



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano della Performance 2014 – 2016



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**

Presentazione del Piano della Performance

Il Piano della Performance

- Il presente **Piano della Performance**, è stato 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 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 annuale.
- 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

- Per l'anno 2014 il Documento di Direttive è costituito dalla nota del Direttore Generale n.7074 del 15.01. 2014 recante "Obiettivi 2014" che integra gli obiettivi aziendali già negoziati nel processo di budget operativo 2013 e approvati con Delibere n.334 e n.335 del 06.06.2013.
- Gli obiettivi strategici aziendali, di seguito declinati, necessitano di essere tradotti in obiettivi operativi da assegnare alle macrostrutture aziendali ed ai servizi coinvolti. Alcuni di essi sono subordinati al finanziamento regionale, pertanto saranno attribuiti "sub conditione" e stralciati dalla valutazione finale nel caso in cui, per mancata concessione del finanziamento previsto, non risultino conseguiti. Restano validi, anche per il 2014, gli obiettivi strategici già individuati con la nota del Direttore Generale n.30545 del 25.02.2013 e recepiti nel budget operativo 2013.

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 2014-2016

- 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”, ecc.) e regionali non consentono di sviluppare una programmazione in crescita delle attività.
- Il presente **Piano** - che aggiorna, per il triennio 2014-2016, il Piano Triennale 2013-2015, approvato con Delibera n.566 del 20.09.2013 - recepisce in modo “consapevole” le difficoltà economiche del momento. Ciononostante, con sforzi riorganizzativi e con l’impegno di tutta l’Azienda, si lavorerà per mantenere e per migliorare le attività aziendali in termini sia qualitativi che di volumi di attività.
- Nel caso in cui intervenissero fattori in grado di modificare - in modo sostanziale - la programmazione effettuata, si provvederà a recepirli e ad aggiornare il **Piano**.

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

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

CHI SIAMO

- Articolazione dell'ASL di Potenza

CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

- L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (**ASP**) è stata istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008.
- L'ASP, dal 1 gennaio 2009, è subentrata alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro.
- L'**ASP** è dotata di personalità giuridica e svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Potenza.
- Il sito internet istituzionale è il seguente: www.aspbasilicata.net
- 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 **376.182 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**



CHI SIAMO – Articolazione dell'ASL di Potenza

L'ASP di Potenza gestisce direttamente n. **397** 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	108	
Presidio Ospedaliero di MELFI	110	
Presidio Ospedaliero di VILLA D'AGRI	121	
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	397	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

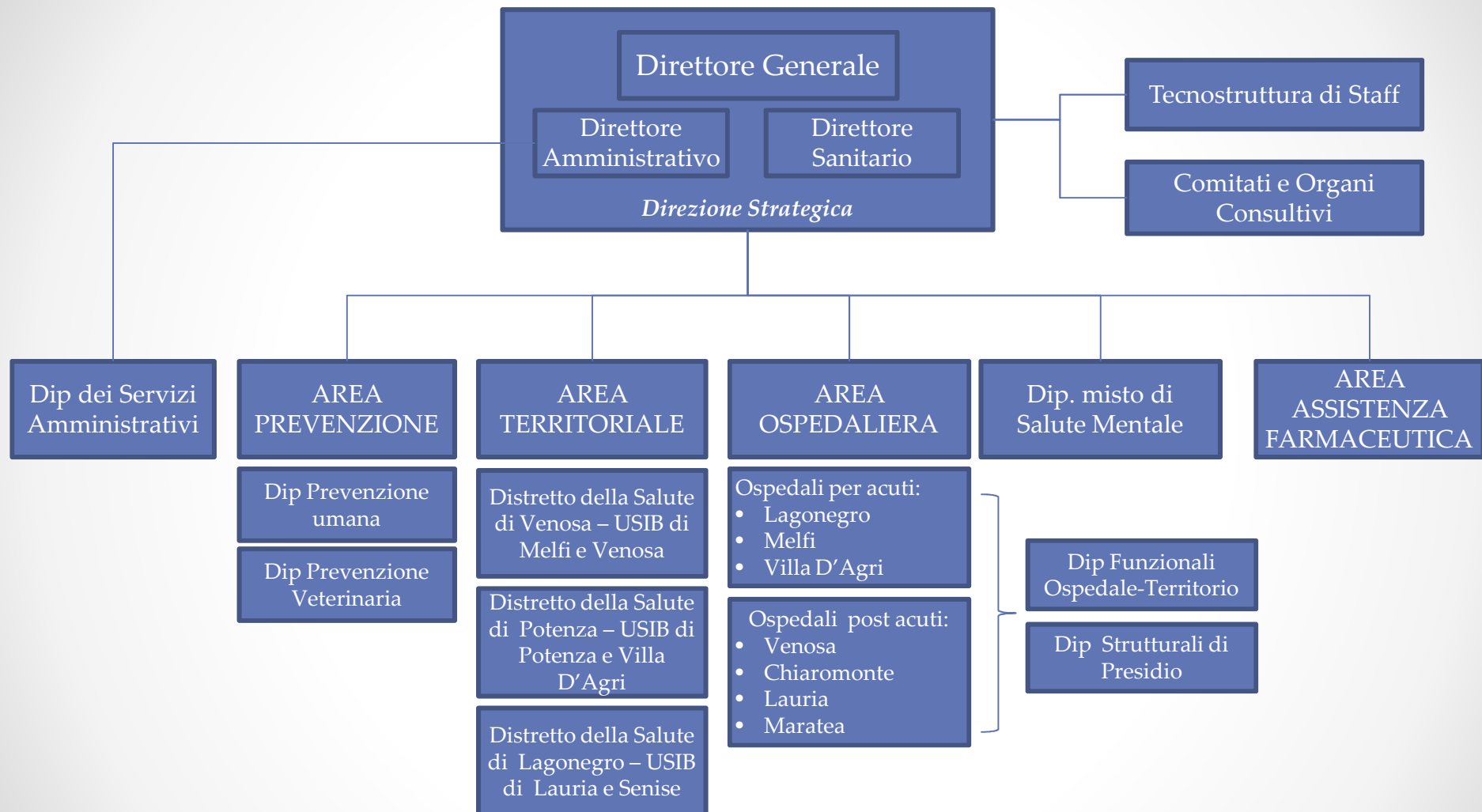
CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

- 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 Informatizzato; 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 – 2013.

DIMESSI	2011	2012	2013*
Dimessi Ricoveri Ordinari	15.492	13.547	12.922
-di cui con DRG medico	11.908	9.947	9.235
-di cui con DRG chirurgico	3.584	3.600	3.687
Dimessi Ricoveri Diurni	9.196	4.640	3.695
-di cui con DRG medico	4.626	2.362	1.419
-di cui con DRG chirurgico	4.570	2.278	2.276
TOTALE COMPLESSIVO	24.688	18.187	16.617

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

Fonte: AIRO al 07.01.2014 - *il dato 2013 non è definitivo

Dati relativi ai parti effettuati nel territorio dell'ASP

NASCITE	2011	2012	2013*
Numero totale parti	1430	1472	1236
- di cui parti cesari	741	674	562

Fonte: AIRO al 07.01.2014 - *il dato 2013 non è definitivo

I servizi sanitari erogati

NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE	2011	2012	2013*
Ricoveri acuti	24.370	17.307	15.744
Ricoveri post acuzie	317	881	873
TOTALE	24.687	18.188	16.617

Ricoveri per acuti e per post-acuzie effettuati nel triennio 2011-2013

Fonte: AIRO al 07.01.2014 - *il dato 2013 non è definitivo

Prestazioni ambulatoriali erogate nel triennio 2011-2013

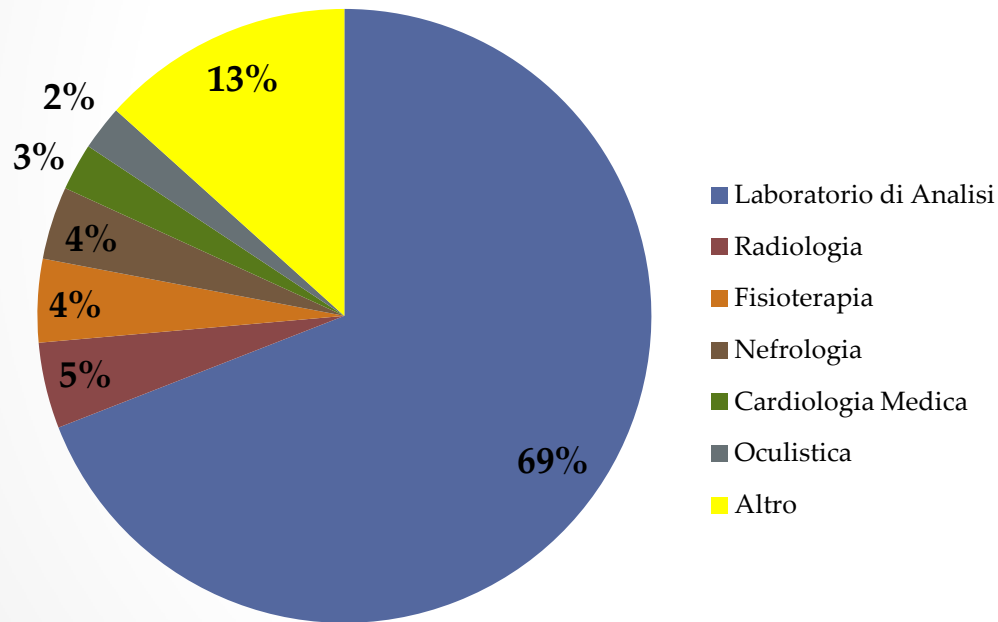
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2011	2012	2013
Numero prestazioni per esterni	2.224.536	2.113.256	2.216.418

Fonte: CUP

I servizi sanitari erogati

- Le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture dell'ASP sono caratterizzate prevalentemente da esami diagnostici, fisioterapia, nefrologia, cardiologia ed oculistica

% DI INCIDENZA DELLE PRINCIPALI BRANCHE
Anno 2013



Nell'anno 2013 le prestazioni ambulatoriali erogate dall'ASP sono incrementate del 4,88% rispetto all'anno 2012 (+103.162 prestazioni)

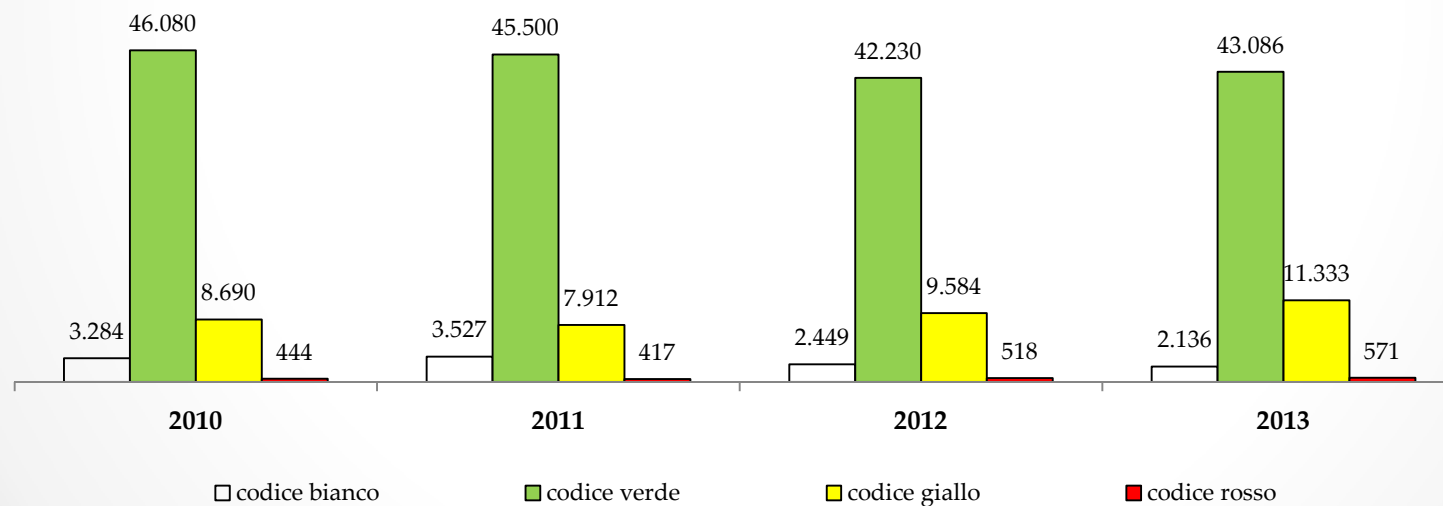
I servizi sanitari erogati

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

Accessi al pronto soccorso articolati secondo il codice del triage

Fonte: AIRO al 07.01.2014 - *il dato 2013 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 2013, è pari a **2.797** unità distinte come segue:

Sintesi dei principali indicatori quali-quantitativi sul personale *	
N. Totale Personale	2.797
N. Totale Personale Dirigenza	632
N. Totale Personale Comparto	2.165
N. Totale Personale Dirigenza Donne	223
N. Totale Personale Dirigenza Uomini	409
N. Totale Personale Comparto Donne	1.344
N. Totale Personale Comparto Uomini	821

* Personale a tempo indeterminato

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	18.470

Analisi di genere	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
% di dirigenti donne	35%
% di donne rispetto al totale del personale	56%
% 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.

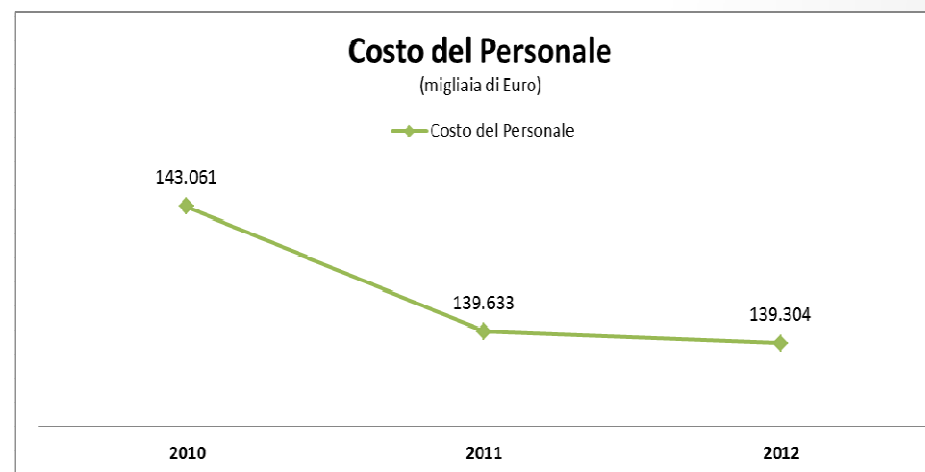
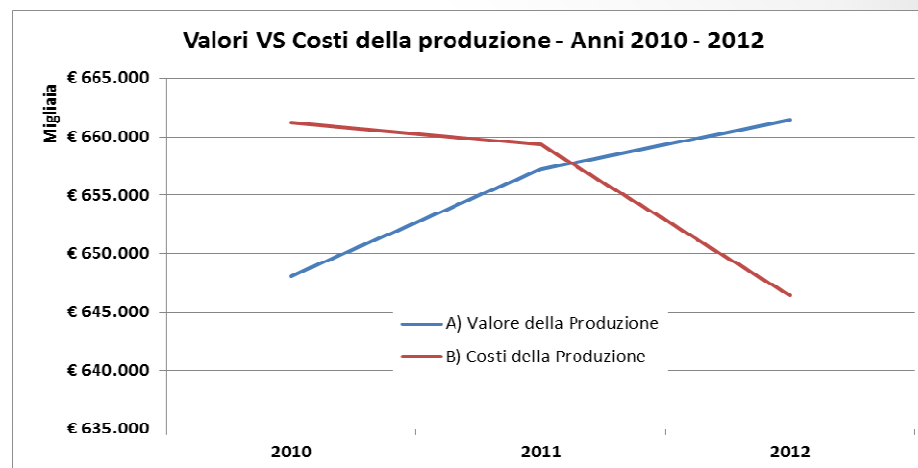
Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli ultimi tre esercizi contabili. Nello specifico, si presenta il confronto dei conti economici 2010, 2011 e 2012.

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

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 della perdita di esercizio. Infatti, la diminuzione di quest'ultima è di 15.771 milioni di euro (-81%) rispetto all'anno 2011, 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 646 milioni del 2012) ed all'incremento di attività assistenziale (valore dei ricavi) del 2%;
- riduzione del costo del personale, di circa il 3% dal 2010 al 2012;



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 **376.182 abitanti** ed una densità di popolazione di **57,5 ab/Km²** (tra le più basse fra le provincie italiane).
- I **nuclei familiari nell'anno 2012** sono globalmente 154.525, con un numero medio di componenti per famiglia di 2,43 persone



Analisi demografica

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

Analisi demografica

DIMINUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

La popolazione residente registra un trend negativo, dal 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%) .

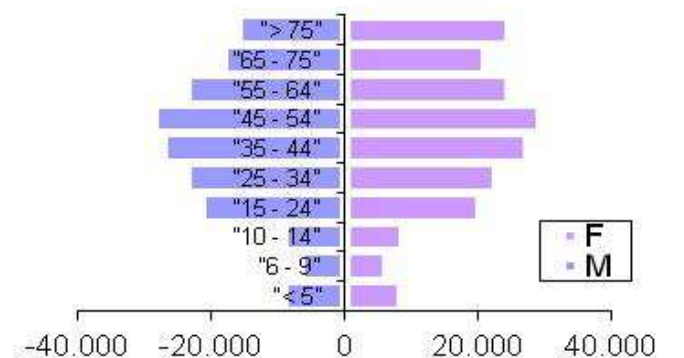
Popolazione Residente Provincia di Potenza - Trend 2008-2012						
Anno	2008	2009	2010	2011	2012	Δ '08-'12
Maschi	189.513	189.224	188.404	187.683	183.938	-2,90%
Femmine	197.607	197.607	196.905	196.108	192.244	-2,70%
Totale	387.120	386.831	385.309	383.791	376.182	-2,80%

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

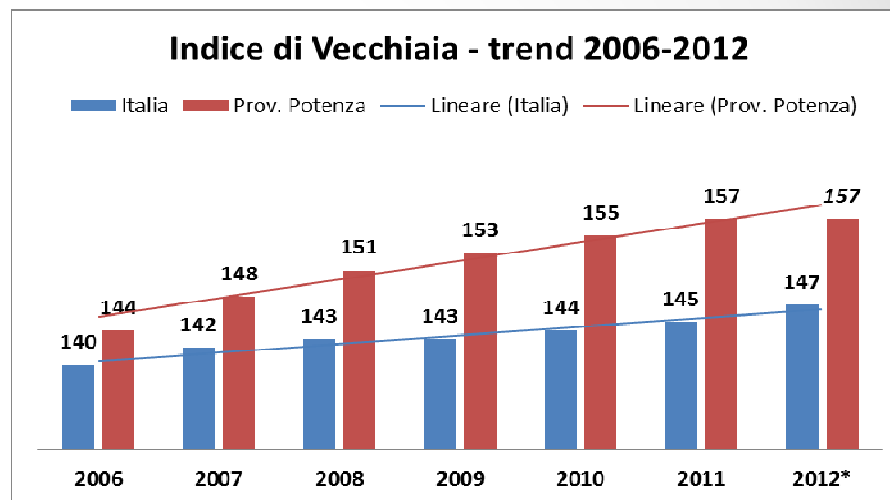


Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dat.istat.it

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%.

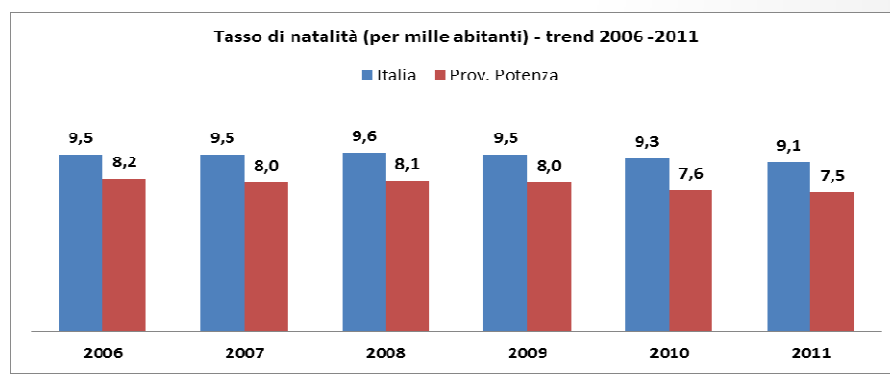


*dato stimato

Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dat.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%.



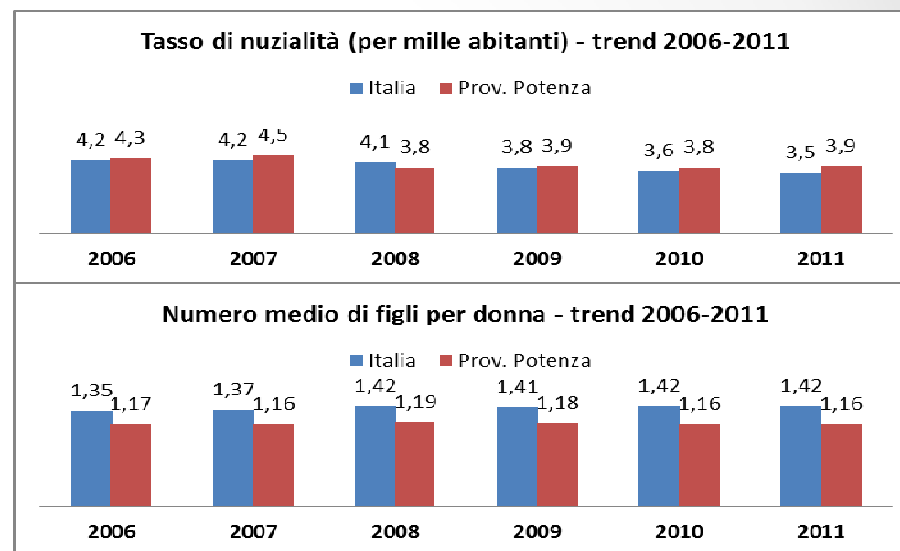
tasso di natalità (per mille abitanti)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Δ '06 - '11
Italia	9,5	9,5	9,6	9,5	9,3	9,1	-4,4%
Prov. Potenza	8,2	8,0	8,1	8,0	7,6	7,5	-9,3%

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

Analisi demografica

MUTAMENTI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE

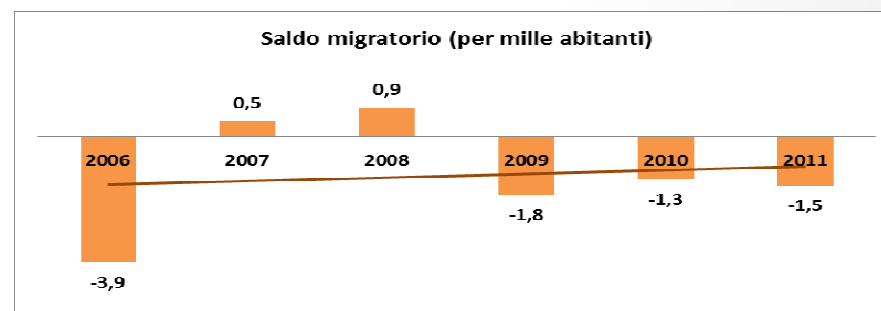
- Il tasso di nuzialità si riduce progressivamente nel periodo di riferimento, anche se in modo meno rapido rispetto alla media nazionale.
- Il numero di figli è, invece, sostanzialmente stabile, mentre a livello nazionale è in progressivo aumento.



Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dat.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‰.



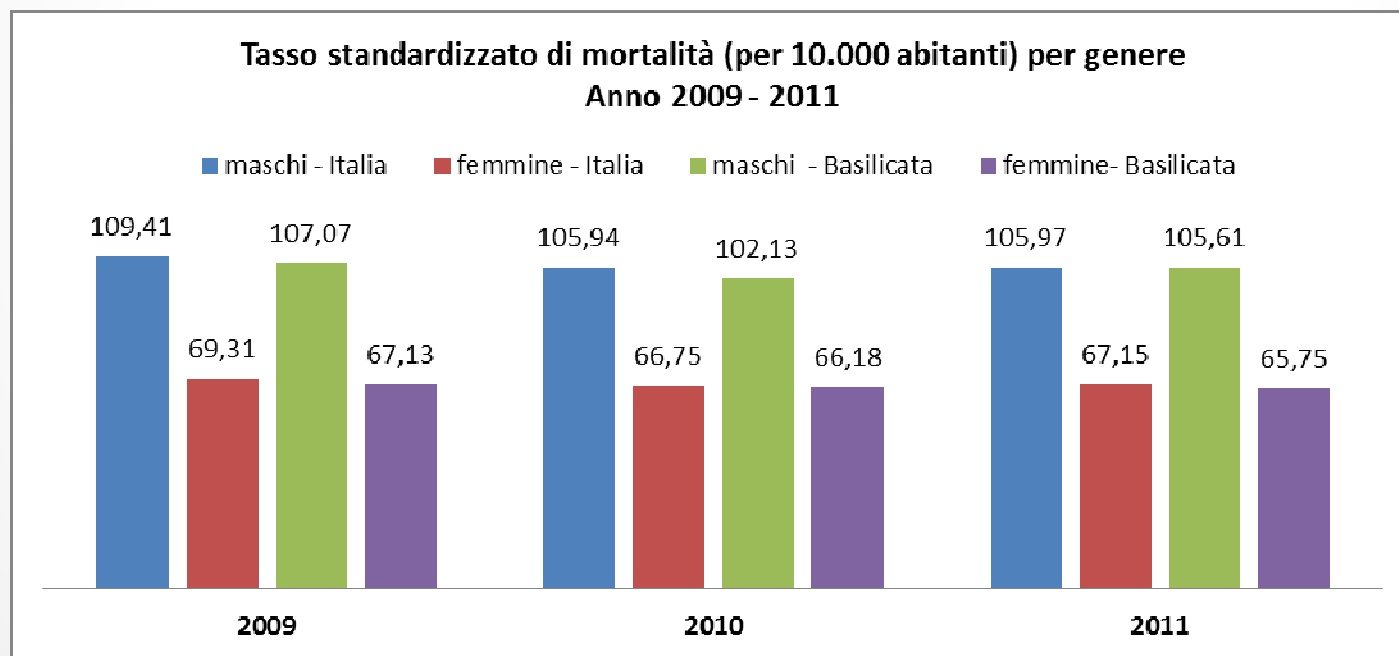
Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dat.istat.it

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.

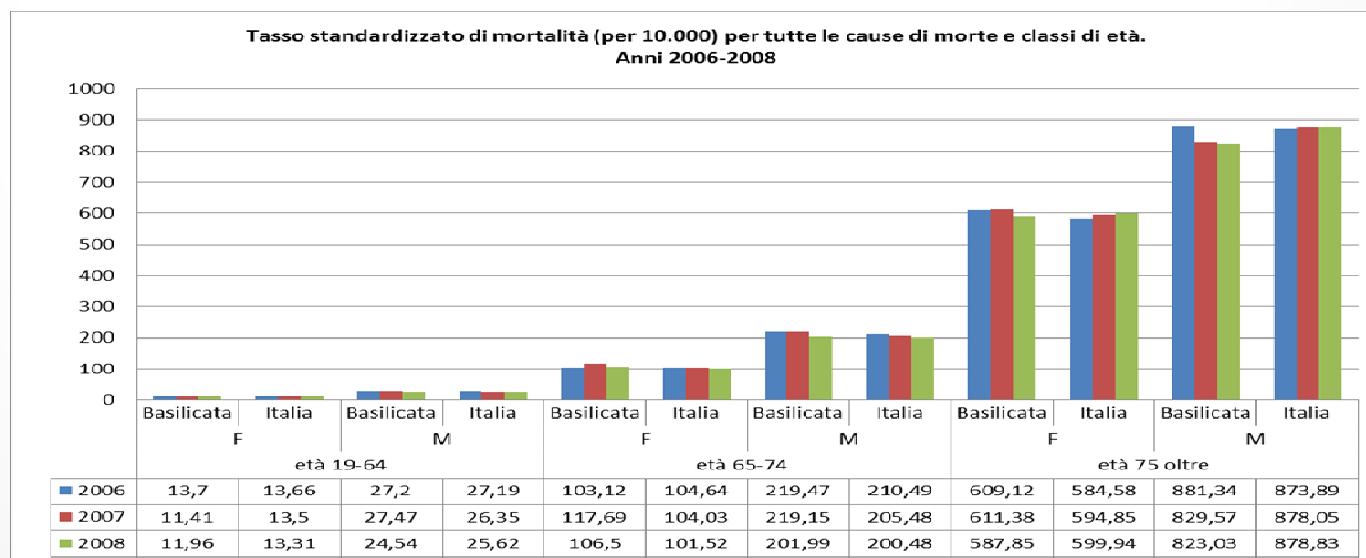


Fonte: "Indagine sui decessi e cause di morte" Istat - Anni 2009-2011.

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.

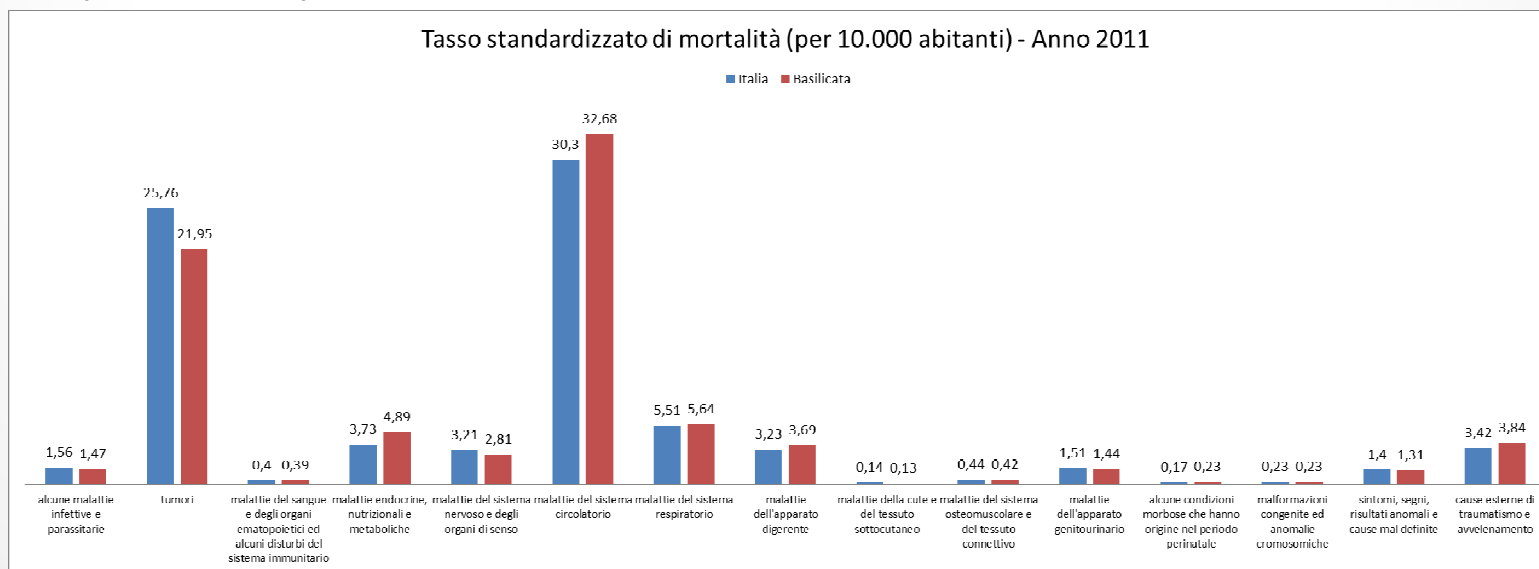


Fonte: Ns elaborazioni su: Istat "Indagine sui decessi e cause di morte" - Anni 2006-2008.

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%)

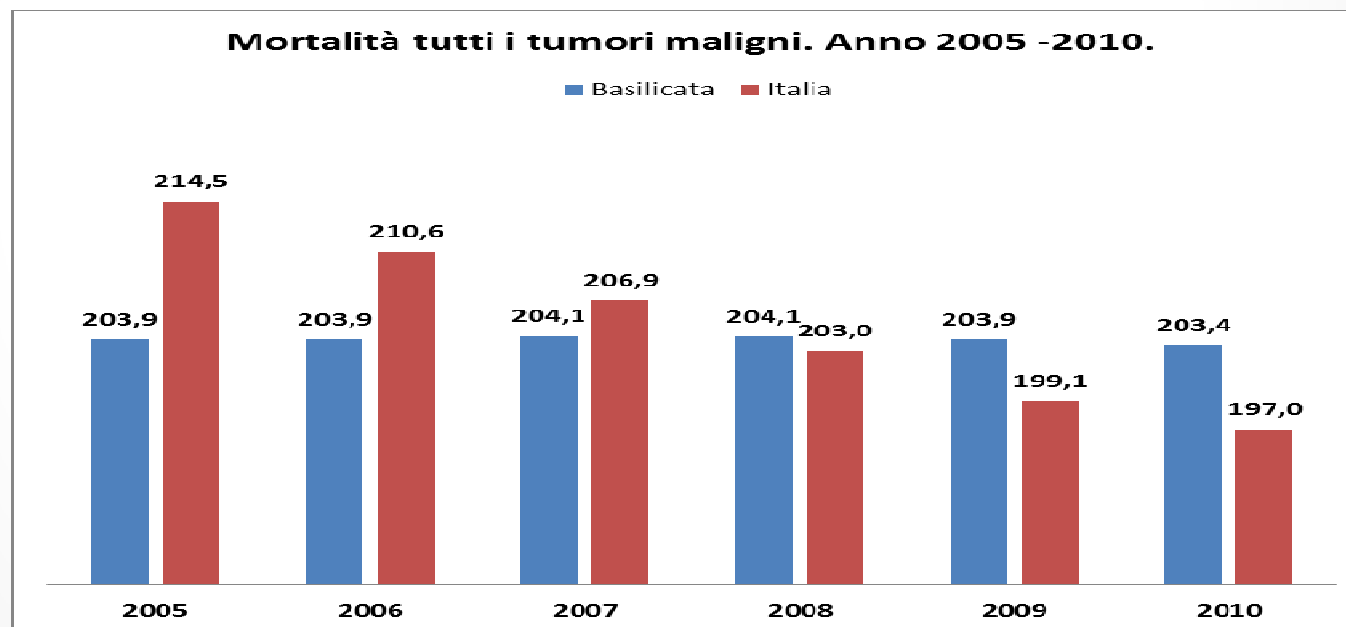


Fonte: <http://dati.istat.it/?lang=it> 24 avr. 2014, 08h28 UTC (GMT)

Analisi Epidemiologica

MORTALITÀ TUMORI

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



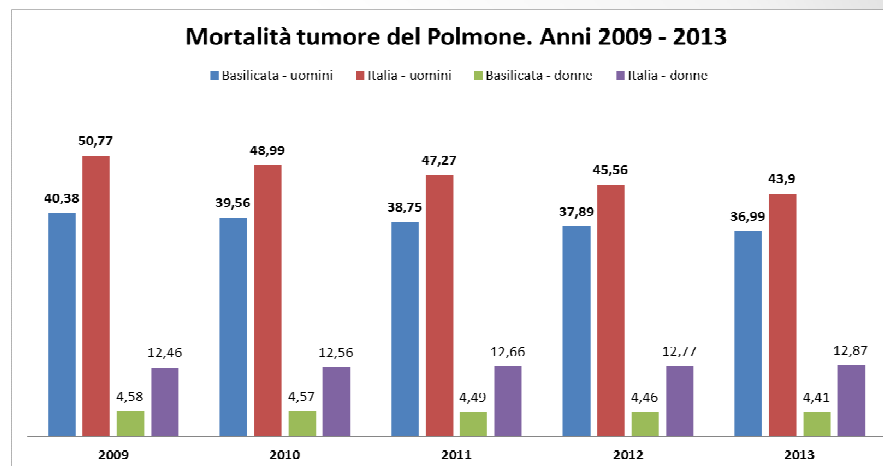
Fonte: Ns elaborazione su dati:

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

Analisi Epidemiologica

MORTALITÀ TUMORI DEL POLMONE

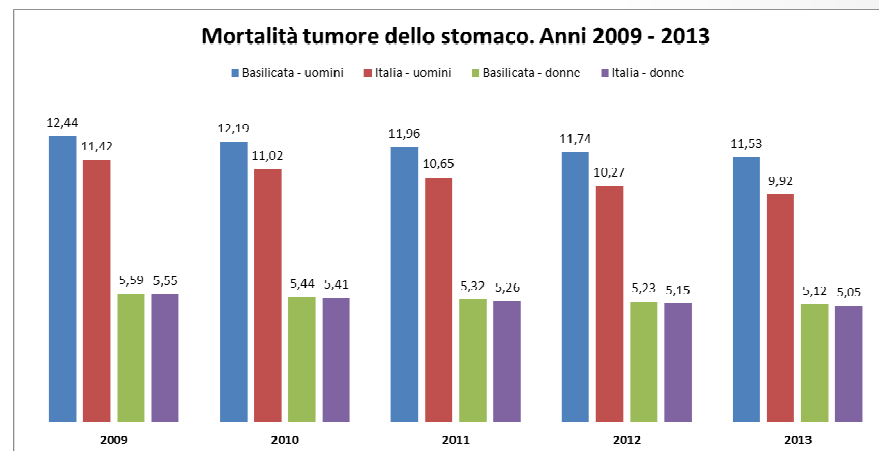
- A livello nazionale, considerando la classe di età 0-84 anni il tumore del polmone negli uomini è quello con il tasso di mortalità più alto.
- In Basilicata, il tasso di mortalità per il tumore del polmone è diminuito nel tempo sia per gli uomini che per le donne.



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](http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass=estratti%20il%2018/01/2014)

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

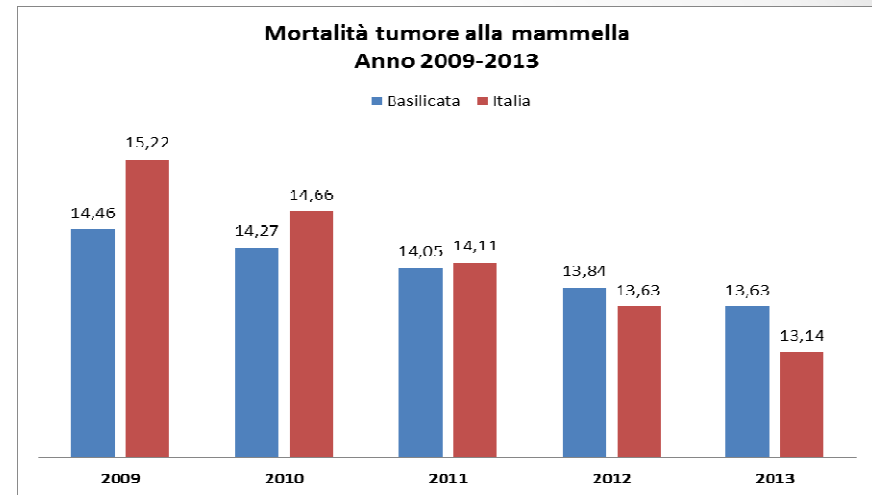


Fonte: Ns elaborazione su dati:
[http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass=estratti il 18/01/2014](http://www.tumori.net/it3/banca_dati/query_results.php?site=1&area=999,17&gender=3,2,1&period=2009,2013&ageclass=estratti%20il%2018/01/2014)

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 rimane 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

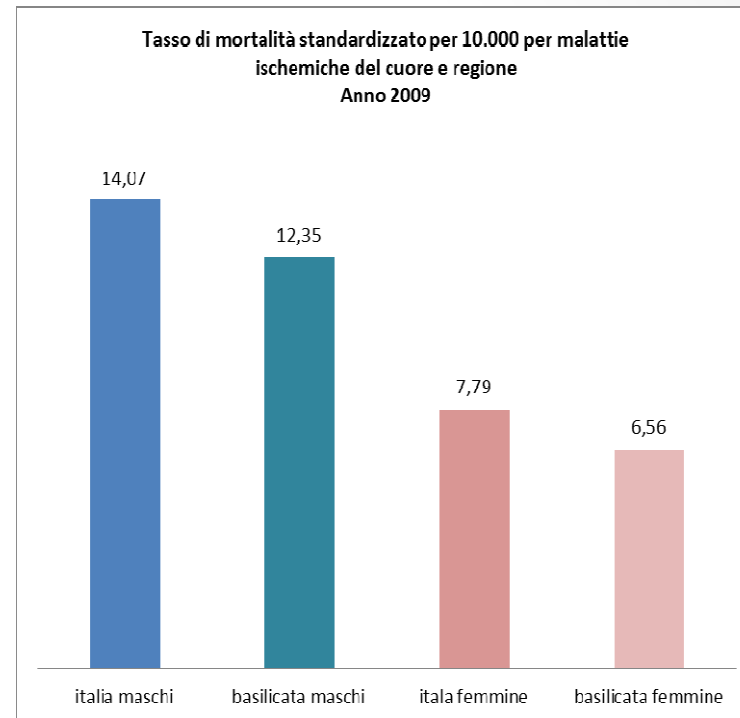
Regione	Persone con diabete			Persone senza diabete		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Basilicata	19,46	6,41	11,89	14,16	2,43	7,19
Italia	21,28	7,09	13,26	11,58	4,95	7,70

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.

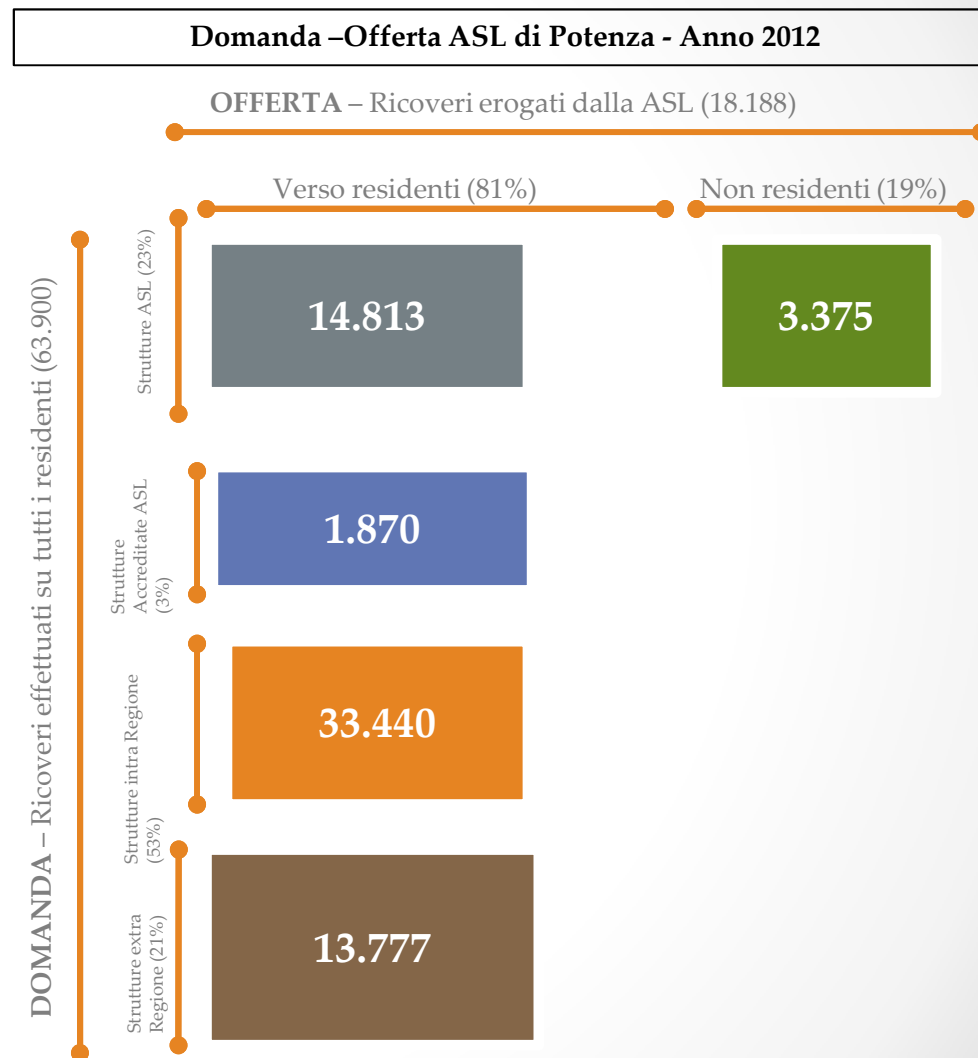


Fonte: Ns elaborazione su dati www.osservasalute.it

ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA
OSPEDALIERA DELLA POPOLAZIONE
RESIDENTE

Analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera

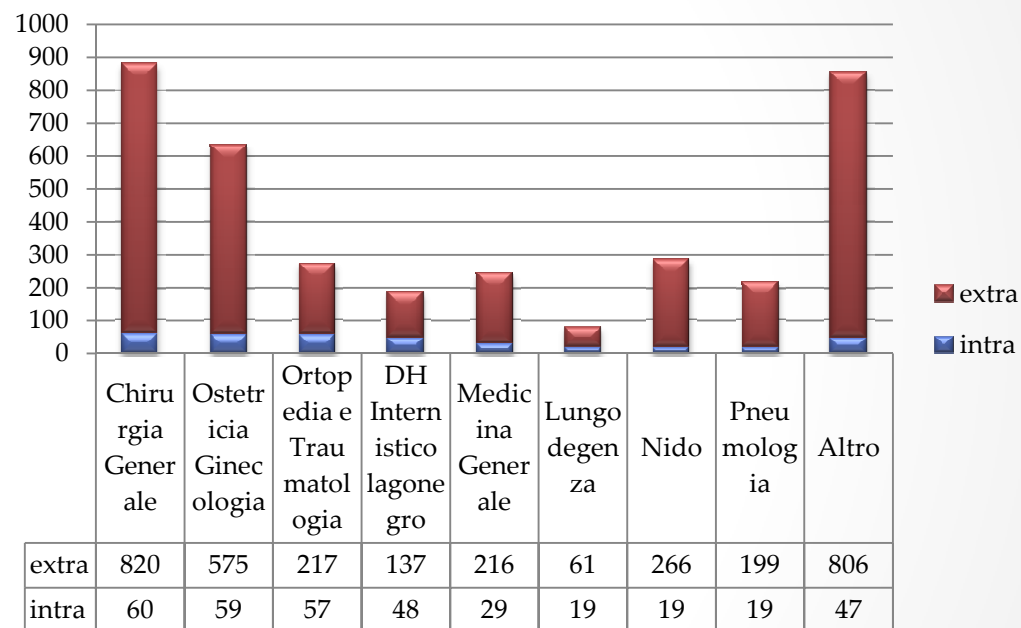
- Nell'anno 2012 i ricoveri (per acuzie e post-acuzie) erogati a pazienti residenti nel territorio ASP sono complessivamente circa 63.400, dei quali il 23% sono stati effettuati nelle strutture aziendali.
- Il saldo di mobilità della ASL di Potenza è stato nel 2012 di circa 43.900 ricoveri in uscita dal proprio territorio.
- Tale dato è la risultante di circa 47.300 ricoveri in mobilità passiva e di circa 3.400 ricoveri in mobilità attiva intra ed extra regionale (356 ricoveri intra e 3.019 extra) .



Mobilità attiva intra ed extra regionale

- L'Azienda Sanitaria di Potenza nel 2012 ha erogato circa 3.400 ricoveri per pazienti non residenti (mobilità attiva), che rappresentano un 19% circa delle prestazioni di ricovero complessive effettuate nell'anno.
- Le prestazioni verso i non residenti sono diminuite rispetto al 2011 del 25%. Tale riduzione derivata dall'aumento del 3% dei ricoveri per i residenti nella provincia di Matera (mobilità intra-regionale) e dalla diminuzione del 21% dei ricoveri per residenti di altre regioni (mobilità extraregionale).

numero prestazioni erogate dall'ASP mobilità attiva intra ed extra regionale per UUOO. Anno 2012



- 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 2012 rispetto all'anno precedente è dell' 1,6%. 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 2012-2010

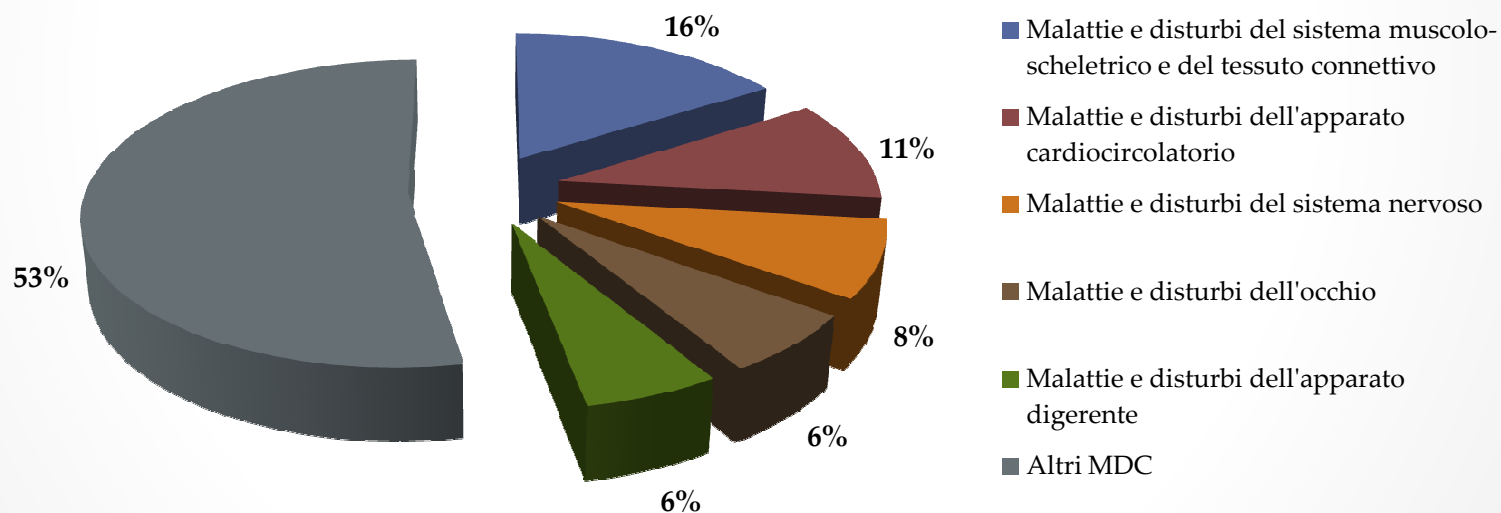


Regione di Ricovero	2011	2012	Δ '11-'12
Puglia	3.075	3.016	-0,40%
Campania	2.974	3.279	2,20%
Lazio	1.756	1.716	-0,30%
Lombardia	1.066	1.008	-0,40%
Emilia Romagna	1.040	1.076	0,30%
Calabria	1.026	676	-2,50%
Toscana	938	949	0,10%
Altre	2.121	2.057	-0,50%
Totale	13.996	13.777	-1,60%

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.

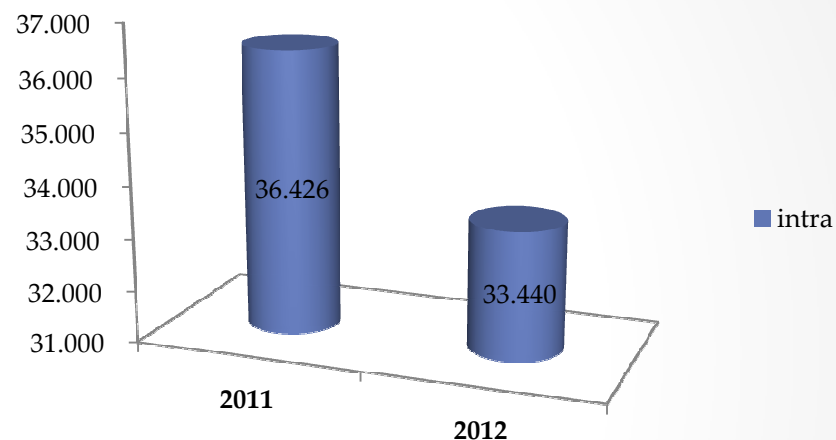
Mobilità Passiva extraregionale anno 2012. Principali MDC



Mobilità passiva ospedaliera intra-regionale

- La mobilità passiva intra regionale dell'ASL di Potenza ha un andamento decrescente.
- La riduzione dei ricoveri nell'anno 2012 rispetto all'anno precedente è dell' 8,20%.
- Il 90% dei ricoveri sono effettuati dall'Azienda Ospedaliera San Carlo.

**Mobilità passiva anni 2012-2011
residenti ASP**

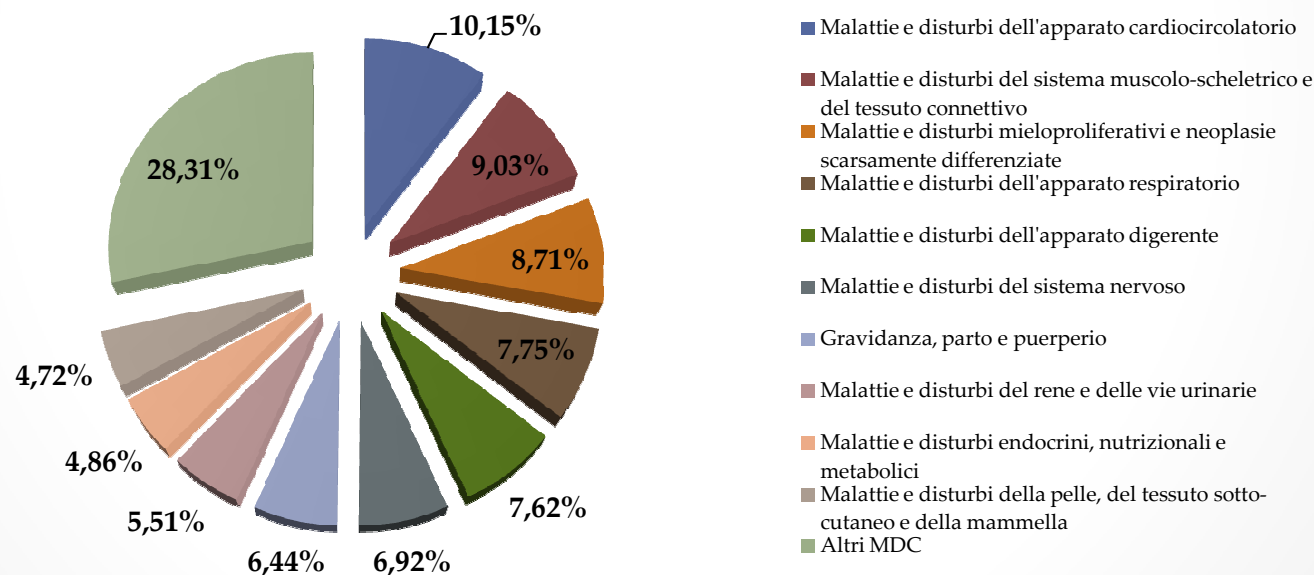


Struttura di ricovero	2011	2012	Δ '11-'12
Ospedale San Carlo di Potenza (Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo")	32.606	29.682	-8,03%
C.R.O.B. - I.R.C.C.S. - Rionero-	2.697	2.683	-0,04%
Ospedale Policoro (Presidio Ospedaliero Policoro)	566	584	0,05%
Presidio Ospedaliero - Matera	446	391	-0,15%
Presidio Ospedaliero - Tricarico-	76	66	-0,03%
Ospedale Civile Stigliano (Presidio Ospedaliero Policoro)	35	34	0,00%
Totale	36.426	33.440	-8,20%

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 diminuita nell'anno 2012 rispetto all'anno 2011 del 53%. Tale riduzione si registra anche per la mobilità intra-regionale -5%

Prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva extra-regionale			
Mobilità	2011	2012	Δ '11-'12
Extra	537.934	255.110	-53%
Intra	2.493.966	2.365.852	-5%
Totale	3.031.900	2.620.962	-14%

Prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità passiva intra-regionale			
Strutture	2011	2012	Δ '11-'12
ASM	99.514	93.920	-0,33%
CROB	679.352	673.798	-0,32%
SAN CARLO	1.715.100	1.598.134	-6,82%

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

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 2011 ammontano complessivamente a 111.110 miliardi di euro.

Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e Pil (miliardi di euro) Anni 2005-2011				
Anno	Finanziamento	Spesa	Disavanzo	Spesa/Pil
2005	91,06	96,785	-5,725	6,8%
2006	95,131	99,615	-4,483	6,7%
2007	100,095	103,805	-3,709	6,7%
2008	103,483	107,141	-3,658	6,8%
2009	106,795	110,16	-3,364	7,2%
2010	109,127	111,333	-2,206	7,2%
2011	111,110	112,889	-1,779	7,1%

Fonte: www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/paginaInternaProgrammazioneSanitariaELea.jsp?menu=dati&id=1396&lingua=italiano

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

- Il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al 7,0%, valore leggermente in media rispetto al rapporto degli anni precedenti (7% per il 2010 e 2009). La spesa complessiva di 112,889 miliardi di euro (7,1% del Pil) porta un disavanzo di 1,779 miliardi di euro in riduzione rispetto agli anni precedenti per via di politiche mirate al contenimento della spesa.
- 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 1.757 euro, con un massimo di 2.119 euro in Trentino Alto Adige e un minimo di 1.638 euro in Campania, con un differenziale quindi del 23%.
- 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 hanno portato ad una della perdita complessiva netta del SSN per l'anno 2011 di 1.779 miliardi di euro (in riduzione rispetto agli anni precedenti: nel 2010 il disavanzo era di 2.206 mld di euro, mentre nel 2009 di ben 3.364 mld di euro).

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

- Il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al 7,0%, valore leggermente in media rispetto al rapporto degli anni precedenti (7% per il 2010 e euro (in riduzione rispetto agli anni precedenti: nel 2010 il disavanzo era di 2.206 mld di euro, mentre nel 2009 di ben 3.364 mld di euro).
- La spesa sanitaria della Regione Basilicata per il funzionamento del servizio sanitario regionale è aumentato del 5% dal 2008 e il 2011, passando da 1,016 a 1,068 miliardi di euro. Le risorse attribuite nel 2011 ammontano a circa 1 miliardo di Euro, con un incremento del 5% rispetto al 2008.
- Per quel che concerne il disavanzo vi è una forte crescita dal 2008 al 2011, infatti si passa da 22 milioni a circa 49 nel 2011. Da quanto si apprende da una nota della Regione Basilicata del 18 aprile 2013, risulta che una prima analisi dei dati del bilancio preconsuntivo vi sia una riduzione del 69% nel 2012 che porta il disavanzo a circa 15 milioni.

REGIONE BASILICATA Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo (miliardi di euro) Anni 2008-2011			
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

ALBERO DELLA PERFORMANCE

Missione

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 – aree strategiche

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

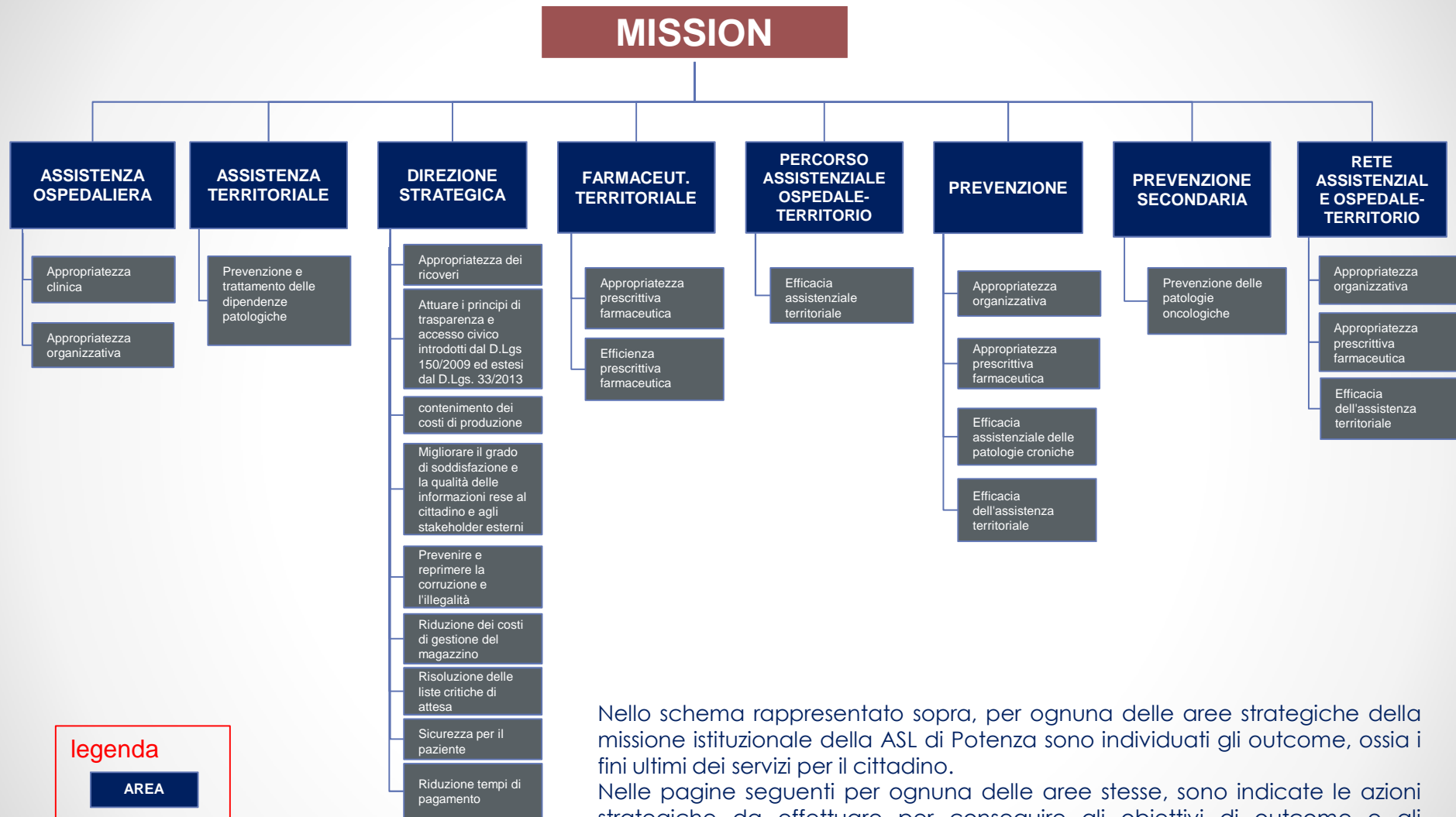


legenda

AREA

SUB AREA

Aree e sub-aree strategiche



legenda

AREA

Outcome

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.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA CHIRURGICA

AREA MATERNO
INFANTILE

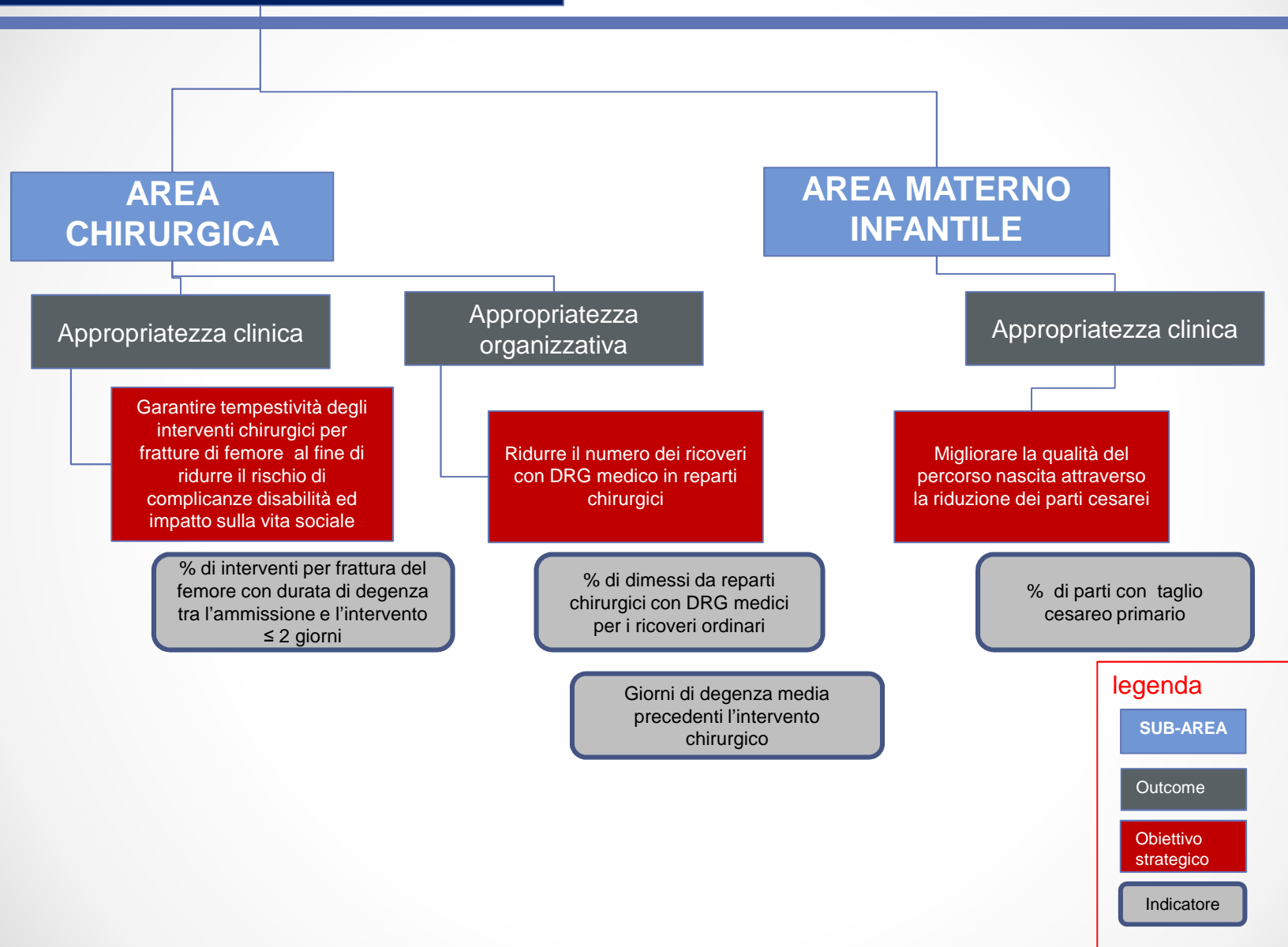
PRONTO SOCCORSO

AREA MEDICA

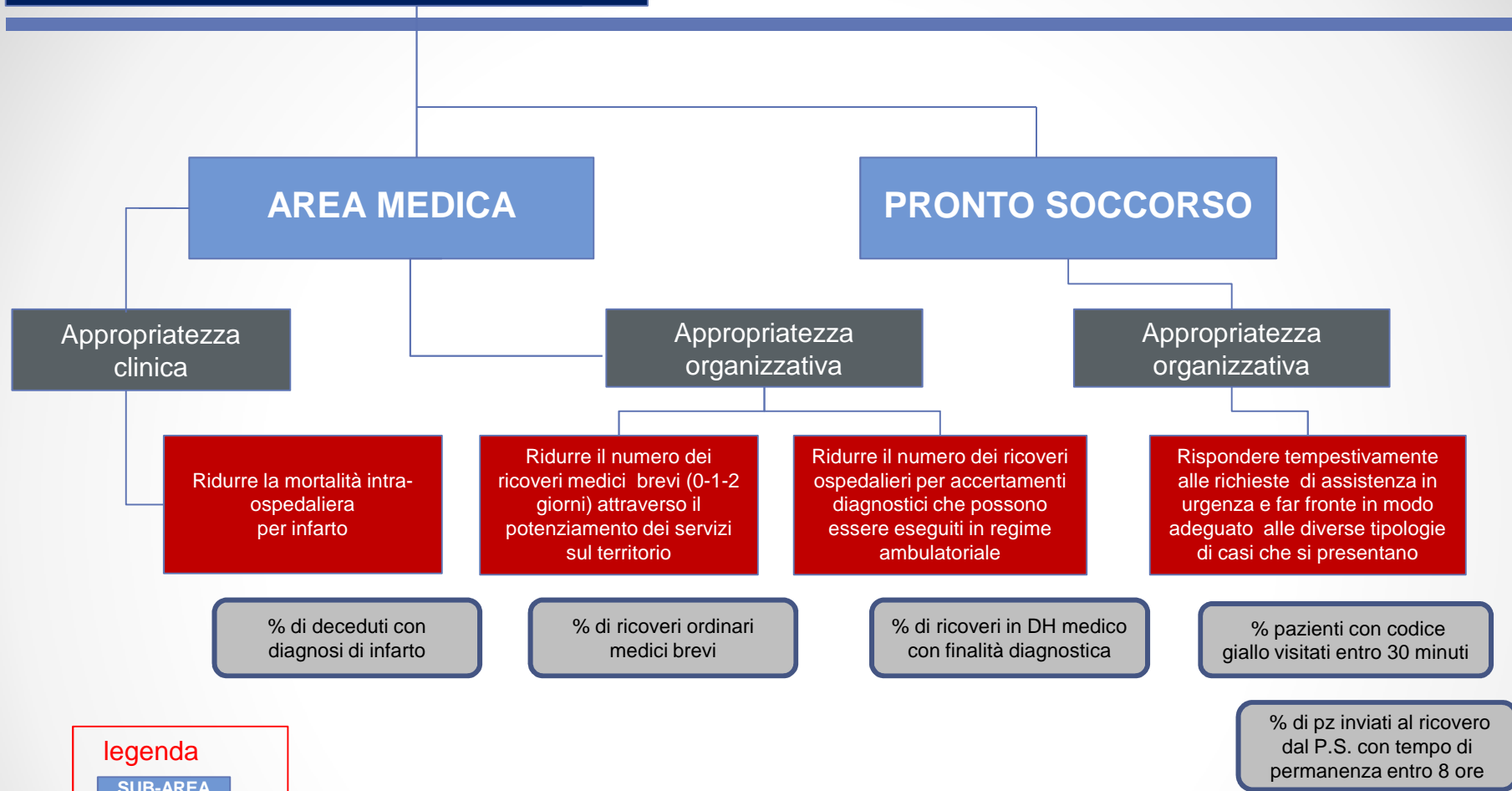
PRINCIPALI SFIDE

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

ASSISTENZA OSPEDALIERA



ASSISTENZA OSPEDALIERA



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 alcolismo, tabagismo e ludopatia.
- Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le famiglie

ASSISTENZA TERRITORIALE

AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche

Realizzare campagne di informazione
Attivare/dare continuità agli ambulatori territoriali (alcolismo)

Num di campagne informative nelle scuole (studenti medi inf. e superiori)

n. ambulatori per il trattamento dell'alcolismo attivi

Realizzare campagne di informazione (dipendenza da fumo)

Num di campagne informative nelle scuole (studenti medi inf. e superiori)

Realizzare campagne di informazione
Attivare/dare continuità agli ambulatori territoriali (ludopatie)

Num di campagne informative nelle scuole (studenti medi inf. e superiori)

n. ambulatori per il trattamento delle ludopatie attivi

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

**EMPOWERMENT
AZIENDALE**

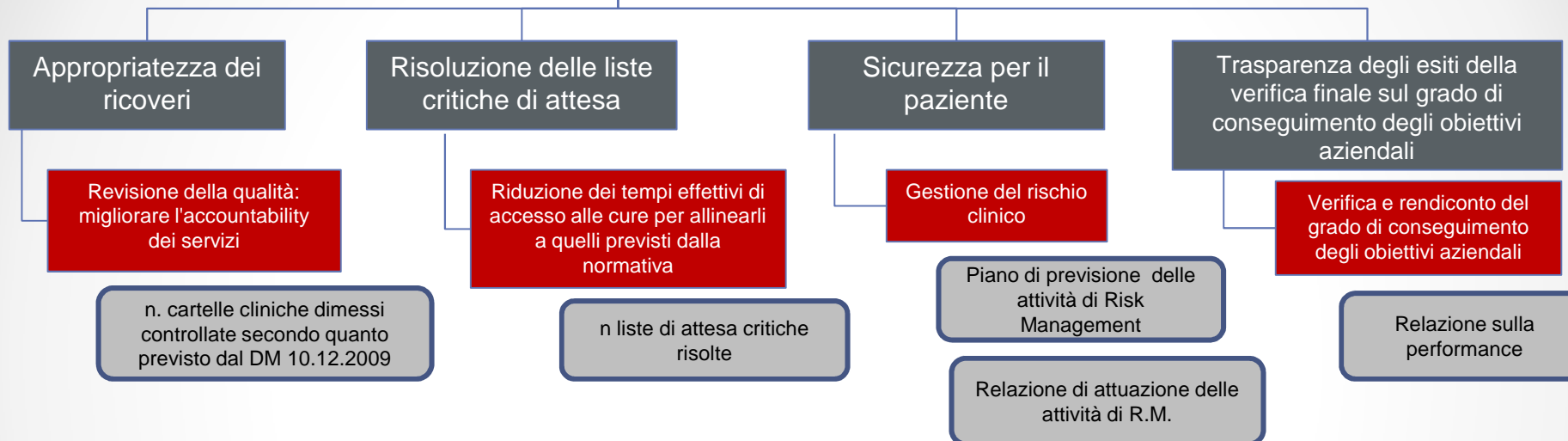
**EQUILIBRIO
ECONOMICO-
FINANZIARIO**

PRINCIPALI SFIDE

- **Contenimento dei costi di produzione**
- **Sviluppo della rete regionale degli acquisti**
- **Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie**
- **Benessere organizzativo**
- **Migliorare la trasparenza degli atti amministrativi**
- **Lotta alla corruzione**
- **Ridurre i tempi di attesa**
- **Migliorare il grado di soddisfazione degli utenti**
- **Migliorare il livello di sicurezza per il paziente**

DIREZIONE STRATEGICA

EMPOWERMENT AZIENDALE



legenda

SUB-AREA

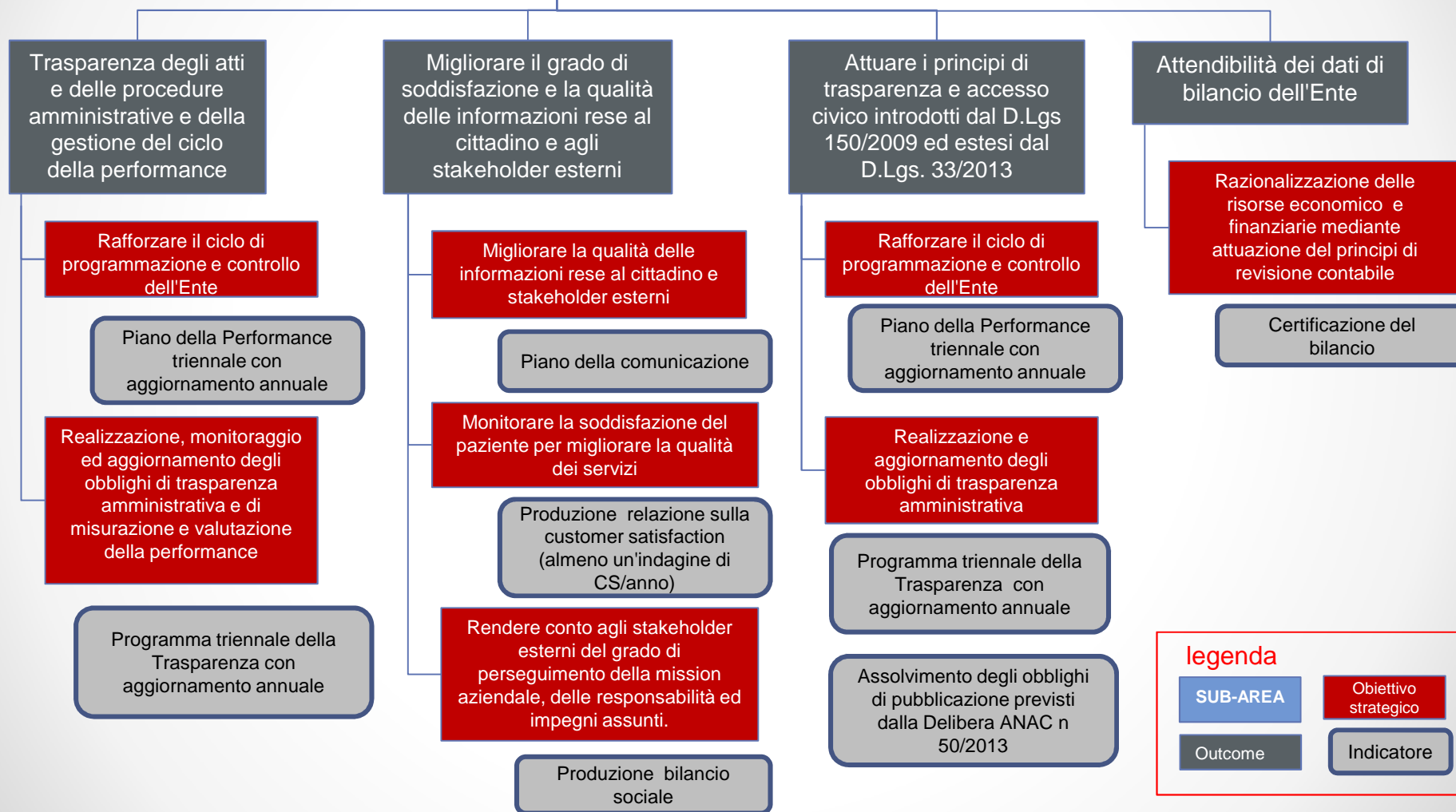
Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

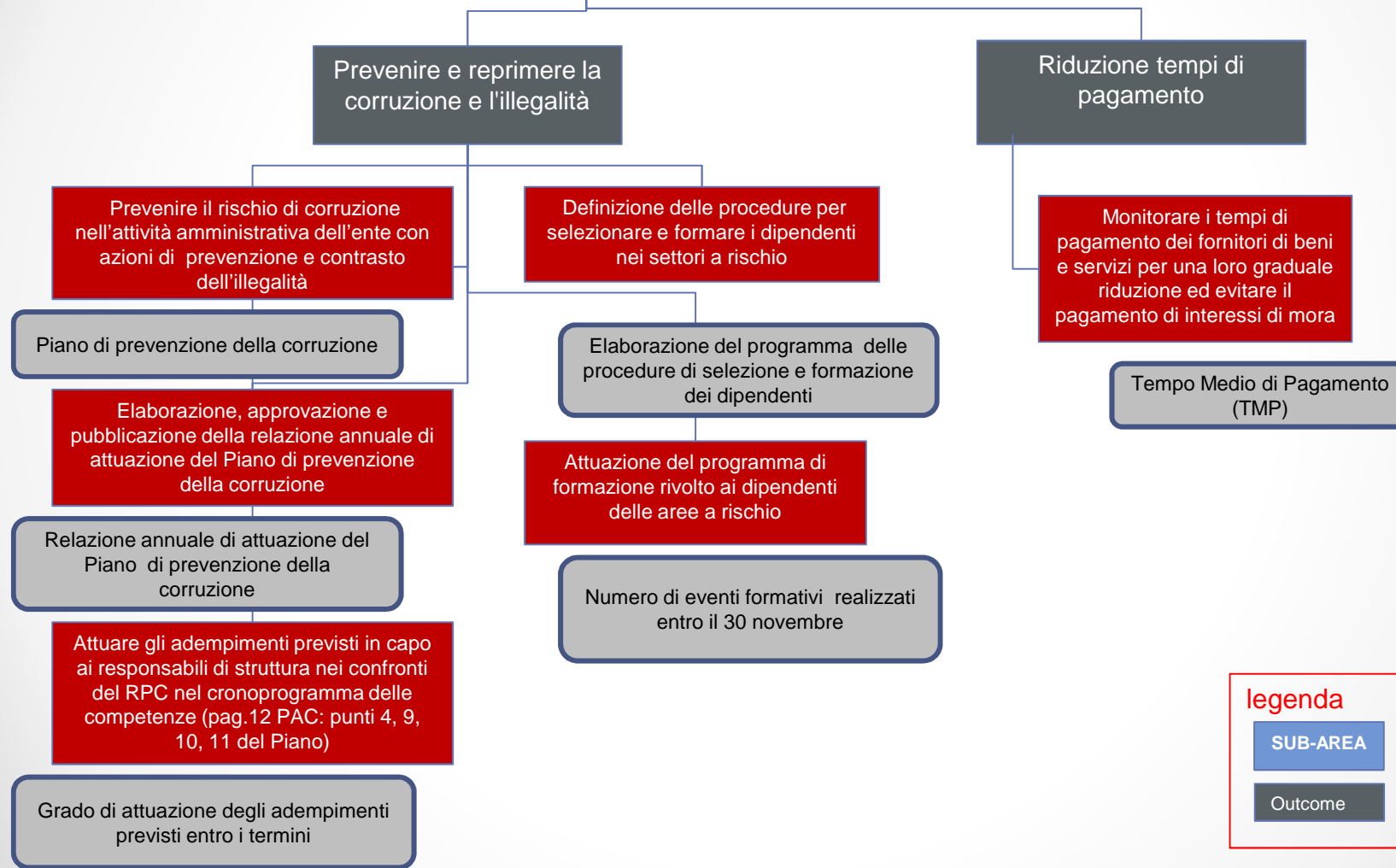
DIREZIONE STRATEGICA

EMPOWERMENT AZIENDALE



DIREZIONE STRATEGICA

EMPOWERMENT AZIENDALE



legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

DIREZIONE STRATEGICA

EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO



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

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

PRINCIPALI SFIDE

- **Miglioramento del grado di estensione dell'assistenza domiciliare al fine di contrastare l'istituzionalizzazione impropria e precoce degli anziani**

PERCORSO ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Efficacia assistenziale
territoriale

Minor ricorso al ricovero ospedaliero
per i pazienti over 64

% di over 64 anni trattati in ADI

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo
strategico

Indicatore

PREVENZIONE

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 campagne di informazione

Numero di campagne di informazione realizzate /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

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

PREVENZIONE SECONDARIA

SCREENING ONCOLOGICI

PRINCIPALI SFIDE

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

PREVENZIONE SECONDARIA

SCREENING ONCOLOGICI

Prevenzione delle patologie oncologiche

Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening

Adesione grezza dello screening cervice uterina

Adesione grezza dello screening mammografico

legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

ASSISTENZA DISTRETTUALE

**PATOLOGIE CRONICO
DEGENERATIVE**

**RETE ASSISTENZIALE
OSPEDALE-TERRITORIO**

SALUTE MENTALE

PRINCIPALI SFIDE

- **Migliorare l'appropriatezza prescrittiva**
- **Migliorare l'appropriatezza delle cure**
- **Miglioramento dell'efficacia dell'assistenza territoriale**
- **Miglioramento della presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronicodegenerative**
- **Deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale**

ASSISTENZA DISTRETTUALE

SALUTE MENTALE

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica

% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE

Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO) - Integrazione Ospedale-Territorio

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

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

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

RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

Appropriatezza organizzativa

Ridurre 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

legenda

SUB-AREA

Outcome

Obiettivo strategico

Indicatore

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

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

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano

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

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

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

- La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale e pluriennale, attraverso:
 - ❖ un'attività legata alla programmazione ed alla pianificazione delle performance;
 - ❖ un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nella stesura del Piano della Performance: dalle Macrostrutture Aziendali agli Staff di Direzione Strategica, all'Organismo Indipendente di Valutazione, alle strutture appartenenti ai dipartimenti assistenziali nonché alle strutture di supporto.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

- 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.
- Nel corso dell'anno 2014 verranno perfezionati una serie passaggi, ed in particolare:
 - ❖ negoziazione del budget operativo del 2014 elaborato sulla base del Documento di Direttive, del Piano della Performance e dei nuovi obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria;
 - ❖ eventuale rimodulazione del presente Piano della Performance - che costituisce il primo aggiornamento, a scorrimento, sull'annualità 2016 del Piano Triennale – sulla base degli obiettivi, indicatori e target contenuti in atti di programmazione regionale ed aziendale adottati nel 2014.

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.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.314 del 27.05.2013 ha approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2015;
 - ❖ 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.469 del 25.07.2013 ha approvato il Programma Triennale per la Trasparenza 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 del **Piano della Performance 2013-2015**, approvato con Delibera n.566 del 20.9.2013, di cui il presente Piano costituisce il primo aggiornamento per il triennio 2014-2016, e di negoziazione con la dirigenza aziendale del budget operativo per l'anno 2013 (Delibere n.334 e n.335 del 06.06.2013) aveva previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance sia organizzativa che individuale.

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, è opportuno che anche nel **Piano della Performance 2014 – 2016** e nel **budget operativo 2014** (*il cui processo di negoziazione con la dirigenza aziendale sarà attivato contestualmente all'approvazione degli obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria per gli anni 2014-2015*) siano 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 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 2014-2016**" e saranno 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.

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**.

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.