annuale alla Direzione Strategica ed al Controllo di gestione entro il 10 del mese successivo al periodo di riferimento.</p> <p>Piena diffusione dei protocolli adottati all'interno della struttura per rendere utilizzabili gli stessi.</p>	<p>Controllo di gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il 10 del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
<p>Migliorare (+ 20%) la distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera e/o alla visita specialistica ambulatoriale.</p> <p>Vigilare sul rispetto del Prontuario terapeutico adottato.</p> <p>Vigilare che le prescrizioni siano tutte informate al rispetto delle regole prescrittive dell'AIFA.</p> <p>Prevedere controlli per la rintracciabilità dei farmaci lungo il percorso dal magazzino al paziente.</p> <p>Valutare la frequenza delle reazioni avverse da farmaci come causa di accesso al pronto soccorso.</p> <p>Relazionare alla regione Basilicata sui risultati ottenuti nell'anno di riferimento rispetto agli anni precedenti, in merito a tutti gli obiettivi sopra elencati e su eventuali sanzioni per comportamenti prescrittivi difforni.</p>	<p>rispetto del PTO ed uso del ricettario;</p> <p>incremento (+ 20%) della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera e/o dalla visita specialistica ambulatoriale;</p>	<p>➤ relazione trimestrale ed annuale sul grado di conseguimento degli obiettivi. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

A8 – PRONTO SOCCORSO – OBI (obiettivo dei Direttori Sanitari ospedalieri - dei Direttori di U.O ospedalieri di Pronto Soccorso)		
Obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p><i>attività a regime dei posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) entro il 31-12-2009.</i></p> <p><i>utilizzo della procedura software per la gestione informatizzata delle attività di PS.</i></p>	<p>Attivazione dei posti letto di OBI entro il 31/12/2009</p> <p>Completo utilizzo della procedura software entro dicembre 2009</p>	<p>relazione trimestrale ed annuale di attività .Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
A9 – ATTIVITA' TRASFUSIONALE (Obiettivo per Direttori Sanitari Ospedalieri e Responsabili dei Centri Trasfusionale)		
obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>Predisporre protocolli e/o linee-guida sulle indicazioni alla terapia trasfusionale (albumina, emoderivati)</p> <p>Monitoraggio dell'appropriatezza della terapia trasfusionale</p> <p>Razionalizzazione dei consumi: diminuzione del 10% del consumo di albumina rispetto al 2007/diminuzione del 10% del consumo di plasma per uso clinico rispetto al 2007</p> <p>alimentazione della rete informativa regionale per assicurare la rapidità di scambio informativo e l'immediata fruizione dei dati generati</p> <p>Compensazione e scambio intraregionale finalizzato</p>	<p>Predisposizione e/o aggiornamento di Protocolli e/o linee guida entro il 30/09/2009</p> <p>conseguimento degli obiettivi ed in particolare la diminuzione del 10% del consumo di albumina; la diminuzione del 10% del consumo di plasma per uso clinico; la riduzione di unità di sangue scadute.</p> <p>Istituzione Dipartimento interaziendale di Medicina Trasfusionale, su base provinciale entro il 2009</p>	<p>n. protocolli e/o linee guida trasmesse alla Direzione Aziendale e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale</p> <p>relazioni trimestrali ed annuali di attività dei Responsabili di Centro Trasfusionale e dei direttori sanitari ospedalieri che documentino l'avvenuto conseguimento degli obiettivi ed in particolare la diminuzione del 10% del consumo di albumina; la diminuzione del 10% del consumo di plasma per uso clinico; la riduzione di unità di sangue scadute. Le</p>

OBIETTIVI GENERALI: MACROAREA "A" ASSISTENZA OSPEDALIERA

alla riduzione di unità di sangue scadute (diminuzione del 20% delle unità di sangue scadute in riferimento ai dati del registro sangue 2006).

Istituzione Dipartimento interaziendale di Medicina Trasfusionale, su base provinciale, con Predisposizione del piano aziendale di raccolta sangue, stimolando la donazione mirata.

relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale e entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.

B-1 ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA ESTERNA

obiettivo per i Direttori di Distretto, per i Direttori delle Cure Primarie e per i Direttori dei Servizi farmaceutici

Indicatore

Risultato atteso

Contenere la spesa entro il tetto del 14% del FSR trasferito.

Distribuzione in nome e per conto delle specialità di cui al PHT regionale non inferiore al 95%

Utilizzo dei farmaci equivalenti non inferiore al 25%

Attuazione delle disposizioni contenute nella legge 244/2007 – Finanziaria 2008 – in materia di disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci;

Raggiungere in tema di segnalazioni di reazioni avverse da farmaci il secondo il Gold Standard, fissato dall'OMS, in 300 segnalazioni per milioni di abitanti.

Per gli inibitori della pompa protonica (IPP)

Rispetto delle limitazioni di cui alle note AIFA 1-48, con un limite di prescrizioni in 90 confezioni ogni 100 abitanti, di cui il 75% costituito da confezioni contenenti principi attivi generici.

Per le sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (C09)

Verificare che i prescrittori conformino le loro decisioni terapeutiche alle linee guida delle Società Scientifiche e comunque alla medicina basata sull'evidenza (EBM) e contengano le prescrizioni in 200 confezioni ogni 100 abitanti, mentre i sartani (associati e non) **non** rappresentino più del 25% delle prescrizioni totali.

Per gli inibitori della HGM coa redattasi

migliorare la appropriatezza prescrittiva:
 - rispetto delle indicazioni della Carta del Rischio; Cardiovascolare dell'ISS,
 - rispetto della nota AIFA 13;

conseguimento degli obiettivi fissati ed il rispetto delle direttive regionali

Relazione trimestrale ed annuale dei Direttori di distretto e/o del Direttore delle Cure Primarie e/o dei Direttori dei Servizi farmaceutici che documenti i risultati raggiunti. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.

<p>- farmaci equivalenti non inferiore al 25%; - riduzione del numero di pazienti che assumono meno di tre confezioni all'anno di farmaci che non dovrà superare l'8% del totale dei pazienti che assumono tali farmaci.</p> <p>Per gli antibatterici (J01) visto che la criticità consiste in un eccesso di prescrizioni, viene fissato un tetto di prescrizione di 170 confezioni ogni 100 abitanti</p>		
<p>B-2 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</p> <p>per l'ex ASL 1: Coordinatore Amministrativo per l'ex ASL 2: Centro Controllo Direzionale per l'ex ASL 3: il Dirigente medico degli Ospedali</p> <p>Direttori di Distretto Direttori di Dipartimento Direttori Sanitari Ospedaliari Responsabili Unità Operative Ospedaliere e Territoriali</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Partecipazione alla Stesura del manuale di gestione sistema qualità aziendale;</p> <p>Collaborazione alla candidatura per la visita sperimentale, individuando le relative macroaree, comprensive di almeno 1 percorso del paziente ed eventuali omogeneizzazioni di procedure già presenti nelle tre realtà e preliminari alla candidatura stessa</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Stesura manuale di gestione sistema qualità aziendale entro il 30/09/2009.</p> <p>Candidatura per la visita sperimentale di almeno 1 percorso paziente entro il 30/09/2009</p>	<p>Indicatore</p> <p>Relazione trimestrale ed annuale, elaborata dai Responsabili di procedimento delle tre ex ASL, sul rispetto degli adempimenti previsti dalla D.G.R. 2753 /2005. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

B-3 TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI
Direttori di distretto e Direttori Sanitari di Presidio

obiettivo

Predisposizione ed aggiornamento entro il 30/06/2009 di un Piano Unico Aziendale per il contenimento dei tempi di attesa - biennio 2009-2010
attuazione, entro il 31-12-2009, dei contenuti del Piano relativamente alle attività previste per l'anno 2009 ;

attivazione delle Classi di priorità per almeno 2 prestazioni specialistiche e prestazioni strumentali ambulatoriali definite critiche;

Risultato atteso

Elaborazione del piano aziendale da parte dei Direttori di Distretto per l'aggiornamento del Piano aziendale, che tenga conto delle esigenze territoriali e sia prodotta in tempi utile
 La successiva attuazione del programma delineato

Indicatore

Piano Aziendale per il contenimento delle liste di attesa 2009-2010

Relazione trimestrale ed annuale, elaborata dai direttori di distretti sul rispetto dei tempi di attesa e l'attivazione delle classi RAO. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.

B-4 ASSISTENZA ODONTOIATRICA obiettivo per i DIRETTORI di DISTRETTO

obiettivo

garantire le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previsti nell'allegato 1 alla DGR 204 del 1 febbraio e s.m.i relativamente a:
 - programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva

assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

Risultato atteso

Implementazione e potenziamento dell'ambulatorio di odontoiatria

Indicatore

Relazione trimestrale ed annuale, elaborata dai direttori di distretti sull'attività svolta
 La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.

Dati CUP

B-5 ATTIVITA' LIBEROPROFESSIONALE INTRAMOENIA

per l'ex ASL 1: Coordinatore Amministrativo
 per l'ex ASL 2: Coordinatore Sanitario
 per l'ex ASL 3: Coordinatore Sanitario
 Direttori Sanitari di Presidio
 Responsabili Settore Tecnico

obiettivo

Predisposizione ed aggiornamento, entro il 30 Giugno 2009, del Piano unico Aziendale al nuovo assetto organizzativo delle strutture del sistema sanitario regionale, definito su base provinciale, ex Legge n. 12/2008

rispetto delle scadenze per il completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia e per la disponibilità degli spazi destinati all'attività libero professionale intramuraria , secondo quando previsto nei relativi piani di investimenti.

Risultato atteso

Predisposizione Piano aziendale per l'attività libero professionale entro 30/06/2009
 Completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia secondo i piani di investimento ALPI entro dicembre 2009

Indicatore

Relazione trimestrale ed annuale che documenti l'attività svolta. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

B-6 CENTRI ESTERNI ACCREDITATI

per l'ex ASL 1 il Direttore Area Cure Primarie
 per l'ex ASL 2 Responsabili Centri Accreditati
 per l'ex ASL 3 il Direttore Area Cure Primarie

obiettivo

Risultato atteso

Indicatore

<p>Attuazione direttive della Giunta Regionale sul fabbisogno di prestazioni (DGR 1907/206, 805/2007, 2105/2006, 689/2007 e 388/2008 e successive modifiche ed integrazioni);</p> <p>contenimento della spesa per la specialistica ambulatoriale, nei tetti aziendali pubblici e privati, determinati in occasione dell'aggiornamento annuale della mappa di compatibilità;</p> <p>attuazione di misure per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate.</p>	<p>rispetto delle direttive regionali e degli obiettivi fissati</p>	<p>Relazione trimestrale ed annuale del Responsabile di procedimento che documenti il rispetto delle direttive regionali e degli obiettivi fissati. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
--	---	---

<p>B-7 SISTEMA di EMERGENZA-URGENZA 118 per l'ex ASL 1 il Direttore U.O. Chirurgia di Urgenza e Pronto Soccorso per l'ex ASL 2 il Direttore U.O. Accettazione e Pronto Soccorso per l'ex ASL 3 il Direttore U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Completamento della rete di emergenza-urgenza con attivazione di tutti i PTS previsti e di tutti i servizi previsti per il DEA e i PSA;</p> <p>Completamento della dotazione organica in accordo a quanto già indicato nell'Allegato 2 della DGR 1713/2006;</p> <p>Per il personale: effettuare una ricognizione del personale assegnato a Basilicata Soccorso evitando di assegnare al servizio di emergenza personale che si avvale della 104 o invalidi civili parziali.</p> <p>Per le strutture: effettuare una ricognizione delle strutture già assegnate per i punti di soccorso provvedendo a renderle "confortevoli" per il personale ed adeguate alla normativa vigente.</p> <p>Per l'organizzazione: dare attuazione a quanto previsto dal documento approvato, nella seduta del 11-07-2006, dal Comitato Tecnico ex art. 9 della Legge Regionale 21/99 relativamente agli adempimenti riportati in allegato 2 alla DGR 1713/2006.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>attività di collaborazione con Basilicata soccorso nel rispetto delle direttive regionali e degli obiettivi fissati.</p>	<p>Indicatore</p> <p>Relazione trimestrale ed annuale del Responsabile di procedimento che documenti l'andamento delle attività e della collaborazione con Basilicata soccorso nel rispetto delle direttive regionali e degli obiettivi fissati. La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

**B-8 RACCORDO TRA AZIENDA SANITARIA e MMG/PLS
Direttore Area delle Cure primarie e Direttori di Distretto**

obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p><i>applicare gli istituti</i> previsti dagli Accordi Nazionali così come integrati dall'A.I.R.;</p> <p><i>individuare</i>, in sede di contrattazione aziendale, specifici percorsi attuativi degli obiettivi indicati a livello regionale (es. Governo Clinico), contribuendo al raggiungimento dei risultati perseguiti dai progetti da avviare o in corso di realizzazione.</p> <p>relazionare sui seguenti punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attuazione dei singoli istituti contrattuali; - monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di migliorare l'assetto funzionale della medicina territoriale; - valutazione costi-benefici comparativa all'interno del sistema di offerta sanitaria. 	<p>Piena applicazione degli istituti contrattuali;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Miglioramento dell'assetto funzionale della medicina territoriale; ➢ i positivi risultati sull'appropriatezza delle prestazioni di farmaceutica e di ospedalizzazione erogate/richieste dai MMG 	<p>Relazione trimestrale ed annuale del Direttore Area delle Cure Primarie e dei Direttori di Distretto che documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ l'applicazione degli istituti contrattuali ➢ il monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di migliorare l'assetto funzionale della medicina territoriale; ➢ una valutazione costi-benefici comparativa all'interno del sistema di offerta sanitaria; ➢ i positivi risultati sull'appropriatezza delle prestazioni di farmaceutica e di ospedalizzazione erogate/richieste dai MMG. <p>La relazione dovrà essere inviata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>

**B-9 CURE DOMICILIARI
DIRETTORI di DISTRETTO, DIRETTORI delle CURE PRIMARIE, RESPONSABILI dei CENTRI di COORDINAMENTO delle CURE DOMICILIARI e PALLIATIVE**

obiettivo	Risultato atteso	Indicatore

<p>Predisposizione del Piano annuale delle cure domiciliari e palliative da erogare in linea con le direttive della DGR862/2008 e con l'art. 16 della legge regionale 4/2007, con la definizione dei profili di cura, per i livelli di intensità di I, II e III livello.</p>	<p>n. pazienti in Cure Domiciliari (CD) di età oltre 65 anni >= 5% della popolazione con età oltre 65 anni;</p> <p>n. pazienti in Cure Domiciliari (CD) Integrate di terzo livello e in cure domiciliari palliative >= 0,50% della popolazione residente;</p> <p>Utilizzo metodologia VAOR-ADI;</p> <p>Attivazione del flusso informativo ADI con il sistema VAOR-ADI e secondo gli indirizzi del Decreto ministeriale di prossima emanazione;</p> <p>giornate per assistenza anziani > 65 anni >= 500 per mille abitanti</p> <p>la relazione annuale di attività, da inoltrare al Dipartimento regionale, con particolare riferimento al set degli indicatori elencati nell'apposito capitolo delle Linee - guida</p>	<p>Quelli definiti dalla Regione Basilicata e indicati nella casella risultati attesi DGR n.644/2009</p> <p>relazione trimestrale ed annuale di attività utilizzando gli indicatori regionali, da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento.</p>
---	--	---

<p>B-10 IL DOLORE NEI PERCORSI DI CURA DIRETTORI di DISTRETTO, DIRETTORI delle CURE PRIMARIE, RESPONSABILI dei CENTRI di COORDINAMENTO delle CURE DOMICILIARI e PALLIATIVE</p>		
<p>obiettivo</p>	<p>Risultato atteso</p>	<p>Indicatore</p>
<p>Attivazione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD)</p> <p>Adottare il Regolamento del COSD</p> <p>Costituire l'Unità dedicata di terapia del dolore nelle sedi di PSA, aggregata all'unità di anestesia e rianimazione</p> <p>Raccordare le unità di terapia del dolore con i Centri di coordinamento delle cure domiciliari e palliative</p> <p>Inserimento nel CUP i tutte le prestazioni di terapia</p>		

<p>antalgica</p> <p>Potenziare la lotta al dolore in tutti i settori (travaglio e parto per via naturale, in ambito post-operatorio, in Pronto Soccorso ecc);</p> <p>Promuovere la lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS;</p> <p>Attivare programmi ECM per la formazione degli operatori ospedalieri e territoriali.</p> <p>Sensibilizzare la popolazione al tema della cura del dolore e del diritto al suo superamento, anche aderendo ad eventi nazionali, quali "La giornata nazionale del sollievo".</p>	<p>Piena attuazione della direttive regionali</p>	<p>relazione trimestrale ed annuale di attività da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento..</p>
--	---	---

<p>B-11 LA RETE ASSISTENZIALE DELLE CURE PALLIATIVE DIRETTORI di DISTRETTO, DIRETTORI delle CURE PRIMARIE, RESPONSABILI dei CENTRI di COORDINAMENTO delle CURE DOMICILIARI e PALLIATIVE</p> <p>obiettivi</p>	<p>Risultati attesi</p>	<p>Indicatori</p>
---	-------------------------	-------------------

<p>Attivare la rete di assistenza per le cure domiciliari e palliative</p> <p>erogazione del servizio in attuazione della D.G.R. n.1650/2005;</p> <p>attivare i centri residenziali di cure palliative – hospice;</p> <p>coordinare i servizi di cure palliative tra i vari setting assistenziali, come il domicilio, l'ospedale, le strutture hospice, le residenze sanitarie e altre istituzioni;</p> <p>adeguare tutte le tipologie di cure domiciliari alle Nuove Linee Guida Regionali delle Cure Domiciliari, approvate con la D.G.R. n.862 del 10.06.2008</p> <p>dare attuazione a quanto previsto nelle suddette Linee – Guida, con particolare riferimento alle Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali.</p> <p>Prevedere l'attivazione di posti letto di hospice pediatrico secondo le modalità definite nell'Accordo tra lo Stato e le Regioni del 28 marzo 2008</p> <p>Erogazione di pacchetti formativi ad alta qualificazione professionale e realizzazione di campagne di informazione sociale nell'ambito delle cure palliative rivolte a bambini con malattia inguaribile.</p>	<p>Arruolamento di un significativo numero di pazienti. Relazioni periodiche sull'andamento del servizio, a cura del Direttore Area delle Cure Primarie con la collaborazione del Responsabile del Centro di Coordinamento delle Cure domiciliari e palliative, del Responsabile dell'U.O. di Terapia del dolore e dei Responsabili Centro residenziale Cure palliative-hospice.</p>	<p>Numero di pazienti arruolati relazione trimestrale ed annuale di attività da inviare alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento..</p>
--	--	--

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

C-1 PREVENZIONE ATTIVA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE (PREVENZIONE PRIMARIA) obiettivo per Direttori di distretto, Direttori Area Cure primarie e Direttori dei Dipartimenti interessati		
obiettivi <i>formazione dei MMG</i> non ancora formati; <i>partecipazione dei MMG "formati"</i> allo studio (input dati nel software cuore.exe); <i>screening</i> della popolazione target con invio dei dati alla Regione e all'ISS	Risultati attesi Screening della popolazione target	Indicatori > Numero MMG "formati"/numero totale di MMG > =50%; > Numero MMG partecipanti allo screening/numero MMG "formati" per input dati nel software cuore.exe > =30% > Numero assistiti di 35-69 classificati per rischio cardiovascolare/ popolazione totale 35-69 anni > = 30%
C-2 PREVENZIONE DI RECIDIVE DI EVENTI CARDIOVASCOLARI ACUTI obiettivo per Direttori di U.O. Cardiologia, U.O. Medicina d'Emergenza e Pronto Soccorso, Servizio Laboratorio di Analisi		
obiettivi informazione a fini preventivi destinata agli aventi diritto (pazienti cardiopatici);	Risultati attesi Piena applicazione a livello regionale del "Piano per la prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno subito accidenti cardiovascolari" ex piano nazionale della prevenzione 2005 - 2007 (DGR 2755/2005) > almeno 3 incontri informativi dedicati > coinvolgimento di almeno l'80 % degli stessi pazienti cardiopatici.	Indicatori > N. incontri informativi dedicati > % coinvolgimento degli stessi pazienti cardiopatici > =80%.
C-3 PREVENZIONE SOVRAPPESO E OBESITA' Obiettivo per Direttori del S/AN, Responsabile del CDCA-CH, Responsabili di Consultorio, Responsabili di Perinatalità, Responsabili di ostetricia		
obiettivi <i>Realizzare il Piano della Prevenzione 2005-2007</i> (DGR 2755/2005) con il coinvolgimento delle scuole per gli interventi di educazione sanitaria dedicati alla popolazione scolastica e il coinvolgimento delle strutture consultoriali per gli interventi di educazione sanitaria per la promozione dell'allattamento al seno,	Risultati attesi realizzare almeno n. 10 interventi <i>educativi</i> nelle scuole Coinvolgimento di almeno il 90% dei consultori aziendali Promuovere l'allattamento al seno di almeno il 90% delle donne in età fertile raggiunte dall'informazione.	Indicatori > n. interventi educativi nelle scuole; > numero di consultori familiari partecipanti/numero totale consultori > numero di donne in età fertile raggiunte dall'informazione/totale donne in età fertile > Relazioni trimestrale ,annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione dei programmi avviati con

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

		<p>analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
<p>C.A. PREVENZIONE INCIDENTI DOMESTICI, STRADALI E SPAZIO LAVORO Obiettivo per Operatori UO, Medici, Infermieri, Tecnici di Pronto Soccorso e Funzionari di Pronto Soccorso e Soccorso</p>		
<p>obiettivi</p> <p><i>messa a regime</i> dei flussi informativi ospedalieri e conseguentemente dovranno essere garantita l'adeguata informatizzazione degli eventi presso i servizi di pronto soccorso, oltre che l'adeguata codifica SDO.</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Piena attuazione alla Delibera regionale</p>	<p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ attivazione della relativa scheda del software di Pronto Soccorso in tutti i PSA; ➤ attivazione del flusso informativo con numero percentuale errori nelle schede < 5%; ➤ percentuale schede SDO non collegate alle relative schede di pronto soccorso < 2%. ➤ Relazioni trimestrale ,annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione del programma con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

OBIETTIVI GENERALI

C.5 PREVENZIONE TABAGISMO e ALCOLISMO Responsabili SERT		
obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>Apertura di un Centro antifumo in ciascuna azienda con predisposizione di almeno una campagna informativa per la riduzione del tabagismo nei soggetti in età giovanile;</p> <p>Sviluppo di una rete integrata ospedale-territorio per il trattamento di soggetti alcolisti per ciascuna azienda e</p> <p>campagna informativa per la riduzione del consumo di alcool in particolari attività e nei soggetti in età giovanile;</p> <p>messa a regime delle attività del centro anti-fumo</p> <p>campagna informativa antitabagismo vs adolescenti/anno in raccordo con le istituzioni scolastiche;</p> <p>attivazione percorso assistenziale integrato Ospedale-Territorio per la presa in carico dell'alcolista;</p> <p>campagna informativa contro l'abuso di alcool con particolare attenzione agli adolescenti, in raccordo con le istituzioni scolastiche;</p>	<p>Piena attuazione alla Delibera regionale</p>	<p>numero di fumatori aderenti al programma di disassuefazione proposto/totale dei fumatori presentatisi al Centro: non inferiore al 10%;</p> <p>n.1 campagna informativa anti-fumo/anno nelle scuole;</p> <p>n. alcolisti aderenti al programma di trattamento/totale degli alcolisti che si sono proposti per il trattamento: non inferiore al 10%;</p> <p>n.1 campagna informativa contro l'abuso di alcool/anno vs tutta la popolazione;</p> <p>n. 1 campagna informativa contro l'abuso di alcool/anno nelle scuole</p> <p>Relazioni trimestrale ,annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione del programma con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata.Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

C-6 MEDICINA DEL LAVORO Oggetto: ATTIVITÀ DEL D. LAVORO, Medicina del Lavoro		
obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>censire le attività produttive presenti sul territorio di competenza e classificarle per settore economico e numero di lavoratori (fonte N.F.I. ex Intesa Regioni – ISPESL - INAIL);</p> <p>definire le priorità degli interventi di vigilanza individuando i primi tre comparti a maggior rischio d'infortunio e malattia professionale;</p> <p>definire un piano – programma relativo agli interventi di vigilanza da attuare sul territorio in riferimento ai comparti a maggior rischio lavorativo;</p> <p>garantire la partecipazione ai progetti nazionali in materia (tra i quali progetto nazionale sugli infortuni mortali e gravi con input dati sul software ISPESL "Sbagliando s'impara" e progetto nazionale sulle malattie professionali con input dati sul software ISPESL Mal Prof soggetti peraltro a verifica ISPESL – sede Roma in attuazione del D.lgs. 81/2008 – art. 8 a fini d' implementazione del "Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro);</p> <p>garantire, previa autorizzazione della D. G. la partecipazione degli Operatori del settore a corsi di formazione-aggiornamento;</p> <p>produrre report statistici d'interesse territoriale su infortuni sul lavoro e malattie professionali;</p>	<p>Presentazione (da parte del Direttore dell'U.O.) alla approvazione della Direzione aziendale di un Piano annuale delle attività da svolgere in attuazione degli obiettivi regionali con evidenziazione del piano – programma relativo agli interventi di vigilanza da attuare sul territorio nei comparti a maggior rischio lavorativo</p> <p>Realizzazione delle attività programmate</p> <p>Relazioni trimestrali ed annuali a cura del Direttore della U.O. Medicina del Lavoro sulla realizzazione del programma approvati con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	<p>➤ numero prescrizioni ottemperate/numero prescrizioni totali= >90%;</p> <p>➤ report statistico su infortuni sul lavoro e malattie professionali: n.1 all'anno</p> <p>➤ report su attività di vigilanza espletate ed irregolarità riscontrate: n.1 all'anno</p> <p>➤ realizzazione sportello informativo dedicato a impresa e lavoratori: n. 1;</p> <p>➤ campagna informativa/anno sulla prevenzione nei luoghi di lavoro n. 1;</p> <p>➤ Progetto nazionale infortuni mortali e gravi: numero infortuni mortali e gravi inputati/totale</p>

produrre report sui controlli effettuati ed irregolarità riscontrate;

assicurare la trasmissione puntuale dei flussi informativi nei tempi e nei modi richiesti dalla Regione.

assicurare un'adeguata collaborazione tra le UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e le UU.OO di Prevenzione, Protezione e Implantistica nei Luoghi di Lavoro;

stipulare intese con l'ARPAB per i controlli nei luoghi di lavoro finalizzati alla prevenzione e alla protezione dei lavoratori vs agenti fisici e chimici;

garantire la realizzazione di uno sportello informativo dedicato all'utenza interessata alle tematiche inerenti la salute e la sicurezza del lavoro (imprese lavoratori);

attivare, altresì, meccanismi finalizzati a realizzare quanto previsto dalla L. 123/2007- art. 1, comma 2, lettera f, punto 6, ossia la destinazione e l'utilizzo degli introiti derivanti dalle sanzioni pecuniarie ex D.Lgs. 758/1994 per migliorare quanti-qualitativamente le attività dei servizi e per la stessa finalità attivare meccanismi finalizzati a utilizzare gli introiti rivenienti dalle verifiche periodiche di impianti ed apparecchiature.

infortuni mortali e gravi notificati ai servizi 100%

➤ Progetto nazionale malattie professionali: numero malattie professionali inputate/totale malattie professionali notificate ai servizi 100%

➤ Protocollo d'intesa con l'ARPAB per i controlli nei luoghi di lavoro finalizzati alla prevenzione e alla protezione dei lavoratori vs agenti fisici e chimici n. 1;

➤ Capitolo di bilancio ad hoc per introiti rivenienti da sanzioni e verifiche periodiche di impianti ed apparecchiature Istituzione

➤ Relazioni trimestrale , annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione del programma con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata.Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese

		successivo al periodo di riferimento
--	--	--------------------------------------

C-7 PIANO VACCINI (Coperture vaccinali)

Obiettivo per DIRETTORE D.O. IGIENE E RESPONSABILE CENTRO VACCINAZIONI

Obiettivi - Azioni da programmare - Indicatori	Risultati attesi
<p>Gli obiettivi di copertura vaccinale dati dalla Regione Basilicata per il 2009 sono i seguenti:</p> <p>PIANO VACCINI - COPERTURE VACCINALI</p> <p><i>Indicatore</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copertura vaccinale anti Diftero Tetano Pertosse (DTP3) nel bambino a 24 mesi 2. Copertura vaccinale anti Polio (POL3) nel bambino a 24 mesi 3 Copertura vaccinale anti Epatite B (EB3) nel bambino a 24 mesi: 4 Copertura vaccinale anti Haemophilus I. di tipo B (Hib3) nel bambino a 24 mesi 5. Copertura vaccinale anti Morbillo; Parotite; Rosolia (MPR) nel bambino a 24 mesi 6 Copertura vaccinale anti rosolia nelle donne sieronegative in gravidanza <p><i>Range di accettabilità</i></p> <p>> =90%</p> <p>> =90%</p> <p>> =90%</p> <p>> =90%</p> <p>> =90%</p> <p>> =60%</p>	<p>Il Direttore dell'U.O. di Igiene con la collaborazione del Responsabile del Centro Vaccinazioni presenterà alla approvazione della Direzione aziendale un Piano annuale delle attività da svolgere in attuazione delle direttive regionali</p>

- 7. Copertura vaccinale anti Malattia Invasiva da Pneumococco nel bambino a 24 mesi >=80%
- 8. Copertura vaccinale anti Meningococco nel bambino a 24 mesi >=70%
- 9. Copertura vaccinale anti varicella nel soggetto di 12 anni suscettibile >=50%
- 10. Copertura vaccinale anti Influenzale (popolazione 65+anni) >=75%
- 11. Copertura vaccinale anti-Malattia Inv. da Pneumococco (popolazione 65+ anni) >=50%
- 12. Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 12 anni: >=85%
- 13. Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 15-18 anni >=70%
- 14. Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 25 anni >=45%

Inoltre, in riferimento agli specifici obiettivi 2008-2009, si precisa quanto segue per quanto riguarda le seguenti vaccinazioni e relative coperture:

- **Vaccinazioni anti-DTP, Polio, Epatite B ed Haemophilus Infl. di tipo B (vaccinazione esavalente) e vaccinazione anti-Morbillo, Parotite e Rosolia:** si confermano le coperture ex DGR 1713/2006 (>=90%) anche in accordo alle indicazioni nazionali.
- **Vaccinazione anti-Rosolia:** nelle donne in età fertile, poiché si ritiene che gran parte della popolazione target abbia conseguito immunità naturale verso questa malattia, si è ritenuto più ragionevole individuare come obiettivo una copertura vaccinale >=60% delle sole donne sieronegative in gravidanza allo scopo di ottimizzare le modalità di raggiungimento del risultato.
- **Vaccinazione anti-Meningococcica del bambino** si propone il valore di copertura da raggiungere >=70% (e non più quello previsto dalla DGR 1713/2006 >=80%), in funzione dell'avvio della campagna vaccinale nel 2005 nonostante il progressivo e costante aumento comunque registrato.
- **Vaccinazione anti-Varicella**, essendo questa malattia endemica in Italia e nella nostra regione, si stima che l'80% della popolazione adolescente sia naturalmente immune, mentre il rimanente 20% sia suscettibile. Obiettivo di copertura previsto in aggiornamento della DGR 1713/2006 (50% vs il 70% della DGR 1713/2006) che consente di ottenere comunque una buona copertura della popolazione target.

➤ **Vaccinazione anti-Influenzale nella popolazione ultra 64enne**, si fa presente che la copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione in età >= 64 anni nella nostra regione ha registrato un notevole e continuo incremento dal 60% al 70% nel periodo 2000-2003, per attestarsi sul 70% negli anni 2004-2006. Pertanto, appare ragionevole attestarsi ancora per gli anni 2008-2009 sull'obiettivo di copertura nazionale del 75%.

➤ **Vaccinazione anti-Pneumococcica nella popolazione in età >= 64 anni (vaccinazione che conferisce un'immunità di 5 anni), l'obiettivo viene fissato ad almeno il 50%.**

➤ Viene abolito l'indicatore vaccinale dell'anti-Tetanica negli ultra 64enni, in considerazione tra l'altro dell'esistenza di appositi protocolli di profilassi post-esposizione.

Realizzazione delle attività programmate ed approvate
Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. di Igiene e del responsabile Centro Vaccinazioni sulla realizzazione del programma approvato con analisi degli indicatori predisposti dalla regione Basilicata

Relazioni trimestrali ed annuali a cura del Direttore della U.O. di Igiene sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

➤ Vengono inoltre differiti obiettivi-indicatori e il loro range di accettabilità delle coperture **vaccinali anti-Influenzale e anti-Pneumococcica riferite alla popolazione a rischio di età inferiore ai 65 anni**, in attesa della definizione numerica dell'intera popolazione a rischio.

Obiettivi specifici 2009

Anagrafe Vaccinale Informatizzata (A.V.I.) in ogni ASL:

- Funzionalità ed operatività di tutti i PC in dotazione all'A.V.I., con informatizzazione dei dati di tutte le vaccinazioni, relativamente alla coorte dei nati 2008;
- Informatizzazione dei dati delle vaccinazioni anti - HPV, relativamente alle coorti nate 1998-1995-1992-1985 e avvio informatizzazione dati relativi alle vaccinazioni già eseguite alle coorti 1997-1994-1991-1984.

Categorie a rischio

Rilevazione numerica dei soggetti a rischio di età inferiore ai 65 anni (n. totale per ogni categoria a rischio) da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta sulla popolazione assistita, per quanto riguarda le vaccinazioni anti-influenzale ed anti-neumococcica.

C-8 IGIENE DEGLI ALIMENTI

Obiettivo per DIRETTORE U. O. IGIENE DEGLI ALIMENTI

obiettivi

censire tutti i produttori del settore alimenti destinati all'uomo (alimenti di origine vegetale e/o misti) presenti sul proprio territorio
informatizzazione dei verbali di sopralluogo.

Risultati attesi

Relazioni trimestrale ,annuale e congiunte a cura dei Direttori delle UU. OO. interessate sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata.
Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

Indicatori

Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. di Igiene degli Alimenti sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

C-9 VETERINARIA Area A
 OBIETTIVO PER DIRETTORE U. O. VETERINARIA AREA A

obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>Per l'obiettivo A1: risanamento della tubercolosi bovina/bufalina, Leucosi bovina enzootica e Brucellosi bovina/bufalina ed ovicaprina: sottoporre a controllo tutte le aziende bovine ed ovicaprine ricadenti nel territorio di propria competenza e tutti gli animali secondo le indicazioni proprie di ciascun provvedimento normativo</p> <p>Per l'obiettivo A2: Malattia Vesicolare del suino, mantenere lo status di accreditamento procedendo al controllo degli allevamenti suini secondo le modalità dettate dalla normativa vigente.</p> <p>Per l'obiettivo A3: Genotipizzazione, attività di verifica sugli allevamenti</p> <p>Per l'obiettivo A4: Banca Dati – Anagrafe regionale informatizzata animali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituire una struttura deputata alla gestione delle anagrafiche. - Implementazione e censimento delle anagrafi animali attivate presso il nodo regionale, Bovina, Ovicaprina, Suina, Avicola, Equina, Canina, dei gatti e dei furetti - Georeferenziare gli allevamenti, in via prioritaria quelli bovini, considerato che tale informazione è stata indicata dal Ministero della Salute quale parametro prioritario per l'erogazione di eventuali contributi. - Procedere negli allevamenti suini ed ovicaprini alla verifica delle consistenze animali - Indicazione stato sanitario (bovini, ovicaprini, suini ed equini) 	<p>Rispetto delle disposizioni regionali</p>	<p>Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. Veterinaria area A sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione Basilicata</p> <p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI...		Indicatori
<p>C.O. VETERINARIA - AREA B VETERINARIA AREA B</p> <p>COMITATO per DIREZIONE U.O. VETERINARIA AREA B</p> <p>obiettivi</p> <p>Banca Dati - Anagrafe</p> <p>Per l' obiettivo B1: Banca Dati - Anagrafe</p> <p>stabilimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obbligo di censire tutti i produttori del settore - obbligo di censire tutti i produttori di origine animale) - informatizzazione dei verbali di sopralluogo. 		<p>Relazioni periodiche a cura del Direttore della regione</p> <p>U.O. Veterinaria area B sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione</p> <p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
<p>C.O. VETERINARIA AREA C VETERINARIA AREA C</p> <p>COMITATO per DIREZIONE U.O. VETERINARIA AREA C</p> <p>obiettivo</p> <p>Randagismo: Attività di informazione presso tutti i Comuni ricadenti nel territorio di competenza.</p> <p>Leishmaniosi: Progetto di monitoraggio,</p> <p>Anagrafe: Implementazione delle anagrafi di cani, dei gatti e dei furetti attivate presso il nodo regionale</p> <p>Flussi informativi: Rispetto delle scadenze di cui alla tabella dell' allegato</p>		<p>Indicatore</p> <p>Relazioni periodiche a cura del Direttore della U.O. Veterinaria area C sulla realizzazione del programma predisposto dalla regione</p> <p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
<p>Risultati attesi</p> <p>Rispetto delle disposizioni regionali</p>		<p>Risultato atteso</p> <p>Rispetto delle disposizioni regionali</p>

OBIETTIVI GENERALI
INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

<p>D-1 SCOMPENSO CARDIACO Obiettivo per Direzione U.O. CARDIOLOGISTA</p>	<p>Indicatore</p>
<p>obiettivo</p> <p>Per il protocollo attuativo della rete regionale per lo scompenso cardiaco (DGR 418/2007):</p> <p>piena operatività e attività dei Comitati Tecnici Aziendali ed approvazione del Regolamento di comitato;</p> <p>completa funzionalità in ambito ospedaliero degli ambulatori dedicati per lo S.C.;</p> <p>attivazione assistenza in ADI ai pazienti con SC;</p> <p>attivazione di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale e Specialisti operanti sul Territorio, sulla prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con SC e sui modelli organizzativi integrati Ospedale-Territorio.</p> <p>attivazione di specifici corsi di formazione teorico-pratico per il personale infermieristico da impiegare nelle strutture dedicate e nell'ADI a favore di pazienti con SC;</p> <p>l'attivazione di protocolli interni per alimentare il flusso dei pazienti con Scompenso Cardiaco, afferenti alle strutture ospedaliere e territoriali, verso il follow-up garantito dalle Unità Operative dedicate per lo S.C.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Piena attuazione direttiva regionale</p>

Relazioni trimestrali ed annuali a cura del Direttore della U.O. di Cardiologia che documentino l'accresciuta attività dell'Ambulatorio per lo Scompenso cardiaco e la integrazione ospedale-territorio di questo settore di attività. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento

INTEGRAZIONE OSPEDALE- I EKRI I ORIO

D-2 PROGETTO LUMIR e RETE DEI MMGE E TELEMEDICINA REGIONALE Direzione di Distretto Direttori delle Aree Cure Primarie, Direzione Provinciale Ospedaliere Responsabili UU.OO. Ospedaliere e Territoriali		
obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p>Per la realizzazione del progetto LuMIR che intende porre le basi per la creazione del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) del cittadino abilitando e favorendo un'effettiva comunicazione e condivisione delle informazioni sanitarie tra gli operatori socio-sanitari della Regione attraverso l'integrazione telematica di tutte le strutture sanitarie e l'interconnessione degli operatori, nel 2009, è prevista la sperimentazione dei servizi progettuali e la creazione del fascicolo personale per almeno il 5% della popolazione con il coinvolgimento nel progetto di tutte le strutture pubbliche e del 10% di quelle private;</p> <p>Per la realizzazione del progetto TeleMedBas che intende promuovere Servizi di teleformazione e di telemedicina specializzata su rete a larga banda è stata realizzata un'infrastruttura per la videoconferenza e la formazione a distanza che connette tutte le Aziende Regionali e la Regione stessa ed è stato sviluppato un portale per il teleconsulto di second opinion tra gli operatori della sanità regionale. Obiettivo è quello di rendere operativa tale struttura (con la diffusione ad esempio di eventi o l'utilizzo per formazione a distanza o per videoconferenze in ambito aziendale) e dare piena operatività al portale con l'organizzazione del servizio di teleconsulto in ottica dell'integrazione ospedale territorio.</p>	<p>Rispetto della direttiva regionale</p>	<p>Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del progetto. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p> <p>Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

D-3 RETE EMERGENZA CORONARICA	
Obiettivo Direttori U.O. CARDIOLOGIA	
obiettivo	Risultato atteso
<p>Per la rete integrata ospedale-territorio per l'emergenza coronarica (DGR 1435/2007); assicurare la partecipazione dei Direttori delle UU.OO. di UTIC - Cardiologia alla stesura del protocollo per la realizzazione della rete integrata dell'emergenza coronarica secondo il modello organizzativo delineato nella sopracitata deliberazione.</p> <p>formazione del personale interessato (Basilicata Soccorso e UTIC) sui sistemi di ricezione.</p>	<p>Elaborazione protocollo entro il 30/09/2009</p>
Indicatore	
<p>Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del modello organizzativo. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	
D-4 ICTUS CEREBRALE	
Direttori Sanitari ospedalieri	
obiettivo	Risultato atteso
<p>Con DGR n. 1670/2004 è stato approvato un modello organizzativo per l'assistenza all'ictus cerebrale basato sull'attivazione di unità specifiche dette Stroke Units. Al fine di dare piena operatività alla direttiva, obiettivi da realizzare entro l'anno 2009 sono: attivazione dello stroke team presso gli Ospedali sede di P.S.A.</p>	<p>Attivazione dello stroke team presso gli Ospedali sede di PSA.</p>
Indicatore	
<p>Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del modello organizzativo. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	
D-5 DIABETE	
Responsabili UU.OO. e/o U.U.SS. di Diabetologia, Direttori dell'Area delle Cure Primarie, Responsabili Cure Dimissionari e Responsabili Formazione	
obiettivo	Risultato atteso
<p>Consolidamento delle attività delle strutture diabetologi che esistenti;</p> <p>Attivazione, presso ogni struttura dedicata alla patologia diabetica, di almeno una postazione informatica integrata nella rete regionale di videoconferenza e teleconsulto;</p> <p>Adozione della cartella clinica informatizzata, secondo</p>	<p>Piena attuazione della direttiva regionale</p>
Indicatore	
<p>Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del modello organizzativo dei Direttori responsabili. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>	

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

<p>le indicazioni che proverranno dalla Commissione Regionale e immissione dei dati relativi ad almeno il 30% dei pazienti diabetici.</p> <p>Attivazione dell'assistenza in ADI ai pazienti con SC; Attivazione di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti ed Infermieri Professionali operanti sul Territorio, sulla prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con Malattia Diabetica e sui modelli organizzativi integrati Ospedale-Territorio.</p>		
<p>D-6. SCREENING DEI TUMORI DEL COLON - RETTO Direzione Distrettuale - Responsabile di Endoscopia</p>		
<p>obiettivo</p> <p>Migliorare la percentuale di adesione allo screening da parte degli aventi diritto così da consentire il raggiungimento del target del 40% di adesione da parte dei soggetti invitati</p> <p>Attivare la collaborazione degli operatori dei DSB, laddove non fosse possibile contare sulla piena adesione dei MMG al programma, per la raccolta del consenso informato e per la consegna e ritiro dei kit per la ricerca del sangue occulto</p> <p>Garantire l'effettuazione delle colonscopie entro e non oltre 30 gg dalla avvenuta comunicazione della positività del sangue occulto fecale dei pazienti</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Adesione del 40% dei soggetti invitati</p> <p>Acquisizione del 100% del consenso informato dei soggetti che hanno aderito allo screening e consegna e ritiro dei kit per la ricerca del sangue occulto</p> <p>Esecuzione entro 30 giorni di colonscopie a pazienti positivi alla ricerca del sangue occulto.</p>	<p>Indicatore</p> <p>n. soggetti che hanno aderito allo screening/n. soggetti invitati \geq 40%</p> <p>n. consensi informati raccolti/n. soggetti che hanno aderito allo screening</p> <p>n. kit consegnati / n. soggetti che hanno aderito allo screening</p> <p>n. kit ritirati/ n. soggetti che hanno aderito allo screening</p> <p>tempi di attesa.</p> <p>Relazioni trimestrali ed annuali sullo stato di attuazione del modello organizzativo dei Direttori responsabili. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA- Legge 4 / 2007

E-1. CONSULTORI FAMILIARI Direttore Dipartimento Materno-Infantile, Responsabile dei Consultori, per i Responsabili del Servizio	obiettivo	Indicatore
<p>Obiettivo 1: Applicazione della D.G.R. 172/2007 e della DGR 2198/2008:</p> <p>corretto adempimento a quanto previsto dalla legge 194/78;</p> <p>limitare la migrazione delle pazienti nelle strutture extra regionali;</p> <p>ridurre il ricorso e la recidiva all'IVG;</p> <p>favorire l'integrazione e la progettualità fra territorio e ospedale e, più in generale, tra tutti i soggetti che collaborano all'applicazione della suddetta legge e cioè i Consultori Familiari, il Servizio Ospedaliero, i Medici di medicina generale, il Servizio Sociale comunale, le Associazioni di volontariato, il Privato Sociale;</p> <p>realizzare un'offerta attiva dei servizi di pianificazione familiare;</p> <p>migliorare la qualità degli interventi in campo contraccettivo assicurando strategie indirizzate alla promozione della procreazione responsabile, con particolare attenzione ai minori e alle donne immigrate e fasce deboli in generale.</p> <p>Obiettivo 2: Applicazione delle Intese sottoscritte in sede di Conferenza Unificata per l'attivazione di interventi, iniziative e azioni finalizzate alla realizzazione delle indicazioni presenti nell'articolo 1, comma 1.250 e comma 1.251, lettere b) e c) della legge 27 dicembre 2006, n. 296.</p> <p>Azioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza sia in caso di gravidanza indesiderata, sia in caso di gravidanze che sono desiderate ma che sono rese impossibili per motivi sociali/economici.</p> <p>Azioni a sostegno della coniugalità e genitorialità anche attraverso l'attivazione di uno spazio dedicato alla mediazione familiare e la costituzione di un</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Piena attuazione delle direttive regionali e nazionali</p>	<p>incremento dell'utilizzo di contraccezione sicura tra le utenti dei CC.FF.;</p> <p>diminuzione del tasso di IVG sulla popolazione di riferimento</p> <p>diminuzione del tasso delle recidive sulla popolazione che ha richiesto l'IVG;</p> <p>Relazioni periodiche di attività che documentino il progredire delle azioni programmate, in riferimento agli obiettivi e agli indicatori regionali. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

<p>numero congruo di équipes di operatori dotati di competenze specifiche in materia, anche al fine di salvaguardare i figli minori, soprattutto in presenza di conflittualità familiare.</p> <p>Attivazione di servizi per adolescenti-genitori con attività di tipo formativo e consultoriale nei percorsi di crescita con una particolare attenzione alla fase adolescenziale, ai conflitti familiari, alla sessualità, alla relazionalità ed alle scelte di vita e dei percorsi scolastici (tutoring).</p> <p>Qualificazione dell'assistenza alle donne e minori immigrati attraverso azioni di formazione all'assistenza multiculturale degli operatori dei consultori familiari.</p>		
<p>E-2 SERT Piano Nazionale alcol e salute Responsabili del SERT</p>		
<p style="text-align: center;">obiettivo</p> <p>Sviluppare nella popolazione generale conoscenza e consapevolezza</p> <p>Realizzare almeno un programma di informazione sul danno da alcol alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità</p> <p>Realizzare almeno un progetto di prevenzione nelle scuole, fin dalla scuola materna, rivolto in particolare alla componente adulta (genitori ed insegnanti) oltre che agli studenti;</p> <p>Partecipazione alla realizzazione annuale di iniziative in occasione del "Mese di Prevenzione Alcolgica".</p> <p>Alcol, Guida e Sicurezza stradale.</p> <p>Dare applicazione all'art. 6 - della legge 30 marzo 2001, n. 125 che dispone che "Qualora siano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestino comportamenti o sintomi associabili a patologie alcol-correlate, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico dei servizi per lo svolgimento</p>	<p style="text-align: center;">Risultato atteso</p> <p>Realizzazione di una campagna informativa di prevenzione, Realizzazione di almeno un progetto di prevenzione Piena applicazione della legge n. 125/2001 Potenziamento delle attività del Centro residenziale e semiresidenziale</p>	<p style="text-align: center;">Indicatore</p> <p>Relazioni periodiche di attività che documentino il progredire delle azioni programmate, in riferimento agli obiettivi e agli indicatori regionali. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati".

Ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati sui luoghi di lavoro, in ambito penitenziario e nei contesti di aggregazione giovanile.

Realizzare nei luoghi di lavoro di almeno un programma di informazione, formazione, promozione della salute, anche al fine di una tempestiva identificazione dei soggetti a rischio e della possibilità di intraprendere trattamenti idonei nel pieno rispetto delle norme di tutela dei diritti dei lavoratori; Realizzare almeno un intervento di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi alcolcorrelati negli ospedali (Progetto Hospital Promoting Health on Alcol) ed in ambito Penitenziario (Carceri che promuovono la salute).

Aggiornare e qualificare la rete dei servizi pubblici e privati accreditati impegnati nelle problematiche alcol-correlate per l'erogazione di trattamenti accessibili ed efficaci per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcol dipendenti.

Predisporre atti per assicurare un approccio coordinato che coinvolga oltre ai servizi sanitari, i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario, quando necessario, ed il volontariato ed il terzo settore;

Predisporre atti per assicurare che i servizi di Alcologia siano in grado di affrontare tutta la gamma di problemi e di fornire mezzi di disintossicazione, valutazione, trattamento, prevenzione della ricaduta e dopo cura;

sostenere e garantire la partecipazione degli operatori a specifici programmi multidisciplinari e multiprofessionali di formazione universitaria e postuniversitaria

Formulazione, realizzazione e monitoraggio delle politiche.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - Legge 4/2007

<p>Approntare criteri di monitoraggio dei dati con individuazione degli indicatori che dovranno essere funzionali alla predisposizione della Relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001 e finalizzati a sviluppare un sistema di monitoraggio dei dati relativi all'uso di alcol e dei problemi alcol correlati sull'intera popolazione di riferimento e non soltanto sull'utenza dei servizi.</p>		
<p>ED AREA MATERNO INFANTILE - ADOZIONI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI Direttore Area primario/ Coordinatore Servizio Territoriale Responsabile del Consorzio e/o Servizio Dipartimentale Veneto Infanzia</p>		
<p>In attuazione delle Linee guida per le adozioni nazionali ed internazionali (DGR 1701/2007)</p> <p>costituzione da parte degli ambiti zonal di specifiche équipe per le adozioni;</p> <p>individuazione e messa a disposizione del personale occorrente;</p> <p>partecipazione a momenti di sintesi e di coordinamento fra l'attività di informazione e di preparazione alla coppia, nonché dell'attività di indagine svolta a livello territoriale;</p> <p>partecipazione a specifici protocolli operativi definiti in collaborazione con il Tribunale per i Minorenni i Comuni e gli Enti autorizzati per le adozioni internazionali;</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Elaborazione entro il 30/09/2009 protocollo attuativo delle linee guida regionali</p>	<p>Indicatore</p> <p>presentazione di una proposta di protocollo attuativo delle linee guida regionali alla approvazione della Direzione aziendale</p> <p>Relazioni trimestrali ed annuali di attività che documentino il progredire delle azioni programmate, in riferimento agli obiettivi e agli indicatori regionali. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - Legge 41/2001

E-A REGOLAMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLE COMMISSIONI INVALIDI CIVILI
 Direzioni D.O. OO. di Igiene e Sanità Pubblica

obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p>Informattizzazione di tutti i certificati di invalidità civile rilasciati dalle commissioni .</p> <p>Tempi di attesa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ massimo 30 giorni dalla data di protocollo della domanda per essere sottoposti a visita (anche domiciliare). ➢ massimo 15 giorni dalla presentazione della domanda per l'accertamento riguardante patologie oncologiche o in fase terminale. <p>Accertamento contestuale dello stato di invalidità civile e delle condizioni di handicap di cui alla Legge 104/92.</p>	<p>Informattizzazione di tutti i certificati di invalidità civile rilasciati dalle commissioni .</p> <p>Tempi di attesa massimo di 30 giorni dalla data di protocollo della domanda per essere sottoposti a visita (anche domiciliare) e massimo di 15 dalla presentazione della domanda per l'accertamento riguardante patologie oncologiche o in fase terminale.</p>	<p>Relazioni trimestrali ed annuali di attività che documentino l'allineamento agli standard individuati dalla regione. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
<p>E-S INTERVENTI ORGANICI DI ASSISTENZA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (art. 4 comma 2 della L.R. 4/2007)</p>		
obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
<p>Procedere alla attuazione del punto 7 dell'art. 4 della citata Legge Regionale laddove non fosse già stata attuata.</p>	<p>Plena attuazione direttive aziendali</p>	<p>Relazioni trimestrali ed annuali di attività. Le relazioni dovranno essere inviate alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il dieci del mese successivo al periodo di riferimento</p>
<p>E-G art. 11 comma 2 - L.R. 4/2007. ATTIVAZIONE RETE INTEGRATA SOCIO SANITARIA</p>		
obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>Procedere alla istituzione di un apposito capitolo di bilancio con risorse suddivise per distretto da destinare alla integrazione dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari.</p>	<p>Istituzione del capitolo di bilancio</p>	<p>Istituzione del capitolo di bilancio</p>

<p>F-1. CUSTOMER SATISFACTION e E-DIVISION Ex Asl 1 Coordinatore Amministrativo Territoriale Ex Asl 2 Coordinatore Sanitario Territoriale Ex Asl 3 Coordinatore sanitario Territoriale</p>	<p>obiettivo</p> <p>Revisione del Piano Aziendale in funzione della riorganizzazione del sistema sanitario regionale sancita dalla L.R. 12/2008 e l'esecuzione di almeno due indagini, relative alla soddisfazione dell'utenza di cui, di norma una sui servizi ospedalieri ed una su quelli territoriali.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Piano Aziendale revisionato entro settembre 2009 Esecuzione di n. 2 indagini relative alla soddisfazione dell'utenza (una sui servizi ospedalieri ed una su quelli territoriali) per ambito zonale. Predisposizione di relazione trimestrale ed annuale da trasmettere alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione e/o Centro Controllo Direzionale entro il 10 del mese successivo alla fine del periodo di riferimento.</p>	<p>Indicatore</p> <p>Piano Aziendale revisionato entro settembre 2009 n. indagini eseguite nelle tre ex ASL</p> <p>Presentazione della relazione trimestrale ed annuale entro il termine fissato</p>
<p>F-2. PARTECIPAZIONE ISTITUZIONALE E SOCI Ex Asl 1 Coordinatore Amministrativo Territoriale Ex Asl 2 Coordinatore Sanitario Territoriale Ex Asl 3 Coordinatore Sanitario Territoriale</p>	<p>obiettivi</p> <p>attivare i Comitati Consultivi Misti aziendali e di distretto ai sensi della L.n° 1 del 30 gennaio 2007 (Finanziaria Regionale 2007) secondo le modalità previste al comma 3,4,5 dell'art. 17. La Giunta Regionale ai sensi del comma 6 dell'art. 17 della suddetta legge istituisce presso il Dipartimento competente l'Osservatorio per la Tutela dei Diritti degli utenti del servizio Sanitario Regionale approvandone il relativo regolamento di funzionamento, il modello organizzativo e avvalendosi di specifiche professionalità legali per la funzionalità dello stesso.</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Attivazione dei comitati consultivi misti aziendali e di distretto.</p>	<p>Indicatori</p> <p>n. incontri comitati consultivi misti aziendali n. incontri comitati consultivi misti di distretto relazione trimestrale ed annuale, con evidenza del grado di avanzamento degli obiettivi, da trasmettere alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione entro il 10 del mese successivo alla fine del periodo di riferimento.</p>

PROGRAMMAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

G.1 OBIETTIVI DELLA GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA

Responsabili di procedimento i Dirigenti delle U.O. RAGIONERIA e BILANCIO e della U.O. CONTROLLO DI GESTIONE

obiettivi	Risultati attesi	Indicatori
<p>Contenere la crescita complessiva del costo della produzione, escludendo i costi del personale e della mobilità intraregionale, entro l'1% del minore valore tra i dati di preconsuntivo (dati al quarto trimestre come rilevati dal corrispondente modello CE) e quelli di consuntivo relative all'Azienda stessa ovvero al consolidamento delle Aziende corrispondenti cessate, o comunque entro le risorse assegnate in modo da garantire l'equilibrio economico, quale specificazione per l'attuazione dell'art. 5 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005;</p>	<p>contenimento della crescita complessiva del costo della produzione e della mobilità intraregionale entro 1% del minore valore tra i dati di preconsuntivo e quelli di consuntivo delle aziende corrispondenti cessate o comunque entro le risorse assegnate in modo da garantire l'equilibrio economico.</p>	<p>% di decremento tra dati di preconsuntivo e dati di consuntivo</p>
<p>attuazione dei programmi di investimento Rispettare il cronoprogramma degli investimenti programmati ed evitare il disimpegno di risorse assegnate a valere sui diversi programmi di investimento; collaborare, per quanto di competenza, nelle attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione degli investimenti con le modalità e nei termini previsti.</p>	<p>Piena attuazione ai programmi d'investimento</p>	<p>Relazione trimestrale ed annuale</p>

G.2 OBIETTIVI DELLA GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA

Nonna responsabile di procedimento

1. Presentare alla Regione il Bilancio Economico-Preventivo di cui all'art. 14 della L. R. n. 34/1995 entro 30 giorni dal termine massimo previsto per la deliberazione, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante, ovvero, ove applicabile, all'applicazione di quanto previsto dall'art.23 della LR.n.31/2008 (legge finanziaria 2009) e con riferimento alla DGR n.1776/2008 sezione "Bilancio";
Responsabile di procedimento il Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO
2. presentare, in caso di esposizione di una perdita nel Bilancio Economico-Preventivo o nel modello CE trimestrale (I, II, III, IV trimestre), un contestuale piano di rientro dalla perdita annuale o periodale, al fine di creare le condizioni per l'applicazione di quanto previsto dall'art.31 della LR.n.34/1995;
Responsabile di procedimento il Direttore U.O. CONTROLLO di GESTIONE
3. contenere i pagamenti della gestione corrente, nel periodo intercorrente tra la presentazione del Bilancio Preventivo e la sua approvazione da parte della Giunta Regionale, in ragione di 1/12 per mese rispetto alle risorse assegnate con l'ultima ripartizione definitiva approvata o con l'ultima ripartizione provvisoria deliberata;
Responsabile di procedimento il Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO
4. Presentare alla Regione il Bilancio d'esercizio di cui all'art. 25 della L. R. n. 34/1995 entro 30 giorni dal termine massimo previsto per la deliberazione, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante;

PROGRAMMAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

Responsabile di procedimento il Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO

5. Fornire, con apposita Deliberazione, i chiarimenti e gli elementi integrativi richiesti ai fini del controllo sugli atti in base all'art.44 della LR.n.39/2001 entro 30 giorni dalla comunicazione della richiesta stessa, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante;
Responsabilità diretta della DIREZIONE STRATEGICA
6. Inoltrare alla Regione Basilicata il budget annuale e il rapporto del controllo di gestione a cadenza trimestrale, omogenea con le scadenze trimestrali di presentazione del modello CE ai fini del monitoraggio del rispetto del Patto di stabilità tra Stato, Regioni e Province Autonome, ai sensi del Titolo II della L. R. 27 marzo 1995 n. 34; il budget dovrà essere inviato al massimo contestualmente al rapporto del primo trimestre;
Responsabile di procedimento il Direttore U.O. CONTROLLO di GESTIONE
7. Utilizzare lo schema standard di nota integrativa per la redazione del bilancio di esercizio in attuazione della DGR n. 532 del 10.04.2006 e successive integrazioni e modificazioni;
Responsabile di procedimento
8. Predisporre ed inoltrare al NSIS ed alla Regione Basilicata, nel rispetto delle modalità e delle scadenze previste, i flussi informativi economico-patrimoniali modelli CE, SP, LA, CP previsti dall'Intesa 23.03.2005 e dal DM 13.11.2007 (GURI 13.12.2007) e comunque dalle disposizioni di attuazione del patto di stabilità in materia sanitaria;
Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO
9. inoltrare al Tavolo di cui all'art.12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005 ed alla Regione Basilicata la certificazione di accompagnamento al modello CE con annessa relazione esplicativa, debitamente sottoscritta dal Direttore Generale con espressa dichiarazione della coerenza delle risultanze economiche trimestrali con i valori contenuti nel Bilancio Preventivo.

Direttore U.O. RAGIONERIA e BILANCIO

CP3 - CENTRALIZZAZIONE DI LAVORI E ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DIRETTORI U.O. PROVVEDIMENTO e ECONOMATO

- Al fine di contenere i costi di approvvigionamento di beni e servizi ed omogeneizzare le condizioni di efficienza delle forniture, nel rispetto delle norme nazionali e regionali in materia di acquisto di beni e servizi, i Direttori Generali sono impegnati a:
- Utilizzare le convenzioni della Consip SpA ai sensi di legge, in tutti i casi in cui i parametri di qualità e prezzo risultino convenienti in relazione alle caratteristiche dei fabbisogni e delle forniture ai sensi dell'art.14 della LR.n.10/2002; per la decisione di mancato utilizzo di convenzioni esistenti dovrà essere seguita la procedura prevista dal comma 3 del citato art.14;
 - A promuovere ed eseguire procedure unificate d'acquisto (unioni regionali d'acquisto interaziendali o URA) di beni e servizi o partecipare a quelle da chiunque promosse, in modo che siano effettuati tramite URA almeno il 35% delle procedure ed il 50% del valore degli approvvigionamenti per ciascun anno; in particolare, i Direttori Generali sono impegnati ad attuare le unioni d'acquisto interaziendali individuate nell'incontro del 13.9.2007 e riportate nella tabella dell'allegato 5;
 - A consentire l'armonizzazione delle scadenze delle forniture di beni e servizi per la realizzazione della più ampia partecipazione alle procedure unificate di acquisto attivate in conseguenza degli strumenti in attuazione dell'art. 26 comma 1 della L.R. n° 28/2007, anche adottando come termine massimo di validità dei contratti la cui procedura sarà iniziata successivamente al presente provvedimento la data del 31.12.2010, salva diversa motivata esigenza per evidenti ragioni di economicità ovvero di continuità e sicurezza dei servizi;
 - A partecipare alle sperimentazioni della delega di funzioni di centrale di committenza ai sensi dell'art.33 del D.Lgs. 12 aprile 2006 n.163, secondo modalità, termini e limiti della delega stessa stabiliti con direttiva regionale, ed a collaborare all'attuazione della Rete regionale degli acquisti del SSR e del relativo Accordo con Consip e MEF approvato con DGR n. 1881 del 21.11.2008 e sottoscritto il 19.12.2008;

PROGRAMMAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

- o A richiedere l'autorizzazione prescritta dalla DGR n.1524/2002 come modificata dalla DGR n.109/2006, a recepire puntualmente le relative prescrizioni eventualmente formulate dall'Osservatorio regionale dei prezzi dei servizi e delle tecnologie del settore sanitario (OPT) ed a collaborare alle attività di monitoraggio della spesa sanitaria in materia di acquisizione di beni e servizi e degli eventi di acquisti.
Inoltre, premesso che
 - o la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria), all'art. 1, comma 796, lettera V) ha stabilito norme per stabilire i prezzi e per l'effettuazione delle gare per la fornitura dei dispositivi medici,
 - o il Ministero della Salute ha provveduto, con il DM 11 ottobre 2007, alla determinazione di taluni prezzi da assumere come base d'asta per le forniture per il sistema sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera V) della legge 296/07,
 - o la Regione Basilicata ha sottoscritto un accordo di collaborazione con l'IMS al fine di realizzare una banca dati con i prodotti movimentati codificati e classificati con il sistema di classificazione CND,le Aziende dovranno collaborare nella realizzazione di una banca dati dei dispositivi medici, con sistema di classificazione CND e per l'attivazione URA dei dispositivi medici

GLI FLUSSI INFORMATIVI E DEBITO INFORMATIVO DEL PATTO DI STABILITÀ

EX ASI 1 Coordinatore Amministrativo

EX ASI 2 Centro Controllo Direzionale

EX ASI 3 Responsabile UO SIA (sistema informativo)

Tutte le Aziende Sanitarie Regionali sono tenute a fornire, nei tempi e con le modalità di volta in volta indicate, le informazioni ed i dati richiesti dal Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà, Servizi alla Persona ed alla Comunità, nonché quelli previsti dagli Accordi e dalle Intese attuative del Patto di stabilità in materia sanitaria nei confronti del Dipartimento Regionale, del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, ivi compresa la certificazione di accompagnamento ai conti economici CE con le forme e modalità e nei tempi stabiliti.

Tutte le Aziende sono tenute alla trasmissione dei flussi di dati previsti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute e delle informazioni e dei dati occorrenti per il monitoraggio e la rendicontazione degli investimenti a valere sulle diverse fonti finanziarie attivate dalla Regione, secondo le modalità ed i termini previsti.

Le Aziende sono tenute a fornire al Dipartimento regionale, nel rispetto dei tempi e delle modalità indicate nella nota di richiesta, i dati necessari per le attività di programmazione e controllo.

Considerate le potenziali ripercussioni negative della mancata osservanza degli obblighi di cui al presente capo circa il livello di finanziamento della spesa corrente e per investimenti, ai sensi dell'art.14 comma 6 della L.R. n.10/2002 l'adempimento mancato, o ritardato per oltre 15 giorni dal termine previsto ovvero dalla data di ricezione della richiesta, non consente l'erogazione al Direttore Generale del compenso aggiuntivo per l'anno previsto dall'art. 10 comma 8 della legge regionale 31.10.2001 n. 39; in caso di adempimento ritardato ma comunque non superiore a 15 giorni dal termine previsto ovvero dalla data di ricezione della richiesta è operata una riduzione del 25% dell'ammontare del compenso aggiuntivo annuo rispetto a quello eventualmente determinato a seguito della valutazione positiva dei risultati raggiunti, di cui all'art. 10 comma 8 della succitata legge regionale 31.10.2001 n. 39.

In caso di comportamenti recidivi laddove il mancato adempimento pregiudichi il monitoraggio della spesa sanitaria e le altre attività di programmazione e verifica, la Giunta Regionale valuterà l'avvio delle procedure di decadenza dall'incarico del Direttore Generale conformemente a quanto previsto dalla DGR n.2563/2005.

Le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, oltre all'invio secondo il calendario prestabilito dei flussi ministeriali, dovranno consentire al sistema informativo regionale il monitoraggio delle seguenti prestazioni:

- Ospedaliere: prestazioni ricovero e di pronto soccorso attraverso la procedura AIRO;
- Specialistiche e strumentali ambulatoriali pubbliche e private accreditate attraverso la procedura CUP e CEA;

OBIETTIVI GENERALI PROGRAMMAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

- Prestazioni di Riabilitazione;
- Prestazioni di Hospice;
- Farmaceutiche: attraverso la procedura in uso;
- Certificati di assistenza al parto (CEDAP);
- Assistenza medica di base/anagrafe assistiti;
- Ruoli del Personale dipendente e convenzionato;
- Farmaci e presidi ospedalieri attraverso al procedura di magazzino;
- Prestazione di Cure termali.

Per garantire il monitoraggio e flusso delle prestazioni sopra indicate secondo le modalità e i tempi stabiliti a livello centrale nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario le aziende sanitarie sono tenute a rispettare i tempi e le modalità di caricamento e trasferimento dei dati secondo le direttive regionali vigenti.

Risulta evidente che la necessità di garantire tempestivi e certificati flussi informativi verso la Regione e il competente Ministero, ai fini del monitoraggio e della conoscenza dei fenomeni e, conseguentemente, ai fini di una migliore programmazione dei servizi sul territorio, comporta la messa a regime e gestione, da parte di tutte le aziende sanitarie, di un valido e sicuro Sistema Informativo Sanitario. Inoltre a queste incombenze si aggiungono quelle derivante da leggi e normative regionali e nazionali quali ad esempio quella in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs 30-6-2003 n. 196 - (con particolare riferimento a cosiddetti dati "sensibili" che hanno grande rilevanza nei Sistemi Informativi Sanitari) e quella relativa al Codice delle Amministrazioni Digitali – D.Lgs 4-4-2006 n. 159 - (con particolare riferimento a quanto previsto dagli articoli di cui al CAPO IV e V dello stesso).

Tutto ciò comporta la necessità, da parte delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali di dotarsi, oltre che del necessario software di cui gran parte fornito direttamente dalla Regione, di una struttura informatica interna dimensionata opportunamente per la gestione dei sistemi e per adempiere responsabilmente a tutti gli adempimenti previsti.

Nella tabella **dell'allegato 6** sono riportati i flussi informativi relativi ai seguenti progetti:

- Tessera sanitaria
- Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto

OGGETTIVI GENERALI MIGLIORAMENTO e SVILUPPO ORGANIZZATIVO

H-1 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA PROGRAMMAZIONE

EX ASI 1 Coordinatore Amministrativo/Controllo di Gestione

EX ASI 2 Centro Controllo Direzionale

EX ASI 3 Direttore U.O. OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO e PIANIFICAZIONE STRATEGICA

UTILIZZO SISTEMATICO DELLA PROGRAMMAZIONE

Predisporre e presentare alla Regione nei tempi previsti degli strumenti della programmazione a livello aziendale e distrettuale.

SELETTIVITA' E PRIORITA' DEGLI OBIETTIVI

Identificare le priorità in coerenza con gli indirizzi regionali, programmare azioni coerentemente strutturate e predisporre i relativi sistemi di controllo.

Identificare e definire gli accorgimenti per il governo delle variabili gestionali.

Decentrare e delegare ambiti di attività e responsabilità in base alle competenze presenti.

MOTIVAZIONE E COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Effettuare azioni di coinvolgimento e motivazione del personale.

Effettuare almeno 4 riunioni nell'anno del Collegio di Direzione.

Richiedere almeno 3 pareri nell'anno al Consiglio dei Sanitari.

FORMAZIONE E RICERCA IN CAMPO SANITARIO

Collaborare fattivamente alla realizzazione delle iniziative regionali in materia di formazione e ricerca in campo sanitario.

H-2 FUNZIONARIETA' DEI SISTEMI DI CONTROLLO: Direttore Audit, Area Audit, Area Controllo Operativo, Direzione di staff, Area Direzione Strategica, Direzioni Sanitari Ospedaliere, Direzioni di Distretto

UTILIZZO SISTEMATICO DEGLI STRUMENTI DI CONTROLLO

Corretta funzionalità, con la tempistica prevista, dei sistemi di monitoraggio, controllo e valutazione della programmazione e della gestione.

DIFFERENZIAZIONE E SELETTIVITA' DELLE VALUTAZIONI **Coordinatore Amministrativo attività territoriali, Direttore Audit e AREA del CONTROLLO INTERNO Responsabile Valutazione dirigenziale incarichi ai dirigenti e attribuzione valutazioni delle posizioni organizzative al personale del comparto.**

Differenziare le valutazioni del personale assegnato.

Per differenziazione si intende la situazione in cui le valutazioni del personale sotto-ordinato non devono essere tutte pari al valore massimo.

RAPPORTI DEL COLLEGIO SINDACALE

Verifica valutazioni espresse dal collegio.

SUPPORTO AD DIPARTIMENTO REGIONALE

In merito alle attività di controllo poste in essere dalla Regione Basilicata, con particolare riferimento a quelli inerenti il controllo del 2% delle cartelle cliniche, le Aziende Sanitarie dovranno fornire il necessario supporto al Dipartimento Salute per la realizzazione di quanto indicato nell'allegato 7.

H-3 INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA PROCEDURALE E FINANZIARIA

Responsabili UU.00 Ospedaliere, Territoriali ed Amministrative, Direttori di Distretto, Direttori Sanitari Ospedaliere

INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE

Collaborare fattivamente alla realizzazione di strutture e reti interaziendali previste dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

Aderire e collaborare fattivamente alla realizzazione degli strumenti di governo unitario e di innovazione del Servizio Sanitario Regionale previste dalla regolazione e dalla programmazione regionale, con particolare riferimento alla gestione finanziaria, alla gestione degli approvvigionamenti anche mediante unioni d'acquisto e

MIGLIORAMENTO e SVILUPPO ORGANIZZATIVO

acquisti centralizzati, applicazione delle procedure di accreditamento.

Definire, sperimentare, introdurre e diffondere strumenti e soluzioni per semplificare, snellire, migliorare l'efficacia dei processi di servizio con apprezzabile valore aggiunto per l'utenza esterna.

SVILUPPO DELLA PARTNERSHIP

Attivazione e sviluppo di accordi e altri rapporti di partnership con aziende, organismi ed operatori regionali ed extra-regionali con la finalità di eliminare duplicazioni e sprechi, regolare la mobilità passiva, promuovere l'appropriatezza ed il contenimento dei tempi d'attesa, contenere altre disconomie di gestione, migliorare la qualità e la copertura dei servizi senza maggiori oneri di gestione.

PROMOZIONE E SVILUPPO DELLA SOCIETA' DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA

Promozione o adesione a progetti volti alla realizzazione della società dell'informazione e della conoscenza.

Puntuale attuazione delle iniziative regionali della Società dell'Informazione in ambito sanitario e sociale; potenziamento dell'infrastruttura tecnologica delle reti territoriali e interaziendali del Servizio Sanitario Regionale (SSR); garantire i flussi informativi regionali e vigilare sulla tempestività e qualità dei flussi informativi aziendali; assicurare la funzionalità degli strumenti telematici di informazione, accessibilità, telemedicina e refertazione a distanza in connessione con gli obiettivi di diffusione e potenziamento dell'assistenza territoriale.

MIGLIORAMENTO CONTINUO

Applicare metodiche di benchmarking rispetto alle esperienze migliori nei campi d'interesse nei settori pubblici o privati, e sperimentare azioni di trasferimento degli elementi di successo.

Affrontare le problematiche metodologiche, organizzative e tecnologiche in modo sistematico ed interdisciplinare, promuovendo la diffusione delle competenze e perseguendo il continuo miglioramento verso livelli di eccellenza.

Adottare un sistema di qualità aziendale ed utilizzarlo con vantaggi tangibili di miglioramento continuo della qualità dell'organizzazione e delle prestazioni.

Perseguire il continuo miglioramento della professionalità dei collaboratori.

IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ED EFFICACIA DELLA COMUNICAZIONE

Coordinatore Amministrativo Territoriale e/o Responsabile Area

FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ISTITUZIONALE E SOCIALE

Collaborare fattivamente al funzionamento degli strumenti di partecipazione istituzionale e sociale a livello aziendale e distrettuale previsti dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

CONTROLLO DELLA QUALITÀ E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI UTENTI

Collaborare fattivamente alla realizzazione degli strumenti di informazione, di partecipazione e di controllo da parte degli assistiti sulla qualità dei servizi erogati e di tutela dei cittadini utenti previsti dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

Assicurare condizioni di massima informazione e trasparenza sull'azione amministrativa.

DIFFUSIONE DEGLI STRUMENTI DELLA COMUNICAZIONE

Predisporre ed adottare un piano di comunicazione aziendale.

Allestire ed utilizzare, anche mediante la piattaforma telematica regionale, un sistema multicanale di comunicazione con l'utenza.

PERSONALE

1.1. FORMAZIONE DEL PERSONALE Coordinatore Amministrativo Territoriale e/o RESPONSABILE UFFICIO FORMAZIONE

Le Aziende Sanitarie devono ottemperare per la loro specifica competenza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 100 del 28-01-2008. In particolare devono collaborare attivamente con il Dipartimento Salute per la piena realizzazione del sistema S.E.R.B. Nello specifico i Direttori Generali devono garantire i seguenti obiettivi secondo la tempistica per ciascuno indicato:

Obiettivo 1: Definizione degli obiettivi formativi strategici aziendali per modificare la performance delle prestazioni sanitarie erogate all'utenza

Modalità: Trasmissione degli obiettivi formativi strategici per i tre livelli essenziali di assistenza (Prevenzione, Territoriale e Ospedaliera), in delibera definiti come Area Aziendale, corredati dei rispettivi indicatori di risultato:

Primo Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Entro Giugno 2009

Secondo Indicatore: Predisposizione del Piano Formativo Aziendale Annuale ECM 2008 in riferimento agli obiettivi formativi aziendali (almeno il 30% e fino ad un massimo del 50% delle attività formative ECM) ed agli obiettivi formativi nazionali.

Modalità: Trasmissione del Piano Formativo Aziendale Annuale ECM 2008. *Termine:* Entro Giugno 2009

Terzo Indicatore: Realizzazione delle attività formative ECM riferite agli obiettivi formativi strategici aziendali comunicati, con il raggiungimento pieno di almeno un obiettivo formativo strategico per singola Area: Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliera.

Modalità: Trasmissione della Relazione ECM annuale contenente l'esito di raggiungimento di tutti gli obiettivi formativi strategici programmati per l'anno 2008. *Termine:* Entro Gennaio 2009

Obiettivo 2: Individuare per ogni Area (Prevenzione, Ospedaliera, Territoriale) almeno due percorsi formativi di eccellenza da trasferire al Servizio Sanitario Regionale

Modalità: Trasmissione della documentazione inerente i percorsi formativi individuati utilizzando i parametri richiesti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua per l'impianto nazionale di Educazione Continua in Medicina

Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Entro Giugno 2009

Obiettivo 3: Creazione del dossier formativo ECM di ogni operatore della sanità dipendente e/o convenzionato e monitoraggio del debito formativo ECM aziendale, di Area, di Unità Operativa.

Modalità: Trasmissione della relazione ECM sul debito formativo ECM aziendale rispetto al periodo 2002/2007, così come concordato con il Gruppo tecnico dei referenti aziendali è trasmessa la data di adempimento al termine temporale di seguito indicato.

Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Entro Giugno 2009

Modalità: Relazione ECM contenente la verifica ed il monitoraggio del debito formativo aziendale ECM

Secondo indicatore: Adempimento al debito formativo ECM aziendale annuale. *Termine:* Entro Gennaio 2009

Modalità: Verifica del debito formativo annuale delle strutture sanitarie private e dei convenzionati

Terzo Indicatore: Trasmissione della relazione ECM sul debito formativo ECM annuale. *Termine:* Entro il 31 dicembre 2009

Obiettivo 4: Introduzione del parametro dei crediti formativi ECM in tutte le procedure pubbliche che riguardano il personale sanitario

PERSONALE

dipendente

Modalità: Trasmissione di tutta la documentazione amministrativa riguardante la selezione del personale sanitario ove si evinca l'inserimento della valutazione del parametro dei crediti formativi ECM.

Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Ad ogni procedura attivata

Obiettivo 5: Verifica dei crediti formativi ECM da parte delle strutture sanitarie private e dei liberi professionisti che lavorano in regime di convenzionamento con la propria Azienda Sanitaria.

Modalità: Trasmissione dell'adempimento da parte delle strutture sanitarie private e dei convenzionati rispetto al periodo 2002/2007

Indicatore: Invio della documentazione richiesta. *Termine:* Entro Settembre 2009

Secondo Indicatore: Verifica del debito formativo ECM dei soggetti sanitari convenzionati

Terzo Indicatore: Trasmissione della relazione ECM sul debito formativo ECM annuale. *Termine:* Entro Dicembre 2009

Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore
Aumento del peso medio dei drg prodotti rispetto al dato 2008	Incremento del peso e del valore medio dei DRG prodotti nell'anno.	% incremento valore medio DRG prodotti indice case mix
Predisposizione di linee guida aziendali e/o protocolli operativi ed in mancanza recepimento delle linee guida nazionali	Predisposizione di almeno 1 linee guida aziendali e/o protocolli operativi .	n. linee guida/ protocolli operativi elaborati nell'anno Relazione trimestrale ed annuale sul grado di recepimento delle linee guida nazionali
Promozione dell' attività scientifica o di ricerca mediante pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali o presentazioni poster a congressi anche attraverso case report emergenti dalla revisione critica dell'attività clinica svolta.	Almeno n. 1 pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali e/o n. 1 presentazioni poster a congressi.	n. pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali e/o n. presentazioni poster a congressi. impact factor
Indice di occupazione tendenziale del....%	Occupazione dei p.l. del ...%	Indice di occupazione dei p.l. ...%
Riduzione di almeno il% il n. dei tagli cesarei rispetto al dato 2008	n. tagli cesarei anno 2009 < del % rispetto al 2008	% riduzione tagli cesarei
Promozione dell' attività scientifica o di ricerca mediante pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali o presentazioni poster a congressi anche attraverso case report emergenti dalla revisione critica dell'attività clinica svolta.	Almeno n. 1 pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali e/o n. 1 presentazioni poster a congressi.	n. pubblicazioni su riviste scientifiche non aziendali e/o n. presentazioni poster a congressi.
Mantenimento dei costi entro i limiti preventivati per l'anno 2009 ed i ricavi non inferiori a quelli previsti per l'anno 2009	</=0% scostamento tra costi presunti e costi effettivi >/=0% di scostamento tra ricavi previsti e ricavi effettivi	% di scostamento tra costi presunti e costi effettivi % di scostamento tra ricavi previsti e ricavi effettivi
Trasmissione tempestiva mensile trimestrale ed annuale dei dati per l'implementazione del sistema dei flussi informativi aziendali e del controllo di gestione(es.transazioni interne, personale per cdc e per % di utilizzo, ecc.)	Implementazione dei flussi informativi aziendali e del controllo di gestione	n. di richieste dati evase entro il 5 del mese successivo al periodo di riferimento/n. richieste totali inoltrate dal Controllo di Gestione

PROSPETTIVO SALUTE MENTALE DISTRETTO DI DIPARTIMENTO 773 - ASSISTENZA PSICHIATRICA (SPDC)		
Obiettivo	Attività	Indicatore
Definire procedure e linee guida valide per le strutture aziendali	Almeno un documento di linee guida realizzato concordato e condiviso entro dicembre 2009	n. procedure e linee guida adottate
Sviluppare strategie di scambio conoscenza reciproca e formazione del personale tra le strutture operanti in azienda	n....Incontri formativi durante l'anno	n. incontri realizzati avutosi durante l'anno
Monitorare l'andamento del flusso dei ricoveri (TSV - TSO) negli SPDC aziendali	n. di ricoveri TSV - TSO in SPDC > = al 2008	n. ricoveri TSV -TSO in SPDC realizzati nell'anno 2009
Assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone portatrici di intervento	Accoglimento di tutte le richieste pervenute nell'anno 2009	n. interventi evasi/n. di richieste pervenute
Definizione ed attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari ed eventualmente anche residenziali nella strategia della comunità terapeutica.	Esecuzione di programmi definiti e presentazione di relazione trimestrale ed annuale da trasmettere alla Direzione Strategica entro il 10 del mese successivo al periodo di riferimento	Presentazione delle relazioni nei termini richiesti n. programmi terapeutico - riabilitativi personalizzati per tipologia interventi attuati nell'anno 2009 /n. programmi per tipologia realizzati nell'anno 2008

Obiettivo

Migliorare i programmi di lavoro comune con i MMG per facilitare l'accesso alle cure mediche delle persone con disturbo mentale e favorire programmi per la prevenzione e la cura del disagio psichico

Mettere in atto specifici indirizzi operativi indicati dalle linee nazionali recepite con DGR 1384/2008 nei seguenti ambiti di intervento e organizzazione per la realizzazione delle priorità strategiche nello sviluppo dei servizi individuate dalle

- Linee di indirizzo in parola:
- percorsi di cura e nuovi LEA per la salute mentale
- sostegno abitativo: residenzialità e domiciliarità
- inclusione sociale e lavorativa
- concertazione locale e partecipazione
- sistema informativo nazionale per la salute mentale
- infanzia e adolescenza
- carcere
- multiculturalità
- formazione e ricerca

Procedure e programmi definiti e attivati nelle strutture aziendali: almeno due per struttura

n. programmi e/o procedure definite ed attivate

Piena attuazione della DGR 1384/2008
Predisposizione di relazioni trimestrali ed annuali sull'attività svolta da trasmettere entro il 10 del mese successivo al periodo di riferimento

n. relazioni prodotte e presentate nei termini stabiliti

MODULO "C" - DEFINIZIONE OBIETTIVI A ISO - RISORSE (BUDGET OPERATIVO)

AREA DI RISULTATO:

Orientamenti / Problematiche

Azioni:

*Scheda di Budget
Direttore Generale dott. Pasquale Amendola*

MODELLO 90 - DEFINIZIONE CRITERI E VALORI - RISORSI (BUDGET OPERATIVO)	
Risultati Attesi	

Indicatori di risultato		
Indicatore	Risultati anno precedente	Proiezione

MODULO "D" - PROGETTO MISO - RISORSE

Titolo del progetto:

Motivazione e obiettivi generali

Sviluppo operativo del progetto

Fase	Contenuto	Risultato atteso	Data fine fase	Altri soggetti coinvolti

MODELLO 01 - PROGETTO CON RICHIESTA DI VARIAZIONE DELLE RISORSE STRUTTURALI ATTUALMENTE ASSEGNATE

Titolo del progetto:

Motivazione e obiettivi generali

Sviluppo operativo del progetto

fase	contenuto	Risultato atteso	Data fine fase	Altri soggetti coinvolti

*Scheda di Budget
Direttore Generale dott. Pasquale Amendola*

MODULO 12 - VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO/ FINANZIARIO DEL PROGETTO

Spese per investimenti	Sorgenti	Cessanti
Tecnologia		
Interventi sulla logistica		
Totale		
Costi	Sorgenti	Cessanti
Personale		
Altri costi		
Totale		

Scheda di Budget
Direttore Generale dott. Pasquale Amendola

MODELLO F2 - VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO/FINANZIARIO DEL PROGETTO

Spese per investimenti	Sorgenti	Cessanti
Entrate per prestazioni		
totale		
Eventuali sponsorizzazioni		Importo
totale		

MODELLO "M" - SCHEDE DI RUOLI, C.C.O., DOTAZIONI			
Dotazione organica	Tipologia di ruolo	Unità organizzativa	giorni
Personale ruolo sanitario			
Personale ruolo tecnico			
Personale ruolo professionale			
Personale ruolo amministrativo			

Personale acquistato o in via di acquisizione		
numero	Qualifica e livello	Situazione al

Situazione tecnologica		
apparecchiatura	Data acquisto	Valore storico

Attrezzature e tecnologie in corso di acquisizione		
apparecchiatura	Data acquisto presunta	Valore storico presunto o effettivo

Programmazione pluriennale	
attrezzature	valore

Situazione spese occupati	

Risorse di cui si chiede l'integro		
Tipologia risorsa	Motivo reintegro	periodo

MODULO "C" SCHEDA DI NEGOTIAZIONI - SINTESI

CENTRO DI RESPONSABILITA':

DIRETTORE:

OBIETTIVI NEGAZIATI ANNO...

INDICATORI

**PESO % DELL' OBIETTIVO
SUL TOTALE OBIETTIVI**

TOTALE

Firma del Direttore del CdR

Firma del Direttore Generale

*Scheda di Budget
Direttore Generale dott. Pasquale Amendola*

**Allegato 1:
note alla compilazione
della "scheda di budget"**

ALLEGATO 1: NOTE ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI BUDGET

La scheda di budget è articolata nei seguenti moduli:

MODULO "A" è finalizzato all'esplicitazione di una valutazione, ancorché sintetica, dei risultati gestionali relativi all'esercizio precedente a quello di budget, anche se su dati ancora incompleti e/o parziali rispetto all'intero esercizio. I dati, rispetto ai quali si sviluppa la valutazione del CdR, sono quelli contenuti nelle tavole di direzione. Ovviamente il CdR è libero di fare riferimenti anche ad altre fonti informative purché siano documentate e allegate alla presente scheda di budget. La valutazione dei risultati conseguiti si conclude con l'esplicitazione dei principali punti di forza che hanno consentito il perseguimento di risultati positivi e dei principali punti di debolezza che hanno ostacolato la gestione. Con riferimento sia alla gestione interna del CdR che dei rapporti con altre aree di risultato dell'azienda, nell'ottica di focalizzare l'attenzione su aspetti rispetto ai quali azienda e CdR si impegnano a collaborare per un loro rafforzamento o per la loro riduzione o eliminazione.

BUDGET OPERATIVO (Moduli B, C, D): per budget operativo si intende la formulazione di obiettivi quantitativi, prevalentemente di attività, in ragione delle risorse di personale, tecnologia e spazi fisici già assegnate dall'azienda al CdR al momento della compilazione della presente scheda. La formulazione degli obiettivi è "guidata" rispetto alle aree di risultato tipiche del CdR. A tale scopo, nel modulo B, sono già indicate le aree di risultato considerate primarie dall'azienda in quanto strettamente correlate agli obiettivi programmatici regionali, e differenziate per i tre livelli di assistenza. Al fine di affinare le modalità di esplicitazione degli obiettivi o per impostare modalità di responsabilizzazione interna del CdR rispetto a singoli o gruppi di dirigenti, il CdR è libero di indicare aree di risultato secondarie mediante la scomposizione di una primaria. Per ogni obiettivo proposto nel Modulo "B" a iso – risorse, bisogna compilare il Modulo "C" e proporre gli indicatori di risultato. Relativamente all'anno precedente, gli indicatori di risultato sono quelli contenuti nelle tavole di direzione. Ciascuna area di risultato è preceduta da due riquadri. Il primo è finalizzato alla esplicitazione degli orientamenti che il CdR intende perseguire nell'anno di budget con riferimento all'area di risultato specifica (per esempio aumento, ridimensionamento, riqualificazione ecc.). Il secondo riquadro è dedicato alla esplicitazione delle azioni che il CdR intende realizzare al fine di ottenere il raggiungimento dei risultati indicati nel modulo. In tale riquadro, quando se ne manifesta la necessità, vanno indicate anche le azioni che coinvolgono altri CdR dell'azienda. Rispetto a queste ultime, è opportuno che il CdR agisca anche autonomamente assumendo impegni e formulando accordi con colleghi di altri CdR.

Nel modulo "D" vanno eslicitati gli obiettivi a carattere progettuale. Anche in questo caso, si - ritiene opportuno sottolineare che l'individuazione di obiettivi progettuali deve rispettare le logiche di formulazione del budget operativo: ossia obiettivi perseguibili in ragione delle risorse già assegnate dall'azienda al CdR.

BUDGET DELLE INNOVAZIONI (Moduli E1 e E2): il budget del CdR è completato con la proposizione di obiettivi che comportano una sostanziale modifica della capacità produttiva del CdR o, in altri termini, che richiedono una modificazione delle risorse di personale, tecnologia e spazi. Il budget delle innovazioni è organizzato per progetti e la sua discussione, con la direzione aziendale, verrà effettuata solo dopo che saranno state acquisite le eventuali autorizzazioni. La formulazione delle proposte è articolata su due moduli.

Il modulo E1 è sostanzialmente sovrapponibile al modulo D.

Il modulo E2; invece, è finalizzato alla esplicitazione dell'impatto economico – finanziario derivante dall'attivazione del progetto. In tale modulo è sufficiente fornire informazioni di carattere indicativo che verranno successivamente affinate in sede di discussione dei progetti. In considerazione del fatto che diversi progetti, per essere realizzati, richiedono modificazioni anche articolate delle risorse umane, tecnologiche e degli spazi fisici, si prevede la possibilità che alcune risorse siano considerate sorgenti (o aggiuntive) e altre cessanti (ovvero da non sostenere più nel futuro). Qualora l'approvazione di un progetto innovativo produca effetti nell'esercizio di budget (per esempio acquisizione delle risorse richieste o di una parte delle stesse) si procederà a una revisione del budget operativo integrandolo dei nuovi elementi conoscitivi, Nel caso in cui il progetto approvato produca effetti in esercizi successivi, le risorse previste dovranno essere considerate come assegnate, quindi rientranti nel budget operativo, al momento della formulazione di obiettivi dell'anno in cui esse si renderanno effettivamente disponibili,

MODULO “F” “scheda di riepilogo dotazione”

MODULO “G” “scheda di negoziazione – sintesi”