

Documento di Direttive

(art. 17 Legge Regionale 27 marzo 1995, n. 34)

Anno 2020



Premessa

Il presente Documento di Direttive, elaborato ai sensi dell'art. 17 della L.R. n. 34/1995, definisce le linee di indirizzo e gli obiettivi istituzionali e strategici aziendali individuati dalla Direzione Generale come prioritari per l'anno 2020, coerentemente con le scelte strategiche regionali approvate con DGR n. 395/2019 *“Obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le direzioni generali delle aziende ASP, ASM e AOR San Carlo di Potenza e per la Direzione Generale dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture - anni 2018-2020 - Modifiche ed integrazioni - Anno 2019”* e con gli atti di programmazione aziendale che di seguito si elencano:

- Bilancio Economico Preventivo 2020 e triennale 2020 - 2022 approvato con Delibera del Direttore Generale (DDG) n. 723 del 08.11.2019
- Bilancio di Esercizio 2018 approvato in via definitiva con DDG n. 438 del 21/06/2019 e adottato dalla Regione Basilicata con DGR n. 506 del 3/07/2018;
- Piano Attuativo Locale 2018-2020 approvato con DDG n. 780 del 15.12.2017;
- DDG n. 02 del 08/01/2020 *“Avvio processo di negoziazione budget operativo anno 2020 – Costituzione del Comitato di Budget, nomina dei suoi componenti e proroga degli obiettivi di budget approvati per l'anno 2019 con DDG 440 del 26/06/2019;*
- Piano Triennale della Performance 2020 - 2022 /Annualità 2020 *(approvato nelle more dell'eventuale aggiornamento degli obiettivi regionali di salute e programmazione economica);*
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2020-2022;
- DDG n. 440 del 26/06/2019 di approvazione del budget operativo 2019 (schede di budget sottoscritte dalla dirigenza aziendale a conclusione del processo di negoziazione);

A tutt'oggi la Giunta Regionale non ha aggiornato gli obiettivi di programmazione assegnati, con DGR n.395/2019, alle Aziende del SSR per l'anno 2020, né risulta approvato dal Consiglio Regionale il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona, pertanto l'unico documento di

programmazione regionale di riferimento, che declina gli obiettivi di performance aziendali per l'ASP, resta la predetta DGR.

L'approvazione del Documento di Direttive 2020 dà avvio al processo di budgeting aziendale che culminerà nell'adozione del Budget Operativo per Centri di Responsabilità - anno 2020.

Le linee per la gestione, relative al triennio 2020-2022, discendono dalla programmazione aziendale in un contesto di particolare complessità in cui il Servizio Sanitario Regionale è caratterizzato e influenzato principalmente dalla consistente riduzione dei finanziamenti del SSR e dalla presenza di norme nazionali vincolanti per la Regione e le Aziende (L 135/2012 'spending review'; L 189/2012 'decreto Balduzzi'; DL 179 'ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese').

Il Direttore Generale nel periodo di mandato (15 gennaio 2019 - 14 gennaio 2021) è tenuto, a pena di decadenza, al raggiungimento degli obiettivi di nomina (ex art 2, commi 2 e segg. D.Lgs.n.171/2016 e s.m.i.) individuati dalla Giunta Regionale nell'atto di nomina, all. B, riportati nel contratto di conferimento dell'incarico sottoscritto in data 15 gennaio 2019 rep. 7/2019 di seguito declinati:

OBIETTIVI DI NOMINA DA CONSEGUIRE NEL PERIODO DI MANDATO

La Regione ha individuato ed attribuito al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale – ASP, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni i seguenti obiettivi di mandato:

- 1. Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):** garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e garantire gli adempimenti finalizzati al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti medesimi previsti nel questionario ministeriale relativo all'erogazione dei LEA.
- 2. Equilibrio Economico Finanziario:** garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili.
- 3. Governo dei tempi di attesa:** garantire il rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (RAO); per le prestazioni di specialistica ambulatoriale non in classe di priorità va realizzato il contenimento delle liste di attesa, rilevate annualmente, anche attraverso specifici accordi interaziendali con la finalità di riportare tendenzialmente le prestazioni delle

branche di cardiologia e di diagnostica per immagine entro un valore massimo di 60 gg e nel rispetto di quanto stabilito negli articoli 4 e 72 della LR n. 11 del 29.12.2018;

4. Emergenza urgenza 118: assicurare la riduzione graduale all'Intervallo Allarme Target dei mezzi di soccorso garantendo per i primi due anni un valore dell'intervallo ricompreso nella griglia LEA ministeriale con punteggio pari a tre punti e nel terzo anno un valore dell'intervallo nella medesima griglia LEA con punteggio pari a sei punti;

5. Garanzia del rispetto del debito informativo: garantire il corretto, completo e tempestivo adempimento del debito informativo, in particolare riferimento ai flussi informativi obbligatori nazionali (debito informativo Stato Regioni del 23.3.2005) e regionali;

6. Sanità Digitale: garantire la piena attivazione del fascicolo sanitario elettronico nel rispetto della tempistica definita a livello nazionale e completare il processo di dematerializzazione di tutta la documentazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali farmaceutiche nel rispetto delle normative nazionali, e del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati;

7. Piano Regionale di Prevenzione: attuazione, con riferimento all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP, e integrazione con le altre Aziende Sanitarie regionali, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale della Prevenzione, con particolare attenzione alle disposizioni in materia di prevenzione vaccinale;

8. Trasparenza e lotta alla corruzione: mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, nonché mettere in atto tutte le azioni previste dal Piano Aziendale di lotta alla Corruzione, provvedendo altresì al suo ordinario aggiornamento.

OBIETTIVI PER L'ACCESSO AL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI AL COMMA 5 DELL'ART.1 DEL DPCM 502/1995

Ai sensi del punto 7) del dispositivo della DGR n.1222/2018, il Direttore Generale ha diritto al riconoscimento di una quota integrativa al trattamento economico, se dovuta, nella misura massima del 20%, in relazione al **raggiungimento complessivo dei risultati di gestione attesi e degli specifici**

obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi che, per gli anni 2018-2020 – Annualità 2019, sono stati assegnati alle Aziende sanitarie regionali per mezzo della DGR n.395/2019

La metodica di Budget

Sulla base di quanto previsto dal presente Documento di Direttive, che mira a realizzare un raccordo forte e sistemico tra gli strumenti della programmazione ed il budget, la UOC “Controllo di Gestione” e il Comitato di Budget predispongono le schede di budget per Centro di Responsabilità, anche sulla base dei risultati conseguiti nell’anno precedente.

Il Comitato di Budget, presieduto dal Direttore Sanitario/Amministrativo, in relazione alle rispettive aree di negoziazione, o loro delegati:

- ✓ sovrintende al processo di budget, svolgendo compiti di negoziazione, aggregazione e consolidamento degli obiettivi da assegnare ai CdR aziendali;
- ✓ procede, sulla base dei documenti di programmazione aziendale, alla formulazione delle schede di budget dei CdR aziendali e alla fase istruttoria propedeutica all’avvio del processo di negoziazione;
- ✓ predispone le schede di budget, avvalendosi della collaborazione dei responsabili dei CdR aziendali;
- ✓ valuta i risultati finali nella fase di negoziazione del budget;
- ✓ propone al Direttore Generale l’approvazione finale degli esiti del processo di negoziazione.

Le attività di coordinamento e di segreteria del processo di Budget operativo sono in capo al Controllo di Gestione dell’ASP.

Nelle schede di budget, ai fini della valutazione e misurazione dei risultati, si farà ricorso agli indicatori di cui alla DGR n. 395/2019 ed anche, qualora necessario, ad ulteriori **indicatori** che presentino i **requisiti di pertinenza** rispetto ai fenomeni da misurare, **affidabilità**, e **fattibilità** rispetto alla disponibilità dei dati necessari per il calcolo.

Alla fase di predisposizione delle schede di budget fa seguito la fase di negoziazione con i Responsabili dei Centri di Responsabilità (CDR), con il supporto del Comitato di Budget, nominato

con DDG n. 02 del 08/01/2019. A tale scopo verrà predisposto un calendario di incontri negoziali tra la Direzione Strategica ed i Responsabili dei CDR.

La metodica di budget si conclude con l'approvazione del Budget Operativo dei CDR – anno 2020, nella quale si formalizzano l'attribuzione delle responsabilità di gestione e di risultato, mediante l'individuazione dei risultati da conseguire, delle attività da svolgere e delle risorse assegnate.

La Direzione aziendale potrà eventualmente, nel corso dell'anno, rimodulare e/o integrare gli obiettivi contenuti nella scheda di budget qualora riconosca importanti, motivate e oggettive modificazioni di contesto. Eventuali obiettivi assegnati in corso d'anno, con i relativi indicatori e i pesi assegnati ad integrazione di quelli già definiti per gli altri obiettivi già negoziati saranno tempestivamente comunicati al dirigente responsabile del CdR.

I valori target negoziati espressi in termini numerici (assoluti o percentuali) vanno intesi come valori tendenziali ottimali. Pertanto, nel caso in cui i già menzionati valori non fossero raggiunti al 100% il valutatore potrà considerare l'obiettivo parzialmente conseguito e applicare una decurtazione del relativo punteggio.

Gli obiettivi che risultassero non conseguiti per motivate e oggettive modificazioni di contesto (es. disattivazione o ridimensionamento di servizi, guasti o dismissioni di attrezzature, ecc.) o, comunque, per cause non imputabili al valutato (es. mancato finanziamento di progetti), a giudizio del valutatore di I° istanza, ovvero obiettivi i cui risultati non sono misurabili, alla data di valutazione, attraverso i dati disponibili nel cruscotto aziendale (es. tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso c/o ospedali non appartenenti all'ASP) potranno essere stralciati dalla valutazione e il relativo punteggio assegnato in via figurativa al fine di non modificare i punteggi dei restanti obiettivi.

La scheda di budget, relativa agli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale, dovrà, entro 30 giorni dalla sottoscrizione, essere condivisa con tutto il personale dirigente (non firmatario di scheda di budget), con le posizioni organizzative e con i titolari di Incarichi di coordinamento.

I titolari di posizione e/o i titolari di coordinamento dovranno, comunicare al personale del comparto gli obiettivi di budget assegnati alla propria struttura e far firmare, per presa visione, la scheda di budget negoziata.

Il Direttore di UOC/Dirigente responsabile dovrà:

- ✓ comunicare al personale interessato le modalità previste per il raggiungimento degli obiettivi sottoscritti;
- ✓ informare tutti i dipendenti sui criteri e sulle modalità di valutazione delle performance individuali;
- ✓ assegnare ai dirigenti responsabili di UOS, ai dirigenti con incarico professionale ed ai dirigenti senza incarico, afferenti alla propria struttura, gli obiettivi individuali e/o di gruppo, attraverso la compilazione e la firma della scheda per la valutazione individuale (Allegato B del regolamento per la valutazione della dirigenza di cui alla DDG n. 53/2018).

La copia della scheda di budget, sottoscritta per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I^a o II^a istanza o del CdG.

La scheda del personale dirigente, riportante gli obiettivi individuali e/o di gruppo, il punteggio ed il peso relativo per ciascun obiettivo ("Allegato B" DDG n. 53/2018), dovrà essere utilizzata per la valutazione individuale e trasmessa all'UOSD Valutazione e trattamento giuridico del personale.

Nel corso dell'anno il Dirigente dovrà effettuare delle attività per verificare l'andamento della performance individuale (colloqui di check, riunioni di verifica, ecc.) del personale afferenti alla propria struttura.

La Direzione Strategica, in base agli obiettivi assegnati dalla Regione Basilicata, assegna alla struttura il punteggio della valenza strategica nel modo seguente:

- ✓ per gli obiettivi regionali il cui peso indicatore nella scheda di budget è compreso tra 20 e 65 viene assegnato un punteggio a valenza strategica pari ad 1;
- ✓ per gli obiettivi regionali il cui peso nella scheda di budget è compreso tra 66 e 100 viene assegnato un punteggio a valenza strategica pari ad 2.

Per le strutture che per legge percepiscono emolumenti ulteriori rispetto al trattamento ordinario stipendiale e al valore dell'incarico, il punteggio della valenza strategica è attribuito in modo simbolico ed è pari a 0,1.



Nel corso dell'anno 2020 sarà anche avviato e completato il processo di misurazione e valutazione dei risultati conseguiti nell'annualità 2019, anche ai fini dell'applicazione degli istituti incentivanti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente, processo che vede coinvolti la Direzione Strategica, l'Organismo Indipendente di Valutazione, le UU.OO.CC. Controllo di Gestione e Gestione del Personale, la UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del Personale, per la parte istruttoria, il Collegio di Direzione.

DIRETTIVE

Come già espresso in precedenza, il presente Documento risponde al criterio generale di coerenza e compatibilità con gli indirizzi e le prescrizioni dei livelli superiori di programmazione, nazionale e regionale e con la strategia e la programmazione aziendale.

*La necessità di individuare delle priorità tra i molteplici problemi e bisogni del contesto sociosanitario da una parte, e le risorse necessariamente limitate dall'altra, richiede, altresì, la definizione di **ulteriori criteri e valori sulla cui base orientare le scelte**, per i quali è opportuno poter contare sulla piena condivisione da parte di tutti.*

Vale la pena ricordare che i **criteri e i valori**, di seguito specificati, non vanno intesi certo come mera enunciazione di buoni propositi ma **devono tradursi in stili di comportamento e in modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi fissati:**

- **Trasparenza e legalità**, che devono permeare l'agire quotidiano di ciascun attore all'interno dell'organizzazione, contrastando con un approccio etico tutto ciò che pregiudica l'aspettativa dell'utente in termini di integrità e imparzialità;
- **Accountability** intesa qui come il dovere dell'Azienda di dar conto, sempre e comunque, del proprio operato ai cittadini;
- **Sviluppo delle capacità professionali**, puntando su percorsi formativi ed esperienziali capaci di innescare nel tempo processi di innovazione e miglioramento continuo delle prassi;
- **Sviluppo delle abilità relazionali**, onde facilitare la comunicazione con l'utente ed il confronto tra gli stessi operatori, consapevoli che non si può essere "attrattivi" se non si sa comunicare efficacemente, oltre che se non si offre un servizio di qualità;
- **Contrasto dell'autoreferenzialità** a tutti i livelli dell'organizzazione, per anteporre agli interessi particolari una visione sistemica dell'organizzazione aziendale che metta *al centro gli interessi ed i bisogni di salute della persona e della comunità*;
- **Promozione del senso di appartenenza dei dipendenti all'Azienda**, facendo leva sulla piena espressione delle potenzialità di cui è portatore ogni dipendente e sull'importanza di "fare sistema", anche *imparando a leggere come l'operato di ciascun sottosistema e/o gruppo si*

interseca con l'operato degli altri sottosistemi per il raggiungimento degli obiettivi generali oltre che degli obiettivi specifici a ciascuna articolazione aziendale;

- **Capacità di leadership e orientamento ai risultati**, che si traduce nella capacità del Responsabile di CDR di creare chiarezza e unità d'intenti all'interno della propria struttura, di coinvolgere i propri collaboratori, di sviluppare condivisione e confronto continuo, e di monitorare costantemente il grado di conseguimento degli obiettivi assunti, anche *segnalando con tempestività alla Direzione Strategica gli eventuali ostacoli che si frappongono al pieno raggiungimento dei risultati attesi;*
- **Gestione per processi**, vale a dire la capacità di comprendere le diverse attività correnti come fasi interrelate di un processo, intervenendo in quei segmenti del processo stesso che presentino rischi e/o disfunzioni;
- **Sviluppo delle reti e della partnership**, giacché è evidente a tutti che l'Azienda opera con più efficacia se e quando è capace di interfacciarsi adeguatamente con i suoi partner e di instaurare con essi *rapporti di reciproca collaborazione e di mutuo vantaggio.*

Vincoli

I valori ed i criteri sopra richiamati devono trovare accoglienza nella formulazione del Budget Operativo come pure devono essere assunti quali punti cardine alcuni vincoli quali:

1. Garantire l'equilibrio economico e il rispetto delle procedure amministrativo-contabili mantenendo inalterati i livelli essenziali di assistenza;
2. Organizzare l'offerta dei servizi in maniera flessibile, nel rispetto dell'appropriatezza clinica ed organizzativa e degli adempimenti LEA;
3. Potenziare i servizi sociosanitari per i pazienti cronici, in risposta alla elevata diffusione di patologie cronico-degenerative, come acclarato dalle indagini epidemiologiche in materia, *nella consapevolezza che portare i servizi socio-sanitari a casa del paziente non solo migliora la soddisfazione dell'utenza quanto anche vada a depotenziare il ricorso improprio del malato cronico all'ospedale.* Lo sviluppo dell'ADI ha, infine, anche evidenti *ricadute positive sulla famiglia e sulla rete informale del malato cronico.* Si allevia, per il suo tramite, quel

carico assistenziale che ancora grava sulla famiglia, spesso costretta a sopperire come può alle carenze del sistema assistenziale;

4. Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali in classe di priorità (RAO) e contenimento delle liste di attesa per le prestazioni non in classe di priorità, anche incidendo maggiormente su quella quota di domanda impropria che genera inappropriately;
5. Potenziamento del servizio di emergenza-urgenza 118 con progressiva riduzione dell'intervallo di allarme-target.

Obiettivi Regionali assegnati alla Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria sono stati approvati per l'anno 2019 dalla Regione Basilicata con Deliberazione di Giunta Regionale n. 390 del 28.06.2019.

Nell' **Allegato 1 "SISTEMA DI VALUTAZIONE 2018-2020"** vengono individuate 4 principali aree di risultato ed i relativi obiettivi assegnati alla Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP.

Tali aree sono:

- **Tutela della salute;**
- **Performance organizzative e cliniche aziendali;**
- **Gestione economico finanziaria;**
- **Conseguimento di obiettivi strategici regionali.**

Il sistema di valutazione per questa Azienda è articolato in 17 obiettivi misurati da 53 indicatori, come da "Scheda dei punteggi dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP" a pag. 11 dell'Allegato 1 della citata DGR.

Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo.

È previsto per ogni indicatore, sia un limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero che un limite massimo al di sopra del quale il punteggio è conseguito al 100%. Per alcuni indicatori è prevista la possibilità di conseguire un punteggio pari al 50%, che rappresenta il raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Ai fini del parere di confermabilità nell'incarico di Direzione Generale dopo il 18-esimo mese, fermo restando quanto previsto in ambito contrattuale, si fa riferimento per ciascuna Azienda alla metodologia che individua un numero ristretto di Indicatori.

Per questa Azienda, in particolare, sono previsti 7 indicatori di tipo quantitativo e 2 indicatori di tipo qualitativo, come di seguito riportato:

Indicatori di tipo quantitativo

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani);
- N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti;
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni);
- Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti);
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza;
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio;
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi.

Indicatori di tipo qualitativo

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa;
- Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui).

A fini, invece, della Valutazione Globale di Performance (V.G.P.) è stato selezionato un set ridotto di indicatori, di seguito riportato per questa Azienda:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani);
- N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti;
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni);
- Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti);
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza;
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio.

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto del posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi. Il calcolo è effettuato, per l'anno 2019, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2019 e quello conseguito nell'anno 2018. Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è uguale o migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.

PRE-REQUISITO DI VALUTAZIONE

Nelle schede di budget anno 2020 dovrà essere inserito il prerequisito di valutazione di seguito rappresentato.

ASSOLVIMENTO DEL DEBITO INFORMATIVO A VALENZA STRATEGICA

1. Relazione annuale di attività al Controllo di Gestione entro il 15 gennaio dell'anno successivo per la valutazione della performance;
2. Trasmissione flussi informativi nei termini previsti dalla DGR n.395/2019 (Scheda tecnica Allegato 1) e s. m. e i.;
3. Corretto e tempestivo assolvimento del debito informativo nei confronti della Direzione Strategica/Regione/Ministeri/Controllo di Gestione/altri organi di controllo interni ed esterni;
4. Completamento del processo di valutazione della performance individuale del personale del comparto e del personale dirigente relativo all'anno 2019 entro il 15/03/2020 (termine ordinatorio). Trasmissione delle schede di valutazione dei dirigenti e del personale del comparto all'UOSD Valutazione e trattamento giuridico entro e non oltre il 31/03/2020.



Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –								
Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP								
Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo	
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo				
				0%	50%	100%		
TUTELA DELLA SALUTE								
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA							
1.a.1	Copertura vaccinale MPR nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	UOC Igiene e Sanità Pubblica	Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java)	< 90%	da 90 a 95%	> 95%	5	
1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	UOC Igiene e Sanità Pubblica	Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java)	<60%	da 60 a 75%	>75%	3	
1.a.3	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	UOC Igiene e Sanità Pubblica	Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java)	< 60%	da 60 a 75%	>75%	3	
1.a.4	Grado di Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)	UOC Igiene e Sanità Pubblica	Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java)	< 25%	da 25 a 40%	> 40%	3	
1.a.5	Grado di Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi	UOC Igiene e Sanità Pubblica	Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java)	<90%	da 90 a 95%	>95%	5	

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
1.a.6	grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese	UOC Igiene e Sanità Pubblica	Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java)	< 90%	da 90 a 95%	> 95%	5
1.a.7	Grado di Copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi	UOC Igiene e Sanità Pubblica	Dipartimento Aziendale di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (Programma regionale Java)	<90%	da 90 a 95%	>95%	5
1.b	PROMOZIONE STILI DI VITA SANI						
1.b.1	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, UU.OO.CC Distretti, Villa D'Agri Potenza, UUOOSSD Consultoriali, UOSD Flussi	Indagine PASSI	<23%	da 23 a 33%	>33%	3
1.b.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, UU.OO.CC Distretti, UOSD Flussi, UUOOSSD Consultoriali	Indagine PASSI	<25%	da 25 a 45%	>45%	3
1.b.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, UU.OO.CC Distretti, UOSD Flussi, UUOOSSD Consultoriali	Indagine PASSI	<25%	da 25 a 35%	>35%	3
1.b.4	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, DSM, UU.OO.CC Distretti, UOSD Flussi, UUOOSSD Consultoriali	Indagine PASSI	<3%	da 3 a 9%	>9%	3
1.b.5	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, DSM, UU.OO.CC Distretti, UOSD Flussi, UUOOSSD Consultoriali	Indagine PASSI	<35%	da 35 a 55%	>55%	3
1.c	SCREENING ONCOLOGICI						

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	UOC Radiologia ASP	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)	<25%	da 25 a 50%	>50%	5
1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	UOC Radiologia ASP	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)	<35%	da 35 a 60%	>60%	5
1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	UOC Radiologia ASP	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)	<25%	da 25 a 50%	>50%	5
1.d	SICUREZZA SUL LAVORO						
1.d.1	n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)	<5%	da 5 a 10%	> 10%	5
1.d.2	n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati	UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)	<20%	da 20 a 30%	> 30%	5
1.d.3	n. aziende ispezionate/n. personale UPG SPSAL	UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)	<40%	da 40 a 50%	> 50%	5
1.d.4	n. sopralluoghi/n. personale UPG SPSAL	UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	Osservatorio epidemiologico della Regione Basilicata(OER_B)	<70%	da 70 a 90%	> 90%	5
1.e	SANITA' VETERINARIA						

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
1.e.1	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	UOC SIAN	La fonte del dato è il sistema NSIS (NUOVO SISTEMA INFORMATIVO ALIMENTI)	NO(<100%)		SI(100%)	5
1.e.2	raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	UOC Area A Veterinaria	Banca Dati Regionale (BDR)	NO (<100%)		SI(100%)	5
1.e.3	raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	Area B e Area C Veterinarie	La fonte del dato è il sistema NSIS (NUOVO SISTEMA INFORMATIVO ALIMENTI)	NO (<100%)		SI(100%)	5
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI							
2.a	APPROPRIATEZZA AREA CLINICA						
2.a.1	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria	flusso SDO	>180%	da 135 a 180%	<135%	
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria	flusso SDO	>3%	da 1,5 a 3%	<1,5%	

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			3
2.a.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria	flusso SDO	>65%	da 50 a 65%	<50%	
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE						
2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOC Pneumologia Territoriale ASP	flusso SDO	>10%	da 7 e 10%	<7%	5

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOSD Unità Scompenso cardiaco, UOSD Servizio Ambulatoriale di Cardiologia Venosa	flusso SDO	>195%	da 155 a 195%	<155%	
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
			n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i Medici Cardiologi ASP della giornata sulla Prevenzione e Promozione di informazioni delle attività territoriali sullo Scompenso Cardiaco			
			mantenimento delle attività ambulatoriali	mantenimento delle attività ambulatoriali rispetto all'anno 2019			

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
2.c.3	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, Dipartimento Post Acuzie, UOSD Diabetologia Ed Endocrinologia Potenza, UOSD Percorsi Integrati di Cura delle Patologie Endocrine e Metaboliche Lauria	flusso SDO	>35%	da 25 a 35%	<25%	
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			
			n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i Medici Diabetologi dell' ASP della Giornata sulla Prevenzione e Promozione di informazioni delle attività territoriali sul Diabete			
2.c.4	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, UOC Pneumologia Territoriale	flusso SDO	>35%	da 25 a 35%	<25%	
			n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.			

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
			n. giornate sulla prevenzione	Organizzazione da parte dei Direttori di Distretto con i Pneumologi dell' ASP della giornata sulla Prevenzione per la lotta al fumo e al tabagismo			
2.c.7	tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria e DSM	flusso SDO	>300%	da 200 a 300%	<200%	
2.c.8	percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	UUOCC Distretti e DSM	flusso SDO	>6%	da 4 a 6%	<4%	
2.c.9	tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni	UUOCC Distretti, UUOCC Assistenza Primaria e UOSD Servizio Territoriale e Pediatria Sociale	flusso SDO	>10%	da 7 a 10%	<7%	
2.c.5	% di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (> = 65 anni)	UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UU.OO.CC. Distretti e Assistenza Primaria	flusso ADI (assistenza domiciliare integrata)	<4%	da 4 a 8%	>8%	4
2.c.6	percentuale di presa in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari	UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative-ADI, UU.OO.CC. Distretti e Assistenza Primaria	flusso ADI (assistenza domiciliare integrata)	<35%	da 35 a 55%	>55%	3
2.d	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA						
2.d.4	Intervallo Allarme -Target dei mezzi di soccorso (minuti)	DEU -118	flusso informativo EMUR	>26 min.	da 20 a 26 min.	<20 min.	5
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA							
3.a	EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA						

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
3.a.1	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	flusso regionale farmaceutica	<74%	da 74 a 76%	>76%	5
3.a.2	% utilizzo farmaci biosimilari	UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	NSIS E/O FARMASTAT	<45%	da 45 a 65%	>65%	
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA						
3.b.1	consumo pro capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)	UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	flusso regionale farmaceutica	>30%	da 28 a 30%	<28%	5
3.b.2	incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antidepressivi)	UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	flusso regionale farmaceutica	>40%	da 40 a 30%	<30%	
3.b.3	consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)	UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	flusso regionale farmaceutica	>36%	da 26 a 36%	<26%	
3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	UOC Farmaceutica Territoriale, UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria e altre UU.OO. Aziendali	flusso regionale farmaceutica	>22%	da 16 a 22%	<16%	
3.c	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA						
3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria, UOC Radiologia	CUP	>30%	da 20 a 30%	<20%	5
3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	UUOCCC Distretti, UUOCCC Assistenza Primaria, UOC Radiologia	CUP	>8%	da 6 a 8%	<6%	
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI							

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
4.b	CURE PALLIATIVE						
4.b.1	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 gg.	UOC Area Medica di Assistenza Post Acuzie di Lauria	flusso Hospice	<50%	da 50 a 85%	>85%	1
4.b.2	consumo territoriale di farmaci oppioidi	UOC Farmaceutica Territoriale, UU.OO.CC. Distretti, UUOCC Assistenza Primaria, UOC Oncologia Critica Territoriale, Cure Domiciliari e Palliative- ADI.	flusso regionale farmaceutica	<1,6%	da 1,6 a 2,1%	>2,1%	3
4.c	UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI						
4.c.1	Trasmissione Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa (tabella a pag. 92-93-94 della DGR)	Responsabili dei Procedimenti Flussi di cui alla DDG n.175 del 16/03/2018	Flussi vari specificati nella DDG	NO		SI	5
4.c.4	copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	UOC Provveditorato Economato e UOC Farmaceutica Territoriale	flusso NSIS	<10%	da 10 a 15%	>15%	5
4.c.5	copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	UOC Farmaceutica Territoriale	flusso NSIS	<80%	da 80 a 95%	>95%	5
4.d	RISK MANAGEMENT						
4.d.1	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico ASP	Azienda ASP	NO		SI	5
4.d.2	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico ASP	Azienda ASP	NO		SI	5
4.e	CONTROLLO CARTELLE CLINICHE						

Indicatori DGR 395/2019 e DGR 931/2019 -Rappresentazione degli obiettivi e dei risultati attesi per Unità Operativa nell'anno 2020 –

Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP

Descrizione indicatore		Unità Operative coinvolte	Fonte flusso dati	risultato atteso			peso obiettivo
				intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			
				0%	50%	100%	
4.e.1	verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	Responsabile POD Venosa, Responsabile POD Lauria, Responsabile POD Chiaromonte, UOC Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate	Azienda ASP	NO		SI	5
4.f	AUTORIZZAZIONE /ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE						
4.f.1	Verifica autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche	Dirigente Responsabile Incarico Professionale "Coordinamento per l'attività di accreditamento", UOC Attività Tecniche, Referente Medico del POD di Maratea, Responsabile UOSD Strutture Residenziali e Semiresidenziali , Dipartimento dei Servizi, UOC Distretto di Potenza, UOC Distretto di Villa d'Agri	invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture riportate nel prospetto di cui alla DGR 395/2019 (pag. 104), già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori.	NO		SI	3
		Dipartimento Di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, Referente Medico del POD di Maratea, Dipartimento dei Servizi, UOC Distretto di Potenza, UOC Distretto di Villa d'Agri, UOC Distretto di Venosa,UOC Distretto di Melfi, Referente Medico del POD di Venosa	invio alla Regione entro il 31/12/2019 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale per le strutture di cui alla DGR 395/2019	NO		SI	
4.g	MONITORAGGIO ATTUAZIONE PIANO REGIONALE GIOCO D'AZZARDO						
4.g.1	Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano Regionale sul gioco d'azzardo patologico (GAP)	DSM e UOC Economato e Provveditorato	Realizzare gli obiettivi e le attività previste nel "Piano Regionale 2017/2018 - Gioco d'Azzardo Patologico	NO		SI	5

Obiettivi aziendali specifici

Area della Integrità, Legalità e Trasparenza

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato e integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.	UOSD Trasparenza	5
	UOSD Prevenzione della corruzione e UU.OO. aziendali	
Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato e integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.	UOSD Trasparenza- Responsabile della prevenzione della corruzione, URP	5
Attuare tutte le misure di gestione del rischio corruttivo previste nel PTPCT 2020-2022.	RPC e UU.OO. individuate nell' allegato 2 del PTPCT 2020-2022	5

Area della Prevenzione

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana	3
sviluppare sinergie tra i due Dipartimenti di Prevenzione e promuovere l'integrazione con i Distretti.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale e i Distretti	3
rafforzare il processo di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	2
integrare i programmi di screening nei piani di prevenzione attiva.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e i Distretti	2
informatizzare l'attività di controllo e vigilanza sui luoghi di lavoro.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana	3

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
garantire il “consumatore” su qualità e sicurezza per tutti gli alimenti di origine animale, attraverso l’effettuazione omogenea e coordinata dei controlli e monitoraggio, in tutte le fasi della produzione e della distribuzione, previsti dal legislatore nazionale e regionale, con adattamento alle specifiche situazioni territoriali.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	3
Condurre con sistematicità l’analisi epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione umana e dello stato di salute delle popolazioni animali e diffondere le risultanze dell’analisi epidemiologica aprendo un confronto proattivo con gli operatori e con le comunità locali.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	2
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	3
promuovere azioni di formazione/informazione agli operatori/utenti, nonché a tutto il personale, sia della dirigenza che del comparto.	Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana - Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	3
garantire il mantenimento dei requisiti di “territorio ufficialmente indenne.	Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	5

Area della Salute Mentale e delle nuove dipendenze

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
promuovere interventi di prevenzione del disagio mentale e delle dipendenze.	UOC Serd Melfi, UOSD Serd Potenza, UOSD Serd Villa d'Agri ed UOSD Serd Lagonegro e CRA	3
garantire la predisposizione e la approvazione del progetto adeguamento SPDC c/o l’AOR San Carlo di Potenza che prevede un incremento del numero dei posti letto parametrato al tasso di occupazione superiore al 100%.	Dipartimento Salute Mentale	5
attivare misure di integrazione per l’inclusione sociale e la lotta allo stigma.	Dipartimento Salute Mentale	2
favorire l’attività di prevenzione dei CSM aziendali al fine di garantire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale.	Dipartimento Salute Mentale	3

Area della Assistenza Territoriale

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Partecipazione ad un gruppo tecnico per l'analisi della domanda, dell'offerta territoriale e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche disponibili;	Distretti della Salute, Direzione Medica POD altre UO	5
elaborazione di un programma delle attività territoriali e di ri-pianificazione dell'offerta territoriale che tenga conto della messa in comune" ed appropriatezza nell'uso delle risorse	Distretti della Salute, Direzione Medica POD altre UO	5
Sviluppo di due moduli residenziali per bambini affetti da autismo in età evolutiva;	Dipartimento di Salute Mentale- Dipartimento del Territorio	3
Consolidamento delle attività del Centro Disturbi Alimentari e del Centro di Riabilitazione Alcologia	DCA-CRA di Chiaromonte	3
Presidio distrettuale di Chiaromonte: Sviluppo della rete di riabilitazione anche attraverso il coinvolgimento dei medici di medicina generale e pediatri di Libera scelta	Riabilitazione Chiaromonte, UU.OO.CC Assistenza Primaria e UU.OO.CC Distretti della Salute	3
Presidio distrettuale di Chiaromonte: miglioramento e potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale attraverso il potenziamento della dotazione strumentale ed in particolare di un Telecomandato, di un Angio CT, di un Biometro, di due Ecografi di fascia alta e di un Ecografo portatile	Dipartimento del Territorio - Dipartimento Post - Acuzie e Continuità Ospedale Territorio - Dipartimento dei Servizi	5
POD Lauria: Consolidamento delle attività dell'Hospice Pediatrico in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausillipon di Napoli	Dipartimento del territorio- UOSD Cure residenziali e semiresidenziali	3
POD Lauria: miglioramento e potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale attraverso il potenziamento della dotazione strumentale ed in particolare di una Risonanza articolare a basso campo e di un mammografo	Dipartimento del Territorio - Dipartimento Post - Acuzie e Continuità Ospedale Territorio - Dipartimento dei Servizi	5
Presidio distrettuale di Maratea: attivazione di ulteriori Strutture Residenziali da dedicarsi alle cure, anche riabilitative, per anziani e disabili, nonché un Centro residenziale Alzheimer	Dipartimento del Territorio - Distretto di Lauria – UOSD Cure residenziali e semiresidenziali	3
POD Venosa: Potenziamento dell'attività chirurgica di Oculistica	SIC Oculistica, Direzione Medica POD Venosa	5
POD Venosa: Potenziamento dell'attività chirurgia	Direzione Medica POD Venosa, Dipartimento dei Servizi	5
POD Venosa: miglioramento e potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale attraverso il potenziamento della dotazione strumentale ed in particolare di una TAC 32 slice, di un Telecomandato e di un Angio CT;	Dipartimento del Territorio - Dipartimento Post - Acuzie e Continuità Ospedale Territorio - Dipartimento dei Servizi	5

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
POD Venosa: Completamento dei lavori di ristrutturazione del reparto di Lungodegenza	UOC Attività Tecniche, Direzione Sanitaria Venosa	5
POD Venosa: Consolidamento del Centro Alzheimer attraverso anche il reclutamento di un neurofisiopatologo ed un terapista occupazionale	UOC Gestione delle risorse	3
POD Venosa: avvio delle procedure finalizzate alla realizzazione di n. 10 posti letto di RSA.	UOC Attività Tecniche, Direzione Medica POD Venosa	2
POLIAMBULATORIO MADRE TERESA DI CALCUTTA: Miglioramento e potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale attraverso il potenziamento della dotazione strumentale ed in particolare di una TAC 64 slice , di una RM 1,5 tesla ed di un mammografo	Dipartimento del Territorio - Dipartimento Post - Acuzie e Continuità Ospedale Territorio - Dipartimento dei Servizi	5
POLIAMBULATORIO MADRE TERESA DI CALCUTTA: Potenziamento dell'attività chirurgia	Direttore Distretto Potenza	5
Garantire l'abbattimento delle liste di attesa ed appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Distretti della salute, Tutte le UU.OO. Interessate	5
Sviluppare la centrale unica di dimissioni	Dipartimento delle Post Acuzie	5

Area dell’Emergenza-Urgenza-118

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Adeguamento strutturale dei Punti Territoriali di Soccorso (P.T.S.), come da cronoprogramma dei lavori predisposto dall’UOC Attività Tecniche dell’ASP	DEU 118 - UOC Attività Tecniche dell’ASP	3
Messa in sicurezza degli operatori del 118 attraverso il potenziamento dell’attività di sorveglianza in materia di sicurezza.	DEU 118	3
<i>Implementazione e piena operatività del SW gestionale 118</i>	DEU 118_	3
Proposta per l’istituzione\modifiche\implementazione di nuove postazioni del DEU 118 sul territorio regionale che verrà elaborata e trasmessa al Dipartimento Politiche della Persona.	DEU 118	3

Area Amministrativa e di Staff

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Monitoraggio e razionalizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie	Dipartimento Amministrativo e Staff	5
Rivisitazione del sistema di valutazione delle performance individuali e di struttura	UOC Controllo di Gestione, UOSD Valutazione e trattamento giuridico	5
Potenziamento della rete informatica territoriale ed estensione dell’informatizzazione dei servizi volta a una sempre maggiore dematerializzazione delle attività	Dipartimento Amministrativo, Direzioni di distretto, UU.OO. Interessate	5
Costante monitoraggio dell’anagrafica aziendale e del suo allineamento con il MEF	UOC Assistenza Primaria Potenza, Melfi e Venosa, UOC Assistenza primaria Lauria, Senise; Villa d’Agri, Direzione dei Distretti, UOSD Flussi informativi	3

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Dipartimenti e/o Unità Operative	peso obiettivo
Individuazione e rilevazione del fabbisogno di personale secondo principi di efficienza ed efficacia	Dipartimento Amministrativo, UU.OO. Interessate	5
Sviluppo del Piano di Comunicazione ed efficientamento	UOSD Urp e Comunicazione	3
Adesione e partecipazione alle attività previste nel Piano della Qualità per la parte di propria competenza	UU.OO.CC Distretti della salute di Lauria, Senise, Villa d'Agri, Potenza, Venosa, Melfi, UOSD Lungodegenza Riabilitativa Chiaromonte, UOSD Servizio territoriale di pediatria sociale, UOC Medicina fisica e riabilitazione Venosa, UOC Centro salute mentale di Lauria, UOSD Centro salute Mentale di Potenza, UOSD Centro salute mentale di Rionero, UOSD Centro salute mentale di Villa d'Agri, UOSD Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Potenza, UOSD Strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali ASP, UOSD Riabilitazione distrettuale di Lauria, UU.OO.SS. DD Consultori familiari di Potenza, Venosa e Lagonegro, UOSD Ginecologia territoriale, UOC Oncologia Critica territoriale Cure Domiciliari e Palliative, UOSD Scompenso cardiaco Venosa, UOS Residenziali e semiresidenziali disabili e anziani, UOC Pneumologia territoriale, UOSD Diabetologia ed endocrinologia di Potenza, UOSD Percorsi integrati di Cura delle patologie endocrine e metaboliche di Lauria.	3

Obiettivi trasversali assegnati a tutte le unità operative

- Garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo (peso 5);
- Garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili (peso 3);
- Garantire il rispetto delle direttive impartite dalla Direzione Strategica (peso 3);
- Garantire il rispetto dei tempi procedurali (peso 3).
- Garantire l'attuazione delle azioni previste nel PAP 2019-2021 (peso 3).

Il Direttore Generale: Dott. Lorenzo Bochicchio