



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2015/00043

DEL 31/01/2015

Collegio Sindacale il 31/01/2015

OGGETTO

Adozione Piano Aziendale Triennale della Performance 2015-2017 e proroga degli obiettivi di budget 2014 nelle more di approvazione degli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria regionali e del budget operativo aziendale 2015.

Struttura Proponente

Budget e Controllo di Gestione

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
Piano della Performance 2015-2017	1	Indicatori PdP 2015-2017	1

Uffici a cui notificare

--	--

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 31/01/2015

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

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla
pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta
approvazione
regionale

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

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

Atteso che l'Azienda Sanitaria di Potenza:

- con Delibera **n.573 del 25.07.2012** è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- con Delibera n.775 del 27.12.2013, è stato approvato il Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo;

- con Delibere n.327 del 27.06.2014 e n.426 del 12.08.2014 si è preso atto della conclusione del processo di negoziazione degli obiettivi di budget operativo 2014 con i dirigenti aziendali responsabili di strutture di staff, di dipartimenti, strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti alle aree tecnico-amministrativa e sanitaria;

- con Delibera n 45 del 30.01.2014 è stato adottato il Piano Triennale della Performance 2014-2016 aggiornato nel mese di luglio 2014 (Del. 421 del 08/08/2014) a seguito dell'approvazione della DGR n.452 del 17.04.2014, recante gli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria delle Aziende ospedaliere e sanitarie regionali, e del completamento del processo di negoziazione del budget operativo aziendale per l'anno 2014;

Evidenziato che:

- alla data odierna, la Regione non ha ancora approvato gli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria da assegnare alle Aziende sanitarie e ospedaliere di Basilicata per l'anno 2015;

- alla data odierna, l'ASP è ancora interessata dal processo di rinnovo dei vertici direzionali aziendali - avviato con la nomina, in data 13.01.2015, del nuovo Direttore Generale da parte del Presidente della Regione Basilicata - che si condurrà con la nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario e, pertanto, pur non potendo avviare oggi una riflessione programmatica sugli obiettivi strategici aziendali da conseguire nel prossimo triennio, si rende necessario dare continuità alle azioni già avviate nella precedente gestione, declinate nel Documento di Direttive 2014 (cfr. nota del Direttore Generale pro-tempore n.7074 del 15.01.2014 recante "Obiettivi 2014");

- al fine di rispettare la tempistica del Ciclo di Gestione della Performance e di garantire la necessaria continuità alle azioni già programmate nel Piano della Performance 2014-2016, nelle more di approvazione dei nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria (aggiornamento della DGR n.452/2014), del Documento di Direttive e di negoziazione del nuovo budget operativo aziendale 2015, si rende necessario:

- ✓ adottare il Piano Triennale della Performance 2015-2017 che costituisce aggiornamento, a scorrimento, del Piano Triennale 2014-2016;

- ✓ prorogare gli obiettivi di budget operativo già negoziati per l'anno 2014 e approvati con Delibere del D.G. n 327/2014 e n.426/2014 ;

Visto il Piano Triennale della Performance 2015-2017, con allegato il Piano triennale degli Indicatori che ricomprende complessivamente 75 indicatori di valutazione, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance aziendale e che potranno essere rimodulati, in sede di aggiornamento infrannuale del Piano, a seguito dell'adozione degli atti di programmazione, regionale e aziendale, per l'anno 2015;

Ritenuto, di poter procedere alla sua formale approvazione;

Per i motivi esposti in premessa;

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

DELIBERA

Per tutto quanto in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

Adottare il **Piano Triennale della Performance 2015-2017 dell'ASP** allegato al presente atto quale parte integrante sostanziale;

Prorogare, nelle more di approvazione dei nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria delle Aziende sanitarie e ospedaliere regionali, del Documento di Direttive e del nuovo budget operativo aziendale 2015, gli obiettivi di budget operativo negoziati per l'anno 2014 con la dirigenza aziendale (approvati con le delibere 327/2014 e n.426/2014) che, sebbene non materialmente allegati al Piano 2014-2016, costituiscono parte integrante e sostanziale del Piano stesso, fino all'approvazione del nuovo budget operativo;

Riservarsi di aggiornare il presente Piano a seguito dell'approvazione dei nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria, del Documento di direttive e del budget operativo aziendale relativi all'anno 2015.

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

Disporre, altresì, la notifica del presente atto al Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione a cura del Dirigente dell'Ufficio Gestione del Personale, ambito di Potenza, Dott.ssa R. Colasurdo>

L'Istruttore

Il Responsabile Unico del Procedimento

Giovanni Berardino Chiarelli

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Francesco Negrone

Giovanni Battista Bochicchio

Cristiana Mecca

Il Direttore Sanitario
Francesco Negrone

Il Direttore Generale
Giovanni Battista Bochicchio

Il Direttore Amministrativo
Cristiana Mecca

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Performance 2015 – 2017

Gennaio 2015



Indice

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

Indice

- **Analisi del contesto**
 - Analisi Demografica
 - Analisi Epidemiologica
 - Analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera della popolazione residente
 - Framework economico
- **Albero della Performance**
 - Articolazione della Missione
 - Outcome, Obiettivi Strategici, Indicatori
- **Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance**
 - Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano
 - Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
 - Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance
 - Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance
 - Collegamento tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance
- **Allegati: Piano triennale degli indicatori 2014-2016** (aggiornamento Luglio 2014)

Presentazione del Piano della Performance

Il Piano della Performance

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

Presentazione del Piano della Performance

Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

Piano della Performance, Budget Generale e Budget Operativo

- La redazione del **Piano** rappresenta un'importante occasione di autovalutazione e di miglioramento del proprio modo di agire e costituisce un'opportunità di confronto con i cittadini e le Istituzioni allo scopo di migliorare le nostre attività e rispondere in modo sempre più adeguato alle attese dei nostri utenti.
- Il **Piano** è uno strumento dinamico che richiede adeguamenti periodici, di norma annuali, necessitati dall'esigenza di garantire un raccordo permanente e tempestivo con gli atti di programmazione regionale ed aziendale. In particolare, esso è strettamente collegato agli obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria, al Documento di Direttive, ai contenuti del budget operativo.
- Le schede per la valutazione dirigenziale di budget (v. schema all.2) sono pubblicate sul sito internet aziendale nella sezione "**Merito, trasparenza, valutazione**" subito dopo il completamento del processo di negoziazione.
- Pertanto, formano parte integrante sostanziale del **Piano**, il Documento di Direttive e le schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale nell'ambito del processo di negoziazione del budget operativo relativo alle annualità del triennio di riferimento.
- Nelle more di approvazione del nuovo budget operativo aziendale si intendono prorogati gli obiettivi negoziati e contenuti nelle schede di budget dell'anno precedente.

Presentazione del Piano della Performance

Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

Documento di Direttive

- Alla data di aggiornamento del Piano della Performance l'ASP è ancora interessata dal processo di rinnovo dei vertici direzionali aziendali, avviato con la nomina, in data 13.01.2015, del nuovo Direttore Generale da parte del Presidente della Regione Basilicata, e che si concluderà con la nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario. Pertanto, pur non potendo avviare oggi una riflessione programmatica su nuovi obiettivi strategici aziendali da attuare nel prossimo triennio, la nuova Direzione intende comunque assicurare la necessaria continuità alle azioni già avviate nella precedente gestione di cui al **Documento di Direttive 2014** (cfr. nota del Direttore Generale pro-tempore n.7074 del 15.01.2014 recante "Obiettivi 2014").
- Tali obiettivi strategici aziendali, di seguito declinati, sono stati tradotti in obiettivi operativi assegnati alle macrostrutture aziendali ed ai servizi coinvolti. In considerazione del fatto che alcuni di essi sono subordinati al finanziamento regionale, sono stati attribuiti "sub conditione" e saranno stralciati dalla valutazione finale nel caso in cui, per mancata concessione del finanziamento previsto, non dovessero risultare conseguiti.

Presentazione del Piano della Performance

Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

Obiettivi strategici contenuti nel Documento di Direttive 2014

- **Venosa**
 1. Ampliamento p.l. di riabilitazione e lungodegenza
 2. Avvio lavori per la realizzazione della RSA
 3. Vendita della struttura già adibita a sede distrettuale
- **Melfi**
 1. Realizzazione del pronto soccorso autonomo
 2. Riorganizzazione delle attività ospedaliere per recupero risorse umane.
- **Villa d'Agri/S. Arcangelo**
 1. Attività di prevenzione a tutela dell'area interessata degli insediamenti petroliferi
 2. Riorganizzazione attività distrettuale e delle cure primarie
- **Chiaromonte**
 1. Avvio dell'attività del piede diabetico
 2. Avvio della residenzialità per soggetti autistici
 3. Ampliamento posti RSA a seguito trasferimento CRA
- **Senise**
 1. Avvio delle procedure per la Casa della Salute
 2. Avvio delle procedure per il Centro psichiatrico diurno
- **Lauria**
 1. Avvio procedure per il completamento della Casa della Salute (previo finanziamento)
 2. Avvio procedure per la casa del bambino inguaribile
 3. Avvio procedure per Centro psichiatrico

Presentazione del Piano della Performance

Obiettivi del Piano della Performance e collegamento con il Budget Operativo

Obiettivi strategici contenuti nel Documento di Direttive 2014

- **Maratea**
 1. Realizzazione polo riabilitativo (previo finanziamento regionale)
 2. Sviluppo attività di monitoraggio nel settore della tremolite ed altri fattori ambientali
- **Prevenzione**
 1. Realizzazione del progetto di monitoraggio della salute nelle aree a rischio
 2. Omogeneizzazione delle attività nelle diverse aree
- **Neuropsichiatria infantile**
 1. Realizzazione del dipartimento di neuropsichiatria interaziendale
- **Oculistica**
 1. Sviluppo delle attività del dipartimento e della riabilitazione
- **Salute Mentale**
 1. Riorganizzazione e sviluppo dei servizi con recupero della migrazione sanitaria
- **Tossicodipendenze**
 1. Sviluppo delle attività di riabilitazione alcolologica e di contrasto alla ludopatia
- **Economico – finanziario**
 1. Equilibrio di bilancio.

Presentazione del Piano della Performance

Limiti del Piano della Performance 2015-2017

- La contingente situazione economica del Paese, i tagli effettuati alla spesa sanitaria e la razionalizzazione delle risorse attuata attraverso provvedimenti normativi nazionali (es. L.220/2010 “legge di stabilità 2010”; L. 111/2011 “disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”; L. 183/2011 “legge di stabilità 2012” L. 135/2012 “revisione della spesa pubblica”, L. 147/2013 “legge di stabilità 2014”, L. 190/2014 “Legge di stabilità 2015” ecc.) e regionali limitano la possibilità di sviluppare una programmazione in crescita delle attività.
- Il **Piano Triennale 2015-2017** aggiorna, per il triennio di riferimento, il Piano Triennale 2014-2016 (delibere n. 45 del 30.01.2014 e n.421 del 08/08/2014) e recepisce, in modo “consapevole”, le difficoltà economiche del momento. Ciononostante, la nuova Direzione, intende intraprendere uno sforzo per efficientare l’assetto organizzativo, partendo dalla revisione dell’Atto Aziendale, e lavorare per mantenere e migliorare le attività aziendali in termini sia qualitativi che di volumi di attività.

Presentazione del Piano della Performance

Limiti del Piano della Performance 2015-2017

- Come si già avuto modo di evidenziare, il processo di rinnovo dei vertici direzionali aziendali, avviato con la nomina, in data 13.1.2015, del nuovo Direttore Generale da parte del Presidente della Regione Basilicata, e che si concluderà con la nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario non ha consentito di avviare una riflessione programmatica su nuovi obiettivi strategici aziendali da attuare nel prossimo triennio. Tuttavia, la nuova Direzione intende comunque garantire la necessaria continuità alle azioni già avviate nella precedente gestione sia per quanto riguarda la realizzazione degli obiettivi strategici regionali **(obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria approvati con DGR n.452/2014)** e aziendali già programmati **(Documento di Direttive 2014 e Budget operativo 2014)**
- In momentanea assenza di indirizzi programmatici regionali per l'anno 2015, il Piano tiene conto della D.G.R. Basilicata n.452 del 17.04.2014, recante "Obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria per i direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere regionali – anno 2014", tradotti in obiettivi operativi nell'ambito del processo di negoziazione del budget 2014 che costituiscono parte integrante e sostanziale del Piano triennale 2014-2016.

Presentazione del Piano della Performance

Limiti del Piano della Performance 2015-2017

- Nel caso in cui intervengano fattori (approvazione dei nuovi obiettivi regionali per le aziende sanitarie, adozione del Documento di Direttive 2015, approvazione del budget operativo aziendale, adozione del PAL 2015-2017, ecc.) in grado di modificare - in modo sostanziale - la programmazione, si provvederà a recepirli e ad aggiornare il Piano.

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

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

CHI SIAMO

- Articolazione dell'ASL di Potenza

CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

- L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (**ASP**) è stata istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008.
- L'ASP, dal 1 gennaio 2009, è subentrata alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro.
- L'**ASP** è dotata di personalità giuridica e svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Potenza.
- Il sito internet istituzionale è il seguente: www.aspbasilicata.net
- Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

- Il territorio comprende **100 comuni** con una popolazione complessiva di circa **377.258 abitanti** in un'area di **6.546 km²**, ed è organizzato nei seguenti **tre Distretti**:
 - **Distretto n. 1 – Venosa**
 - **Distretto n. 2 – Potenza**
 - **Distretto n. 3 – Lagonegro**



Fonte Istat- Popolazione residente al 31.12.2013-

CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

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

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

CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

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

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

CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

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

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

CHI SIAMO

- Assetto Organizzativo Aziendale
- Organigramma
- I Meccanismi Operativi Aziendali

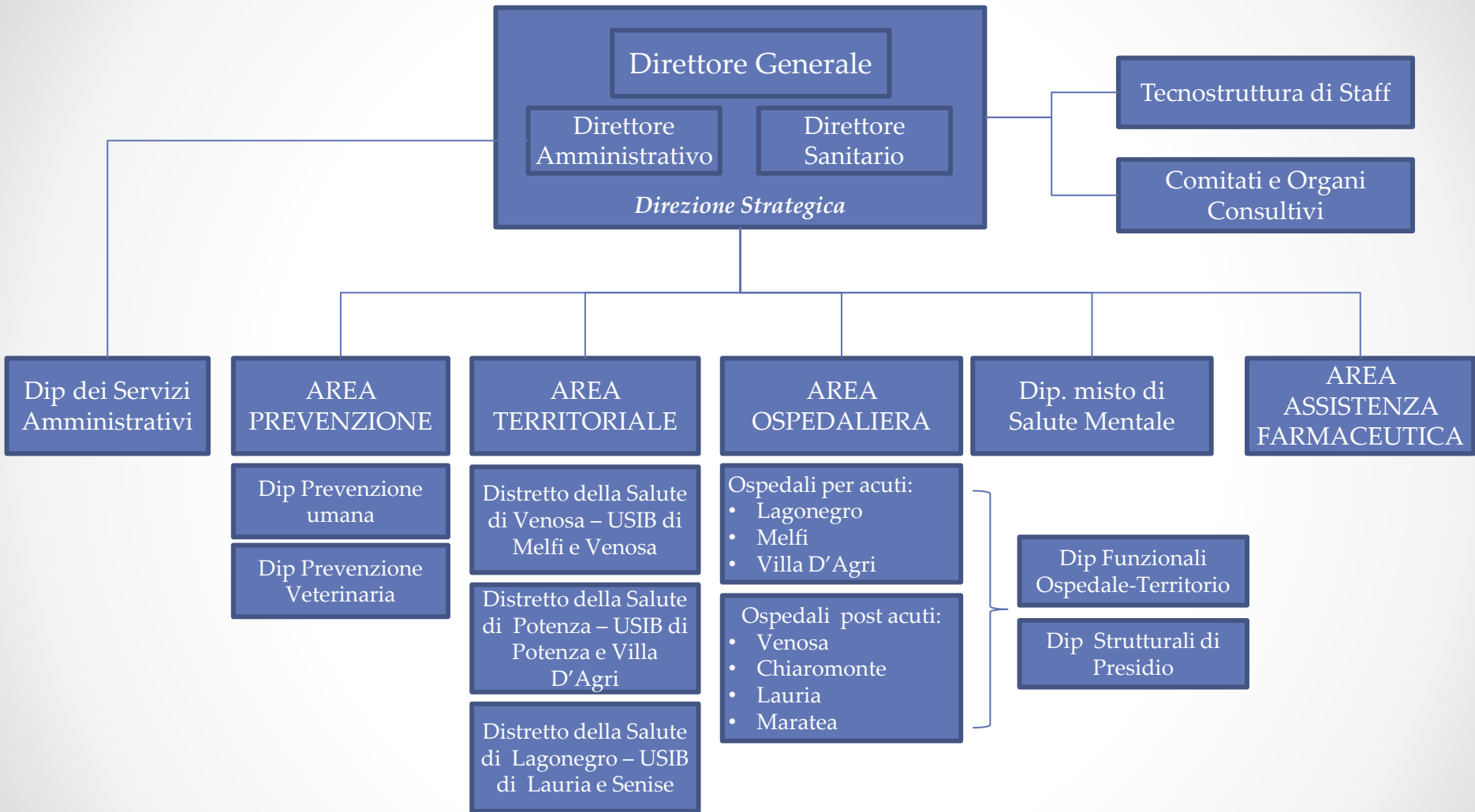
CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

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

CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

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

CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale



L'AMMINISTRAZIONE “IN CIFRE”

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

I SERVIZI SANITARI EROGATI

I servizi sanitari erogati

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

DIMESSI	2011	2012	2013	2014*
Dimessi Ricoveri Ordinari	15.492	13.547	12.848	12.833
-di cui con DRG medico	11.908	9.947	8.867	9.087
-di cui con DRG chirurgico	3.584	3.600	3.756	3.746
Dimessi Ricoveri Diurni	9.196	4.640	3.754	3.176
-di cui con DRG medico	4.626	2.362	1.433	1.043
-di cui con DRG chirurgico	4.570	2.278	2.321	2.133
TOTALE COMPLESSIVO	24.688	18.187	16.002	16.009

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

Fonte: AIRO al 20.01.2015 - *il dato 2014 non è definitivo

Dati relativi ai parti effettuati nel territorio dell'ASP

NASCITE	2011	2012	2013	2014*
Numero totale parti	1.430	1.472	1.277	1.081
- di cui parti cesari	741	674	562	502

Fonte: AIRO al 20.01.2015 - *il dato 2014 non è definitivo

I servizi sanitari erogati

NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE	2011	2012	2013	2014*
Ricoveri acuti	24.370	17.307	15.648	15.044
Ricoveri post acuzie	317	881	954	965
TOTALE	24.687	18.188	16.602	16.009

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

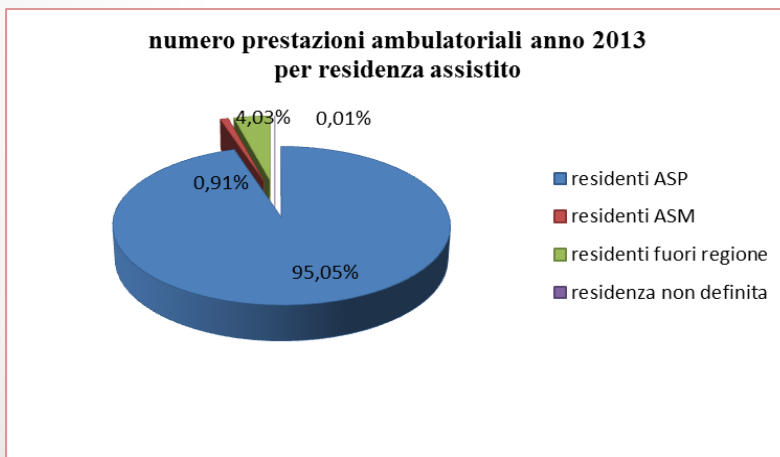
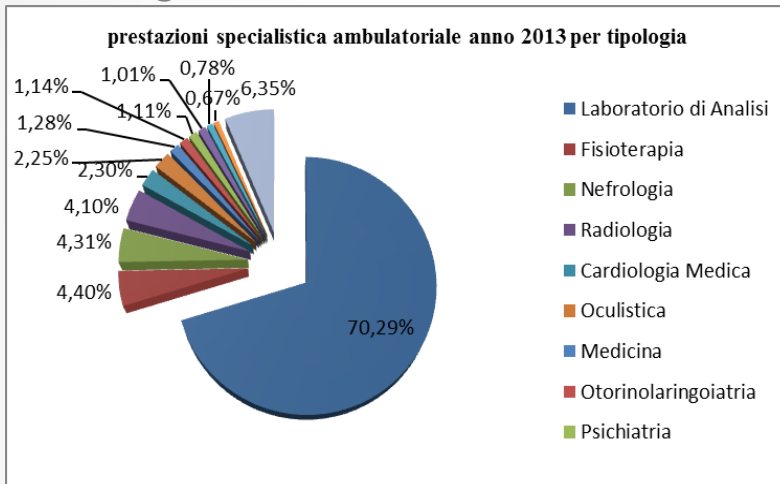
Fonte: AIRO al 20.01.2015 - *il dato 2014 non è definitivo

Prestazioni ambulatoriali erogate nel triennio 2011-2014	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2011	2012	2013	2014
	Numero prestazioni per esterni		2.224.536	2.044.071	2.159.226

Fonte: CUP

I servizi sanitari erogati

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



Nell'anno 2014 le prestazioni ambulatoriali erogate dall'ASP sono incrementate del 5,41% rispetto all'anno 2013 (+116.675 prestazioni).

Le prestazioni vengono erogate per il 95,05% a residenti nel territorio dell'ASP, mentre il 4,03% a residenti fuori regione, lo 0,91% a residenti ASM e lo 0,01% a pazienti per i quali non è definito il Comune di residenza.

Le prestazioni in mobilità passiva sono erogate a residenti della Campania, Calabria e Puglia.

Trattasi prevalentemente di pazienti di sesso femminile per il 49,97% in età maggiore o uguale a 65 anni, per il 28,15% in età compresa tra i 45 ed i 64 anni, per il 18,77% in età 15-44 anni e per il 3,10% in età 0-14 anni. Il valore medio delle prestazioni diminuisce del 2,26% (-0,29 centesimi di euro) passando da €12,83 nell'anno 2013 a €12,54 nell'anno 2014.

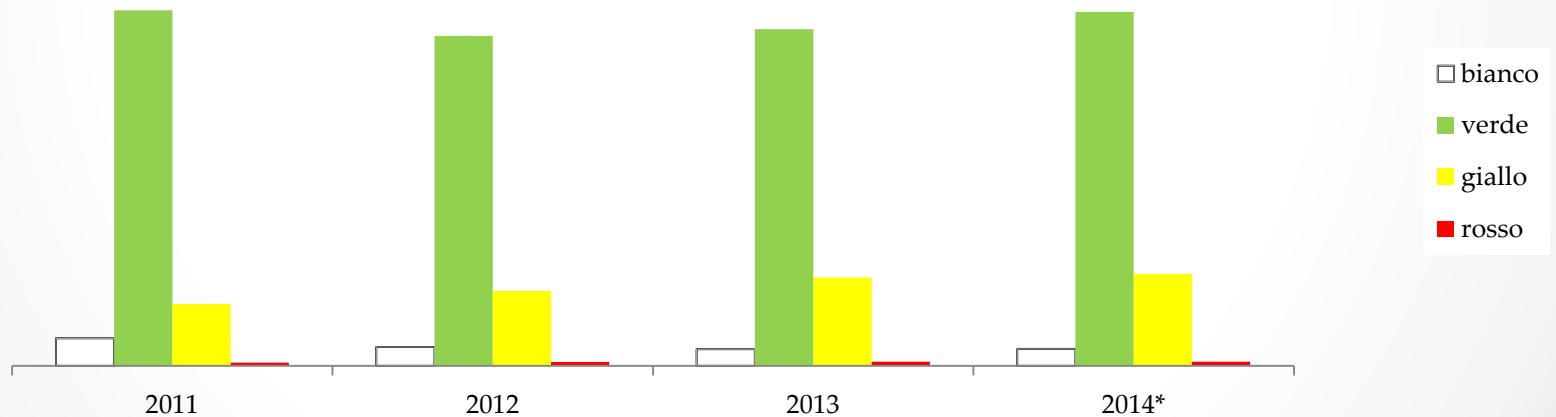
I servizi sanitari erogati

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	2011	2012	2013	2014*
Numero totale di accessi in pronto soccorso	57.356	54.781	57.126	58.812
- di cui numero codici bianchi	3.527	2.449	2.136	2.202
- di cui numero codici verdi	45.500	42.230	43.086	45.292
- di cui numero codici gialli	7.912	9.584	11.333	11.747
- di cui numero codici rossi	417	518	571	548

Accessi al pronto soccorso articolati secondo il codice del triage

Fonte: AIRO al 20.01.2014 - *il dato 2014 non è definitivo

ACCESSI PRONTO SOCCORSO



LE RISORSE PROFESSIONALI

Le risorse professionali

- Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2014, sono pari a **2.737** unità distinte come segue:

Sintesi dei principali indicatori quali-quantitativi sul personale *	
N. Totale Personale Dirigenza	616
N. Totale Personale Comparto	2.122
N. Totale Personale Dirigenza Donne	217
N. Totale Personale Dirigenza Uomini	399
N. Totale Personale Comparto Donne	1.371
N. Totale Personale Comparto Uomini	805
N. Totale Personale	2.737

Le risorse professionali

- Nelle tabelle che seguono, si riportano gli indicatori sull'analisi dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo ed analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni del personale in servizio al 31 dicembre 2013.

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

Analisi Benessere organizzativo	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
Stipendio medio lordo annuale percepito dai dipendenti (comprensivo degli oneri riflessi)	39.303

Analisi di genere	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
% di dirigenti donne	35%
% di donne rispetto al totale del personale	58%
% donne laureate rispetto al totale personale femminile	17%

PRINCIPALI DATI ECONOMICO FINANZIARI

Principali dati economico finanziari

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

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

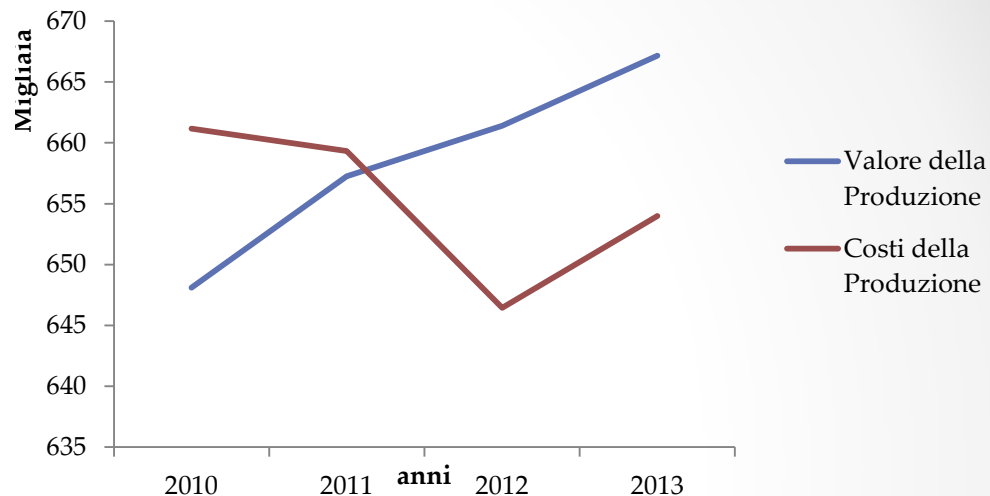
DESCRIZIONE	2010	2011	2012	2013
A) Valore della Produzione	648.116	657.256	661.414	667.162
B) Costi della Produzione	661.176	659.320	646.437	653.993
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	-13.060	-2.064	14.977	13.169
C) Proventi ed oneri finanziari	11	29	-21	-131
E) Proventi e oneri straordinari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

Principali dati economico finanziari

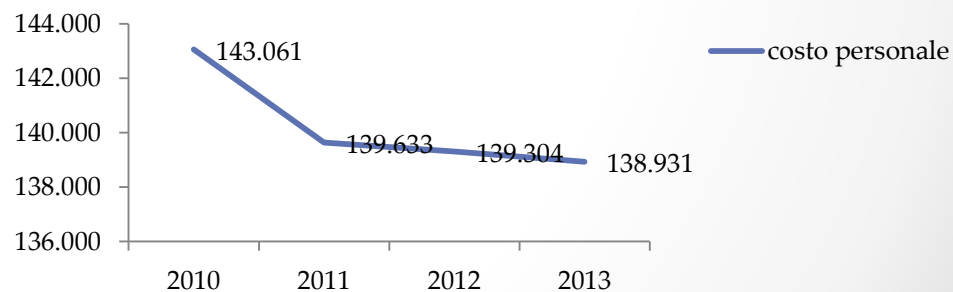
Come si evince dalla tabella precedente, sono state adottate azioni di riequilibrio economico-finanziario che hanno portato ad una riduzione dei costi e quindi ad un azzeramento della perdita di esercizio dell'anno 2012 (-3.712 milioni di euro). Infatti, nell'anno 2013 si registra un risultato economico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

- un margine operativo lordo positivo (differenza tra valori e costi della produzione) dovuto alla sostanziale riduzione dei costi operativi (da 661 milioni del 2010 a 653 milioni del 2013) ed all'incremento di attività assistenziale (valore dei ricavi) del 3%;
- la riduzione del costo del personale, di circa il 3% dal 2010 al 2012.

Valori VS Costi della Produzione anni 2010-2013



Costo del Personale (migliaia di euro)



Principali dati economico finanziari

RISULTATO DI ESERCIZIO 2013: Il risultato di esercizio 2013 derivante dalla redazione in sede consuntiva del conto economico evidenzia un risultato positivo (utile di esercizio 2013: 279.000 euro) rispetto a quello desumibile dalla programmazione in sede di formazione del bilancio economico preventivo (pareggio di bilancio) e, in particolare rispetto al consuntivo 2011 (-3.712.000,00 euro). Il risultato positivo è il frutto di azioni sinergiche poste in essere dalla Direzione Aziendale dirette alla razionalizzazione e riduzione dei costi.

Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2013 è pari a 667.162.000 di euro, in aumento di euro +5.748.000,00 (+0,87%) rispetto al consuntivo dell'anno precedente (2012) e di euro +9.906.000,00 (+1,51%) rispetto al consuntivo 2011 (due anni precedenti).

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

I costi della produzione nell'anno 2013 ammontano ad 653.993 milioni di euro e risultano in aumento (+1,17%) rispetto al consuntivo dell'anno precedente ma in diminuzione (-0,81%) rispetto al consuntivo di due anni precedenti (2011), restando perciò leggermente al di sotto dell'obiettivo regionale di riduzione dei costi di produzione dell'1% sul consuntivo 2011.

ANALISI DEL CONTESTO

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

ANALISI DEMOGRAFICA

Analisi demografica

- L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza e si estende per **6.546 Km²**.
- Il territorio provinciale è composto da **100 comuni**, una popolazione residente al 31 dicembre 2012 di **377.258 abitanti** ed una densità di popolazione di **57,63 ab/Km²** (tra le più basse fra le provincie italiane).
- I **nuclei familiari, nell'anno 2012**, sono globalmente 157.848, con un numero medio di componenti per famiglia di 2,4 persone



Analisi demografica

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

Analisi demografica

DIMINUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

La popolazione residente registra un trend negativo, dal 2008 al 2012 è diminuita dell'2,8%.

I Comuni della Provincia che hanno evidenziato un incremento complessivo della popolazione dal 2008 al 2012 sono rispettivamente: Pignola (+9,3%), Tito (+4,9%), Marsicovetere (+3,5%) Ripacandida (3,3%) Melfi (+1,5%) e Viggiano (+0,5%) .

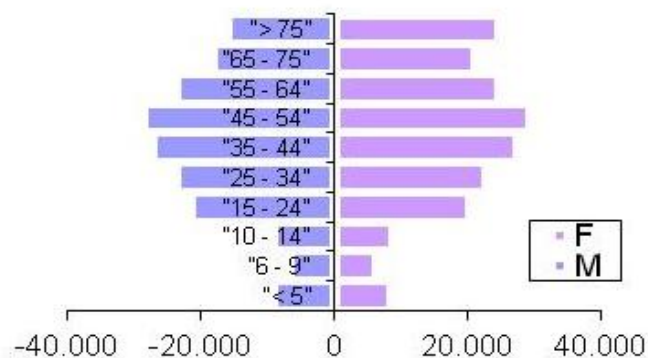
Popolazione Residente Provincia di Potenza - Trend 2008-2012						
Anno	2008	2009	2010	2011	2012	Δ '08-'12
Maschi	189.513	189.224	188.404	187.683	183.938	-2,90%
Femmine	197.607	197.607	196.905	196.108	192.244	-2,70%
Totale	387.120	386.831	385.309	383.791	376.182	-2,80%

Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dat.istat.it

MUTAMENTI NELLA PIRAMIDE DELL'ETÀ DELLA POPOLAZIONE

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

Piramide della popolazione al 1° gennaio 2013

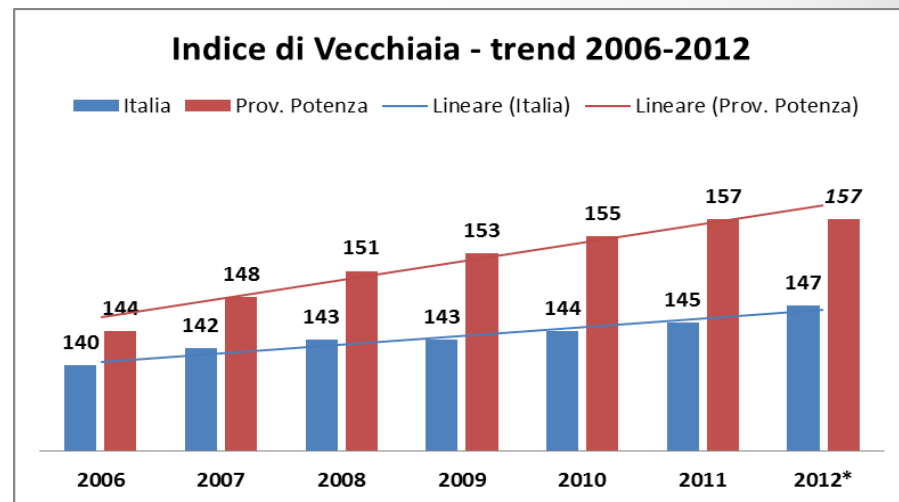


Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dat.istat.it

Analisi demografica

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 14 anni), vede un trend in crescita, infatti nel 2012 si attesta sul valore stimato di 157% registrando un aumento rispetto al 2006 del 8,4%.

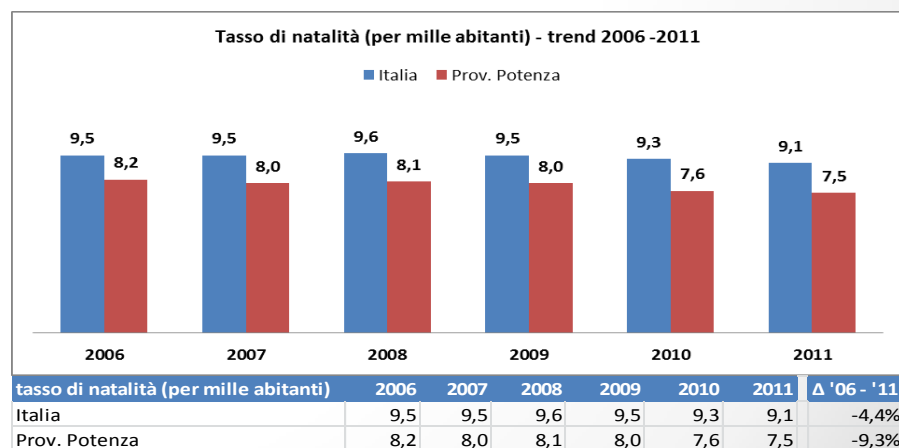


*dato stimato

Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dati.istat.it

RIDUZIONE DELLA NATALITÀ

Il trend di tasso di natalità (rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per mille) registrato nella provincia di Potenza vede un costante decremento, infatti si passa da un tasso di 8,2 del 2006 ad un tasso del 7,5 del 2011 con una riduzione di circa il 9,2%.

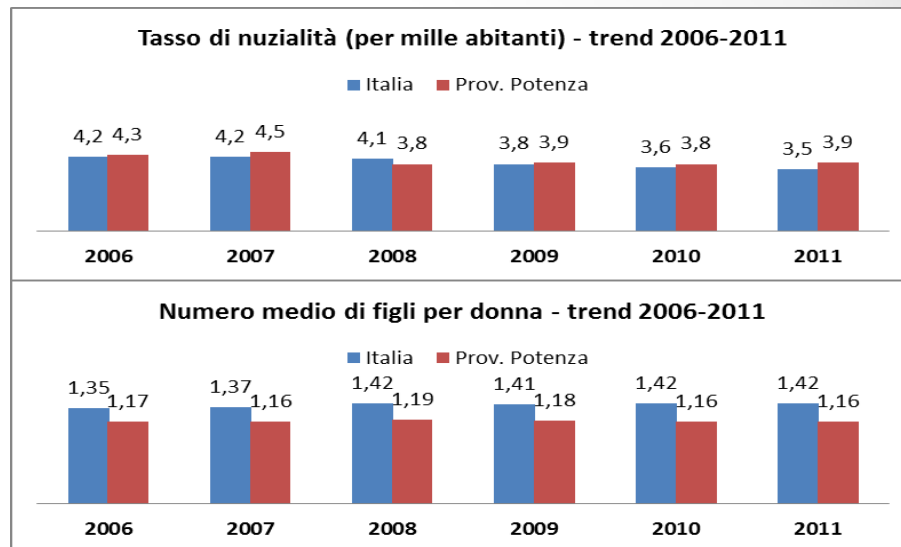


Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dati.istat.it

Analisi demografica

MUTAMENTI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE

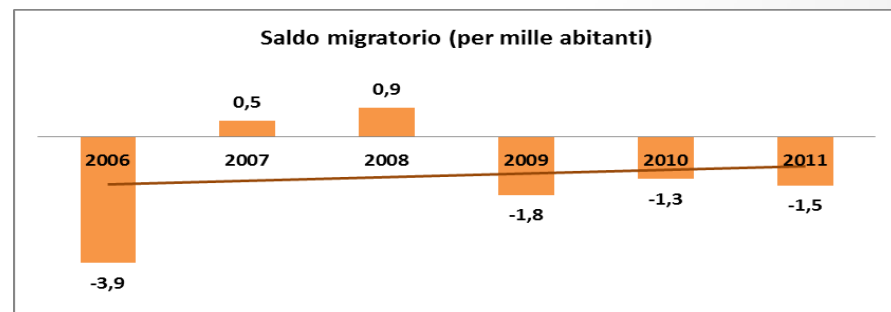
- Il tasso di nuzialità si riduce progressivamente nel periodo di riferimento, anche se in modo meno rapido rispetto alla media nazionale.
- Il numero di figli è, invece, sostanzialmente stabile, mentre a livello nazionale è in progressivo aumento.



Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dati.istat.it

AUMENTO DEL FLUSSO MIGRATORIO IN ENTRATA

- Il tasso migratorio (rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e la popolazione residente, moltiplicato per mille) nel 2011 è stato pari a -1,5‰. Il dato evidenzia un aumento del flusso migratorio rispetto all'anno precedente (+0,2‰) e risulta superiore alla media regionale che è pari al -0,5‰.



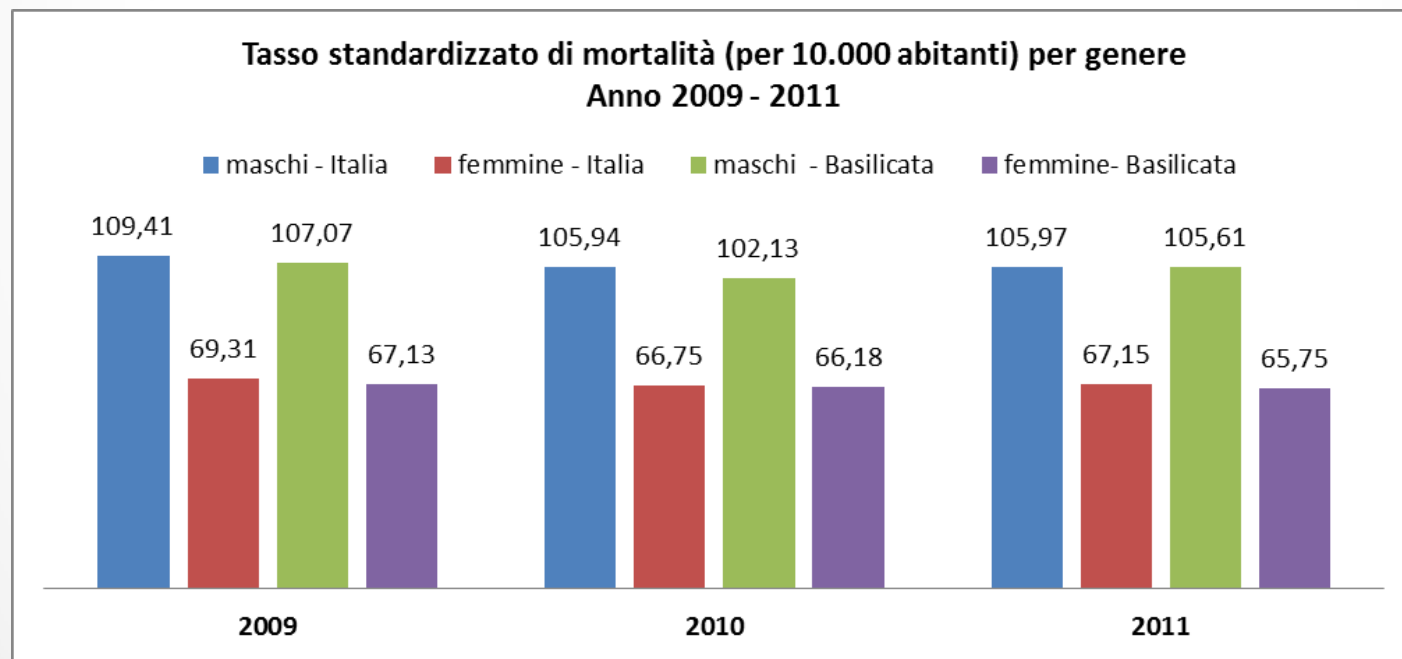
Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dati.istat.it

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Analisi Epidemiologica

MORTALITA'

- I dati del 2011, relativi all'intero territorio italiano, mostrano negli uomini un calo generalizzato della mortalità complessiva rispetto al 2009, mentre per le donne il tasso risulta costante.
- In Basilicata la mortalità si riduce per gli uomini attestandosi comunque ai livelli nazionali; anche per le donne si registra un calo della mortalità che rimane più bassa rispetto al tasso italiano.

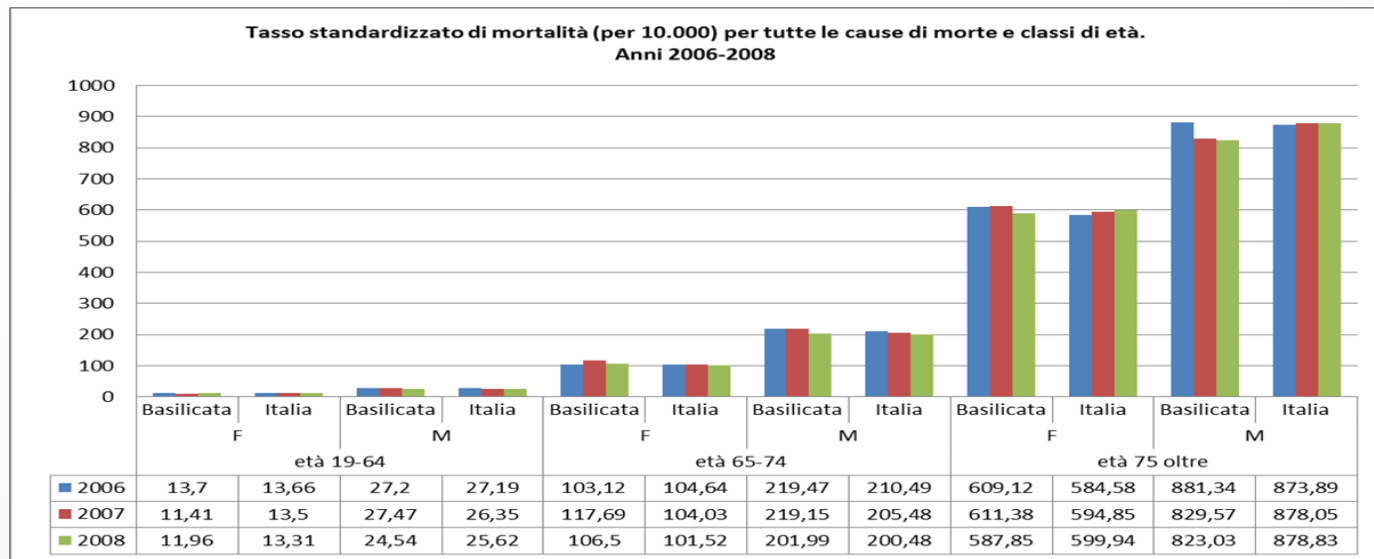


Fonte: "Indagine sui decessi e cause di morte" Istat - Anni 2009-2011.

Analisi Epidemiologica

MORTALITÀ PER FASCE D'ETÀ

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

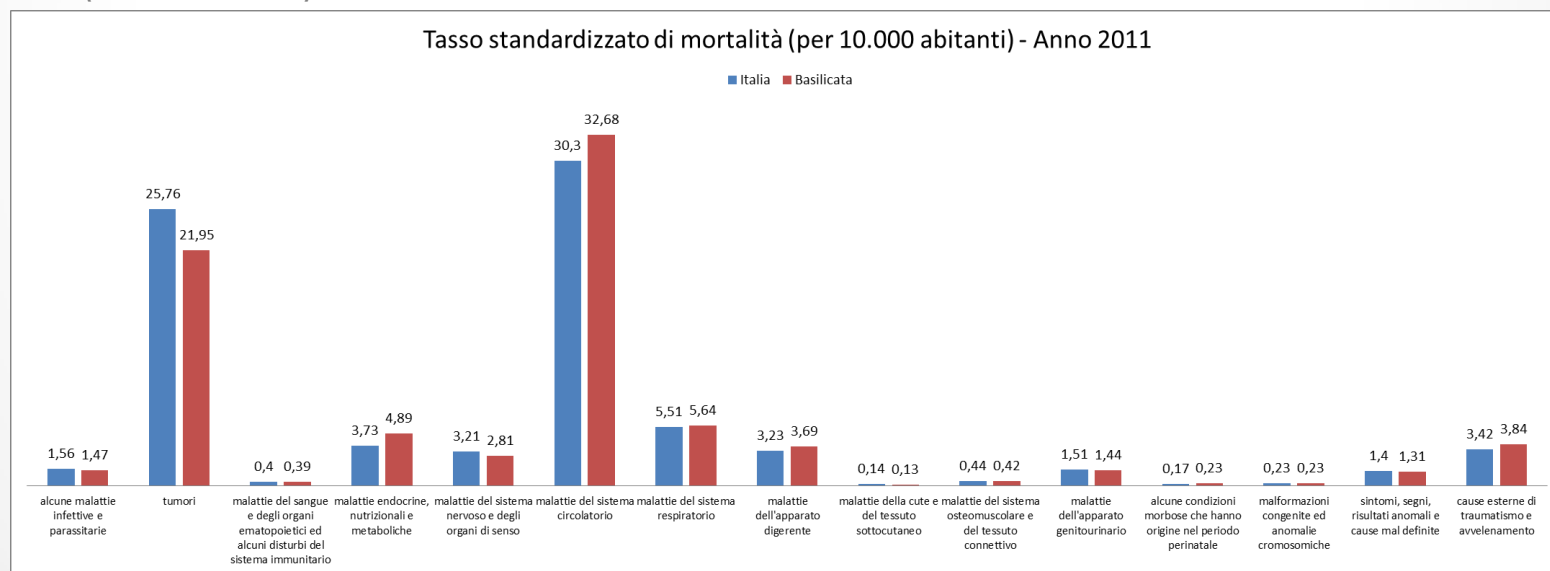


Fonte: Ns elaborazione su: Istat "Indagine sui decessi e cause di morte" - Anni 2006-2008.

Analisi Epidemiologica

CAUSE DI MORTE

- Le statistiche di mortalità, pur se in maniera indiretta, rendono edotti delle patologie più frequenti nella popolazione e permettono di focalizzare l'attenzione sull'offerta delle prestazioni.
- Analizzando le cause di morte del 2011, si può osservare come nella regione i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono sulla salute delle persone: le malattie cardiovascolari e i tumori.
- Le malattie cardiovascolari rappresentano in Basilicata il 32% circa di tutte le cause di morte (a livello nazionale si è al 30%).
- I tumori (maligni e non maligni) rappresentano, invece, circa il 22% di tutte le cause di morte (in Italia 26%)

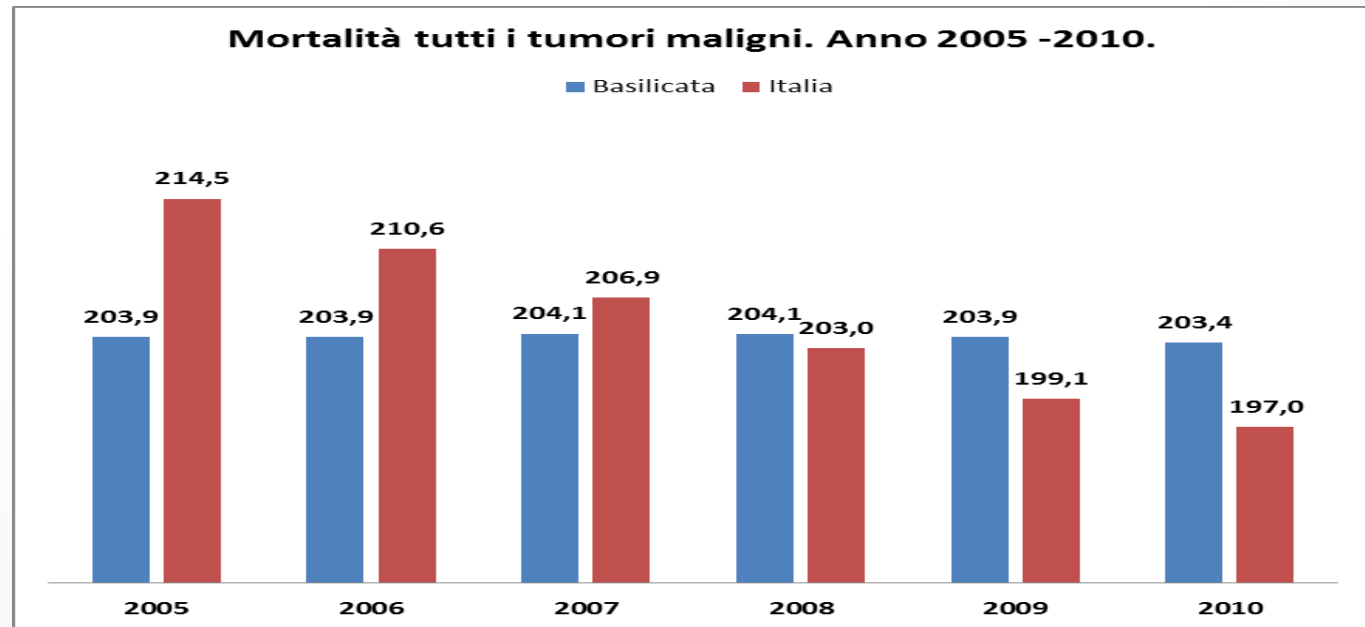


Fonte: <http://dati.istat.it/?lang=it> 24 apr. 2014, 08h28 UTC (GMT)

Analisi Epidemiologica

MORTALITÀ TUMORI

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



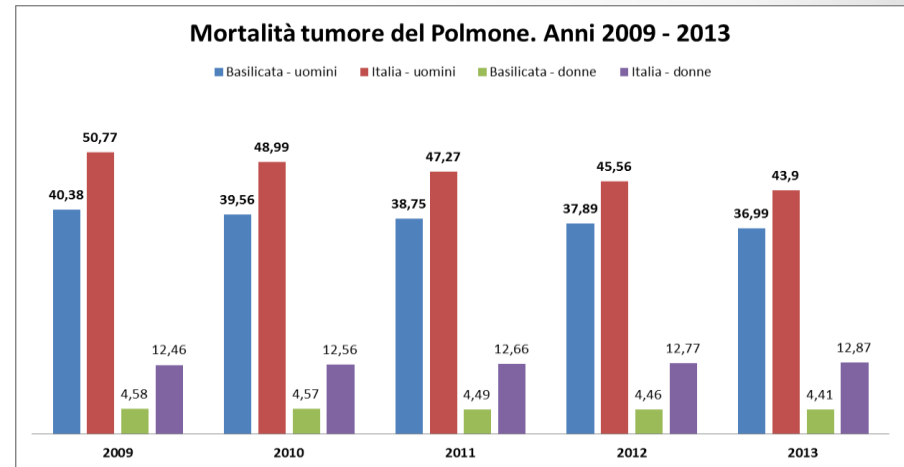
Fonte: Ns elaborazione su dati:

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

Analisi Epidemiologica

MORTALITÀ TUMORI DEL POLMONE

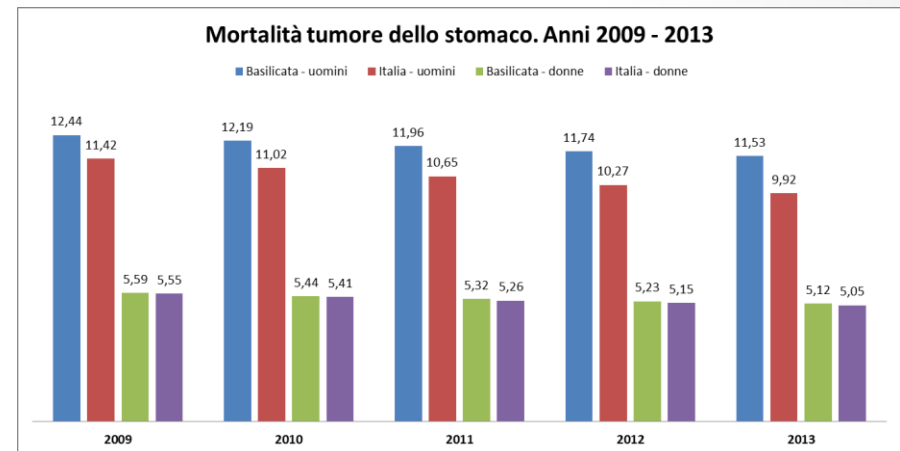
- A livello nazionale, considerando la classe di età 0-84 anni il tumore del polmone negli uomini è quello con il tasso di mortalità più alto.
- In Basilicata, il tasso di mortalità per il tumore del polmone è diminuito nel tempo sia per gli uomini che per le donne.



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

MORTALITÀ TUMORI DELLO STOMACO

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

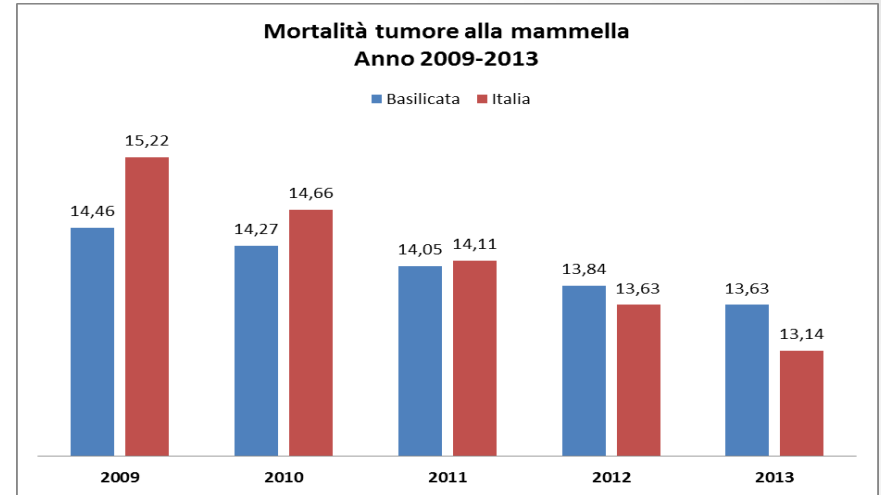


Fonte: Ns elaborazione su dati:
http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass estratti il 18/01/2014

Analisi Epidemiologica

MORTALITÀ TUMORI DELLA MAMMELLA

- Considerando la classe di età 0-74 anni il tumore della mammella è quello con il più alto tasso di mortalità.
- In Basilicata, tra gli anni 2009-2013 la mortalità per il tumore della mammella ha subito una riduzione graduale ma, dal 2012, si attesta ad un livello più alto rispetto a quello italiano .



Fonte: Ns elaborazione su dati:

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

Analisi Epidemiologica

MORTALITÀ METABOLICHE

- Il diabete mellito e le sue complicanze sono tra i principali problemi sanitari nei Paesi economicamente evoluti. I dati sulle ospedalizzazioni confermano che le regioni del Sud, presentano tassi di dimissione più bassi sia per l'ospedalizzazione in Regime Ordinario e per il Day Hospital.
- La malattia diabetica costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per le amputazioni dell'arto inferiore (è il 60% di tutti gli interventi di amputazione), ed un elevato impatto in termini di ricoveri ospedalieri e di costi.
- In Italia, dal 2001 al 2010, il tasso di dimissione per amputazione è aumentato dal 12,0 a circa il 14. Si presenta un'elevata variabilità regionale, che indica una diversa qualità dell'assistenza nelle varie regioni.

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 10.000) per diabete mellito (diagnosi principale e secondaria), regime di ricovero e regione - Anni 2009-2010

Regione	2009			2010		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Basilicata	78,54	41,91	120,15	76,26	40,86	116,60
Italia	65,10	15,11	80,06	63,09	14,18	77,00

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

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

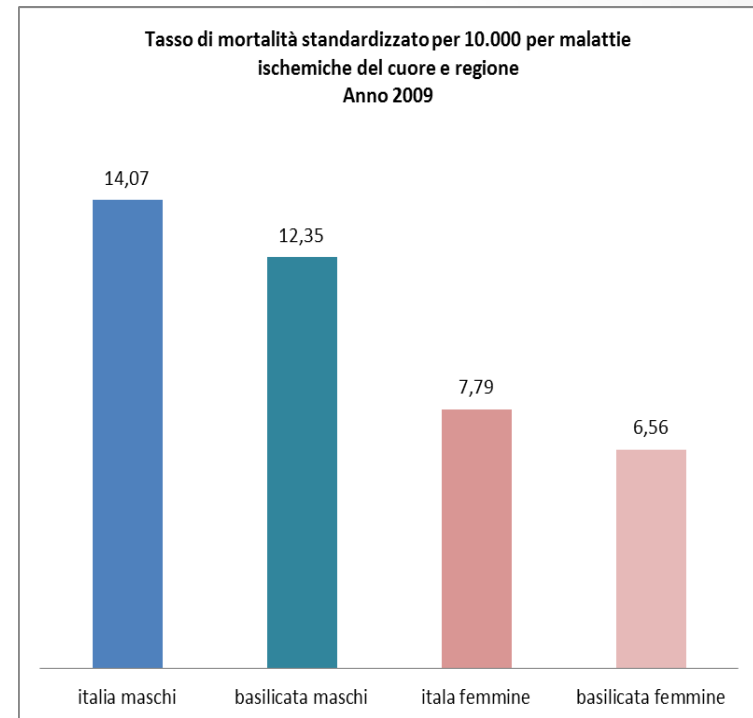
Regione	Persone con diabete			Persone senza diabete		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Basilicata	19,46	6,41	11,89	14,16	2,43	7,19
Italia	21,28	7,09	13,26	11,58	4,95	7,70

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

Analisi Epidemiologica

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

- In Italia, nel 2009, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (14,07 decessi per 10.000 fra gli uomini e 7,79 decessi per 10.000 fra le donne).
- Anche in Basilicata, nonostante la mortalità per le malattie ischemiche risulti più bassa rispetto alla media nazionale (14,35 vs 14,07 per gli uomini e 7,79 vs 6,56 delle donne) la mortalità per le malattie ischemiche del cuore risulta doppia rispetto a quella delle donne.



Fonte: Ns elaborazione su dati www.osservasalute.it

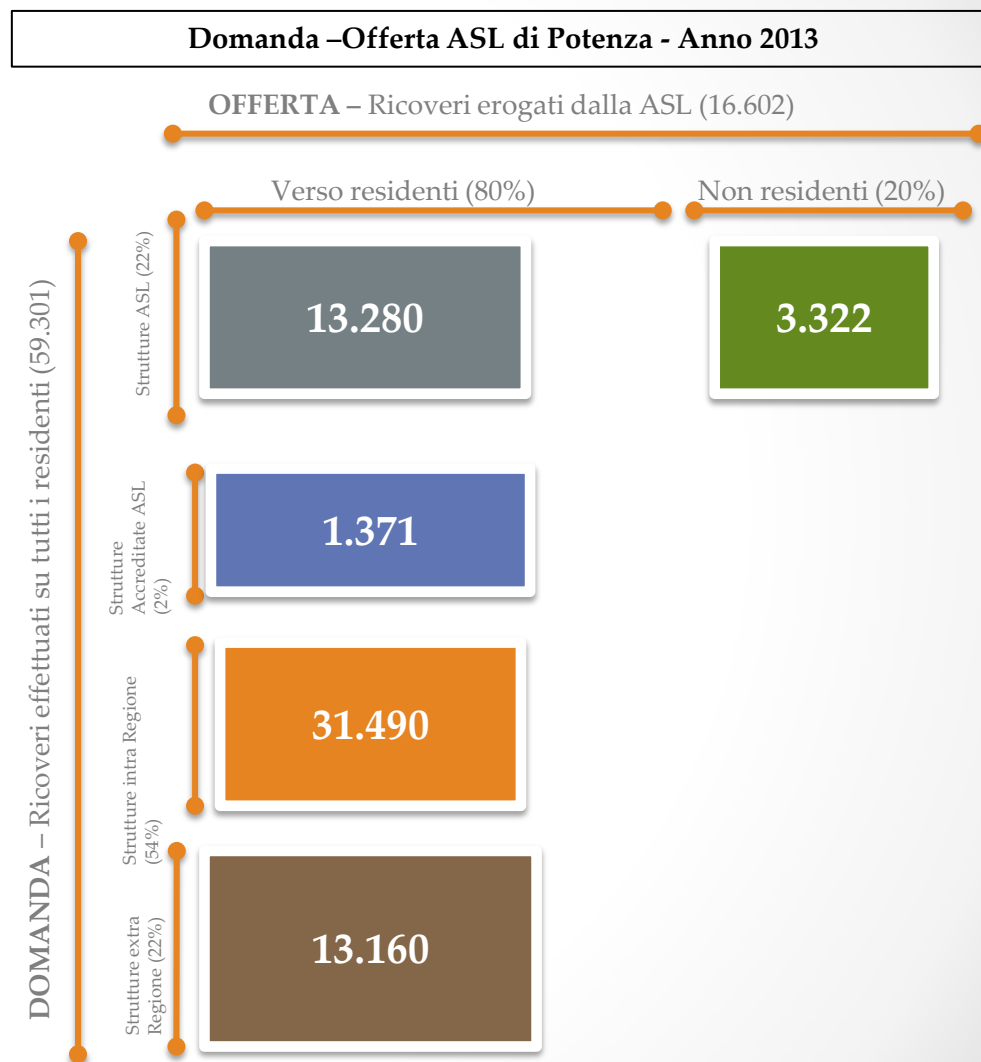
ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA
OSPEDALIERA DELLA POPOLAZIONE
RESIDENTE

Analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera

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

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

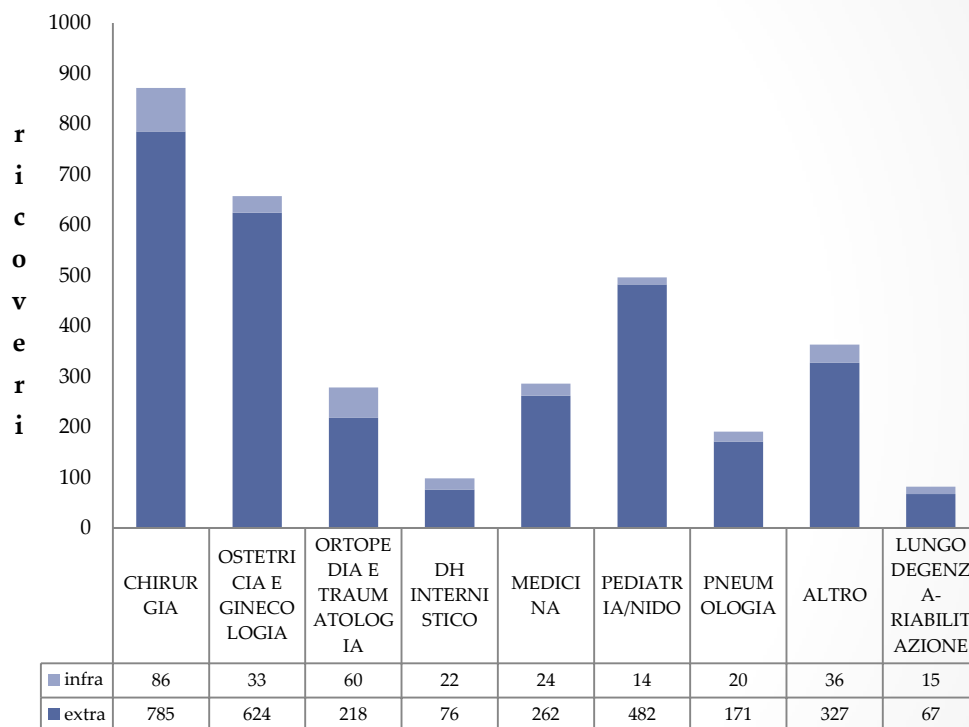
- Tale dato è la risultante di 44.650 ricoveri in mobilità passiva e di 3.322 ricoveri in mobilità attiva intra ed extra regionale (310 ricoveri intra e 3.012 extra) .



Mobilità attiva intra ed extra regionale

- L'Azienda Sanitaria di Potenza nel 2013 ha erogato circa 3.322 ricoveri per pazienti non residenti (mobilità attiva), che rappresentano un 20% circa delle prestazioni di ricovero complessive effettuate nell'anno.
- Le prestazioni verso i non residenti sono diminuite rispetto al 2012 del 2%.

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

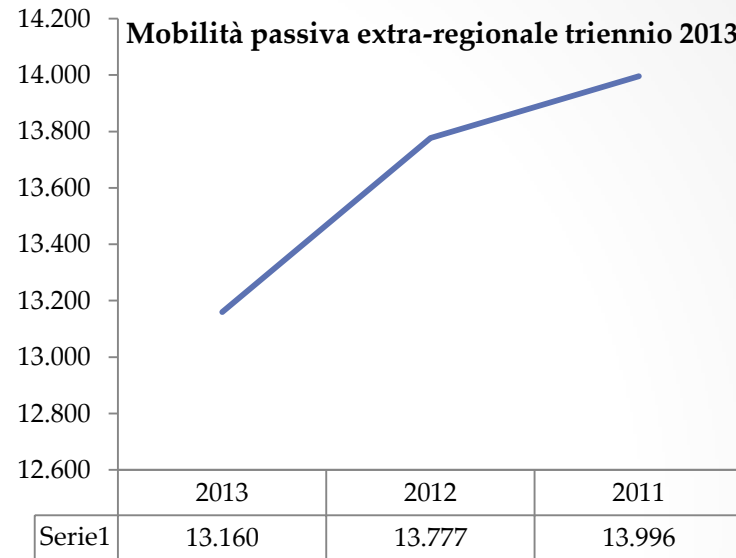


- Le unità operative che contribuiscono maggiormente alla mobilità attiva sono quelle di chirurgia, ostetricia e ginecologia, ortopedia e traumatologia e pneumologia ,medicina, oculistica, ecc.

Mobilità passiva ospedaliera extra regionale

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

Mobilità passiva extra-regionale triennio 2013-2011

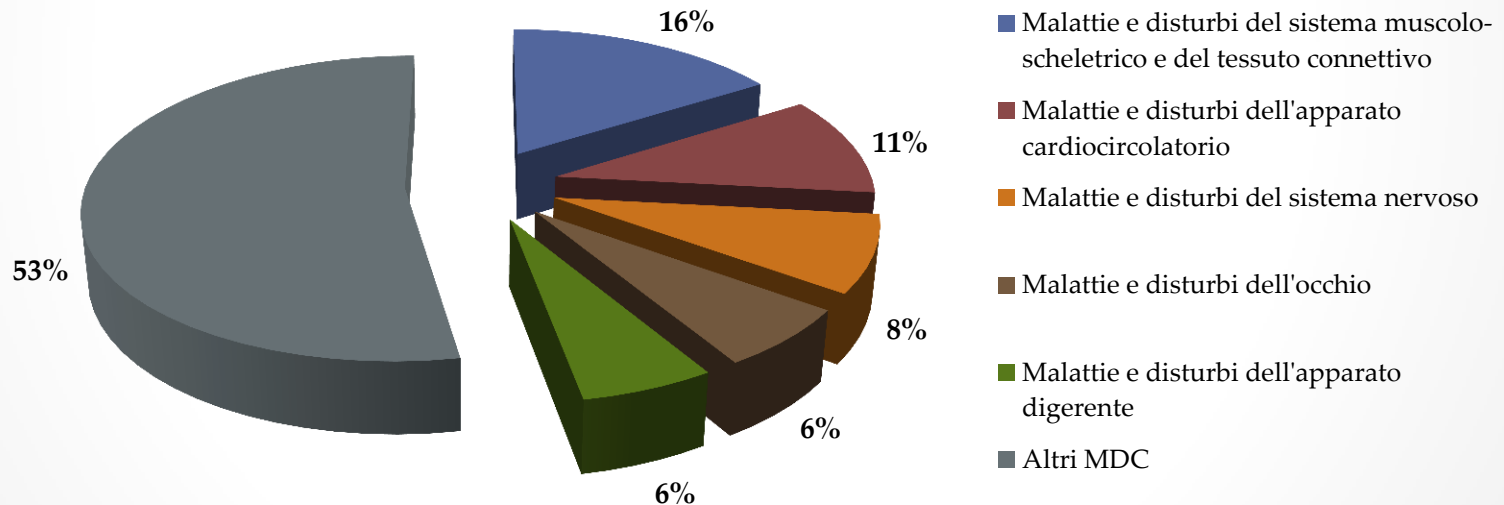


REGIONE	2011	2012	2013	% diff 12'-13'
CAMPANIA	2.974	3.279	3.005	-2,0%
PUGLIA	3.075	3.016	2.883	-1,0%
LAZIO	2.474	2.469	2.469	0,0%
EMILIA ROMAGNA	1.040	1.076	1.066	-0,1%
LOMBARDIA	1.066	1.008	1.058	0,4%
TOSCANA	938	949	846	-0,7%
altre	2.429	1.980	1.833	-1,1%
totale	13.996	13.777	13.160	-4,5%

Mobilità passiva ospedaliera extra-regionale

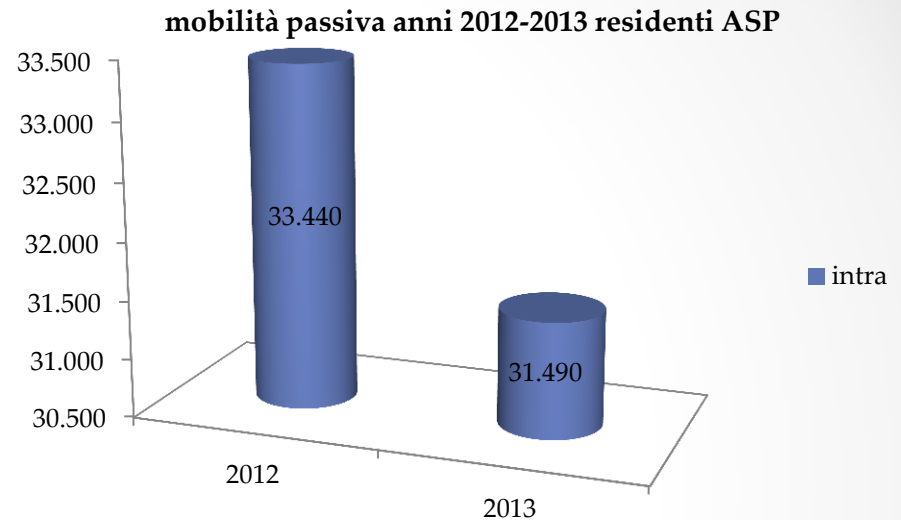
- I principali MDC trattati in mobilità passiva extraregionale sono relativi prevalentemente ai disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo, dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema nervoso, dell'occhio e dell'apparato digerente che rappresentano circa il 50% di tutte le prestazioni erogate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

Mobilità Passiva extraregionale anno 2013. Principali MDC



Mobilità passiva ospedaliera intra-regionale

- La mobilità passiva intra regionale dell'ASL di Potenza ha un andamento decrescente.
- La riduzione dei ricoveri nell'anno 2013 rispetto all'anno precedente è dell' 5,83%.
- L'88% dei ricoveri sono effettuati dall'Azienda Ospedaliera San Carlo.

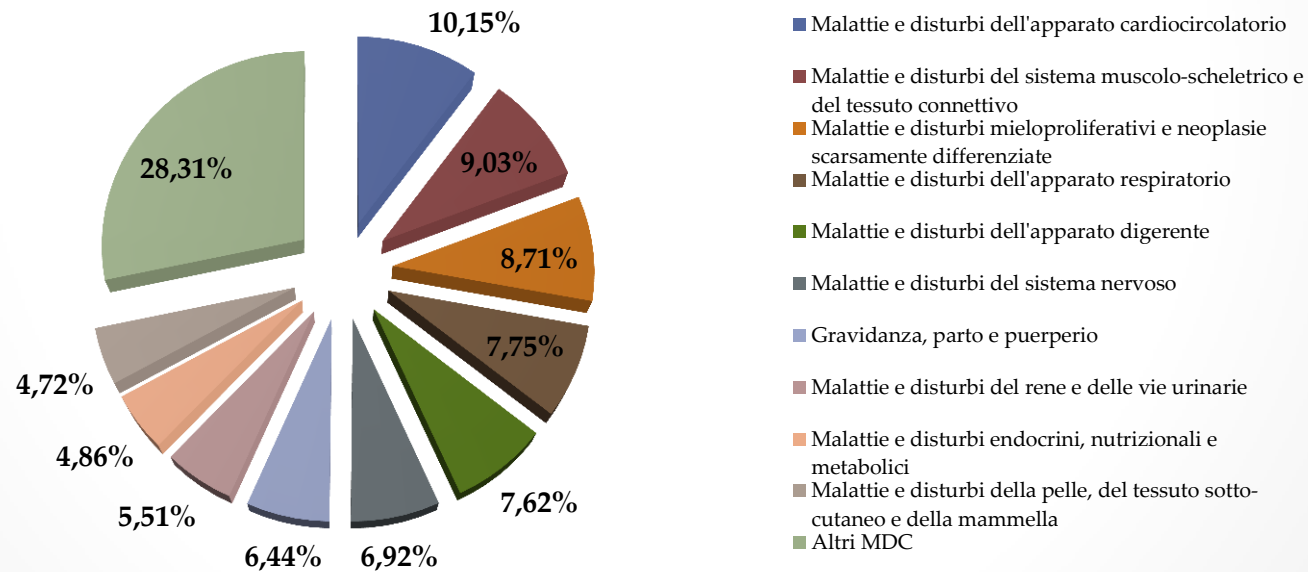


struttura di ricovero	2010	2011	2012	2013
Matera	1.284	1.123	1.075	1.118
CROB	2.645	2.697	2.683	2.790
SAN CARLO	34.756	32.606	29.682	27.582
Totale complessivo	38.685	36.426	33.440	31.490

Mobilità passiva ospedaliera intra-regionale

- I principali MDC trattati in mobilità passiva intra-regionale sono relativi prevalentemente ai disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema muscolo scheletrico, delle malattie mieloproliferative e neoplasie, del sistema respiratorio, dell'apparato digerente, del sistema nervoso, ecc. , che rappresentano circa il 70% di tutte le prestazioni erogate dalle altre strutture sanitarie regionali .

Mobilità passiva intra regionale anno 2012 - principali MDC



Mobilità passiva prestazioni ambulatoriali intra ed extra regionale

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

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

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

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

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

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

Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1396&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto

- Nel 2012 il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al 7,3%, valore leggermente superiore rispetto al rapporto degli anni precedenti (7,1% per il 2010 e 2011). La spesa complessiva di 113,69 miliardi di euro comporta un disavanzo di 1,043 miliardi di euro, in riduzione rispetto agli anni precedenti per via delle misure di contenimento della spesa messe in campo a livello nazionale (ulteriore blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro per la validità di un triennio con decorrenza anno 2010, interventi sulla spesa farmaceutica, ecc.). La spesa media pro-capite nazionale nel 2012 è di 1.914 euro, a livello territoriale si riscontra un'ampia variabilità, con il minimo di 1.713 euro della Campania fino ad oltre 2.000 euro per le P.A. di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta, il Lazio e il Molise. La Basilicata si attesta sul valore di 1.843 euro pro-capite che si riduce a 1.829 euro pro-capite nel 2013.
- L'intervento pubblico esercita un'importante funzione di redistribuzione: il riparto delle risorse porta a garantire una quota capitaria pro-capite pari in media a 1.963 euro, con un massimo di 2.267 euro in Valle d'Aosta e un minimo di 1.756 euro in Campania, con un differenziale quindi del 22,5%. La quota capitaria assegnata alla Basilicata nel 2012 è pari a 1.877 euro pro-capite.

- Nonostante la redistribuzione, i disavanzi si concentrano nel Centro Sud: di fatto Lazio, Sicilia, Sardegna e Campania, in base ai risultati di esercizio, da sole rappresentano quasi il 77% del disavanzo complessivo del sistema sanitario nazionale.
- Disavanzi che, per l'anno 2012, hanno portato ad una della perdita complessiva netta del SSN di 1,043 miliardi di euro, in riduzione rispetto agli anni precedenti (nel 2010 il disavanzo era di 2,196 mld di euro, ridotto nel 2011 a 1,261 mld di euro), grazie alle misure di contenimento della spesa messe in campo a livello nazionale (ulteriore blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro per la validità di un triennio con decorrenza anno 2010, interventi sulla spesa farmaceutica, ecc.).

- La spesa sanitaria della Regione Basilicata per il funzionamento del servizio sanitario regionale è aumentata di circa il 2% dal 2008 e il 2012, passando da 1,016 a 1,039 miliardi di euro. Le risorse attribuite nel 2012 ammontano a 1,032 miliardi di Euro, con un incremento di circa il 4% rispetto al 2008.

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

* Relazione Sanità Corte dei Conti agosto 2013

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

ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

L'Azienda concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Basilicata secondo i principi di equità nell'accesso, adeguatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza.

La nostra azione si concretizza attraverso:

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

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

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

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

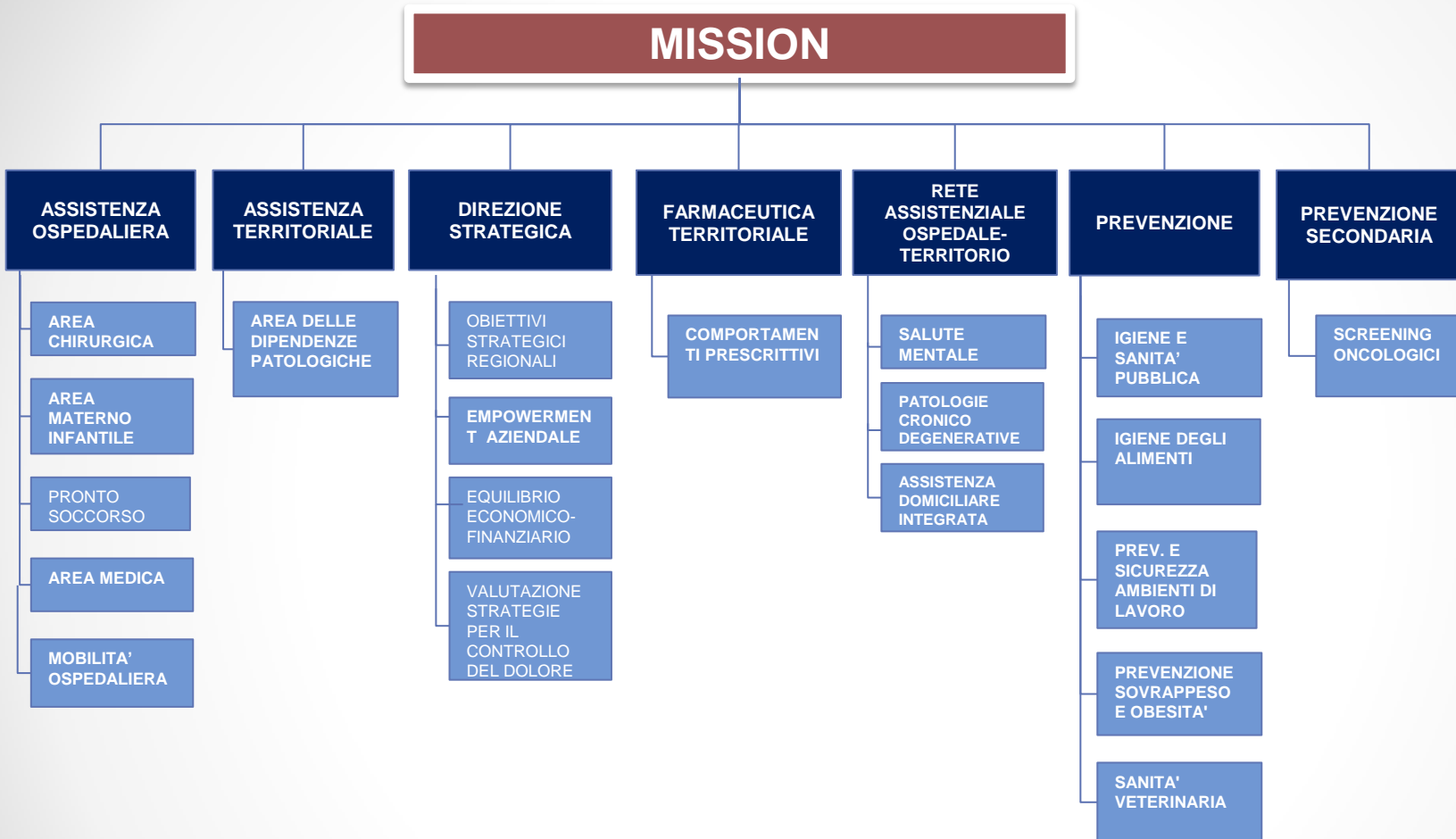
la promozione di una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.

Missione



- La **mission** dell'ASP di Potenza si applica a tutte le **aree strategiche** che istituzionalmente sono oggetto di intervento per l'Azienda.
- Per ognuna di esse, sono individuate le **sub-aree** (ossia degli ambiti omogenei di operatività dell'Azienda) e, le principali correlazioni logiche tra le aree e le sub-aree (ossia le integrazioni operative che devono essere ricercate e perfezionate attraverso l'organizzazione per erogare servizi assistenziali di qualità).

Aree e sub-aree strategiche

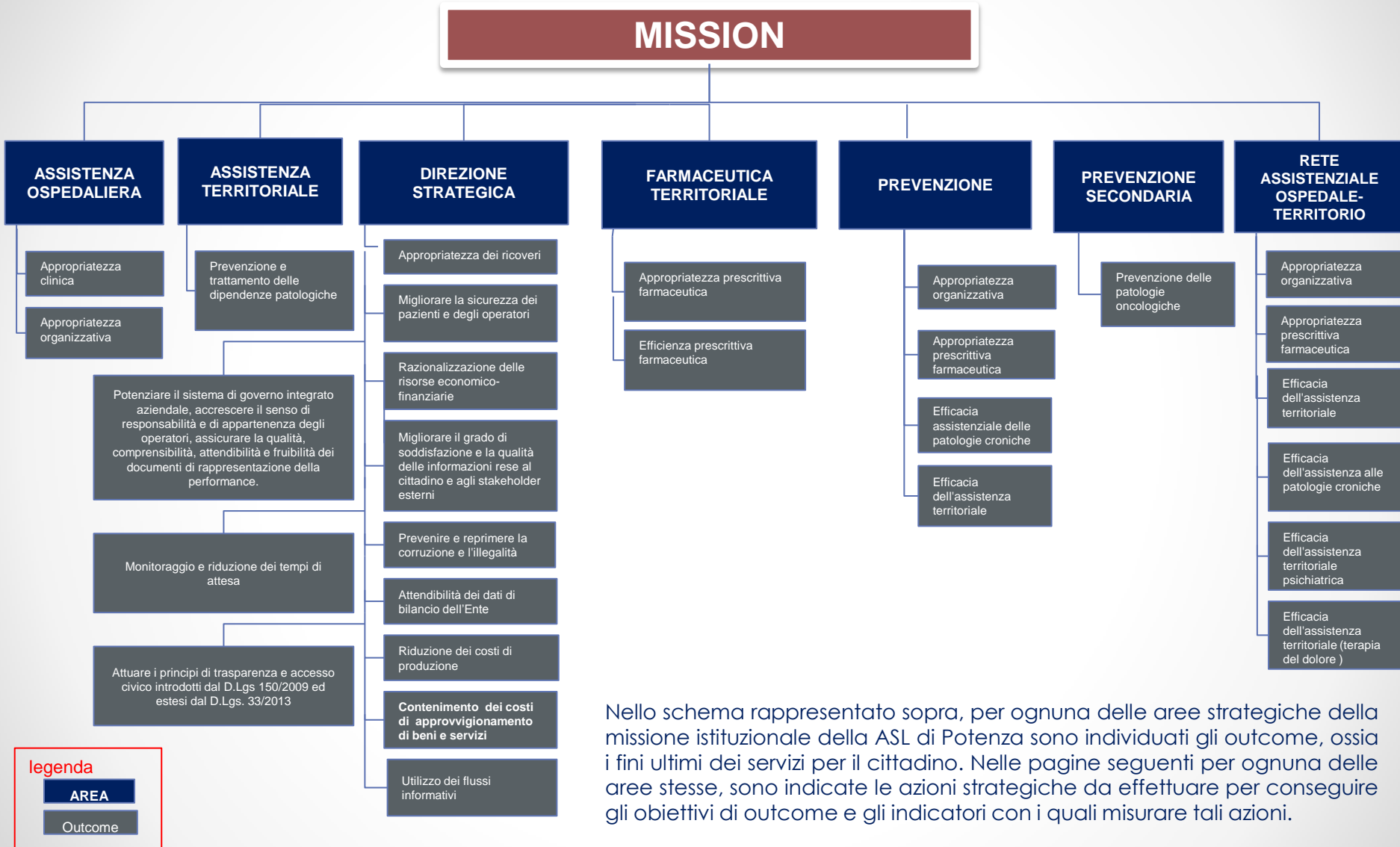


legenda

AREA

SUB AREA

Aree e sub-aree strategiche



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

AREA CHIRURGICA

AREA MATERNO
INFANTILE

PRONTO SOCCORSO

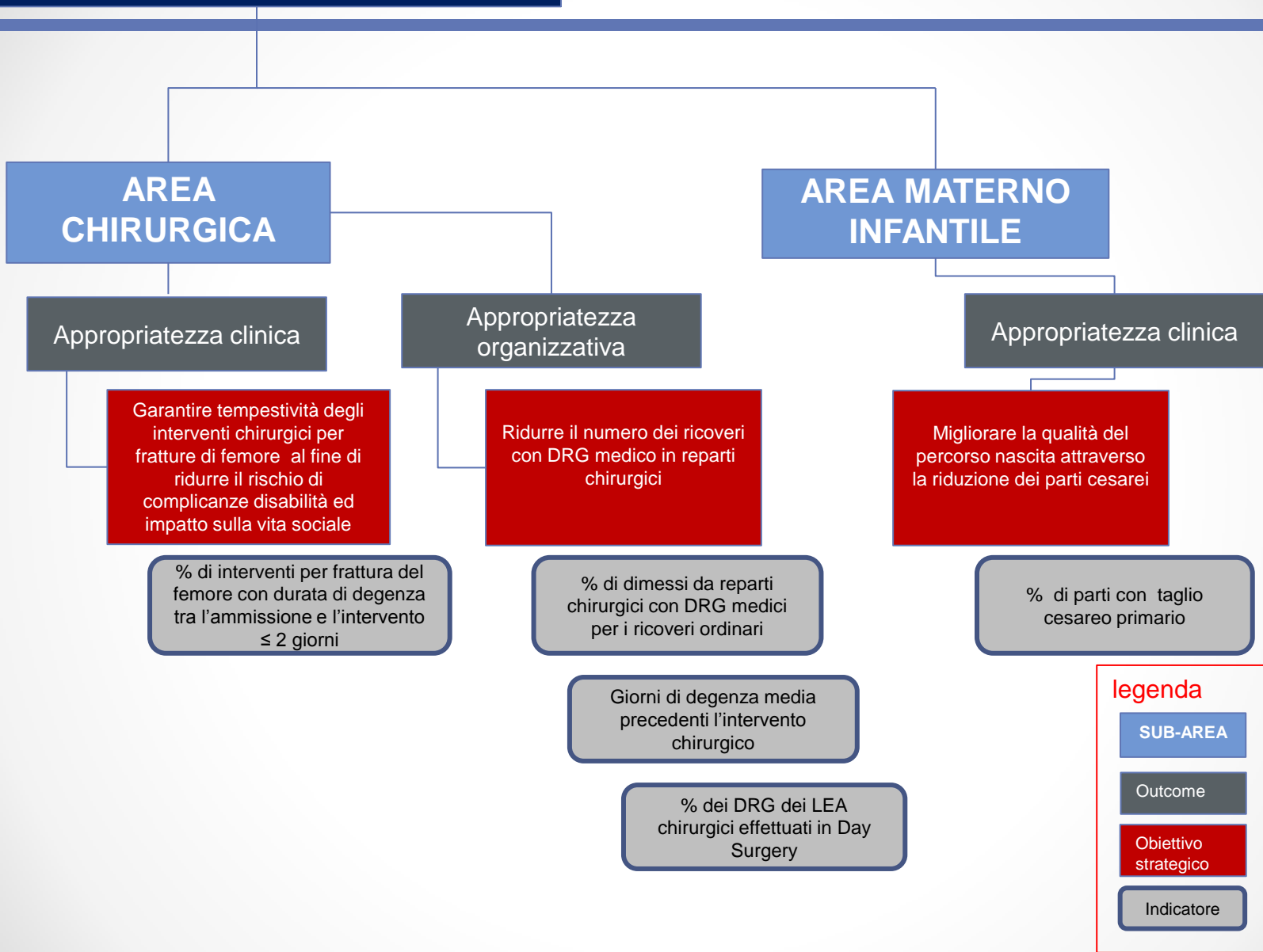
AREA MEDICA

MOBILITA' OSPEDALIERA

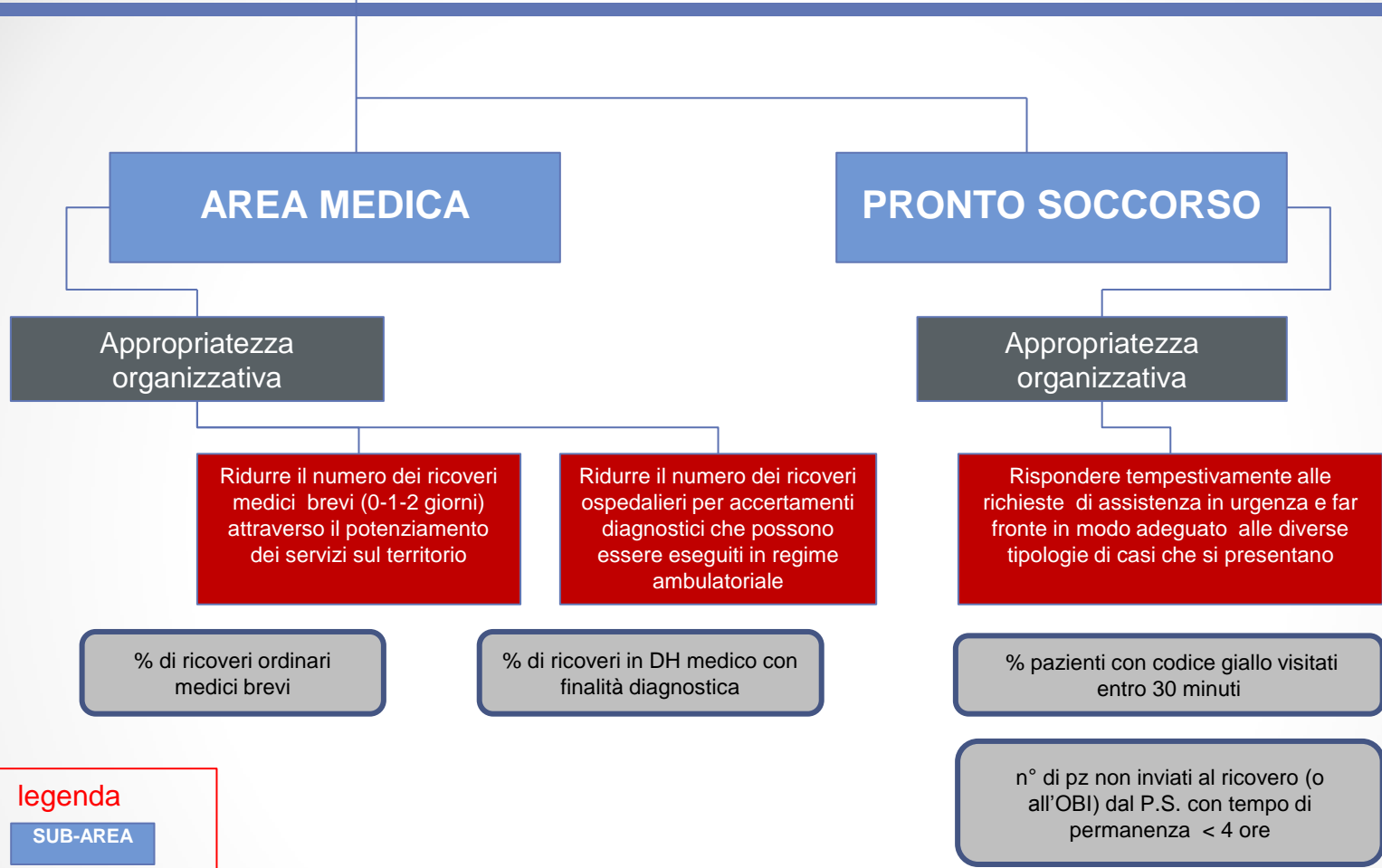
PRINCIPALI SFIDE

- **Miglioramento dell'appropriatezza delle cure**
- **Miglioramento dell'accessibilità ed efficacia organizzativa dei servizi e della sicurezza del paziente in ambito ospedaliero.**
- **Recupero della mobilità passiva ospedaliera e miglioramento del saldo di mobilità (attiva/passiva).**

ASSISTENZA OSPEDALIERA

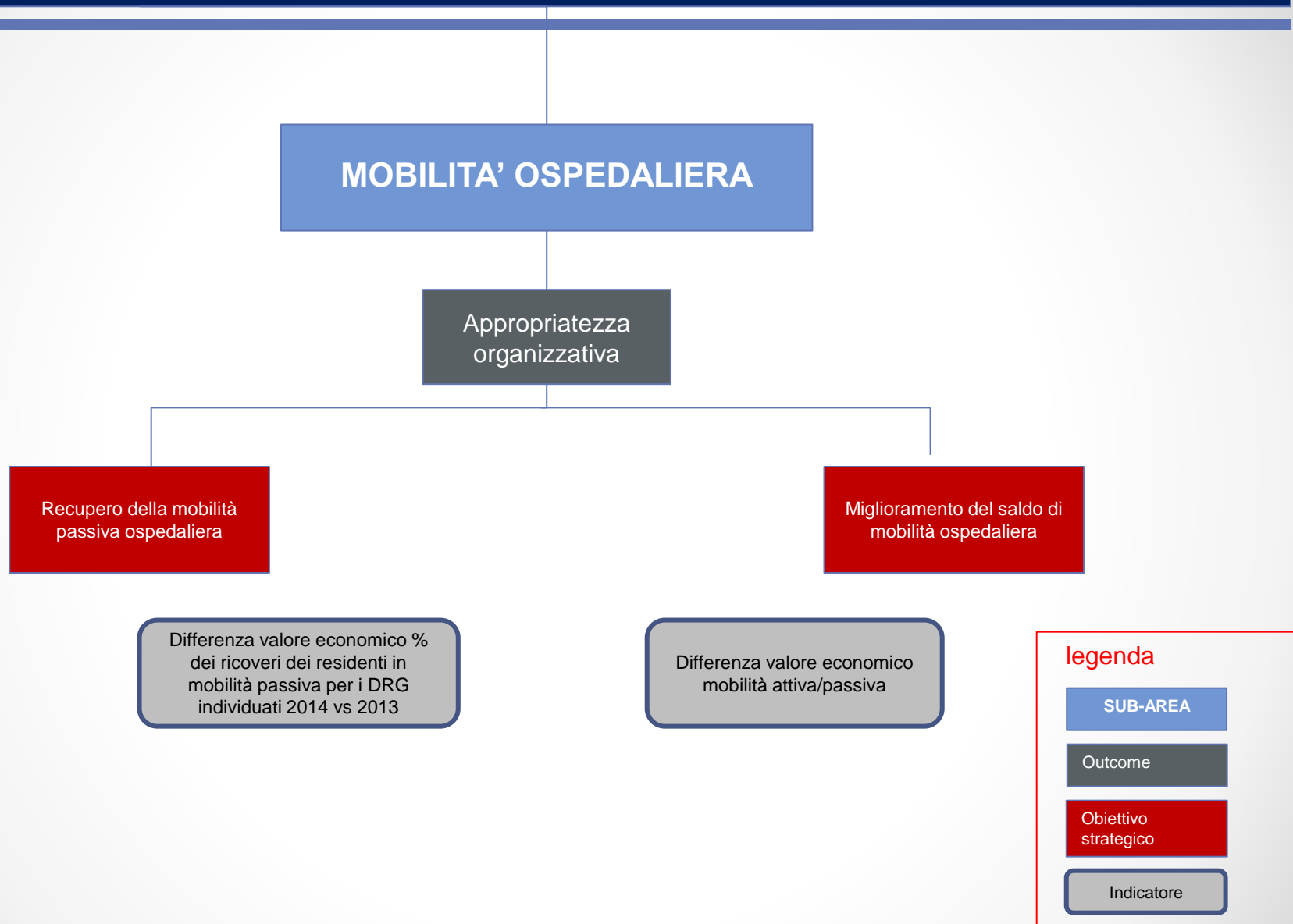


ASSISTENZA OSPEDALIERA



legenda

- SUB-AREA
- Outcome
- Obiettivo strategico
- Indicatore



AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

PRINCIPALI SFIDE

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

AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**EMPOWERMENT
AZIENDALE**

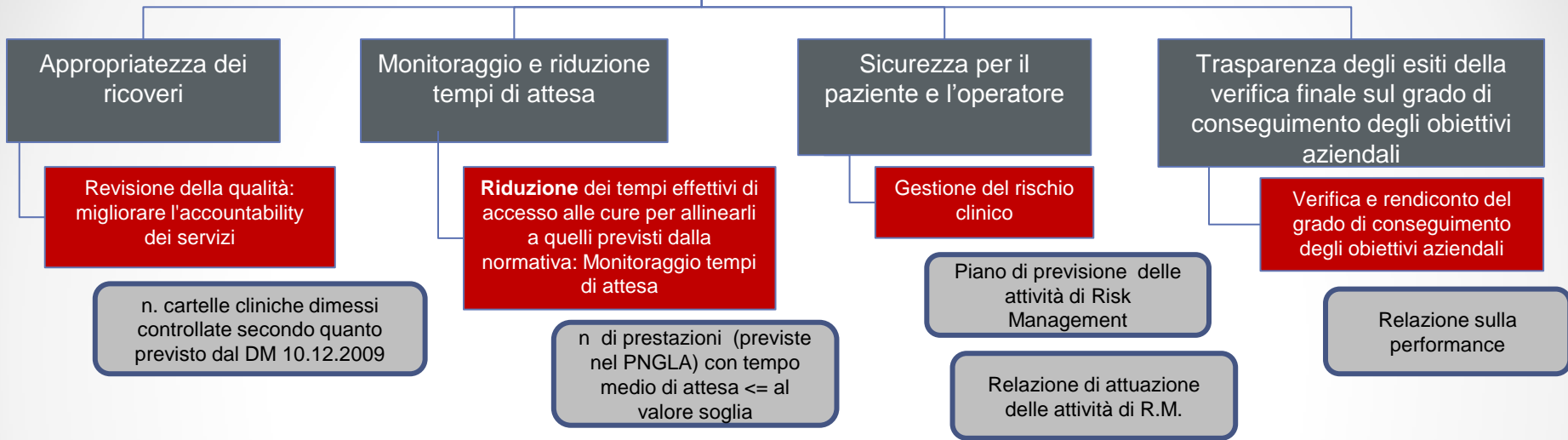
**EQUILIBRIO DELLA
GESTIONE ECONOMICO-
FINANZIARIA**

**OBIETTIVI STRATEGICI
REGIONALI**

PRINCIPALI SFIDE

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

EMPOWERMENT AZIENDALE



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE

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

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

Adozione del Piano della Performance triennale con aggiornamento annuale

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

Adozione della Relazione sulla Performance

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

Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni

Piano della Comunicazione

Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi

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

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

Produzione bilancio sociale

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

Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza

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

Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa

Programma triennale della Trasparenza con aggiornamento annuale

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

Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente

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

Certificazione del bilancio

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EMPOWERMENT AZIENDALE

Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità

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

Piano di prevenzione della corruzione

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

Relazione annuale di attuazione del Piano di Prevenzione della Corruzione

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

Grado di attuazione degli adempimenti previsti entro i termini

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

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

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

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

Percorso formativo per l' RPRC

legenda

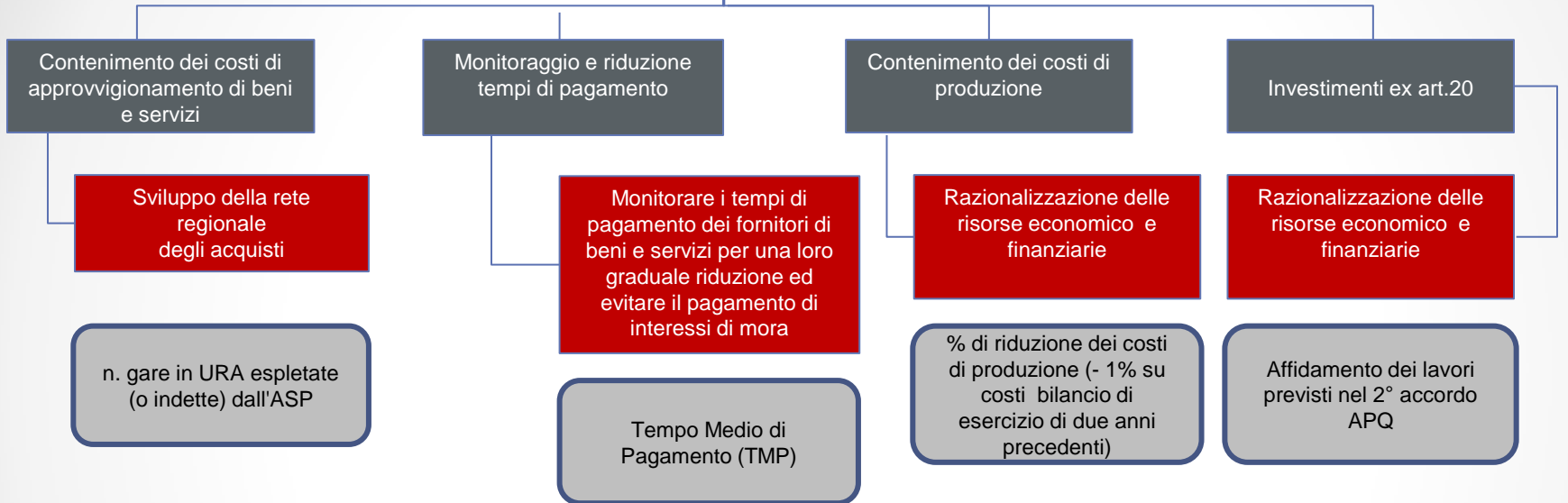
SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

EQUILIBRIO DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA



legenda

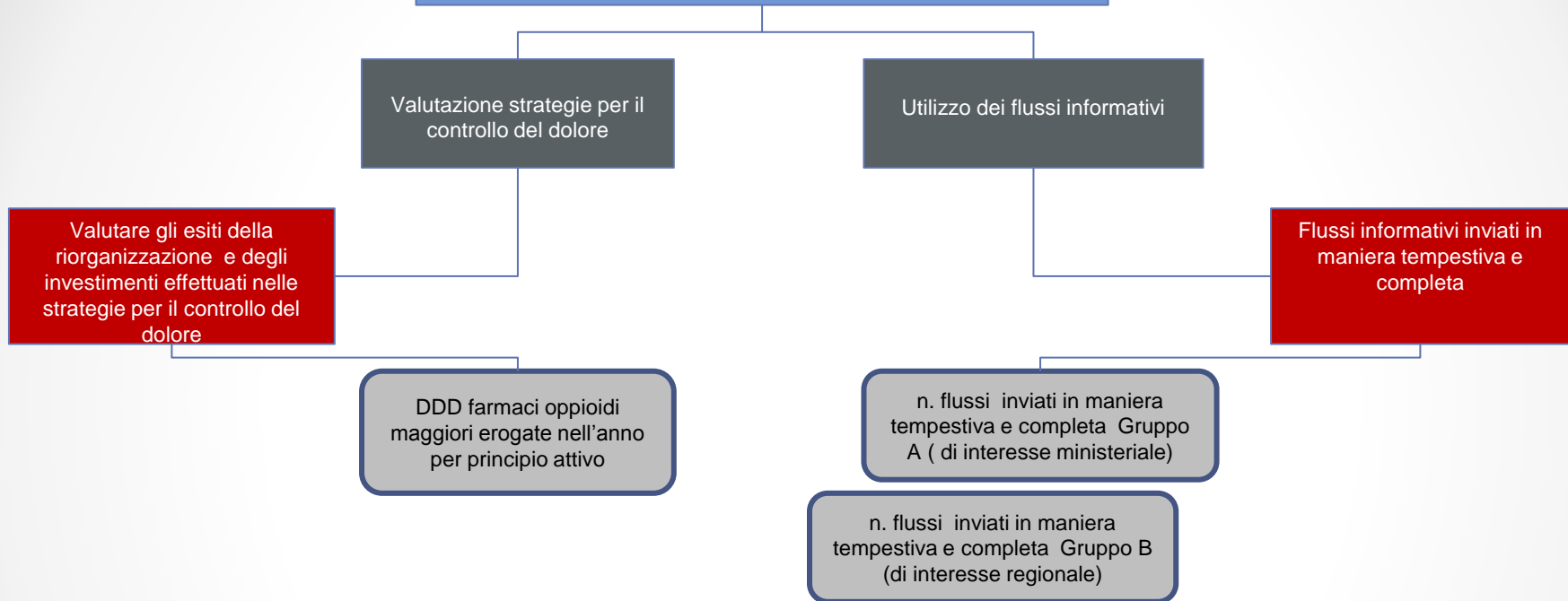
SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI



legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

COMPORAMENTI PRESCRITTIVI

PRINCIPALI SFIDE

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

FARMACEUTICA TERRITORIALE

COMPORAMENTI PRESCRITTIVI

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Efficacia assistenziale territoriale

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

% di abbandono di pazienti in terapia con statine

Efficacia assistenziale territoriale

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

Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza

DDD di farmaci antibiotici erogati/anno

Efficienza prescrittiva farmaceutica

Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci

% di ACE inibitori associati non coperti da brevetto

% di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto

% di sartani a brevetto scaduto (C09DA) presenti nella lista di trasparenza AIFA associato sui sartani associati (C09DA)

% di sartani a brevetto scaduto (C09CA) presenti nella lista di trasparenza AIFA non associato sui sartani non associati (C09CA)

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

Incidenza % della spesa farmaceutica territoriale sul FSR assegnato

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**IGIENE SANITA'
PUBBLICA**

IGIENE DEGLI ALIMENTI

**PREVENZIONE E
SICUREZZA AMBIENTI DI
LAVORO**

**PREVENZIONE
SOVRAPPESO E OBESITÀ**

SANITA' VETERINARIA

PRINCIPALI SFIDE

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

PREVENZIONE

IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione

Migliorare la copertura vaccinale

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

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

Copertura vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia)

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

Copertura vaccinale antinfluenzale over 64 anni

IGIENE DEGLI ALIMENTI

Sicurezza degli alimenti

Semplificazione delle procedure amministrative per le imprese

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

PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro

% di imprese attive sul territorio controllate/anno

Realizzare eventi di educazione alla prevenzione

Numero di eventi di educazione alla prevenzione realizzati /anno

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

PREVENZIONE

SANITA' VETERINARIA

Sicurezza degli alimenti

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

% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina

% di allevamenti controllati per TBC bovina

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

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

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

PREVENZIONE SOVRAPPESO E OBESITA'

Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare

Diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione

numero interventi educativi attuati nelle scuole/anno

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

SCREENING ONCOLOGICI

PRINCIPALI SFIDE

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

PREVENZIONE SECONDARIA

SCREENING ONCOLOGICI

Prevenzione delle patologie oncologiche

Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening

Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening

Estensione grezza dello screening cervice uterina

Estensione grezza dello screening mammografico

Adesione grezza dello screening cervice uterina

Adesione grezza dello screening mammografico

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**PATOLOGIE CRONICO
DEGENERATIVE**

SALUTE MENTALE

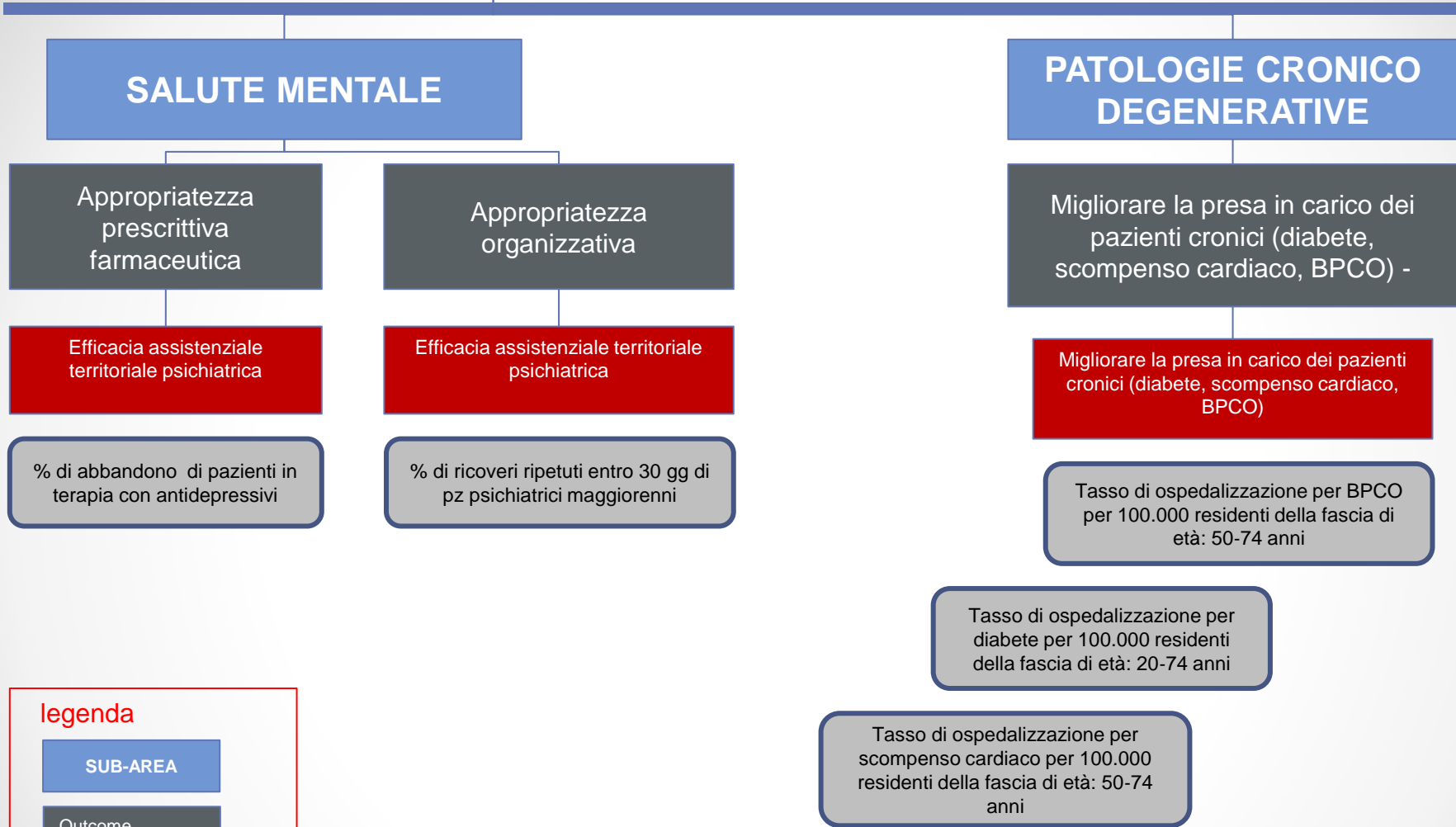
**ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA**

**TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE**

PRINCIPALI SFIDE

- **Migliorare l'appropriatezza delle cure**
- **Migliorare l'efficacia dell'assistenza territoriale.**
- **Contenere il numero di ricoveri ospedalieri per abitante al fine di riallocare le risorse per l'attivazione dei servizi territoriali.**
- **Migliorare la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronic-degenerative**
- **Favorire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale**
- **Migliorare il grado di estensione dell'assistenza domiciliare al fine di contrastare l'istituzionalizzazione impropria e precoce degli anziani**

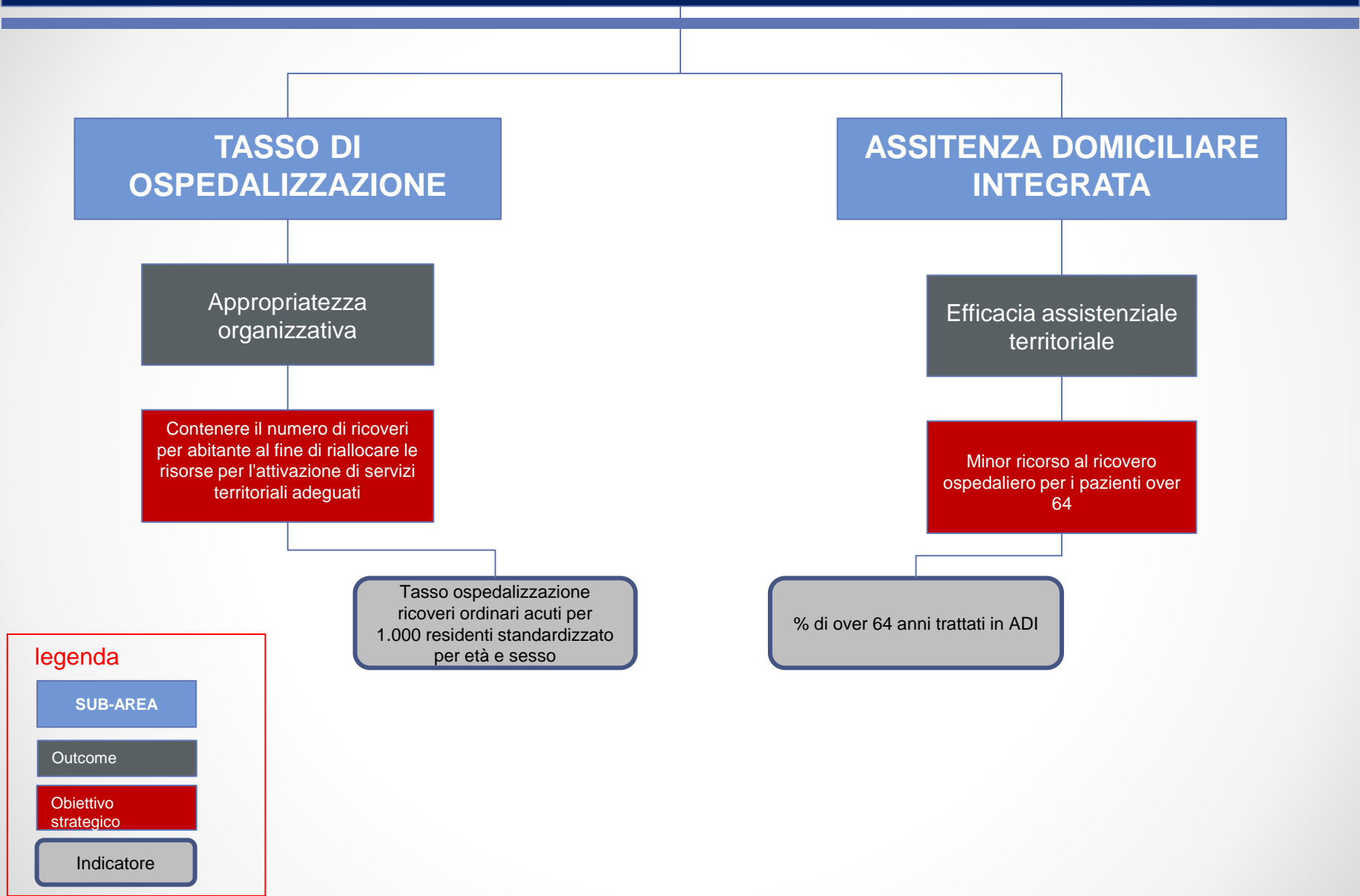
RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO



legenda

- SUB-AREA
- Outcome
- Obiettivo strategico
- Indicatore

RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO



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

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

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano

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

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

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

Analisi per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance

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

Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

- La corruzione trova terreno fertile nella scarsa qualità della burocrazia, in sistemi sanzionatori percepiti come inefficaci, nell'eccesso di norme ed oneri burocratici, nella scarsa diffusione della cultura della trasparenza nell'azione amministrativa.
- E' necessario perciò che il Ciclo di gestione della Performance sia pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.
- L'Azienda Sanitaria di Potenza, in applicazione della L. n.190/2012 sulla prevenzione della corruzione e del D. Lgs. n.33/2013 di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione:
 - ❖ con delibera n.137 del 06.03.2013 è stata approvato il **Codice Etico**.
 - ❖ con delibera n.219 del 15.04.2013 ha nominato il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione**;
 - ❖ con delibera n.222 del 16.04.2013 ha nominato il **Responsabile della Trasparenza**;
 - ❖ con delibera n.377 del 14.06.2013 ha recepito il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (ex DPR n.62/2013);
 - ❖ con delibera n. 418 del 05.08.2014 è stata approvata la procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità nell'ASP (**Whistleblowing Policy**).
 - ❖ con delibera n.35 del 27.12.2015 ha approvato il **Programma Triennale per la Trasparenza e il Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2013-2015**.

Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

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

Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

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

Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

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

Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

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

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

- Il processo di pianificazione, programmazione e controllo ha l'obiettivo di organizzare in modo efficace ed efficiente il complesso delle attività finalizzate a definire gli obiettivi strategici e della gestione aziendale, individuare e monitorare le azioni che consentono di conseguirli, controllare i risultati conseguiti rispetto a quanto pianificato e programmato.
- Da tale considerazione emerge con chiarezza lo stretto nesso che esiste tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance.
- Infatti, l'ASP - nell'ambito della realizzazione degli Step del Percorso attuativo di Certificabilità definito dalla Regione Basilicata in attuazione del D.M. Salute 1 Marzo 2013 - con Delibera n 775 del 27.12.2013, ha approvato il **Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo** in cui sono descritte le procedure strategiche di pianificazione e programmazione aziendale.
- Tra le procedure sistematizzate nel Manuale si ritrovano anche quelle relative all'elaborazione del **Piano Triennale della Performance**, all'adozione del budget generale e operativo, alla definizione del sistema di controllo e monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali.
- Pertanto, una volta adottato il **Sistema di Valutazione della Performance** in corso di validazione, il percorso di integrazione del Ciclo di P&C con il Ciclo di gestione della Performance potrà considerarsi pienamente realizzato.

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
1	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Monitoraggio tempi di attesa di prestazioni entro soglia	Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa	n.prestazioni con tempo medio di attesa inferiore o uguale al valore soglia	n.prestazioni con tempo medio di attesa inferiore o uguale al valore soglia/n.prestazioni rilevate nei LEA x 100	=	=	=	ND	>90	>90	>90	DGR 452/2014
2	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Contenimento dei costi di approvvigionamento di beni e servizi	Sviluppo della rete regionale degli acquisti	completamento gare in URA previste nell'allegato A DGR 298/2012	n. gare in URA espletate dall'ASP*100/n.gare in URA previste nell'allegato A DGR 298/2012	=	=	3/6 (50%)	ND	100%	100%	100%	DGR 452/2014
3	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Contenimento dei costi di produzione	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie.	% abbattimento dei costi di produzione	CdP anno di rif. - CdP di due anni precedenti /CdP di due anni precedenti * 100	-0,28%	-1,95%	-0,81%	ND	-1%	-1%	-1%	DGR 452/2014
4	DIREZIONE STRATEGICA	REVISIONE CONTABILE	Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie mediante attuazione dei principi di revisione contabile	Certificazione del bilancio	Opinion Ente certificatore (SI/NO/Positiva con limitazioni)	=	in corso	in corso	ND	OPINION POSITIVA	OPINION POSITIVA	OPINION POSITIVA	DGR 452/2014
5	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie	Monitorare i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi per una loro graduale riduzione ed evitare il pagamento di interessi di mora	Tempo Medio di Pagamento (TMP)	Debiti verso fornitori/Acquisti (materie prime e servizi) / 360	=	82	76,5	ND	< 60	< 60	< 60	art. 23, comma 5, lett. a), della Legge 69/2009

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
6	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie	Allocare correttamente le risorse per gli investimenti	Affidamento dei lavori individuati nel 2° accordo integrativo APQ entro la data prevista	n° lavori individuati nel 2° accordo integrativo APQ affidati entro la data prevista/ n.lavori individuati nel 2° accordo integrativo APQ	=	=	SI	ND	SI	SI	SI	DGR 452/2014
7	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Prevenire il rischio di corruzione nell'attività amministrativa dell'ente con azioni di prevenzione e di contrasto dell'illegalità	Adozione del Piano di prevenzione della corruzione e pubblicazione sul sito	=	=	=	SI	ND	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	Legge 190/2012 (anticorruzione)
8	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Attuare gli adempimenti previsti in capo ai responsabili di struttura nei confronti del RPC nel cronoprogramma delle competenze	Grado di attuazione degli adempimenti previsti nel cronoprogramma entro i termini	assenza di negatività segnalate dal responsabile anticorruzione e/o rilevabili nella Relazione di attuazione del Piano	=	=	SI	ND	SI -entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre	SI -entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre	SI -entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre	Piano Triennale anticorruzione 2015-2017
9	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Definire le procedure per selezionare e formare i dipendenti nei settori a rischio	Definizione delle procedure di selezione e formazione dei dipendenti	=	=	=	SI	ND	SI - entro il 31 marzo	SI - entro il 31 marzo	SI - entro il 31 marzo	Piano Triennale anticorruzione 2015-2017
10	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Attuare il programma formativo per i dipendenti nei settori a rischio	n.1 corso-base per i dipendenti delle aree a rischio (punto 8 del Piano) - n.1 percorso formativo per l' RPRC	N. eventi e/o percorsi formativi realizzati/n. di eventi e/o percorsi formativi programmati	=	=	SI	ND	SI - entro il 30 novembre	SI - entro il 30 novembre	SI - entro il 30 novembre	Piano Triennale anticorruzione 2015-2017
11	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità	Elaborazione della relazione annuale di attuazione del Piano di prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano	=	=	=	SI	ND	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	Piano Triennale anticorruzione 2015-2017
12	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013	Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Approvazione del Programma Triennale della Trasparenza e aggiornamenti annuali	=	=	=	SI	ND	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza)

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
13	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013	Realizzazione e aggiornamento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Assolvimento degli obblighi di pubblicazione, monitoraggio e vigilanza previsti dalla Delibera ANAC n 50/2013	=	=	=	SI	ND	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	Delibera ANAC
14	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Promuovere incontri e iniziative finalizzate a promuovere la cultura della legalità, integrità e trasparenza e la conoscenza della Carta etica	=	=	=	=	ND	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	SI - entro il 31 dicembre	art.11,co2,D.LGS 150/2009-D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) - Delibera CIVIT n.105/2010
15	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Potenziare il sistema di governo integrato aziendale, accrescere il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori, assicurare la qualità, comprensibilità, attendibilità e fruibilità dei documenti di rappresentazione della performance.	Ciclo di Gestione della Performance: dare avvio al Ciclo di G.P.	Approvazione Piano delle Performance triennale con aggiornamento annuale - pubblicazione sul sito	=	=	=	SI	ND	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	SI - entro il 31 gennaio	DLGS 150/2009
16	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Potenziare il sistema di governo integrato aziendale, accrescere il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori, assicurare la qualità, comprensibilità, attendibilità e fruibilità dei documenti di rappresentazione della performance.	Ciclo di Gestione della Performance: verifica e rendiconto del grado di conseguimento degli obiettivi aziendali	Adozione Relazione sulla Performance e pubblicazione sul sito	=	=	SI	SI	ND	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	DL 150/2009
17	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Customer satisfaction: Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	Realizzazione indagini di C.S. - Produzione relazione sulla C.S. - invio e pubblicazione sul sito web aziendale	n. indagini di C.S.realizzate/n.indagini di C.S. progr.	2	2	1	ND	almeno un'indagine/anno - invio e pubblicazione relazione CS entro il 28 febbraio	almeno un'indagine/anno - invio e pubblicazione relazione CS entro il 28 febbraio	almeno un'indagine/anno - invio e pubblicazione relazione CS entro il 28 febbraio	DGR 337/2013

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
18	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Rendere conto agli stakeholder esterni del grado di perseguimento della mission aziendale, delle responsabilità ed impegni assunti.	Produzione, invio e pubblicazione sul sito web del bilancio sociale	approvazione e pubblicazione Bilancio Sociale	=	=	SI	ND	SI - entro il 31 maggio	SI - entro il 31 maggio	SI - entro il 31 maggio	DGR 337/2013 - Piano della Performance Aziendale
19	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino e stakeholder esterni	Redazione del Piano aziendale della Comunicazione	approvazione e pubblicazione Piano della Comunicazione	SI	SI	SI	ND	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	DGR 606/2010
20	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Appropriatezza dei ricoveri	Revisione della qualità: migliorare l'accountability dei servizi	cartelle cliniche dimessi controllate secondo quanto previsto dal DM 10.12.2009	n.cartelle cliniche controllate/n. dimessi *100	=	10,68	11,26%	ND	≥ 10%	≥ 10%	≥ 10%	DGR 452/2014
21	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Appropriatezza dei ricoveri	Revisione della qualità: migliorare l'accountability dei servizi	Elaborazione e invio in Regione relazione sul controllo delle cartelle cliniche	=	=	SI	SI	ND	SI - entro il 15 maggio	SI - entro il 15 maggio	SI - entro il 15 maggio	DGR 452/2014
22	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Gestione del rischio clinico	Elaborazione e invio in Regione del Piano di previsione delle attività di Risk Management	=	=	SI	SI	ND	SI - entro il 31 marzo	SI - entro il 31 marzo	SI - entro il 31 marzo	DGR 452/2014
23	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Gestione del rischio clinico	Elaborazione e invio in Regione della Relazione di attuazione delle attività di Risk Management	=	=	SI	SI	ND	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	DGR 452/2014
24	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO A (di interesse ministeriale)	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO A (di interesse ministeriale)/n.flussi da inviare	=	100%	100%	ND	100%	100%	100%	DGR 452/2014
25	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO B (di interesse regionale)	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO B (di interesse regionale)/n.flussi da inviare	=	100%	100%	ND	100%	100%	100%	DGR 452/2014

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
26	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Appropriatezza clinica (chirurgica)	Garantire tempestività degli interventi chirurgici per fratture di femore al fine di ridurre il rischio di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale	% di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	N. interv per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni *100/Num interv per frattura del femore	29,66%	42,30%	61,34%	ND	>60%	>60%	>60%	DGR 452/2014
27	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MATERNO INFANTILE	Appropriatezza clinica (chirurgica)	Migliorare la qualità del percorso nascita attraverso la riduzione dei parti cesarei	% di parti con taglio cesareo primario	N. parti cesarei primari *100/N tot parti con nessun pregresso cesareo	27,65%	28,44%	22,96%	ND	< 25%	< 25%	< 25%	DGR 452/2014
28	ASSISTENZA OSPEDALIERA	MOBILITA OSPEDALIERA	Appropriatezza organizzativa	Recupero della mobilità passiva ospedaliera	Differenza valore economico % dei ricoveri dei residenti in mobilità passiva per i DRG individuati 2014 vs 2013	Valore 2014-Valore 2013/Valore 2013 *100	=	=	=	ND	> 20	> 20	> 20	DGR 452/2014 come modificata dalla DGR 646/2014
29	ASSISTENZA OSPEDALIERA	MOBILITA OSPEDALIERA	Appropriatezza organizzativa	Miglioramento del saldo di mobilità ospedaliera	Differenza valore economico mobilità attiva/passiva	Valore economico mobilità attiva/valore economico mobilità passiva	=	=	=	ND	> 0,62	> 0,62	> 0,62	DGR 452/2014
30	ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	Appropriatezza organizzativa (PS)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	N. pazienti in PS con cod. giallo visitati entro 30 minuti x100/N. pazienti in PS con cod. giallo visitati entro e oltre 30 minuti	=	=	91%	ND	> 90%	> 90%	> 90%	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
31	ASSISTENZA OSPEDALIERA	PRONTO SOCCORSO	Appropriatezza organizzativa (PS)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	% di pz non inviati al ricovero (o all'OBI) dal P.S. con tempo di permanenza < 4 ore	n.pz non inviati al ricovero (o all'OBI) con tempi di permanenza entro le 4 ore /n.pz non inviati al ricovero (o all'OBI) con tempi di permanenza < 4 ore	91,46%	89,56%	90,40%	ND	>90%	>90	>90	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
32	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza organizzativa (medica)	Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri per accertamenti diagnostici che possono essere eseguiti in regime ambulatoriale	% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica*100/N. di ricoveri in DH medico	65,18	56,45%	35,03%	ND	< 30	< 30	< 30	DGR 452/2014

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
33	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza organizzativa (medica)	Ridurre il numero dei ricoveri medici brevi (0-1-2 giorni) attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio	% di ricoveri ordinari medici brevi	N. di ricoveri ordinari medici brevi*100/N. di ricoveri ordinari medici	14,61	8,95%	7,59%	ND	< 12	< 12	< 12	DGR 452/2014
34	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza organizzativa (chirurgica)	Ridurre la degenza media pre-intervento (ricoveri programmati)	n. giornate di degenza precedenti l'intervento chirurgico (media)	n. giornate di degenza precedenti l'intervento chirurgico/n.dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	1,50	1,37	0,99	ND	<1	<1	<1	DGR 337/2013
35	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Appropriatezza organizzativa (chirurgica)	Ridurre il numero dei ricoveri con DRG medico in reparti chirurgici	% di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari	n. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici*100/N. di dimessi da reparti chirurgici	40,26%	30,28%	17,91%	ND	< 20	< 20	< 20	DGR 452/2014
36	ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Appropriatezza organizzativa (chirurgica)	Aumentare il numero dei DRG dei LEA chirurgici effettuati in Day Surgery	% DRG dei LEA chirurgici effettuati in Day Surgery	n.DRG dei LEA chirurgici effettuati in Day Surgery/n.DRG dei LEA chirurgici	72,08%	65,47%	67,59%	ND	> 65	> 65	> 65	DGR 452/2014
37	ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Realizzare eventi di informazione e formazione (dipendenza da fumo)	Num di eventi di educazione sanitaria antifumo nelle scuole (studenti medi inf/superiori)	Num. di eventi di educazione sanitaria anti-fumo/anno nelle scuole	6	6	7	ND	> 6	> 6	> 6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
38	ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Realizzare eventi di informazione e formazione (alcolismo)	Num di eventi di educazione sanitaria nelle scuole (studenti medi inf. e superiori)	num di eventi di educazione sanitaria contro l'abuso di alcool/anno nelle scuole	6	6	24	ND	≥ 6	≥ 6	≥ 6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
39	ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Realizzare eventi di informazione e formazione (ludopatie)	num di eventi di educazione ai corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie	num di eventi di educazione ai corretti stili di vita per contrastare il fenomeno delle ludopatie/anno nelle scuole	=	=	3	ND	≥ 6	≥ 6	≥ 6	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
40	ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Attivare/dare continuità alle attività ambulatoriali per il contrasto del fenomeno dell'alcolismo e delle ludopatie	Num. di ambulatori per il contrasto dell'alcolismo e delle ludopatie attivi	n.ambulatori attivi/n.ambulatori programmati	=	=	1	ND	≥ 3	≥ 3	≥ 3	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
41	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti over 64	% di over 64 anni trattati in ADI	N. di over 64 anni trattati in ADI/Pop residente over 64 anni x 100	6,18	8,21	7,66%	ND	> 5,5	> 5,5	> 5,5	DGR 452/2014

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
42	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	N. ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni x 100.000/Pop residente della fascia di età: 50-74	383,51	302,32	334,18	ND	< 245	< 245	< 245	DGR 452/2014
43	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti della fascia di età: 20-74 anni	N. ricoveri per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni x100.000/Pop residente della fascia di età: 20-74	56,17	29,45	29,13	ND	< 32	< 32	< 32	DGR 452/2014
44	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni x100.000/Pop residente della fascia di età: 50-74	63,21	38,25	36,83	ND	< 50	< 50	< 50	DGR 452/2014
45	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	Appropriatezza organizzativa	Contenere il numero di ricoveri per abitante al fine di riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	N. di ricoveri ordinari residenti attesi*1000/n.residenti standardizzato per età e sesso	111,04	99,73	97,65	ND	< 105	< 105	< 105	DGR 452/2014
46	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	SALUTE MENTALE	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ridurre il consumo occasionale di antidepressivi	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100/N. utenti che consumano antidepressivi	30,84%	24,96%	25,74%	ND	< 27%	< 27%	< 27%	DGR 452/2014

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
47	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	SALUTE MENTALE	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	Favorire l'integrazione dei servizi territoriali psichiatrici con i servizi ospedalieri	% di ricoveri ripetuti entro 30 gg pazienti psichiatrici maggiorenni	numero di ricoveri ripetuti dei maggiorenni entro 30 giorni con DRG psichiatrico /num ricoveri con patologia psichiatrica	7,61%	6,38%	6,42%	ND	<8%	<8%	<8%	PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE
48	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE	Efficacia dell'assistenza territoriale (cure palliative)	Valutare gli esiti della riorganizzazione e degli investimenti effettuati nelle strategie per il controllo del dolore	Consumo di farmaci oppioidi	ddd farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo/n.res.x 365	0,79%	0,57%	0,58%	ND	≥ 1	≥ 1	≥ 1	DGR 452/2014
49	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia)	Cicli vaccinali completati al 31 dic per MPR*100/Coorte di bambini che compiono 2 anni	91,77	92,00%	91,00%	ND	> 90%	> 90%	> 90%	DGR 452/2014
50	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale anti Diftto Tetano Pertosse (DTP3) nel bambino a 24 mesi	N. di bambini a 24 mesi vaccinati per DTP/N. bambini a 24 mesi residenti	99%	99,6%	99,4%	ND	> 95%	> 95%	> 95%	DGR 452/2014
51	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale anti Malattia Invasiva da Pneumococco nel bambino a 24 mesi	n.vaccinati Pneumococco a 24 mesi/n.bambini res.a 24 mesi	99%	99,6%	99,3%	ND	> 81%	> 81%	> 81%	DGR 606/2010

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
52	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale anti Malattia Invasiva da Meningococco nel bambino a 24 mesi	n.vaccinati Meningococco a 24 mesi/n.bambini res.a 24 mesi	87%	92%	88%	ND	>81%	>81%	>81%	DGR 606/2010
53	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni	Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni*100/Popolazione di età pari o superiore a 65 anni	61,81%	54,00%	60,04%	ND	> 75%	> 75%	> 75%	DGR 452/2014
54	PREVENZIONE	PREVENZIONE SOVRAPPESO E OBESITA'	Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare	Diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione	numero interventi educativi annui programmati e attuati nelle scuole	n.interventi educativi annui effettuati nelle scuole /n.interventi programmati	=	=	101	ND	100% (>20)	100% (>20)	100% (>20)	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
55	PREVENZIONE	IGIENE DEGLI ALIMENTI	Sicurezza degli alimenti	Semplificazione delle procedure amministrative per le imprese	Chiusura delle procedure di Segnalazione Certificata di inizio attività (SCIA) entro i termini previsti	n. SCIA concluse nei termini/totale SCIA pervenute	100%	100%	100%	ND	100%	100%	100%	PIANO PERFORMANCE AZIENDALE
56	PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di imprese attive sul territorio controllate	Num di imprese attive presenti sul territorio controllate*100/Num di imprese attive presenti sul territorio	=	7,78	7,81%	ND	> 10%	> 10%	> 10%	DGR 452/2014
57	PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Realizzare eventi di educazione alla prevenzione	Numero di eventi di educazione alla prevenzione realizzati	num di eventi di educazione alla prevenzione/anno sulla prevenzione nei luoghi di lavoro	3	3	5	ND	>5	>5	>5	DGR 606/2010

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
58	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	% di allevamenti controllati per TBC bovina	Num allevamenti controllati*100/Num allevamenti da sottoporre a controllo	=	99,90%	99,95%	ND	> 99%	> 99%	> 99%	DGR 452/2014
59	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina	Numero allevamenti controllati*100/Numero allevamenti da sottoporre a controllo	=	99,80%	99,58%	ND	> 99%	> 99%	> 99%	DGR 452/2014
60	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Anagrafe animale - Controllo delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana ed animale	% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina	Num totale aziende ovicaprine controllate*100/Num totale aziende ovicaprine	=	4,94%	5,37%	ND	> 5%	> 5%	> 5%	DGR 452/2014
61	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Contaminazione degli alimenti - Controllo per la riduzione del rischio di uso di farmaci illeciti e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari	% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	Num campioni analizzati*100/Num campioni programmati	=	100%	100%	ND	> 99%	> 99%	> 99%	DGR 452/2014
62	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare l'estensione e l'adesione alle campagne di screening	Estensione grezza dello screening mammografico	V. scheda calcolo indicatori 1.2.1 DGR n.452/2014	94,22%	99,90%	94,25%	ND	>95%	>95%	>95%	DGR 452/2014
63	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening	Adesione grezza dello screening mammografico	V. scheda calcolo indicatori 1.2.2 DGR n.452/2014	53,79%	56,40%	52,34%	ND	>80%	>80%	>80%	DGR 452/2014
64	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare l'estensione e l'adesione alle campagne di screening	Estensione grezza dello screening cervice uterina	V. scheda calcolo indicatori 1.2.3 DGR n.452/2014	93,31%	88,46%	90,90%	ND	>95%	>95%	>95%	DGR 452/2014
65	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening	Adesione grezza dello screening cervice uterina	V. scheda calcolo indicatori 1.2.4 DGR n.452/2014	34,13%	29,00%	25,48%	ND	> 60%	> 60%	> 60%	DGR 452/2014
66	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia dell'assistenza territoriale	Consumo di inibitori di pompa protonica UP/Paz./anno	n.UP di IIP erogate/popolazione residente pesata	30,27	30,48%	29,55%	ND	< 21	< 21	< 21	DGR 452/2014

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
67	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia assistenziale territoriale	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	n.utenti che consumano 1/2 cf. di statine all'anno x 100/ n.utenti che consumano statine	17,72%	13,14%	13,44%	ND	< 13%	< 13%	< 13%	DGR 452/2014
68	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia assistenziale territoriale	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina	n.cf farmaci inibitori dell'angiotensina II, ass. e non, erogati dalle farm. territ. in regime convenzionale X 100/n.farmaci gruppo C9 erogati dalle farm. terr. in regime convenzionale	42,34%	43,88%	43,66%	ND	< 35%	< 35%	< 35%	DGR 452/2014
69	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci	Percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto	n.UP di derivati diidrop. non coperti da brevetto erogati *100/Totale UP erogate	70,65%	92,36%	92,57%	ND	> 75%	> 75%	> 75%	DGR 337/2013
70	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	Spesa per la farmaceutica convenzionata + spesa per distribuzione diretta/ Popolazione residente pesata	253,13	229,80	225,91	ND	< 188	< 188	< 188	DGR 452/2014
71	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci: Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica territoriale	Incidenza % della spesa farmaceutica territoriale sul FSR assegnato	spesa farmaceutica territoriale/valore quota di riparto del FSR x 100	13,10%	13,27%	13,16%	ND	11,35%	11,35%	11,35%	DGR 337/2013

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

N.ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015 - Target	Piano 2016 - Target	Piano 2017 -Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA												
72	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci	Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto	n.Up di Ace inib. Associati non coperti da brevetto erogate *100/n.UP di aceinib.associati	93,05%	87,19%	86,36%	ND	> 84%	> 84%	> 84%	DGR 452/2014
73	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci	Percentuale di sartani a brevetto scaduto(C09CA) presenti nella lista di trasparenza AIFA non associato sui sartani non associati (C09CA)	N.Up di sartani a brevetto scaduto non associati/n.UP di sartani non associati	13,02%	15,98%	15,96%	ND	> 18	> 18	> 18	DGR 337/2013
74	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci	Percentuale di sartani a brevetto scaduto (C09DA) presenti nella lista di trasparenza AIFA associato sui sartani associati (C09DA)	N.Up di sartani a brevetto scaduto associati/n.UP di sartani associati	13,70%	18,00%	17,80%	ND	> 19	> 19	> 19	DGR 337/2013
75	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ridurre la diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza	DDD di farmaci antibiotici erogati/anno	DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000/N. residenti x 365	26,21	23,77%	25,60%	ND	< 20	< 20	< 20	DGR 452/2014