

MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

(DALLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019

AZIENDA SANITARIA LOCALE ASP POTENZA)





(Omissis)

Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa

La **mission** dell'ASP di Potenza si applica a tutte le **aree strategiche** che istituzionalmente sono oggetto di intervento per l'Azienda (**assistenza territoriale, assistenza ospedaliera, direzione sanitaria e amministrativa, prevenzione, salute mentale**).

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).

Nello schema ad albero, rappresentato nel **Piano Triennale della Performance Aziendale**, per ognuna delle aree strategiche della missione istituzionale della ASL di Potenza sono stati individuati gli **outcome**, ossia i risultati sociali dei servizi garantiti al cittadino. Per ognuna delle aree sono state indicate le **azioni strategiche** da mettere in campo per conseguire gli **obiettivi di outcome** e gli **indicatori** con i quali misurare tali azioni.

Lo schema ad albero trova la sua sintesi nella "**Tabella su Outcome-Obiettivi-Indicatori-Target Piano triennale della performance 2019-2021-Aggiornamento Agosto 2019** (DDG n. 545 del 08/08/2019) allegato al documento di Piano dove sono riassunti tutti gli obiettivi strategici aziendali inseriti nella programmazione triennale distinti per: **area strategica, sub-area, outcome, indicatori, fonte degli indicatori, modalità di calcolo degli indicatori, serie storica dei risultati conseguiti nel triennio precedente**.

La suddetta tabella, con i risultati della performance conseguita nell'anno 2019 per ognuno di essi, è parte integrante della presente Relazione.

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano Triennale 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;
- ❖ il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nella stesura del Piano della Performance: dalle Macrostrutture Aziendali agli Staff di Direzione Strategica, al CUG aziendale, all'Organismo Indipendente di Valutazione, alle strutture appartenenti ai dipartimenti assistenziali nonché alle strutture di supporto.

In questo modo è stato creato un valido strumento che costituisce la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali e per il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali e, da queste, ai singoli professionisti.



Gli obiettivi sono stati tempestivamente comunicati ai dirigenti responsabili di struttura (Dipartimenti/UOC/UOSD) dell'ASP ed a loro formalmente assegnati in sede di negoziazione del budget 2019 (giusta DDG n. 440 del 26/06/2019 e DDG n. 685 del 16/10/2019).

4.1 Monitoraggio Infrannuale

Il sistema di valutazione, nell'ambito del processo di budget, prevede due verifiche intermedie (una sintetica trimestrale, l'altra infrannuale che permette di gestire tempestivamente eventuali interventi correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi) e quella finale di verifica dei risultati, a termine dell'anno di riferimento.

A chiusura del processo di negoziazione del budget, sono individuati i referenti per ciascun obiettivo, ai quali è stata trasmessa la documentazione a supporto del monitoraggio degli obiettivi.

Il compito del referente è quello di monitorare lo stato di avanzamento dell'obiettivo di competenza, sulla base delle informazioni che periodicamente vengono raccolte sull'andamento dello stesso in sede di verifica infrannuale e finale dei risultati raggiunti.

Al fine di istruire la fase di verifica infrannuale degli obiettivi è stata definita la scadenza per la presentazione delle relazioni periodiche sugli obiettivi di budget.

Le relazioni sono raccolte, sistematizzate ed organizzate con possibilità di consuntivazione per obiettivo.

L'analisi dei risultati ha rilevato tre categorie di obiettivi:

- raggiungibili senza necessità di azioni correttive;
- dell'area critica:
 - o pienamente o parzialmente raggiungibili, a consuntivo, mediante interventi correttivi e revisione delle attività in corso;
 - o parzialmente raggiungibili, o non raggiungibili, a consuntivo in considerazione di criticità sopravvenute, non governabili dalle strutture a cui gli stessi sono assegnati e che ne determineranno, inevitabilmente, il parziale o mancato conseguimento a fine ciclo;

La verifica infrannuale degli obiettivi 2019 ha costituito anche uno spunto di riflessione per la strutturazione del budget 2020: le criticità sono state utilizzate come punti di partenza per individuare, anche grazie al confronto con i responsabili delle strutture assegnatarie di budget, le basi del nuovo sistema di obiettivi per l'anno successivo determinando così un collegamento diretto e strumentale tra le diverse fasi dei cicli di performance dei due anni (programmazione, monitoraggio e verifica dei risultati).

Le verifiche intermedie sulla performance dell'ASP sono state effettuate dall'UOC Controllo di Gestione.

Si fa presente che sono state effettuate le seguenti verifiche

- una verifica infra-annuale del I° semestre 2019 pubblicata, a cura del Responsabile della UOSD "URP e sito aziendale" in data 17.09.2019;
- verifica del consumo del budget alla data del 02.12.2019 e pubblicato, a cura del Responsabile della UOSD "URP e sito aziendale" in data 12.12.2019;



- una verifica infra-annuale – primi nove mesi 2019 pubblicata, a cura del Responsabile della UOSD “URP e sito aziendale” in data 13.12.2019
- rapporto finale del controllo di gestione anno 2019.



4.2 Obiettivi Annuali e risultati raggiunti nell'anno 2019

4.2. 1 Analisi dei risultati raggiunti nell'anno 2019

Gli obiettivi regionali annuali di salute e di programmazione economico finanziaria sono stati aggiornati per l'anno 2019 con DGR n. 395 del 28.06.2019. Tale deliberazione ha integrato e modificato, nell'Allegato 1, alcuni indicatori e target previsti nella DGR 190/2018.

Il documento regionale "Sistema di Valutazione 2018-2020" è caratterizzato da obiettivi declinati in un allegato in cui risultano esplicitate le metodologie e le schede degli indicatori che di seguito si allegano alla presente relazione.

Nell'allegato 1 della suddetta deliberazione regionale sono state individuate quattro principali aree di risultato ed i relativi obiettivi assegnati alla Azienda Sanitaria di Potenza per il triennio 2018-2020. Tali aree sono:

- tutela della salute;
- performance organizzative e cliniche aziendali;
- gestione economico finanziaria;
- conseguimento di obiettivi strategici regionali.

Il sistema di valutazione per l'ASP è articolato in 17 obiettivi misurati da 54 indicatori.

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, così come risulta dalla tabella sottostante, un limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero ed 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.

Il punteggio di ogni indicatore, con l'esplicitazione dell'intervallo, per ogni obiettivo e area di riferimento, è indicato nella scheda ASP allegata alla deliberazione regionale.

Nell'anno 2019, con riferimento al panel dei 54 indicatori individuati:

- per n. 27 indicatori (pari al 50% del totale) è stato raggiunto il valore atteso 100% (tab.n.1);
- per n.12 indicatori (pari al 22,22 % del totale) il valore atteso è stato raggiunto al 50% (tab.n.2);
- per n. 3 indicatori (5,56 % del totale) non è stato raggiunto il valore atteso 0% (tab.n.3).
- per n. 12 indicatori (22,22% del totale) il dato non è disponibile (tab.n.4).

Nell'"**Allegato 2**", alla presente relazione, viene riportato, per ogni indicatore, il confronto con il risultato conseguito nell'anno precedente e le modalità di calcolo eseguite.

Tabella 1 “n. 27 Indicatori il cui valore atteso è raggiunto - DGR 395 e DGR 931/ 2019”

n. 27 Indicatori il cui valore atteso è raggiunto DGR 395 e DGR 931/ 2019 gennaio-dicembre 2019						
Descrizione indicatore	risultato atteso				Anno 2019	
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo				Gennaio - Dicembre	
	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	< 90%	da 90 a 95%	> 95%	95,40%	Raggiunto
1.a.3	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	<60%	da 60 a 75%	>75%	83,00%	Raggiunto
1.a.5	Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	< 90%	da 90 a 95%	> 95%	96,72%	Raggiunto
1.a.6	grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese	< 90%	da 90 a 95%	> 95%	98,72%	Raggiunto
1.a.7	Grado di copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi	< 90%	da 90 a 95%	> 95%	99,00%	Raggiunto
1.c	SCREENING ONCOLOGICI					
1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	<25%	da 25 a 50%	>50%	53,34%	Raggiunto
1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello ,in un programma organizzato, per mammella	<35%	da 35 a 60%	>60%	78,79%	Raggiunto
1.d	SICUREZZA SUL LAVORO					
1.d.1	n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	<5%	da 5 a 10%	> 10%	10,53%	Raggiunto
1.d.3	n. aziende ispezionate/n. personale UPG SPSAL	<40%	da 40 a 50%	> 50%	62,01%	Raggiunto
1.d.4	n. sopralluoghi effettuati/n. personale UPG SPSAL	<70%	da 70 a 90%	> 90%	108,40%	Raggiunto
1.e	SANITA' VETERINARIA					
1.e.1	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	NO(<100%)		SI(100%)	SI(100%)	Raggiunto
1.e.2	raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	NO(<100%)		SI(100%)	SI(100%)	Raggiunto
1.e.3	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di farmaci contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	NO(<100%)		SI(100%)	SI(100%)	Raggiunto
2.c.6	percentuale di presa in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari	<35%	da 35 a 55%	>55%	91,98%	Raggiunto



n. 27 Indicatori il cui valore atteso è raggiunto DGR 395 e DGR 931/ 2019 gennaio-dicembre 2019						
Descrizione indicatore	risultato atteso			Anno 2019		
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio - Dicembre		
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA						
3.a	EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA					
3.a.1	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	<74%	da 74 a 76%	>76%	83,47%	Raggiunto
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA					
3.b.3	consumo di farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina(SSRI)	>36%	da 26 a 36%	<26%	22,98%	Raggiunto
3.c	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA					
3.c.1	Tasso di prestazioni muscolo scheletriche per 1000 residenti(>=65 anni)	>30%	da 30 a 20%	<20%	12,54%	Raggiunto
3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	>8%	da 6 a 8%	<6%	4,10%	Raggiunto
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI						
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.	<50%	da 50 a 85%	>85%	>85%	Raggiunto
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 395/2019)	NO		SI	SI	raggiunto
4.c.5	copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	<80%	da 80 a 95%	>95%	200%	raggiunto
4.d	RISK MANAGEMENT					
4.d.1	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	NO		SI	SI	raggiunto
4.d.2	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	NO		SI	SI	raggiunto
4.e	CONTROLLO CARTELLE CLINICHE					

n. 27 Indicatori il cui valore atteso è raggiunto DGR 395 e DGR 931/ 2019 gennaio-dicembre 2019						
Descrizione indicatore		risultato atteso			Anno 2019	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio - Dicembre	
4.e.1	verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	NO		SI	SI	raggiunto
4.f	AUTORIZZAZIONE /ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE					
4.f.1	verifica dell'autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche	NO		SI	richieste ulteriori integrazioni - per la RSA-R2 l'istanza di autorizzazione definitiva è stata inoltrata in Regione in data 20-3-2018 prot. n. 29760. Per le altre strutture elencate nella DGR 395/2019 l'istanza di autorizzazione definitiva non è trasmessa	raggiunto
		NO		SI	SI per la verifica presso le strutture da parte della CTA aziendale. La procedura ancora non si è conclusa in quanto le Aziende Sanitarie non hanno ottemperato alle richieste ed anche nel caso di riscontro lo stessa non è stata esaustiva.	raggiunto
4.g	MONITORAGGIO ATTUAZIONE PIANO REGIONALE GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)					
4.g.1	Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano Regionale sul gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017-2018	NO		SI	Preparazione del Piano di Prevenzione Regionale per la lotta al Gioco d'Azzardo. Con deliberazione n. 721 del 4/11/2019 si è dato avvio ad indire 4 distinte procedure concorsuali RDO da effettuarsi mediante l'utilizzo della piattaforma informatica di acquisto in dotazione dell'ASM	raggiunto

Tabella 2 “n. 12 Indicatori il cui valore atteso è raggiunto al 50% DGR 395 e DGR 931/2019”

n. 12 Indicatori il cui valore atteso è raggiunto al 50% DGR 395 e DGR 931/ 2019 gennaio-dicembre 2019						
Descrizione indicatore	risultato atteso			Anno 2019		
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio Dicembre		
	0%	50%	100%			
TUTELA DELLA SALUTE						
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA					
1.b	PROMOZIONE STILI DI VITA SANI					
1.b.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	<25%	da 25 a 45%	>45%	37,71%	raggiunto al 50%
1.b.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	<25%	da 25 a 35%	>35%	29,56%	raggiunto al 50%
1.b.4	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	<3%	da 3 a 9%	>9%	6,05%	raggiunto al 50%
1.b.5	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	<35%	da 35 a 55%	>55%	48,85%	raggiunto al 50%
1.c	SCREENING ONCOLOGICI					
1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	<25%	da 25 a 50%	>50%	43,91%	raggiunto al 50%
1.d	SICUREZZA SUL LAVORO					
1.d.2	n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati	<20%	da 20 a 30%	> 30%	27,04%	raggiunto al 50%
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE					
2.c.5	% di anziani in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana > 65 anni	<4%	da 4 a 8%	>8%	6,88%	raggiunto al 50%
2.d	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA					
2.d.4	Intervallo -target dei mezzi di soccorso	>26 min.	da 20 a 26 min.	<20 min.	26 min.	raggiunto al 50%

n. 12 Indicatori il cui valore atteso è raggiunto al 50%						
DGR 395 e DGR 931/ 2019						
gennaio-dicembre 2019						
Descrizione indicatore	risultato atteso				Anno 2019	
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA						
3.a	EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA					
3.a.2	% utilizzo farmaci biosimilari	<45%	da 45 a 65%	>65%	50,15%	raggiunto al 50%
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA					
3.b.1	consumo pro-capite di farmaci inibitori pompa protonica	>30%	da 28 a 30%	<28%	29,32%	raggiunto al 50%
3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	>22%	da 16 a 22%	<16%	17,22%	raggiunto al 50%
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI						
4.b	CURE PALLIATIVE					
4.b.2	consumo territoriale di farmaci oppioidi	<1,6%	da 1,6 a 2,1%	>2,1%	1,64%	raggiunto al 50%

Tabella 3 “n. 3 Indicatori il cui valore atteso non è raggiunto della DGR 395 e DGR 931/ 2019”

n. 3 Indicatori il cui valore atteso non è raggiunto						
della DGR 395 e DGR 931/ 2019						
gennaio-dicembre 2019						
Descrizione indicatore	risultato atteso			Anno2019		
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio Dicembre		
	0%	50%	100%			
TUTELA DELLA SALUTE						
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	<23%	da 23 a 33%	>33%	21,81%	non Raggiunto
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA					
3.b.2	incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina(antidepressivi)	>40%	da 40 a 30%	<30%	46,64%	non Raggiunto
4.c	UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI					
4.c.4	copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	<10%	da 10 a 15%	>15%	3,60%	non Raggiunto

Tabella 4" n. 12 Indicatori i cui dati non sono disponibili DGR 395 e DGR 931/ 2019

n. 12 Indicatori i cui dati non sono disponibili DGR 395 e DGR 931/ 2019 gennaio-dicembre 2019					
Descrizione indicatore	risultato atteso			Anno2019	
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio Dicembre	
	0%	50%	100%		
TUTELA DELLA SALUTE					
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA				
1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	<60%	da 60 a 75%	>75%	Dato ad oggi non ancora disponibile
1.a.4	Grado di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)	<25%	da 25 a 40%	>40%	Dato ad oggi non ancora disponibile
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	>180%	da 135 e 180%	<135%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.
2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	>3%	da 1,5 e 3%	<1,5%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.
2.a.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso	>65%	da 50 e 65%	<50%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE				
2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	>10%	da 7 e 10%	<7%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.
2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	>195%	da 155 a 195%	<155%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.
2.c.3	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	>35%	da 25 a 35%	<25%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.

n. 12 Indicatori i cui dati non sono disponibili DGR 395 e DGR 931/ 2019 gennaio-dicembre 2019						
Descrizione indicatore		risultato atteso			Anno 2019	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio Dicembre	
2.c.4	Tasso di ricovero per BPCO iper 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	>35%	da 25 a 35%	<25%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	
2.c.7	tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	>300%	da 200 a 300%	<200%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	
2.c.8	percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	>6%	da 4 a 6%	<4%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	
2.c.9	tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni	>10%	da 7 a 10%	<7%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	

REPORT DI RILEVAZIONE DEL GRADO DI MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA AZIENDALE - ANNO 2019 VS 2018

Da una analisi dei risultati raggiunti dei n.54 indicatori che costituiscono il panel degli obiettivi annuali, si rileva che, per n. 8 dei 27 indicatori per i quali è pienamente conseguito l'obiettivo (100%) è stato registrato nell'anno 2019 un miglioramento della performance rispetto all'anno precedente. Per l'indicatore di "copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici" nell'anno 2019 il risultato è stato raggiunto al 100%, nel 2018 il risultato non era stato raggiunto (0%); Per l'indicatore "% utilizzo farmaci biosimilari" nell'anno 2019 il risultato è stato raggiunto al 50%, nel 2018 il risultato non era stato raggiunto (0%); Infine, si rileva che per n.15 indicatori nell'anno 2019 si è registrato comunque un miglioramento rispetto al risultato dell'anno 2018.

n. 15 indicatori che nell'anno 2019 hanno registrato un miglioramento rispetto all'anno 2018 - DGR 395 e DGR 931/ 2019								
Descrizione indicatore		risultato atteso			Anno 2019		Anno 2018	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio - Dicembre		Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%				
TUTELA DELLA SALUTE								
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA							
1.a.5	Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	< 90%	da 90 a 95%	> 95%	96,72%	Raggiunto	92,96%	Raggiunto

n. 15 indicatori che nell'anno 2019 hanno registrato un miglioramento rispetto all'anno 2018 - DGR 395 e DGR 931/ 2019								
Descrizione indicatore		risultato atteso			Anno 2019		Anno 2018	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio - Dicembre		Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%				
1.a.7	Grado di copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi	< 90%	da 90 a 95%	> 95%	99,00%	Raggiunto	98,60%	Raggiunto
1.c	SCREENING ONCOLOGICI							
1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	<25%	da 25 a 50%	>50%	53,34%	Raggiunto	51,29%	Raggiunto
1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	<35%	da 35 a 60%	>60%	78,79%	Raggiunto	75,90%	Raggiunto
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI								
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE							
2.c.5	% di anziani in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana > 65 anni	<4%	da 4 a 8%	>8%	6,88%	raggiunto al 50%	6,33%	raggiunto al 50%
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA								
3.a	EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA							
3.a.1	Pecentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	<74%	da 74 a 76%	>76%	83,47%	Raggiunto	82,69%	Raggiunto
3.a.2	% utilizzo farmaci biosimilari	<45%	da 45 a 65%	>65%	50,15%	raggiunto al 50%	40,88%	non Raggiunto
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA							
3.b.2	incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antidepressivi)	>40%	da 40 a 30%	<30%	46,64%	non Raggiunto	45,70%	non Raggiunto
3.b.3	consumo di farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI)	>36%	da 26 a 36%	<26%	22,98%	Raggiunto	22,80%	Raggiunto
3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	>22%	da 16 a 22%	<16%	17,22%	raggiunto al 50%	21,38%	raggiunto al 50%
3.c	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA							
3.c.1	Tasso di prestazioni muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	>30%	da 30 a 20%	<20%	12,54%	Raggiunto	10,22%	Raggiunto
3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	>8%	da 6 a 8%	<6%	4,10%	Raggiunto	5,77%	Raggiunto
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI								
4.b	CURE PALLIATIVE							
4.b.2	consumo territoriale di farmaci oppioidi	<1,6%	da 1,6 a 2,1%	>2,1%	1,64%	raggiunto al 50%	1,45%	raggiunto al 50%
4.c	UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI							

n. 15 indicatori che nell'anno 2019 hanno registrato un miglioramento rispetto all'anno 2018 - DGR 395 e DGR 931/ 2019								
Descrizione indicatore		risultato atteso			Anno 2019		Anno 2018	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio - Dicembre		Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%				
4.c.4	copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	<10%	da 10 a 15%	>15%	3,60%	non Raggiunto	2,10%	non Raggiunto
4.c.5	copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	<80%	da 80 a 95%	>95%	200%	raggiunto	9,63%	non Raggiunto

Tra gli obiettivi assegnati all'ASP dalla Regione Basilicata, con la DGR 395/2019, quelli riportati nella tabella sottostante, non tengono conto delle peculiarità organizzative e gestionali che caratterizzano l'ASP a seguito dell'entrata in vigore della L.R. 12/2017; in considerazione del fatto che l'attività di ricovero per acuti è stata trasferita all'AOR San Carlo anche il relativo flusso SDO non è più nella disponibilità dell'Azienda e, pertanto, non possono essere direttamente e immediatamente monitorati dal controllo interno dell'ASP.

Indicatori i cui dati non sono disponibili della DGR 395 e DGR 931/ 2019				
Descrizione indicatore		risultato atteso		
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
		0%	50%	100%
TUTELA DELLA SALUTE				
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	>180%	da 135 e 180%	<135%
2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	>3%	da 1,5 e 3%	<1,5%
2.a.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso	>65%	da 50 e 65%	<50%
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE			
2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	>10%	da 7 e 10%	<7%
2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	>195%	da 155 a 195%	<155%
2.c.3	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	>35%	da 25 a 35%	<25%

Indicatori i cui dati non sono disponibili della DGR 395 e DGR 931/ 2019				
Descrizione indicatore		risultato atteso		
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
		0%	50%	100%
TUTELA DELLA SALUTE				
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI				
2.c.4	Tasso di ricovero per BPCO iper per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	>35%	da 25 a 35%	<25%
2.c.7	tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	>300%	da 200 a 300%	<200%
2.c.8	percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	>6%	da 4 a 6%	<4%
2.c.9	tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni	>10%	da 7 a 10%	<7%

Il conseguimento dei già menzionati obiettivi e la realizzazione di un'efficace attività di monitoraggio dei risultati intermedi richiederebbero:

- un nuovo metodo di definizione degli obiettivi delle aziende sanitarie regionali che preveda la partecipazione attiva dei Direttori Generali nelle attività di pianificazione, formulazione e assegnazione degli obiettivi regionali e delle relative risorse da parte del Dipartimento competente;
- la fornitura, da parte degli uffici regionali, di adeguati strumenti informativi di governance (accesso alle banche dati delle prestazioni e servizi erogati dalle strutture sanitarie infra ed extraregionale) in modo da consentire il monitoraggio dei dati di attività in tempo reale, la trasparenza e il benchmark tra aziende del SSR;
- la distinzione tra obiettivi e indicatori di performance, da assegnare alle Aziende del SSR, e dati di attività inerenti agli standard di prestazione sociosanitaria, utilizzabili ai fini di benchmark, che consentono di comparare le performance aziendali infra ed extraregionali;
- l'assegnazione degli obiettivi regionali alle Aziende del SSR in maniera pressoché contestuale alla fase di avvio del Ciclo della Performance, in maniera tale da consentire alle Direzioni strategiche aziendali di assegnare gli obiettivi ad inizio anno e non come, attualmente avviene, a metà anno con inevitabili riflessi negativi sul rispetto della tempistica delle altre fasi del ciclo delle performance aziendali;
- il conseguimento degli obiettivi di riduzione dei tassi di ricovero/ospedalizzazione dell'area "appropriatezza clinica" e dell'area "efficacia assistenziale territoriale" è certamente correlato alle attività svolte dalle aziende territoriali (appropriatezza prescrittiva, prevenzione diagnostica, percorsi assistenziali, espletamento di attività di chirurgia ambulatoriale, ecc.), tuttavia, queste non possono prescindere dalla definizione, in sede di assegnazione degli obiettivi regionali a questa azienda (che non eroga attività ospedaliera per acuti) di specifici obiettivi e relative azioni finalizzate all'abbattimento dei tassi, monitorabili e misurabili in corso d'anno, che possano essere condivise in accordi operativi interaziendali, in maniera



tale da garantire sinergia operativa e appropriati setting assistenziali tra tutte le aziende del SSR.

4.2.2 Problematiche e Criticità' che hanno impedito parzialmente o totalmente il conseguimento dei risultati degli obiettivi programmati con il Piano della Performance 2019

Si rappresentano le criticità rilevate nell'anno 2019 per i seguenti obiettivi:

OBIETTIVI NON RAGGIUNTI

1. 1.b.1-Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Il raggiungimento dell'obiettivo è legato all'adesione e partecipazione alle interviste, alla residenza nel territorio dell'ASL e alla disponibilità di un recapito telefonico per essere contattati. Inoltre, bisogna considerare le fasce di età sia per maschi e femmine di rientrare nelle particolari condizioni richieste dall'indagine.

2. 3.b.2-Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina(antidepressivi)

Trattasi di classe di farmaci (inibitori Angiotensina II) ugualmente efficace rispetto agli ACE Inibitori ma con meno effetti collaterali come antiipertensivo. Il costo delle terapie con gli Inibitori dell'Angiotensina è tuttavia leggermente superiore, ma la classe medica li preferisce agli ACE inibitori per una minore incidenza di fastidiosi effetti collaterali come la tosse secca.

3. 4.c.4-Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici

L'attività è incrementata notevolmente rispetto agli anni pregressi, migliorata rispetto all'anno precedente, ma non ancora a target.

OBIETTIVI PARZIALMENTE RAGGIUNTI AL 50%

1. 1.b.2-Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso

I dati sono direttamente imputabili all'adesione e partecipazione alle interviste, alla residenza nel territorio dell'ASL e alla disponibilità di un recapito telefonico per essere contattati, inoltre bisogna considerare le fasce di età sia per maschi e femmine di rientrare nelle particolari condizioni richieste dall'indagine

2. 1.b.3-Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

I dati sono direttamente imputabili all'adesione e partecipazione alle interviste, alla residenza nel territorio dell'ASL e alla disponibilità di un recapito telefonico per essere contattati, inoltre bisogna considerare le fasce di età sia per maschi e femmine di rientrare nelle particolari condizioni richieste dall'indagine



3. 1.b.4-Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

I dati sono direttamente imputabili all'adesione e partecipazione alle interviste, alla residenza nel territorio dell'ASL e alla disponibilità di un recapito telefonico per essere contattati, inoltre bisogna considerare le fasce di età sia per maschi e femmine di rientrare nelle particolari condizioni richieste dall'indagine

4. 1.b.5-Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

I dati sono direttamente imputabili all'adesione e partecipazione alle interviste, alla residenza nel territorio dell'ASL e alla disponibilità di un recapito telefonico per essere contattati, inoltre bisogna considerare le fasce di età sia per maschi e femmine di rientrare nelle particolari condizioni richieste dall'indagine

5. 1.c.3-Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

Anno 2019 obiettivo raggiunto al 50%- adesione screening da parte della popolazione rientrante nel programma.

6. 1.d.2-Sicurezza sul lavoro: n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati

Carenza personale

7. 2.c.5-% di anziani in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana > 65 anni

Le ragioni per le quali non è stato raggiunto l'obiettivo al 100% risiedono nel fatto che il budget con il quale dovrebbe essere garantita l'assistenza al 8% della popolazione anziana è insufficiente poiché calibrato sulla ormai scaduta gara ADI del 2016 calcolato su una percentuale del 4,5-5% della popolazione anziana. Si rammenta che in fase di istruzione di quella gara (2014-2015) tale obiettivo regionale non era contemplato. L'incremento del quinto d'obbligo ha in parte risolto tale criticità e ha consentito di sfiorare il 7% della popolazione anziana assistita, e quindi il raggiungimento dell'obiettivo parziale del 50%.

8. 2.d.4-Intervallo -target dei mezzi di soccorso

Concorre al mancato raggiungimento dell'obiettivo assegnato il seguente fattore: mancato adeguamento del numero di postazioni territoriali rispetto a quanto stabilito dalla legge 21\99 che porta necessariamente ad un considerevole allungamento dei tempi di percorrenza

9. 3.a.2-% utilizzo farmaci biosimilari

Obiettivo raggiunto al 50% in ragione delle modifiche apportate dalla Regione con DGRB 931/2019. Va precisato che la maggior parte delle prescrizioni dei farmaci biologici provengono da altre aziende sanitarie della regione e ciò contribuisce a rendere più difficile il raggiungimento di un buon risultato del presente obiettivo. La Regione con nota del 19.12.2019 prot. n° 213088/13AN ha modificato la presente tabella abbassando i valori ai fini del raggiungimento del risultato di che trattasi: < 45%



risultato pari a zero; tra 45 e 65 risultato al 50% e > di 65 risultato al 100%. In base agli indicatori sopra riportati il risultato nel 2019 è al 50%.

10. 3.b.1-Consumo pro-capite di farmaci inibitori pompa protonica

Obiettivo raggiunto al 50% dopo anni di continuo monitoraggio da parte delle UU OO coinvolte nell'assistenza farmaceutica (UO assistenza farmaceutica e assistenza Sanitaria primaria, Distretti Sanitari di base, Direzione sanitaria, farmacologia clinica). Trattasi di classe di farmaci molto prescritti sul territorio a scopo preventivo e curativo per evitare danni da sanguinamento nel tratto gastro intestinale e pertanto è molto diffusa una forma di resistenza da parte della classe medica anche per evitare eventuali responsabilità medico legali.

11. 3.b.4-Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

Obiettivo raggiunto al 50%. Trattasi di un risultato ambizioso ottenuto dopo anni di lavoro di squadra in un contesto interregionale (Sud e centro Sud) dove la prescrizione degli antibiotici è mediamente maggiore rispetto a quella registrata in questo contesto provinciale.

12. 4.b.2Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Obiettivo raggiunto al 50%, Trattasi di un risultato ambizioso ottenuto dopo anni di lavoro di squadra in considerazione anche dell'attività svolta dall'UOC Cure Palliative.

La Valutazione Globale di Performance (V.G.P.)

Per valorizzare il trend positivo o negativo, che annualmente il management ha saputo realizzare nella gestione della propria azienda, la DGR 395/2019 ha disposto di verificare contestualmente anche la **Performance Globale dell'Azienda**.

La **Valutazione Globale di Performance (V.G.P.)** è calcolata per l'ASP su un set ridotto di indicatori di seguito riportati:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani);
- n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti;
- % di anziani in CD 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 tra il posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi. Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.

La suddetta DGR riporta la metodologia di calcolo per la valutazione della Performance Globale.

Pertanto, per l'ASP nell'anno 2019 la VPG è positiva in quanto il numero di indicatori con segno (+) è maggiore rispetto al numero di indicatori con segno (-) come risulta dalla tabella seguente.

Descrizione indicatore	risultato atteso			Anno 2019	Anno 2018	segno			
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo			Gennaio - Dicembre	Gennaio - Dicembre				
	0%	50%	100%						
TUTELA DELLA SALUTE									
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA								
1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	<60%	da 60 a 75%	>75%	Dato ad oggi non ancora disponibile	63,30%	raggiunto al 50%	-	
1.d	SICUREZZA SUL LAVORO								
1.d.1	n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	<5%	da 5 a 10%	> 10%	10,53%	Raggiunto	12,75%	Raggiunto	-
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE								
2.c.5	% di anziani in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana > 65 anni	<4%	da 4 a 8%	>8%	6,88%	raggiunto al 50%	6,33%	raggiunto al 50%	+
2.d	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA								
2.d.4	Intervallo -target dei mezzi di soccorso	>26 min.	da 20 a 26 min.	<20 min.	26 min.	raggiunto al 50%	26 min.	raggiunto al 50%	+
3.a	EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA								
3.a.1	Pecentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	<74%	da 74 a 76%	>76%	83,14%	Raggiunto	82,69%	Raggiunto	+
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA								
3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	>22%	da 16 a 22%	<16%	17,22%	raggiunto al 50%	21,38%	raggiunto al 50%	+

LA VPG DELL'ASP ANNO 2019 È POSITIVA



4.3 OBIETTIVI SPECIFICI e RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2019

Nella tabella seguente si riporta, per ciascun obiettivo specifico, come rappresentato nel Piano triennale della Performance 2019-2021, gli indicatori i target ed i risultati raggiunti nell'anno 2019 confrontati con quegli degli anni 2016-2017-2018.

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019												
N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
1	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale MPR nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	n..Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione	> 95%	93,70%	96,10%	99,00%	95,40%	DGR 395/2019
2	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni/Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente	>75%	nd	48,00%	63,00%	Dato ad oggi non ancora disponibile	DGR 395/2019
3	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/nr. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno d'età	> 75%	84,40%	87,06%	85,85%	83,00%	DGR 395/2019
4	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA'	Riduzione del rischio di patologie evitabili	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antinfluenzale nella	N. operatori sanitari vaccinati/Totale	> 40%	nd	0,4996	0,47	Dato ad oggi non	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
		PUBBLICA	attraverso la vaccinazione		popolazione bersaglio (operatori sanitari)	dipendenti ruolo sanitario e tecnico					ancora disponibile	
5	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	N. Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica /N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	>95%	90,30%	95,00%	93,00%	96,72%	DGR 395/2019
6	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese	N.Cicli vaccinali (3° dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica/ N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	> 95%	98,10%	98,00%	98,00%	98,72%	DGR 395/2019
7	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Grado di copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi	N. cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre di ciascun anno per esavalente e per la coorte in esame/N. bambini vaccinabili di età inferiore ai 24 mesi	> 95%	98,50%	99,00%	99,00%	99,00%	DGR 395/2019
8	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	N. totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario	>33%	n.d.	19,86%	22,11%	21,81%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
						di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni/Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica						
9	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	N. totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni/Sommatoria persone intervistate sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni	>45%	n.d.	32,24%	46,35%	37,71%	DGR 395/2019
10	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	N. totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	>35%	n.d.	29,42%	29,99%	29,56%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
						nei tre anni/Sommatoria persone sovrappeso o obese intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica						
11	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nei tre anni/Sommatoria di bevitori a maggior rischio nei tre anni	> 9%	n.d.	4,91%	8,43%	65%	DGR 395/2019
12	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Miglioramento della qualità di vita	promozione di stili di vita sani	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	N. di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare nei tre anni/N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni	> 55%	n.d.	46,29%	54,32%	48,55%	DGR 395/2019
13	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per	Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina/Donne residenti(25-64)/3	>50	n.d.	20,00%	51,29%	53,34%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
					cervice uterina							
14	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Persone in età target che seguono il test di screening per carcinoma mammella/Donne residenti(50-69)/2	>60	n.d.	68,40%	75,90%	78,79%	DGR 395/2019
15	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Persone in età target che seguono il test di screening per tumori al colon retto/Persone residenti(50-69)/2	>50	n.d.	45,90%	45,56%	43,91%	DGR 395/2019
16	PREVENZIONE	SICUREZZA SUL LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	n. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	>10	n.d.	14,55%	12,75%	10,53%	DGR 395/2019
17	PREVENZIONE	SICUREZZA SUL LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati	n. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati	>30	n.d.	39,14%	49,47%	27,04%	DGR 395/2019
18	PREVENZIONE	SICUREZZA SUL LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	n. aziende ispezionate/n. personale UPG SPSAL	n. aziende ispezionate/N. personale UPG ponderato SPSAL	>50	n.d.	91,03%	88,59%	62,01%	DGR 395/2019
19	PREVENZIONE	SICUREZZA SUL LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	n. sopralluoghi/n. personale UPG SPSAL	N. sopralluoghi(voce 2.4 D scheda di attività)/N. personale UPG SPSAL	>90	n.d.	132,00%	126,00%	108,40%	DGR 395/2019
20	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Contaminazione degli alimenti - Controllo per la riduzione dei residui di fitosanitari nei prodotti alimentari	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine	(N. di campioni effettuati inseriti nel NSIS/N. campioni assegnati)*100	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
					vegetale							
21	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Controllo ovini e caprini per SCRAPIE	raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	(N. di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati per scrapie/N. totale di capi morti di età superiore ai 18 mesi da testare)*100. Possono essere scorporati al denominatore i capi per i quali non è stato possibile fare il prelievo	100%	84,02%	50,10%	100,00%	100,00%	DGR 395/2019
22	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di farmaci contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	% di campioni analizzati	(N. campioni effettuati/N. campioni programmati)*100	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	DGR 395/2019
23	LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Adeguatezza setting assistenziale	Riduzione dei ricoveri medici potenzialmente inappropriati	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso	N. ricoveri per DRG medici relativi ai residenti/N. residenti	<135	n.d.	1,9015	1,8127	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili, né a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	DGR 395/2019
24					n. audit	La valutazione è	almeno n. 2	n.d.	n.d.	n.d.	n. 8 audit	DDG n.362



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. OR D.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
						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.	audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS					del 17/05/2019
25	LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Adeguatezza setting assistenziale	riduzione dei ricoveri diurni con finalità diagnostica	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	(N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica/N. residenti)*1000	<1,5	n.d.	0,04219	0,03096	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili, né a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	DGR 395/2019
26					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.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n. 8 audit	DDG n.362 del 17/05/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
27	LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	APPROPRIATEZZA CLINICA	Adeguatezza setting assistenziale	riduzione dei ricoveri per interventi di stripping vene	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso	(N. ricoveri per interventi di stripping vene relativi ai residenti/N. residenti con età maggiore o uguale a 18 anni)*100.000	<50	n.d.	52,99%	44,68%	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili, né a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	DGR 395/2019
28					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.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n. 8 audit	DDG n.362 del 17/05/2019
29	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICHE DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti con patologie sensibili alle cure ambulatoriali	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	(N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti/N. residenti)*1000 residenti	<7	n.d.	0,063	0,0584	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili, né a livello	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
30					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.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n. 8 audit	regionale né a livello di tavolo LEA. DDG n.362 del 17/05/2019
31	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICHE DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	(N. ricoveri per scompenso cardiocircolatorio 50-74 anni relativi ai residenti/N. residenti 50-74 anni) * 100.000 ab	<155	170,74%	167,82%	1,3175	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili, né a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	DGR 395/2019
32					n. audit	La valutazione è positiva se vengono garantiti almeno 2 audit per distretto con la presenza di almeno il 90% dei	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il	n.d.	n.d.	n.d.	n. 8 audit	DDG n.362 del 17/05/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
						MMG e PLS. Gli incontri e le azioni che saranno concordate con i MMG dovranno essere verbalizzati.	90% dei medici MMG e PLS					
33					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 Scenpenso Cardiaco	almeno una giornata	n.d.	n.d.	n.d.	Convegno Regionale Arca Basilicata 2019 "Il trattamento del paziente cardiopatico tra territorio e ospedale" organizzazione AOR S. Carlo - Patrocinio ASP - 4 e 5 ottobre 2019	DDG n.362 del 17/05/2019
34					mantenimento delle attività ambulatoriali	mantenimento delle attività ambulatoriali rispetto all'anno 2018	garantire il mantenimento delle attività ambulatoriali dello scenpenso cardiaco	n.d.	3.299 prestazioni	3.844 prestazioni	Prestazioni 2018 : n.3.844; Prestazioni 2019: n. 3,593 => - 251 prestazioni (-6,53%)	DDG n.362 del 17/05/2019
35	RETE ASSISTENZIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scenpenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	(N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai	< 25	n.d	0,1927	0,2021	I risultati di attività per l'anno	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. OR D.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
	OSPEDALE-TERRITORIO	E				residenti/N. residenti 35-74 anni)*100.000 ab					2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	
36					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.	almeno n. 2 audit per Distretto con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n. 10 audit	DDG n.362 del 17/05/2019
37					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	almeno una giornata	n.d.	n.d.	n.d.	Partecipazione alla Giornata di Prevenzione e "Al cuore del diabete" Potenza, 30/09/2019	DDG n.362 del 17/05/2019
38	RETE ASSISTENZIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti della fascia di	(N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai	< 25	0,2666	0,151	0,2232	I risultati di attività	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. OR D.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
	OSPEDALE-TERRITORIO	E			età: 50-74 anni	residenti/N. residenti 50-74 anni)*100.000 ab					per l'anno 2019 non sono ancora disponibili, nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	
39					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.	almeno n. 4 audit organizzati dai Direttori di Distretto, dai Medici Pneumologi dell'ASP e con la presenza di almeno il 90% dei medici MMG e PLS	n.d.	n.d.	n.d.	n. 3 audit	DDG n.362 del 17/05/2019
40					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	almeno una giornata	n.d.	n.d.	n.d.	Corso per i MMG "Educazione Sanitaria e fumo di tabacco. Venosa, 19.2.2019	DDG n.362 del 17/05/2019
41	RETE ASSISTENZIALE	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti=>65 anni	% di anziani trattati in CD con valutazione sul totale della	(Persone >= 65anni che hanno ricevuto almeno un accesso	>8	n.d	5,53%	6,32%	6,88%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
	OSPEDALE-TERRITORIO				popolazione anziana(=> 65 anni)	domiciliare, con valutazione/Popolazione residente >= 65 anni)*100						
42	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti=>65 anni	Percentuale di presa in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari	N. di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni/N. di prese in carico PIC per cure domiciliari, per persone con età > o uguale a 65 anni	> 55	n.d	40,75%	75,37%	91,98%	DGR 395/2019
43	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA PSICHIATRICA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per pazienti psichiatrici	tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	(N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni/Popolazione residente maggiorenne)* 100.000 residenti	< 200	n.d	1,7264	1,3713	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a livello regionale né a livello di tavolo LEA.	DGR 395/2019
44	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA PSICHIATRICA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per pazienti psichiatrici	percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 gg. dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen -30 nov. ,	< 4	n.d	0,0599	0,0599	I risultati di attività per l'anno 2019 non sono ancora disponibili , nè a	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
						evento successivo nel periodo 1 gen-31 dic.) /N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gen. Al 30 nov.					livello regionale né a livello di tavolo LEA.	
45	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA PEDIATRICA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per pazienti in età pediatrica	tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni	Nr ricoveri dei residenti in età pediatrica (<14 anni)/Popolazione residente(<14 anni)	< 7	n.d	0,0795	0,0689	N.D- nota regione PROT. N. 37613/13 AN del 03.03.2020	DGR 395/2019
46	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA - URGENZA	EMERGENZA URGENZA	Appropriatezza organizzativa (118)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	Intervallo Allarme - target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata(allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto(target).Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con codice criticità presunta valorizzato con rosso o giallo. Sono escluse le missioni di elisoccorso.	<20 minuti	22,01 minuti	24 minuti	23 minuti	26 minuti	DGR 395/2019
47	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di	N. confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti	>76	77,75%	82,32%	82,69%	83,14%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
					trasparenza	nella lista di trasparenza /N. confezioni complessivamente erogate						
48	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci biosimilari	% utilizzo farmaci biosimilari	(Totale unità posologiche solo biosimilari /Totale unità posologiche (biosimilari + originator) *100	> 95%	n.d	66,60%	72,10%	50,15%	DGR 395/2019
49	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	riduzione del consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP)	consumo pro-capite di farmaci inibitori pompa protonica	N. unità posologiche di IPP erogate/Popolazione residente pesata	< 28	n.d	30,59%	30,24%	29,32%	DGR 395/2019
50	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	riduzione dell'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina(antiipertensivi)	incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina(antiipertensivi)	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali/N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogati dalle farmacie territoriali	< 30	n.d	45,08%	45,74%	46,64%	DGR 395/2019
51	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ridurre il consumo occasionale di antidepressivi	consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina(SSRI)	(DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo/Popolazione pesata x 365)* 1.000	< 26	n.d	22,76%	22,75%	22,98%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
						ab						
52	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Consumo di farmaci antibiotici	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	(DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo /Popolazione pesata x 365) *1000 ab	< 16	22,20%	21,38%	21,27%	17,22%	DGR 395/2019
53	DIAGNOSTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	riduzione delle prescrizioni di RM muscolo-scheletrica nella fascia di età = > 65 anni	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti(>=65 anni)	(N. accessi RM muscolo scheletriche pazienti >= 65 anni relativi ai residenti/Popolazione residente >= 65 anni)*1000	< 20	n.d	22,89%	10,22%	12,54%	DGR 395/2019
54	DIAGNOSTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	riduzione delle prescrizioni ripetute di RM lombare entro 12 mesi	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	(Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 gg. Successivi alla prima prestazione/Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente)*100	< 6	n.d	10,26%	5,77%	4,10%	DGR 395/2019
55	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Efficacia dell'assistenza territoriale (cure palliative)	garantire la presa in carico dei pazienti oncologici in Hospice	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 gg.	N. di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o = a 3 gg./N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa	>85	n.d	n.d	> 85%	> 85%	DGR 395/2019
56	RETE ASSISTENZIALE	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Efficacia dell'assistenza territoriale (cure palliative)	Consumo di farmaci oppioidi	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	(ddd farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno	> 2,1	1,11%	1,37%	1,38%	1,64%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. OR D.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
	OSPEDALE-TERRITORIO					per principio attivo/n.res.x 365)*1000						
57	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha trasmesso i flussi nei termini e secondo le modalità previsti nell'anno di riferimento indicati nella tabella della DGR 395/2019 (pag. 92-93-94). La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha inviato uno o più di uno solo dei flussi indicati nella tabella secondo le modalità ed entro i termini previsti nell'anno di riferimento.	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 395/2019
58	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti/numero di repertorio/BD trasmesso con il flusso consumo	> 15	n.d	n.d	0,00%	3,60%	DGR 395/2019
59	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal flusso consumi ministeriale	> 95	n.d	n.d	96,30%	200,00%	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. OR D.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
						NSIS/costi rilevati dal modello di conto economico						
60	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Risk Management	Adozione e attualizzazione e trasmissione alla Regione Basilicata del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	Piano di prevenzione del Rischio Clinico	=	SI - entro il 30 giugno	SI	SI	SI	SI	DGR 395/2019
61	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Risk Management	Trasmissione alla Regione Basilicata della Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	=	SI - entro il 28 febbraio	SI	SI	SI	SI	DGR 395/2019
62	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Controllo cartelle cliniche	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	cartelle cliniche dimessi controllate secondo quanto previsto dal DM 10.12.2009	La valutazione è positiva (SI) se ogni azienda ha realizzato il programma di controllo deliberato dalla Regione Basilicata ed ha trasmesso gli esiti secondo le modalità e i termini specificati dello stesso programma. La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha realizzato il programma di controllo.	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 395/2019
63	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Autorizzazione/Accreditamento strutture sanitarie pubbliche	Verifica dell'Autorizzazione/Accreditamento strutture sanitarie pubbliche DGR 395/2019	1) Invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture riportate nel	Esito positivo (SI) è rappresentato: 1) dall'invio alla Regione della domanda di	SI	SI	SI	SI	1. richieste ulteriori integrazioni - per la RSA-R2	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
					<p>prospetto di cui alla DGR 395 (pag. 103 dell'allegato 1), già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16, comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31.12.2019.</p> <p>2) Completamento del processo di autorizzazione definitiva per le strutture elencate nella tabella della DGR 395/2019 (pag. 104-105), mediante l'invio alla Regione entro il 31/12/2019 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale</p>	<p>autorizzazione definitiva per le strutture riportate nel prospetto di cui alla DGR 395/2019 (pag. 103 dell'allegato 1), già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori, entro il 31.12.2019;</p> <p>2) dal completamento del processo di autorizzazione definitiva per le strutture elencate nella tabella della DGR 395/2019 (pag. 104-105), mediante l'invio alla Regione entro il 31/12/2019 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale</p>					<p>l'istanza di autorizzazione definitiva è stata inoltrata in Regione in data 20-3-2018 prot. n. 29760. Per le altre strutture elencate nella DGR 395/2019 l'istanza di autorizzazione definitiva non è trasmessa;</p> <p>2. SI per la verifica presso le strutture da parte della CTA aziendale. La procedura ancora non si è conclusa in quanto le Aziende Sanitarie non hanno</p>	



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. OR D.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
											ottemperato alle richieste ed anche nel caso di riscontro lo stesso non è stata esaustiva.	
64	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano Regionale su Gioco d'Azzardo patologico (GAP) 2017-2018	Applicazione del Piano Regionale su Gioco d'Azzardo patologico (GAP) 2017-2018	<p>Publicazione degli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di Evidenza Publica relativi alla realizzazione degli obiettivi e delle attività previsti nel "Piano Regionale 2017/2018 - Gioco d'Azzardo Patologico e INVIO alla Regione una dettagliata relazione sulla pubblicazione degli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di Evidenza Publica relativi alla realizzazione degli obiettivi e delle attività previsti nel "Piano Regionale 2017/2018 - Gioco d'Azzardo Patologico. .</p>	<p>La valutazione è positiva se vengono pubblicati gli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di Evidenza Publica relativi alla realizzazione degli obiettivi e delle attività previsti nel "Piano Regionale 2017/2018 - Gioco d'Azzardo Patologico e VIENE inviata alla Regione una dettagliata relazione sulla pubblicazione degli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di Evidenza Publica relativi alla realizzazione degli obiettivi e delle attività previsti nel "Piano Regionale 2017/2018 - Gioco d'Azzardo Patologico. .</p>	SI	n.d	n.d	n.d	Preparazione e del Piano di Prevenzione Regionale per la lotta al Gioco d'Azzardo. Con deliberazione n. 721 del 4/11/2019 si è dato avvio ad indire 4 distinte procedure concorsuali RDO da effettuarsi mediante l'utilizzo della piattaforma informatica di acquisto in	DGR 395/2019



ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021 - ANNO 2019

N. ORD.	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	Obiettivo strategico	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Piano Target 2019	Consunti vo 2016	Consunti vo 2017	Consunti vo 2018	Consuntivo 2019	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
											dotazione dell'ASM	
65	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013 e D.LGS.n. 97/2016	Assolvimento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Approvazione del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e aggiornamenti annuali	=	SI	SI	SI	SI	SI	D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) e D.LGS.n. 97/2016
66	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare tutte le misure di gestione del rischio corruttivo previste PTPC 2016-2018 - Aggiornamento 2018	Svolgere azioni previste nel PTPC 2016-2018- Aggiornamento 2018 approvato con DDG n. 49 del 29.01.2018	Indicatori riportati nell'allegato 2 al PTPCT 2016-2018- Aggiornamento 2018 e obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs 33/2013 come modificato dal Decreto 97/2016.	=	SI	SI	SI	SI	SI	PTPC 2016-2018-aggiornamento 2018
67	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013 e D.LGS.n. 97/2016	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Promuovere la giornata della trasparenza (URP, Controllo di gestione, RPC e Responsabile per la trasparenza)	=	SI	SI	SI	SI	SI	art.11, co2,D.LGS 150/2009- D.LGS.n. 33/2013 - D.LGS.n. 97/2016 - Delibera CIVIT n.105/2010

4.4 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA AZIENDALE:

Preliminarmente, è necessario fornire alcune indicazioni generali, di tipo metodologico e di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa aziendale dell'anno 2019.

Dal punto di vista **metodologico**, la valutazione dell'anno 2019 utilizza il sistema dei pesi correlati a ciascuna fascia di strutturazione della performance organizzativa e del relativo conseguimento dei risultati, che lega in modo molto più stretto le quote di retribuzione di risultato ai valori di performance raggiunti.

Dal punto di vista dei risultati raggiunti è opportuno richiamare il risultato **gestionale** 2019 complessivo dell'ASP di Potenza, descritto in precedenza.

La progettualità della strategia aziendale, costruita non solo attraverso il sistema del budget, ma soprattutto attraverso il piano delle azioni, condiviso con il Collegio di Direzione e tradotto in obiettivi generali e specifici delle strutture, è stata in gran parte realizzata: sono state avviate nuove iniziative, si è proceduto nella riorganizzazione, non solo formale, delle strutture e delle attività e si è operata inoltre un'attenta gestione dei fattori produttivi di costo.

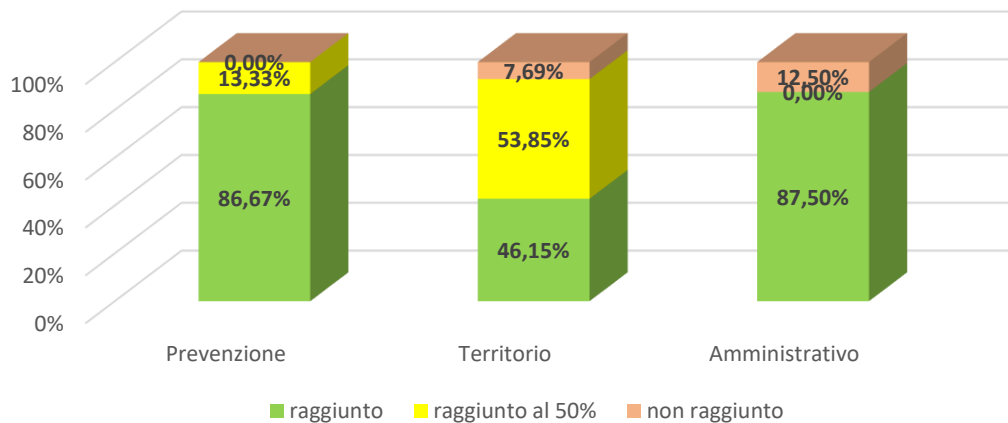
La valutazione degli obiettivi assegnati alle singole strutture è stata improntata al giudizio positivo dell'Azienda, che ha confermato, anche nel 2019, da un lato la tendenza ad un oculato utilizzo e l'attenzione nel consumo delle risorse, dall'altro e soprattutto l'impegno al miglioramento dei livelli quali-quantitativi dei servizi erogati alla popolazione, con l'attuazione della maggior parte delle azioni programmatiche impostate. Anche gli obiettivi assegnati dall'Assessorato regionale all'Azienda sono stati perseguiti con partecipazione e costanza da parte di tutte le strutture, secondo gli indirizzi regionali ed aziendali. Il monitoraggio è stato stringente rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati, ma l'atteggiamento è stato volto non tanto a sanzionare comportamenti "devianti" rispetto a quelli attesi, ma l'enfasi è stata posta sull'analisi congiunta dei fenomeni che possono aver determinato gli scostamenti e sulla definizione condivisa di azioni di "recupero".

4.4.1 Risultati della performance organizzativa-Rappresentazione grafica e Risultati di sintesi aggregati per strutture organizzative

Nei grafici seguenti vengono rappresentati i risultati complessivi degli obiettivi di performance organizzativa dell'Azienda riportati nelle schede di budget e quindi riferito al risultato di performance delle Strutture nell'anno 2019.

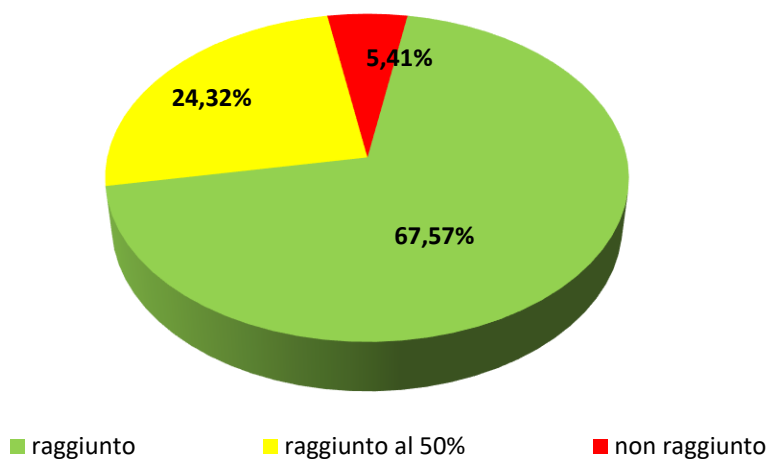
Si rappresenta innanzitutto la percentuale di raggiungimento degli obiettivi delle Strutture (riferita alle schede di budget), analizzandola per livello di assistenza o area di riferimento (amministrativi, territorio, prevenzione):

Obiettivi 2019 risultati della performance organizzativa suddiviso per area di appartenenza



Nel seguente grafico, si propone la rappresentazione dell'andamento dei singoli obiettivi assegnati, suddivisi nelle 3 fasce di strutturazione della performance in base alla percentuale di raggiungimento finale ottenuta:

Obiettivi 2019- risultato raggiunto per fasce di performance



Nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASP di Potenza, l'Azienda ha declinato le modalità ed il Ciclo di valutazione della performance organizzativa e della performance individuale.

Per quanto riguarda la performance organizzativa, lo strumento di valutazione si basa sul raggiungimento degli obiettivi negoziati con la scheda di budget sottoscritta per l'anno 2019. In fase di definizione degli obiettivi viene individuato, per ciascuno di essi, un peso da 1 a 5. Il raggiungimento di ogni obiettivo è misurato in percentuale ed il risultato è parametrizzato rispetto al peso dell'obiettivo sul totale dei pesi che è uguale a 100.

Per l'anno 2019, in applicazione dell'Art. 17 del Regolamento per la Valutazione della dirigenza Approvato con DDG n. 53 del 29/01/2018, la Direzione Strategica Aziendale, in base agli obiettivi assegnati dalla Regione, su base annuale o triennale, ha assegnato a ciascun CdR obiettivi specifici il cui punteggio (compreso tra 0 e 2) viene attribuito in funzione della valenza strategica dello stesso

Per realizzare tale strutturazione si utilizza il sistema di graduazione di 3 livelli di raggiungimento degli obiettivi (pienamente raggiunto, parzialmente raggiunto, non raggiunto).

I Direttori di Dipartimento ed i "Responsabili aziendali" delle strutture complesse e semplici dipartimentali, firmatari delle schede di budget, elaborano a consuntivo una relazione dettagliata sul risultato ottenuto degli obiettivi assegnati.

Tale relazione, unitamente ai dati di attività predisposti dal Controllo di Gestione, costituisce la base per l'istruttoria per la valutazione finale degli obiettivi specifici (contenuti nelle schede di budget) da parte del Valutatore di 1° istanza e dell'OIV.

Il Responsabile aziendale di struttura e il Valutatore di 1° Istanza, ove non coincidente, formula i giudizi in ordine al grado di raggiungimento di ciascun obiettivo poi validati dall'OIV.

Ciascuna valutazione percentuale confluisce nel complesso della media pesata (peso obiettivo nella scheda rispetto al peso del risultato dell'obiettivo, sommato per tutta la scheda) della scheda di ogni struttura.

Il collegamento tra la percentuale globale di raggiungimento degli obiettivi della scheda di budget e l'erogazione della quota di risultato (sistema incentivante) avviene sulla base del punteggio relativo al conseguimento di specifici obiettivi di performance organizzativa di diretta responsabilità dei Dirigenti responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale (AREA A, peso 70/100, della "Scheda di valutazione annuale per i Direttori di U.O.C./Macrostruttura") e di quello relativo al contributo alla performance generale della struttura dei Dirigenti con incarico professionale o di Responsabile di struttura semplice o senza incarico (AREA C, peso 20/100, della "Scheda di valutazione annuale per i Dirigenti con incarico professionale o di Responsabile di UOS o senza incarico").

L'OIV aziendale, nominato con DDG n. 248/2019, nella relazione sui dati di attività relativi all'anno 2019 (protocollo n.57516 del 01/07/2020), ha rappresentato al Direttore Generale l'esito finale della valutazione delle strutture coinvolte dal processo valutativo della Performance Organizzativa per l'anno 2019.

Il Piano della Performance Annuale 2019, approvato con DDG n. 62 del 31.01.2019 e rimodulato con DDG n. 545 del 08.08.2019, a seguito dell'adozione della DGR 395/2019 che ha modificato e integrato per l'anno 2019 gli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende del SSR per il triennio 2018-2020 di cui alla DGR 190/2018, è sovrapponibile

al processo aziendale di budget 2019, nel quale gli obiettivi strategici di breve periodo sono stati trasferiti alla competente struttura organizzativa.

L'Azienda ASP di Potenza ha adottato, da anni, la metodica di budget per valutare la performance complessiva delle strutture organizzative aziendali.

Gli obiettivi, concordati e condivisi in sede di negoziazione di budget, sono stati formalizzati per singola struttura organizzativa nelle schede di budget 2019 che, firmate e sottoscritte, sono state pubblicate sul sito aziendale.

Con deliberazione n. 440 del 26.06.2019 è stato approvato il budget operativo 2019 dei centri di responsabilità aziendali, come integrato dalla DDG 545 del 08.08.2019 per effetto dell'approvazione della DGR 395/2019, sopra richiamata e dalla DDG 685 del 16.10.2019 relativamente alla sola struttura UOC Gestione Amministrativa dei presidi e dei Distretti (incarico conferito con DDG DDG n. 485 del 05/07/2019).

Nel corso dell'anno il Controllo di Gestione ha costantemente monitorato e verificato l'andamento delle attività e dei costi attraverso report di monitoraggio trimestrali. In osmosi con il processo di budget si è sviluppato il Ciclo della Performance.

La valutazione finale del processo di budget anno 2019, collegato alla misurazione della performance organizzativa, ha interessato **82** strutture tra Dipartimenti, Strutture complesse e strutture semplici Dipartimentali, assegnatarie di scheda di budget, e può rappresentarsi, in maniera aggregata, per come appresso:

- % strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 90 e 100 **86,59%**
- % strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 89 e 70 **13,41%**
- % strutture con punteggio scheda di budget uguale e/o inferiore a 69 **0%**

Dipartimento	media punti
Dipartimento Amministrativo	99,07
Dipartimento dei Servizi	98,68
Dipartimento del Territorio	92,66
Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana	96,92
Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	93,12
Dipartimento DIRES	95,40
Dipartimento Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	90,06
Dipartimento Salute Mentale	95,05
Strutture di Staff	100,00
Media aziendale	95,66

La valutazione finale del processo di budget anno 2019, collegato alla misurazione della performance organizzativa, ha interessato **82** strutture tra Dipartimenti, Strutture complesse e strutture semplici Dipartimentali, assegnatarie di scheda di budget (nel 2018 le strutture erano 83).

Il risultato della valutazione 2019, rappresentato in maniera aggregata per fascia di punteggio e confrontato con il risultato 2018, è riportato nella tabella di seguito riportata:

Risultati della Valutazione della Performance Organizzativa per fascia di punteggio		
Fascia Punteggio	2018	2019
N. Strutture valutate	83	82
% strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 90,01 e 100	87%	86,59%
% strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 70,01 e 90	13%	13,41%
% strutture con punteggio scheda di budget uguale e/o inferiore a 70	0%	0%

Nella tabella che segue viene, invece, riportato il confronto tra la valutazione della performance organizzativa 2019 con quella dell'anno precedente aggregata per Dipartimento di appartenenza:

Dipartimento	media punteggio 2018	media punteggio 2019
Dipartimento Amministrativo	100	99,07
Dipartimento dei Servizi	98	98,68
Dipartimento del Territorio	92	92,66
Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana	98	96,92
Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	100	93,12
Dipartimento DIRES	95	95,40
Dipartimento Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	93	90,06
Dipartimento Salute Mentale	99	95,05
Strutture di Staff	98	100,00
Media aziendale	97	95,66

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

5.1 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Nell'anno 2019 gli obiettivi individuali dei dirigenti coincidono con gli obiettivi di performance organizzativa della struttura, di cui gli stessi sono responsabili in relazione al ruolo ricoperto.

Ai sensi del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASP di Potenza, la valutazione della performance individuale riguarda tutti i dipendenti con contratto a tempo determinato e indeterminato ed ha periodicità annuale. Il sistema di valutazione della performance individuale utilizza i seguenti strumenti:

1. la scheda di valutazione "Direttore di UOC/Dipartimento e titolare UOSD: è la scheda utilizzata per la valutazione annuale dei Responsabili di Struttura Complessa, di Dipartimento e di Struttura Semplice Dipartimentale. L'organismo preposto alla verifica è di norma il Responsabile diretto del soggetto sottoposto a verifica: il Direttore del Dipartimento (D.D.) per le strutture inserite in Dipartimenti o strutture assimilate, oppure il Direttore Sanitario (D.S.) o il Direttore Amministrativo (D.A.), nel caso in cui il valutato sia Direttore di struttura in staff alla Direzione Aziendale. La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori: la leadership e gestione della squadra; la capacità organizzativa, gestionale e relazionale; l'utilizzo appropriato delle risorse (beni di consumo di tutte le categorie e apparecchiature tecniche e tecnologiche); la capacità innovativa, gestione del cambiamento e aggiornamento e diffusione delle conoscenze.
2. la scheda di valutazione annuale dei dirigenti titolari di incarico di Responsabile di Struttura Semplice, ovvero titolari di incarico professionale anche di elevata specializzazione, ovvero senza incarico per effetto delle vigenti disposizioni contrattuali. Il soggetto preposto alla verifica è, di norma, il Direttore/Responsabile di Struttura. La valutazione è diretta alla verifica degli obiettivi prestazionali, dei fattori qualitativi e comportamentali.
3. la scheda di valutazione dei titolari di posizione organizzativa e/o coordinatori: è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa e/o di coordinamento. Il soggetto preposto alla verifica è di norma il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza del titolare dell'incarico o il Direttore del Dipartimento. La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori: leadership e gestione della squadra; capacità organizzativa e gestionale; capacità relazionali; gestione appropriata delle risorse tecniche; condivisione delle linee strategiche di Azienda; aggiornamento; rispetto dei regolamenti, delle direttive e del codice di comportamento; impegno e proattività.
4. La scheda di valutazione del restante personale del comparto: è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto non titolare di incarico di posizione organizzativa né di coordinamento. Il soggetto preposto alla verifica - in qualità di valutatore di 1° livello - è di norma il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza del lavoratore o altro soggetto da questi individuato (coordinatore, referente di settore. La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori: rispetto dei regolamenti, delle direttive e del codice di comportamento; flessibilità e disponibilità alle esigenze di servizio; precisione operativa; relazioni tra dipendenti e lavoro di squadra;

relazioni con il cliente (esterno e interno); capacità organizzativa; competenza tecnica-professionale; aggiornamento; orientamento agli obiettivi.

La valutazione del personale dirigente dell’Azienda ASP di Potenza è disciplinata dal “Regolamento nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aeree dirigenziali”, approvato con Deliberazione del Commissario n. 53 del 29.01.2018.

Il Sistema di Valutazione si articola in funzione al tipo di incarico conferito al dirigente:

- incarico di direttore di struttura complessa o di responsabile di struttura semplice dipartimentale;
- incarico professionale o senza incarico.

Tutto il personale dirigente è soggetto a valutazione di tipo professionale e comportamentale.

I titolari di incarico di direttore di struttura complessa ed i responsabili di struttura semplice dipartimentale sono valutati anche in base alle proprie capacità manageriali e gestionali, mentre i dirigenti con incarico professionale e senza incarico sono valutati per l’impegno profuso nel raggiungimento degli obiettivi assegnati all’equipe.

I dirigenti sono valutati dal responsabile della struttura a cui appartiene (Direttore di struttura complessa e Responsabile di struttura semplice dipartimentale), mentre i dirigenti Direttori o Responsabili di struttura dal Direttore della struttura sovraordinata (Direttore Sanitario, Direttore amministrativo, Direttore di Dipartimento).

Il processo di valutazione del personale del comparto dell’ASP è regolamentato dal “Protocollo applicativo del sistema premiante”, approvato con deliberazione n. 526/2009 modificata ed integrata dalla Deliberazione n. 682 del 18.11.2013.

Tale protocollo ha stabilito che *“la disponibilità del fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali è, giusta intesa sindacale, ripartito in due sub fondi:*

- **a)** il 70% per incentivi collegati al raggiungimento degli obiettivi di budget;
- **b)** il 30% per incentivi collegati al raggiungimento degli obiettivi di specifici progetti definiti dalla direzione generale”.

Il Fondo sub “a” è collegato al budget. La quota del 30%, dunque, è di diretta gestione della Direzione Generale e la stessa informa le rappresentanze sindacali delle determinazioni assunte in tale ambito.

La Direzione generale, nell’anno 2019, per la quota strategica del fondo della produttività del personale del comparto, ha approvato il **“Progetto “PEO 2019” – UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane** con DDG n. 832/2019 ed i **“Progetti “Sistema di Sorveglianza Passi 2019 e Sistema di Sorveglianza Passi d’Argento 2018 e 2019” - UOSD Flussi Informativi**” con DDG n. 588/2019.

Il grado di conseguimento degli obiettivi di progetto deve essere valutato a consuntivo da parte dell’OIV, fermo restando diverse disposizioni dell’organo di valutazione.

La fase istruttoria dei suddetti progetti è stata effettuata a cura della struttura di supporto, le Schede di sintesi dei Progetti Obiettivo, le relazioni dei responsabili di progetto, i cartellini delle presenze con indicazione delle ore rese, il riepilogo ore sono stati trasmessi all’OIV.

5.2 LE RISULTANZE DELLA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2019

Il Ciclo della performance si chiude con la valutazione individuale del personale dipendente, appartenente alla dirigenza e al comparto, effettuata dai superiori gerarchici in qualità di valutatori secondo le regole definite dal sistema di misurazione adottato dall'Azienda.

La valutazione viene effettuata sulla base di obiettivi e competenze mediante la compilazione, in contraddittorio, di una scheda di valutazione individuale.

La valutazione tiene conto della qualità della prestazione resa dal dipendente e, ad eccezione del personale del comparto, anche del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

Alla valutazione individuale è collegata la retribuzione accessoria di cui al Fondo di Risultato della dirigenza e al Fondo della Produttività Collettiva del comparto.

Con nota prot.n. 116747 del 17/12/2020 l'OIV ha trasmesso al Direttore Generale di questa Azienda la relazione di validazione sulla Valutazione della Performance individuale del personale dirigente e del comparto anno 2019.

Nell'anno 2019 dei 2025 dipendenti in servizio n. 352 sono dirigenti e n. 1673 sono dipendenti del comparto.

Personale dirigente: numero complessivo 352

- n. 330 dirigenti sono stati valutati
- n. 18 dirigenti non hanno lavorato per un periodo minimo utile ad accedere alla valutazione;
- n. 4 dipendenti non sono stati valutati e non sono state trasmesse all'UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del personale le schede di valutazione.

Personale del comparto: numero complessivo 1673:

- n. 1570 dipendenti del comparto sono stati valutati.
- n. 16 dipendenti del comparto non hanno lavorato per un periodo minimo utile ad accedere alla valutazione;
- n. 87 dipendenti del comparto non sono stati valutati e non sono state trasmesse all'UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del personale le schede di valutazione.

Non si rilevano valutazioni con punteggio inferiore al minimo, valutazioni contestate dal valutato e procedure di conciliazione chiuse o in itinere.

Per i dipendenti per i quali non si è conclusa la valutazione relativa all'anno 2019 (n. 4 dirigenti e n. 87 personale del comparto) l'Azienda si impegna ad accantonare la quota teorica spettante.

Si riportano, nelle seguenti tabelle, le **informazioni di sintesi sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuali** del personale dipendente e sul grado di differenziazione dei punteggi:

PERSONALE DIRIGENTE

Tabella Range di Valutazione

RANGE DI VALUTAZIONE			
Categoria	Alta	Media	Negativa
A	da 81 a 100	da 41 a 80	da 0 a 40
AS1	da 81 a 100	da 41 a 80	da 0 a 40
AS2	da 81 a 100	da 41 a 80	da 0 a 40
AS3	da 81 a 100	da 41 a 80	da 0 a 40
AS4	da 81 a 100	da 41 a 80	da 0 a 40
AS5	da 81 a 100	da 41 a 80	da 0 a 40
AS6	da 81 a 100	da 41 a 80	da 0 a 40
B1	da 81 a 100	da 31 a 80	da 0 a 30
B2	da 81 a 100	da 31 a 80	da 0 a 30
senza incarico	da 81 a 100	da 31 a 80	da 0 a 30

Personale dirigente distinto per range di valutazione e tipologia di incarico anno 2019

Valutazione	A	AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	AS6	B1	B2	senza incarico	Totale
Alta	34	8	36	80	7	50	1	42	15	48	321
Media	0	0	0	2	0	2	0	1	1	3	9
Negativa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	34	8	36	82	7	52	1	43	16	51	330

% personale dirigente valutato anno 2019 distinta per range di valutazione e tipologia di incarico

Valutazione	A	AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	AS6	B1	B2	senza incarico	Totale
Alta	10,30%	2,42%	10,91%	24,24%	2,12%	15,15%	0,30%	12,73%	4,55%	14,55%	97,27%
Media	0,00%	0,00%	0,00%	0,61%	0,00%	0,61%	0,00%	0,30%	0,30%	0,91%	2,73%
Negativa	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totale	10,30%	2,42%	10,91%	24,85%	2,12%	15,76%	0,30%	13,03%	4,85%	15,45%	100,00%

PERSONALE DEL COMPARTO

Tabella Range di Valutazione

RANGE DI VALUTAZIONE			
Categoria	Alta	Media	Negativa
A	da 25 a 40	da 9 a 24	da 0 a 8
B	da 28 a 45	da 10 a 27	da 0 a 9
BS	da 29 a 46	da 11 a 28	da 0 a 10
C	da 37 a 60	da 13 a 36	da 0 a 12
D	da 43 a 70	da 15 a 42	da 0 a 14
DS	da 44 a 71	da 16 a 43	da 0 a 15

Personale del comparto distinto per range di valutazione e per categoria anno 2019

Valutazione	A	B	BS	C	D	DS	Totale
Alta	72	120	300	88	928	38	1.546
Media	4	1	6	2	11	0	24
Negativa	0	0	0	0	0	0	0
Totale	76	121	306	90	939	38	1.570

% personale del comparto valutati anno 2019 distinti per categoria

Valutazione	A	B	BS	C	D	DS	Totale
Alta	4,59%	7,64%	19,11%	5,61%	59,11%	2,42%	98,47%
Media	0,25%	0,06%	0,38%	0,13%	0,70%	0,00%	1,53%
Negativa	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totale	4,84%	7,71%	19,49%	5,73%	59,81%	2,42%	100%

PROGETTI INCENTIVANTI PERSONALE DEL COMPARTO

L'OIV aziendale, come si evince dal verbale n. 106 del 23.07.2020, ha validato la correttezza formale e l'esito del processo di valutazione relativo ai progetti:

- Progetto "PEO 2019" – UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
- Progetti "Sistema di Sorveglianza Passi 2019 e Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento 2018 e 2019" – UOSD Flussi Informativi

Tale validazione è avvenuta sulla base delle attività di verifica:

- delle Relazioni rese dai Responsabili dei progetti;
- del raggiungimento degli obiettivi dei progetti con gli esiti esposti rivenienti dall'attività valutativa sui progetti espletata dai Dirigenti preposti;
- della verifica dell'orario aggiuntivo reso.

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

6.1 FASI SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITA'

La **Relazione sulla Performance** rappresenta la fase conclusiva del **Ciclo di Gestione della Performance** le cui fasi operative, la tempistica, 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.

Il **Ciclo di Gestione della Performance** si apre con l'approvazione, entro il 31 gennaio, del Piano Aziendale delle Performance.

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, e alla definizione del sistema di controllo e monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Con l'adozione del **Sistema di Valutazione della Performance**, risultante a fine anno 2017 in corso di validazione, e poi approvato con Delibera del Commissario n. 53 del 29/01/2018 con riferimento alla valutazione della performance delle aree dirigenziali, il percorso di integrazione del Ciclo di P&C con il Ciclo di gestione della Performance può considerarsi pienamente realizzato.

La verifica finale sul grado di attuazione del **Piano della Performance** trova la sua sintesi nella **Relazione sulla Performance**, prevista dall'art.10, co.1 lett. b, del D. Lgs. n. 150/09, che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

Con nota protocollo n. 56880 del 30/06/2020 questa Azienda ha comunicato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri il differimento del termine di redazione, validazione e pubblicazione della Relazione della performance fissato annualmente al 30 giugno.

Tale differimento si è resa necessaria per l'attuale stato di emergenza sanitaria per la pandemia COVID-19 che ha comportato significative variazioni nelle ordinarie attività aziendali e, tra queste, l'approvazione del bilancio di esercizio e il completamento del ciclo della performance 2019.

N	FASI	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
1	Misurazione dei risultati conseguiti nell'anno precedente												
2	Approvazione della Relazione sulla Performance												

Prospetto 2 Documenti del Ciclo di Gestione della Performance

DOCUMENTO	DATA DI APPROVAZIONE	DATA DI PUBBLICAZIONE	DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO	LINK DOCUMENTO
Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance*	27.12.2013	30.12.2013	27.12.2013	www.apsbasilicata.net
Piano della Performance 2019/2021-Annualità 2019	DDG n. 62 del 31/09/2019	31/01/2019	08/08/2019	www.apsbasilicata.net
Adeguamento del Piano della Performance 2019/2021-Annualità 2019	DDG n. 545 del 08/08/2019	08/08/2019	08/08/2019	www.apsbasilicata.net
Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021	DDG n. 34 del 30.01.2019	30/01/2019	30/01/2019	www.apsbasilicata.net

(*) Nelle more di adozione di un sistema organico di misurazione e valutazione delle performance l'ASP:

6.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'adozione del Piano della Performance rappresenta il punto di partenza del **Ciclo di gestione della Performance dell'ASP**. Tale Piano è dinamico e, difatti, può essere aggiornato anche in corso d'anno, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance.

Attraverso tale aggiornamento diventa possibile definire eventuali nuovi obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria aziendali o adeguare gli obiettivi e i target già assegnati sulla base delle evidenze emerse nel corso del monitoraggio infra annuale.

Inoltre, affinché la procedura del **Ciclo di Gestione della Performance** possa migliorare la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si illustrano, di seguito, le azioni già intraprese e si individuano le azioni/attività da attuare:

- ❖ è stato 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 operativo**;
- ❖ è stato approvato con Delibera del Commissario n. 53 del 29/01/2018 il nuovo regolamento che definisce il **"Nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aree dirigenziali"** quale strumento unitario atto a favorire il miglioramento continuo del contributo che ciascun dirigente apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda.

Detto regolamento è stato definito coerentemente con quanto disposto dal D.lgs. 150 del 27 ottobre 2009 e dal D.lgs 141/2011 ed è conforme ai principi e criteri di cui alla Delibera della CIVIT n. 104 del 2/09/2010, in particolare ai principi di imparzialità, celerità, puntualità, trasparenza dei criteri e dei risultati, adeguata informazione e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio.

Nella stesura del regolamento si è anche tenuto conto delle "Linee Guida sulla valutazione del personale in Regione Basilicata" predisposte dal Gruppo di Lavoro, composto da professionisti delle diverse aziende sanitarie regionali con il supporto dei docenti SDA Bocconi, nel corso dell'anno 2017. Prima di giungere all'approvazione, la bozza di regolamento è stata altresì oggetto di discussione, confronto e condivisione con i rappresentanti delle OO.SS. delle aree della Dirigenza, oltre che con l'OIV;

- ❖ è in corso di consolidamento il **Sistema di Contabilità analitica per Centri di Costo**;
- ❖ è in corso di implementazione il **sistema di controllo direzionale** che consentirà il monitoraggio periodico dei principali indicatori di attività (cruscotto direzionale).
- ❖ nel corso dell'anno 2019 è stata **conclusa la valutazione della performance organizzativa delle UU.OO. aziendali relativamente all'anno 2018**

CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ

I principali punti di debolezza:

- Insufficiente integrazione ospedale - territorio;
- Logistica carente nella sede legale;
- Carenza di personale;
- Presenza di popolazione anziana superiore rispetto alla media regionale
- Condizioni di disagio territoriale

Le minacce al cambiamento

- Reazioni al cambiamento delle categorie interessate dagli interventi di razionalizzazione (OO. SS., dirigenza, comparto, Medici convenzionati);
- Difesa corporativa del territorio;
- Rifiuto alla verifica ed all'integrazione;
- Resistenze dei privati alla ridefinizione di un nuovo modello di offerta nell'area sociosanitaria;
- Difficoltà dei comuni a sostenere la spesa compartecipata.

Le opportunità

- Consapevolezza tra le parti sociali delle difficoltà nazionali e regionali;
- Riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera e territoriale;
- Sviluppo della tecnologia informatica, a supporto dei processi di regolazione e di governance dei sistemi operativi organizzativo - gestionali;
- Valorizzazione delle risorse umane;
- Sviluppo di una adeguata comunicazione tra l'Azienda e la comunità, in un'ottica di sempre maggiore trasparenza;
- Sviluppo delle reti interaziendali.

Il Ciclo di gestione della Performance necessita di essere pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

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.

Si richiamano di seguito le DDG approvate in materia di prevenzione della corruzione, successivamente all'entrata in vigore della L. 190/2012 attestanti il rilevante impegno profuso per l'applicazione della normativa in parola:

Anno 2013

- ✓ **DDG n.219 del 15/04/2013**- Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- ✓ **DDG n. 222 del 16/04/2013** - Nomina del Responsabile della Trasparenza;
- ✓ **DDG n.314 del 27/05/2013** “Adozione del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione 2013-2015;
- ✓ **DDG n.469 del 25/07/2013** “Adozione del Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2013-2015”
- ✓ **DDG n.137/2013** “Adozione del Codice Etico”;
- ✓ **DDG n.756 del 18/12/2013** “Adozione del Codice di Comportamento”

Anno 2014

- ✓ **DDG n.44 del 30/01/2014** “Adozione del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione 2014-2016 e del Programma triennale per la Trasparenza 2014-2016”;
- ✓ **DDG n. 418 del 5/08/2014** “Approvazione della Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità nell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza-ASP (Wistleblowing Policy)”
- ✓ **DDG n. 453 del 9/9/2014** “Modifica ed Integrazione al Regolamento Aziendale in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali adottato con DDG n. 521/2013”.

Anno 2015

- ✓ **DDG n. 35 del 27/01/2015** “Adozione del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2017 e del Programma triennale per la Trasparenza 2015-2017;
- ✓ **DDG n.787 del 19/11/2015** di conferma dell’incarico al Responsabile della Trasparenza.

Anno 2016

- ✓ **DDG n. 27 del 26/01/2016** “Proroga del PTPC 2015-2017 e adozione del PTTI 2016-2018”;
- ✓ **DDG n. 36 del 26/01/2016** di nomina del RPC e del Responsabile della Trasparenza quali titolari delle rispettive UOSD;
- ✓ **DDG n. 198 del 17/03/2016** di conferimento ad interim dell’incarico di UOSD Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- ✓ **DDG n. 348 del 27/5/2016** Adozione del PTPC 2016-2018;
- ✓ **DDG n. 621 del 30/9/2016** Piano Integrato per l’etica della Comunicazione Pubblica 2016/2018 – Comunicare la Trasparenza.

Anno 2017

- ✓ **DDG n. 36 del 26/01/2017** “Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2016-2018- aggiornamento 2017;

Anno 2018

- ✓ **Deliberazione del Commissario n. 49 del 29/01/2018 “Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2016-2018- aggiornamento 2018”.**

Anno 2019

- ✓ **DDG n. 34 del 30.01.2019 “Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021”**
- ✓ **DDG n. 553 del 8.08.2019 “ art.18 c.2 dei CC.CC.NN.LL. dell’area della Dirigenza PTA dell’8.6.2000 e ss.mm.ii. affidamento temporaneo della responsabilità dell’U.O.S.D. URP e comunicazioni ASP al Dr. Antonio Bavusi, Dirigente Sociologo a tempo pieno ed esclusivo, già titolare dell’incarico della UOSD Trasparenza e sito aziendale ASP.**

Ai fini dell’integrazione degli strumenti programmatori e del collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, il **Piano della Performance** include al suo interno anche obiettivi, indicatori e risultati da conseguire tramite la realizzazione dei **Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione** (P.T.P.C.) e dei **Programmi triennali per la Trasparenza e l’Integrità**.

Il Dirigente amm.vo UOC Controllo di Gestione

Dr.ssa Alessandra D’Anzieri

Il Direttore della UOC Controllo di Gestione

Dott. Giovanni Berardino Chiarelli

Il Direttore Generale

Dott. Lorenzo Bochicchio