

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022

AZIENDA SANITARIA LOCALE ASP POTENZA



*Relazione sulla performance anno 2022
Azienda Sanitaria Locale ASP di Potenza
UOC Controllo di Gestione*

Redatta ai sensi dell'art. 10 c.1 lett b) del D.Lgs. n.150/2009 e s.m. e i. e delle Linee Guida DFP n.3/2018

PREMESSA	3
1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.....	4
1.1 Analisi di Contesto.....	4
1.2 Criticità che hanno caratterizzato il Ciclo della Performance 2022.....	5
3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	7
3.1 Il Contesto esterno	7
DENSITA' ABITATIVA ED URBANIZZAZIONE.....	8
PROFILO DEMOGRAFICO	8
3.2 Il Contesto interno.....	12
3.3 L'Organizzazione dell'ASP di Potenza	14
3.4- RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	26
3.4.2 Confronto CE Preventivo/Consuntivo e relazione sugli scostamenti	27
3.5 - LE RISORSE UMANE	29
3.6 PARI OPPORTUNITÀ E ANALISI DI GENERE: IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	31
4.1 - MONITORAGGIO INFRANNUALE	34
4.2 - OBIETTIVI ANNUALI	35
5 - OBIETTIVI SPECIFICI e RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2022 (cfr. ALL. B)	51
6 - PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE	51
6.1 LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA GENERALE AZIENDALE	51
RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - RAPPRESENTAZIONE GRAFICA E RISULTATI DI SINTESI AGGREGATI PER STRUTTURE ORGANIZZATIVE	51
6.2 LE RISULTANZE DELLA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2022	58
7. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	63
7.1 FASI SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITA'	63
7.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	65

PREMESSA

Con la presente relazione, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP), effettua la periodica rendicontazione in ordine alle attività rese nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché ai risultati conseguiti relativi agli obiettivi assegnati dalla Regione con l'evidenza delle performance gestionali e individuali raggiunte nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009

Trattasi di documento strettamente correlato al bilancio di esercizio, strutturato per rispondere al principio di trasparenza dell'azione dell'Azienda ed alle necessità informative dei propri interlocutori istituzionali.

La Relazione sulla performance 2022 è lo strumento di raccordo tra la strategia in ambito di programmazione sanitaria a livello nazionale, regionale ed aziendale e i sistemi di misurazione della performance utilizzati per il monitoraggio delle prestazioni e dei servizi. Ha come fine precipuo il miglioramento della qualità dei servizi offerti, lo sviluppo delle competenze professionali attraverso la valorizzazione.

La legge 6 agosto 2021, n. 113, che all'art. 6 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)

La Relazione è uno strumento di accountability attraverso cui l'ASP rendiconta a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati. In questa prospettiva, nella predisposizione della Relazione sono privilegiate la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità, anche facendo ampio ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari dei risultati per favorire una maggiore leggibilità delle informazioni. La relazione evidenzia, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse e gli obiettivi di salute e programmazione sanitaria assegnati dalla Regione Basilicata con la DGR n. 272/2022, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno.

Entro il 30 giugno di ogni anno successivo a quello di riferimento l'ASP pubblica sul proprio sito istituzionale e sul Portale della Performance la relazione annuale sulla performance, approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'OIV.

Nel processo di stesura della relazione sono coinvolti:

- le strutture aziendali di supporto che curano la predisposizione del documento avvalendosi delle risultanze dei sistemi di misurazione e degli esiti delle valutazioni effettuate dai soggetti competenti;
- l'organo di indirizzo politico amministrativo, che approva la relazione, verificando il conseguimento degli obiettivi specifici, nonché la corretta rappresentazione di eventuali criticità emerse nel corso dell'anno di riferimento e per cui l'OIV ha ritenuto opportuno procedere alle segnalazioni di cui all'articolo 6 del d.lgs. 150/2009;

Nell'anno 2022 l'Azienda ASP ha cercato di massimizzare i propri sforzi per consentire la ripresa delle attività sospese durante la pandemia concentrandosi soprattutto sull'incremento dell'organico nei

settori definiti carenti superando molteplici difficoltà tenuto conto che, il Direttore Generale, nominato ad inizio anno 2022 ha rassegnato le sue dimissioni nel giugno del 2022 lasciando l'azienda in mano al Direttore Sanitario suo sostituto.

1. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

1.1 Analisi di Contesto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASP di Potenza, è costituito sulla base dei seguenti atti: la DDG n. 682 del 18.11.2013 di presa d'atto della sottoscrizione del verbale del 31/10/2013 con le rappresentanze sindacali del comparto, con il quale sono state apportate parziali modifiche ed integrazioni all'Accordo sul sistema premiante del personale del comparto; la Deliberazione n. 775 del 27.12.2013, avente ad oggetto " *Percorso attuativo di certificabilità: secondo step- ricognizione delle procedure di Controllo di Gestione – Presa d'atto del manuale operativo delle Procedure di Pianificazione, Programmazione, Controllo Strategico, Direzionale e Operativo*"; la Deliberazione Commissariale n. 53/2018 di approvazione ed adozione del "Regolamento del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aree dirigenziali", tutti consultabili sul sito web istituzionale all'indirizzo <http://www.aspbasilicata.it/amministrazione-trasparente/sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance>, e nei quali sono delineate le fasi del Ciclo di Gestione della Performance e, per ciascuna di esso, indicati i tempi di attuazione, le modalità di realizzazione ed i soggetti responsabili.

La Direzione Strategica ha definito per l'anno 2022 gli obiettivi organizzativi da raggiungere, i valori attesi di risultato ed i rispettivi indicatori, in base ai quali sono state strutturate le schede di budget per i Dipartimenti, le Strutture Complesse e le Strutture Semplici Dipartimentali.

Gli obiettivi, per l'anno 2022 sono stati declinati nel Piano della Performance 2022-2024 approvato con DDG n. 296 del 28/04/2022 che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Con DDG n. 469 del 29.06.2022 si è provveduto ad apportare le Modifiche al Piano della Performance 2022, a seguito dell'approvazione della DGRB n.272/2022 e sono state approvate le schede del budget operativo aziendale (schede di budget UOC/UOSD 2022).

Il Ciclo della Performance dell'ASP di Potenza prevede un monitoraggio in corso d'esercizio degli obiettivi, con la finalità di rilevare eventuali scostamenti ed attivare le necessarie azioni correttive.

A tal fine è stata effettuata una verifica infra-annuale del I° semestre 2022 pubblicata in data 29.09.2022 nella sezione rapporto e monitoraggio del Controllo di Gestione.

Il D. Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs. 74/2017, all'art. 7 prevede che la valutazione della performance organizzativa sia effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione a cui "....*competete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura ... nel suo complesso*".

Il Ciclo della Performance rappresenta uno stimolo alla realizzazione di attività di eccellenza, anche attraverso significativi momenti di condivisione, quali l'interazione con le strutture e gli stakeholder nella definizione degli obiettivi, la negoziazione del budget con le strutture, il monitoraggio continuo dei risultati che si ottengono, il confronto nella verifica finale dei target raggiunti.

Ovviamente il percorso di miglioramento deve essere supportato da un processo di valutazione che assicuri il controllo della performance complessiva, individuando nell'Organismo Indipendente di Valutazione l'organo garante della correttezza del Sistema di Misurazione e valutazione della performance, sulla base dei documenti strategici, quale il Piano della Performance.

Tali risultati sono consuntivati nella presente Relazione sulla Performance, che adottata dalla Direzione Generale tramite deliberazione e formalmente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASP di Potenza per la sua validazione, conclude il percorso e l'applicazione del Ciclo della Performance.

Come stabilito all'art. 14 comma 6 del D. Lgs 150/2009 s.m.i., la validazione della Relazione sulla Performance è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti della premialità del merito e, pertanto, soltanto a seguito di tale adempimento a carico dell'OIV, si procede al pagamento del saldo della retribuzione annuale di risultato, sia del personale del comparto sia della dirigenza.

1.2 Criticità che hanno caratterizzato il Ciclo della Performance 2022

Con nota prot. n. 56051 inviata al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ufficio per la valutazione della performance – l'ASP ha comunicato le significative variazioni verificatesi nelle ordinarie attività aziendali e, per l'effetto, il differimento nell'approvazione della relazione alla Performance 2022.

Il rinvio del termine di approvazione è stato determinato da fattori contingenti tra i quali l'approvazione del bilancio d'esercizio 2022 a fine anno 2023 (DDG n. 912 e 920 del 07.12.2023) e l'approvazione della Relazione alla Performance 2021 sul finire dell'anno 2023 a seguito di ulteriori ritardi accumulati nei processi valutativi degli anni precedenti (DDG n. 787 dell'08/11/2023).

L'anno 2022 ha rappresentato per l'ASP un anno di transizione caratterizzato da una discontinuità di tipo amministrativo. Infatti, la composizione della Direzione Strategica, fino alla fine del primo semestre, è stata completa e, successivamente, a seguito delle dimissioni del Direttore Generale, ha visto la reggenza della Direzione Generale affidata al Direttore Sanitario.

È utile anche evidenziare che, tra gli obiettivi assegnati dalla Regione Basilicata con le DGR numeri 395/2019, 129/2020, 287/2021, e 272/2022, quelli riportati nella tabella sottostante non tengono conto delle modifiche organizzative e gestionali conseguenti all'entrata in vigore della L.R. 12/2017 che ha privato l'ASP dei presidi ospedalieri per acuti trasferendoli all'AOR San Carlo. Di conseguenza l'azienda territoriale, non avendo più accesso ai dati dei ricoveri ospedalieri, **non è più in grado di monitorare gli indicatori sotto riportati.**

Descrizione indicatore			Grado di conseguimento obiettivo		
			0%	50%	100%
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	flusso SDO	>180%	da 135 e 180%	<135%
2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	flusso SDO	>3%	da 1,5 e 3%	<1,5%
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE				
2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	flusso SDO	>10%	da 7 e 10%	<7%
2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	flusso SDO	>195%	da 155 a 195%	<155%
2.c.3	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	flusso SDO	>35%	da 25 a 35%	<25%
2.c.4	Tasso di ricovero per BPCO iper 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	flusso SDO	>35%	da 25 a 35%	<25%
2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni	flusso SDO	>10%	da 7 a 10%	<7%

I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2022

L'Azienda ha avviato negli anni un percorso di ristrutturazione della rete dei servizi sanitari ed amministrativi, mettendo al centro la persona ed i suoi bisogni.

La riorganizzazione dei servizi e delle funzioni amministrative ha, pertanto, tenuto conto della domanda di salute della comunità, con un'attenzione anche al criterio della sostenibilità delle scelte in termini di equilibrio economico finanziario, di efficienza ed efficacia.

I principi ai quali si è ispirata l'Azienda nella propria progettazione e ristrutturazione organizzativa, possono essere sinteticamente espressi in:

Affidabilità

L'Azienda, nell'insieme delle sue componenti, agisce adeguando con continuità e costanza le azioni, i comportamenti e i servizi alle necessità della popolazione di riferimento, alle priorità e agli obiettivi a tal fine fissati.

Centralità del cittadino

Il sistema dei servizi concentra l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del cittadino, sviluppando rapporti di fiducia e comprensione, e fa in modo di rendere

facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie all'utente per il proprio orientamento, la scelta e l'accesso alle prestazioni di cui necessita.

Efficacia e risultati

Il processo decisionale seleziona le azioni capaci di raggiungere i risultati assistenziali ed organizzativi attesi, fissando a priori gli strumenti e i criteri di verifica dei risultati stessi.

Equità

L'Azienda garantisce, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi, per assicurare alla popolazione di riferimento livelli di assistenza uniformi, adeguati nella loro appropriatezza e qualità, nonché economicamente sostenibili.

Flessibilità

L'Azienda incentiva tra il personale la capacità di adeguare il comportamento e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda, dando prova così di flessibilità.

Trasparenza e Integrità

L'Azienda garantisce la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, nonché la visibilità e la comprensibilità dei processi decisionali interni all'Azienda; adotta misure di prevenzione del rischio corruttivo ed effettua il monitoraggio del rispetto del Codice di Comportamento Aziendale.

L'Azienda nell'anno 2022 ha svolto la propria attività al fine di:

- garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- orientare la propria organizzazione verso l'utenza attraverso l'intercettazione delle esigenze e delle aspettative;
- garantire la trasparenza e promuovere la diffusione della prevenzione alla corruzione;
- garantire il rispetto dei tempi di attesa;
- perseguire l'equilibrio di bilancio;

3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.1 Il Contesto esterno

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) include il territorio della provincia di Potenza che ricomprende 100 comuni per una superficie complessiva di 6.594,44 Km². Essa rappresenta una realtà complessa considerato l'aspetto orografico del territorio (in gran parte montuosa, intersecata da vallate), le problematiche socio-economiche ivi presenti, e l'insufficienza delle infrastrutture che non riescono sempre a garantire adeguati collegamenti.



DENSITA' ABITATIVA ED URBANIZZAZIONE

La rappresentazione delle principali variabili demografiche provinciali, quali l'estensione territoriale, la densità abitativa, la distribuzione degli abitanti per sesso e per età, il numero di famiglie residenti, l'incidenza degli stranieri, è contenuta nelle tabelle che seguono:

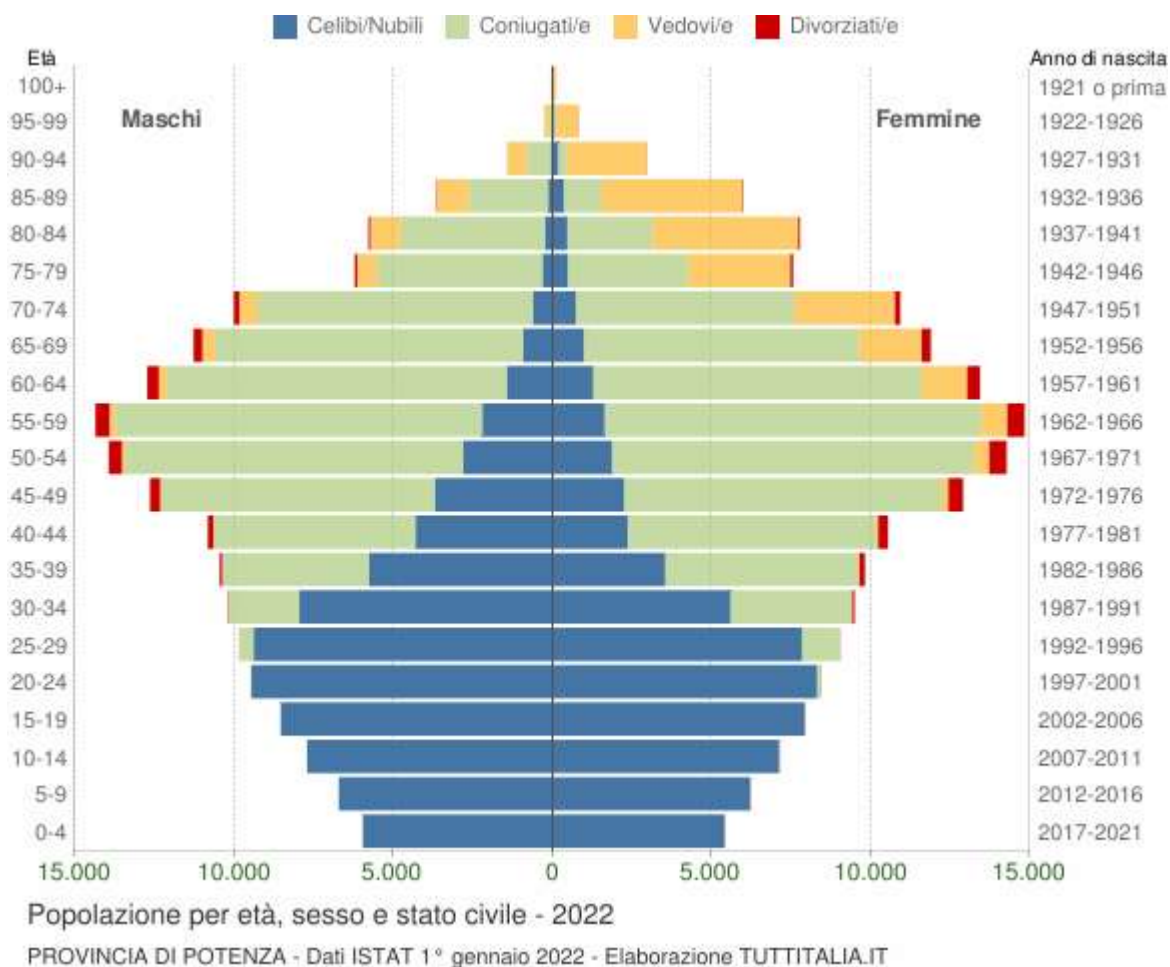
TERRITORIO		DATI DEMOGRAFICI (31.12.2022 ISTAT)	
Regione	BASILICATA	Popolazione (n.)	349.616
Sigla	PZ	Maschi (%)	172.091
Comune capoluogo	POTENZA	Femmine (%)	177.525
Comuni nella provincia	100	Stranieri (%)	11.041 3,2%
Superficie (kmq)	6.594,44	Età media (anni)	47,1
Densità abitativa (abitanti/kmq)	53,34		

Dati ISTAT al 31.12.2022

PROFILO DEMOGRAFICO

Nel territorio dell'ASP di Potenza risiedono 349.616 abitanti di cui 64.406 nella città capoluogo (dati Istat al 31.12.2022), per una densità abitativa media di 53,34 ab/kmq. Il 50,9 % della popolazione è di sesso femminile, mentre il 49,1 % è di sesso maschile.

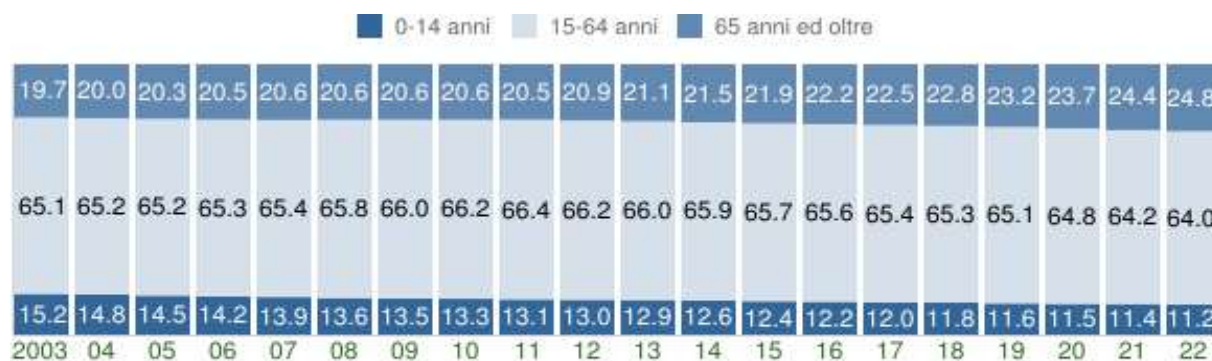
In basso, la "Piramide dell'Età", rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Potenza per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2022.



La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.

La piramide dell'età della provincia di Potenza conferma la tendenza, generalizzata sul territorio nazionale, alla contrazione delle classi di età più giovani, per effetto del calo della natalità e la crescita delle classi di età comprese nell'intervallo 65 e oltre.

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE PER ETÀ



Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

PROVINCIA DI POTENZA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

L'età media della popolazione è di 47,1 anni.

Distribuzione della popolazione 2022 - provincia di Potenza

Età	Celibi	Coniugati	Vedovi	Divorziati	Maschi	Femmine	Totale	
	/Nubili	/e	/e	/e				%
0-4	11.375	0	0	0	5.962	5.413	11.375	3,30%
					52,40%	47,60%		
0-13	12.932	0	0	0	6.714	6.218	12.932	3,70%
					51,90%	48,10%		
13-14	14.833	0	0	0	7.712	7.121	14.833	4,20%
					52,00%	48,00%		
15-19	16.469	3	0	1	8.535	7.938	16.473	4,70%
					51,80%	48,20%		
20-24	17.784	150	0	2	9.492	8.444	17.936	5,10%
					52,90%	47,10%		
25-29	17.233	1.627	3	11	9.842	9.032	18.874	5,40%
					52,10%	47,90%		
30-34	13.551	6.043	12	89	10.198	9.497	19.695	5,60%
					51,80%	48,20%		
35-39	9.298	10.674	43	253	10.451	9.817	20.268	5,80%
					51,60%	48,40%		
40-44	6.656	14.139	93	479	10.828	10.539	21.367	6,10%
					50,70%	49,30%		
45-49	5.946	18.558	260	783	12.644	12.903	25.547	7,30%

Età	Celibi /Nubili	Coniugati /e	Vedovi /e	Divorziati /e	Maschi	Femmine	Totale	
								%
					49,50%	50,50%		
50-54	4.689	21.982	584	960	13.943	14.272	28.215	8,10%
					49,40%	50,60%		
55-59	3.854	23.332	1.020	991	14.366	14.831	29.197	8,40%
					49,20%	50,80%		
60-64	2.715	20.998	1.684	771	12.729	13.439	26.168	7,50%
					48,60%	51,40%		
65-69	1.916	18.324	2.364	564	11.282	11.886	23.168	6,60%
					48,70%	51,30%		
70-74	1.353	15.509	3.734	349	10.010	10.935	20.945	6,00%
					47,80%	52,20%		
75-79	803	8.966	3.843	160	6.210	7.562	13.772	3,90%
					45,10%	54,90%		
80-84	692	7.216	5.541	114	5.786	7.777	13.563	3,90%
					42,70%	57,30%		
85-89	501	3.675	5.446	44	3.669	5.997	9.666	2,80%
					38,00%	62,00%		
90-94	242	1.023	3.114	18	1.423	2.974	4.397	1,30%
					32,40%	67,60%		
95-99	74	135	871	3	262	821	1.083	0,30%
					24,20%	75,80%		
100+	10	9	122	1	33	109	142	0,00%
					23,20%	76,80%		
Totale	142.926	172.363	28.734	5.593	172.091	177.525	349.616	100,00%
					49,20%	50,80%		

Dati ISTAT al 31/12/2022

L'anagrafe degli assistiti è lo strumento attraverso cui l'azienda ASP di Potenza stabilisce i rapporti con i suoi utenti. Il numero degli assistiti si diversifica da quello della popolazione residente ISTAT a causa dell'iscrizione di nuovi assistiti e della cancellazione di quelli trasferiti o cessati per altre cause. Tale attività viene realizzata non solo per i residenti ma anche per gli altri cittadini italiani che per vari motivi hanno diritto ad essere assistiti dall'ASP di Potenza.

Nella tabella sottostante si rappresenta la distribuzione degli assistiti per fascia di età e sesso registrati nell'anagrafe aziendale nell'anno 2022.

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA PER FASCIA DI ETÀ' Periodo Gennaio-Dicembre 2022 e confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente						
CLASSE DI ETÀ'	Periodo: Gennaio-Dicembre 2022			Periodo: Gennaio-Dicembre anno precedente		
	Maschi	Femmine	TOT.	Maschi	Femmine	TOT.
0 -13 anni	16.887	15.521	32.408	18.725	17.211	35.936
14 -64 anni	118.302	116.554	234.856	121.749	119.304	241.053
65-74 anni	22.626	24.067	46.693	22.533	24.116	46.649
> 75	18.807	27.353	46.160	18.608	27.285	45.893
TOTALE	176.622	183.495	360.117	181.615	187.916	369.531

FONTE DATI: Quadro G. - MODELLO MINISTERIALE FLS 11 – Anno 2022

L'esenzione è riconosciuta per malattia rara, per reddito, per specifica patologia e per invalidità. Gli assistiti esenti da ticket nell'anno 2022 sono stati 297.067.

ASSISTITI CON ESENZIONE DA TICKET - ANNO 2022	
per età e reddito	105.402
per altri motivi	191.665
TOTALE	297.067

FONTE DATI: Quadro H - MODELLO MINISTERIALE FLS 11– Anno 2022

Si fa presente che i suddetti dati, relativi alla popolazione assistita, non differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard.

3.2 Il Contesto interno

L'**organizzazione aziendale** è articolata nelle funzioni: direzionale e di staff, amministrativa, prevenzione: territoriale ed ospedaliera (post-acuzie).

Gli organi dell'Azienda sono:

- Direttore Generale;
- Collegio Sindacale;
- Collegio di Direzione.

Lo svolgimento delle **funzioni direzionali** è supportato da:

- Tecnostrutture di Staff;
- OIV;
- Organismi previsti (Conferenza dei Sindaci, Consiglio dei Sanitari, Comitato Etico, Comitati Consultivi Misti, Comitato Unico di Garanzia).

La **funzione di prevenzione** si articola in:

- Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana;
- Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale.

La **funzione territoriale** svolta nei Distretti Sanitari di Base si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria;
- Assistenza Domiciliare;
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Protesica;
- Assistenza Riabilitativa;
- Assistenza Farmaceutica;
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica;
- Assistenza Sociosanitaria;
- Assistenza Alle Dipendenze Patologiche;
- Assistenza Residenziale, Semiresidenziale e Territoriale;
- Assistenza Penitenziaria;
- Emergenza - Urgenza (DEU-118);
- Assistenza Termale.

La **funzione ospedaliera** si articola nei:

- Presidi Distrettuali per le Post Acuzie;
- Dipartimento interaziendale di Oculistica;
- Dipartimento Post Acuzie e Continuità ospedale-territorio;
- Dipartimento Salute Mentale.
- Dipartimento dei Servizi.

La **funzione amministrativa** si articola nelle strutture del Dipartimento Amministrativo.



3.3 L'Organizzazione dell'ASP di Potenza

3.3.1 - Assistenza Ospedaliera

Strutture a gestione diretta

Le strutture che ospitano i posti letto per le attività di post acuzie sono: il Presidio Distrettuale di Venosa, il Presidio Distrettuale di Chiaromonte, il Presidio Ospedaliero di Lauria e la Fondazione "Don Carlo Gnocchi Onlus"; Si tratta di attività di riabilitazione (cod. 56) e lungodegenza (cod. 60).

Come si evince dalla tabella sottostante I posti letto per le post-acuzie relativi alle strutture in esame, attivi nell'anno 2022 sono 167, di cui 158 in regime ordinario e 9 in regime di DH, 16 sono relativi alla lungodegenza del POD di Chiaromonte, 28 alla lungodegenza Covid di Chiaromonte, 35 alla Lungodegenza Covid del POD di Venosa, 16 alla Lungodegenza del POD di Lauria e 16 alla Lungodegenza della Fondazione Don Carlo Gnocchi di Acerenza.

Codice Ministeriale	DISCIPLINA	POD LAURIA			POD CHIAROMONTE			POD VENOSA			FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS			TOTALE COMPLESSIVO POSTI LETTO ATTIVI		
		ord	dh	tot.	ord	dh	tot.	ord	dh	tot.	ord	dh	tot.	ord	dh	tot.
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	4	4	8	16	0	16	0	0	0	43	5	48	63	9	72
60	LUNGODEGENZA COVID - 19	0	0	0	28	0	28	35	0	35	0	0	0	63	0	63
60	LUNGODEGENZA	16	0	16	0	0	0	0	0	0	16	0	16	32	0	32
TOTALE		20	0	24	44	0	44	35	0	35	59	5	64	158	9	167

A seguito del riordino del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione della L.R. n. 2/2017, nei presidi ospedalieri distrettuali (POD), gestiti dall'ASP, viene svolta attività sanitaria territoriale e attività ospedaliera non per acuti. Nei POD di Chiaromonte, Lauria e Venosa e presso la Fondazione "Don Carlo Gnocchi Onlus" di Acerenza, l'attività ospedaliera erogata nell'anno 2022 ha registrato **853 ricoveri** complessivi in post-acuzie, **n.24 ricoveri** in DH Riabilitazione (n. 15 su Lauria e n. 9 presso la Fondazione "Don Carlo Gnocchi Onlus" di Acerenza) (ad esclusione dei ricoveri per Covid-19) a fronte di un dato 2021 pari a 723 ricoveri, con un incremento del 17,98%; la valorizzazione economica dei ricoveri ordinari ad esclusione dei ricoveri Covid, è aumentata di € 364.218,84 (6,70%) nel periodo di riferimento rispetto all'anno 2021.

Distribuzione dei ricoveri per tipologia di ricovero e per anno – Periodo anni 2018/2019/2020/2021/2022					
Tipologia Ricoveri	Ricoveri 2018	Ricoveri 2019	Ricoveri 2020	Ricoveri 2021	Ricoveri 2022
Ricoveri per riabilitazione	580	741	387	474	603

Distribuzione dei ricoveri per tipologia di ricovero e per anno – Periodo anni 2018/2019/2020/2021/2022					
Tipologia Ricoveri	Ricoveri 2018	Ricoveri 2019	Ricoveri 2020	Ricoveri 2021	Ricoveri 2022
Ricoveri lungodegenti	677	464	423	249	250
Totale ricoveri per post-acute ordinari	1257	1173	810	723	853
Ricoveri per riabilitazione DH	46	32	13	3	24
Ricoveri Covid 19 Lungodegenza Venosa	0	0	28	234	260
Ricoveri Covid 19 Lungodegenza Chiaromonte	0	0	0	34	127
TOTALE	1.303	1.205	851	994	1264

Fonte AIRO

Valorizzazione economica dei ricoveri per tipologia di ricovero e per anno – Periodo anni 2018/2019/2020/2021/2022					
Tipologia Ricoveri	Valore Ricoveri 2018	Valore Ricoveri 2019	Valore Ricoveri 2020	Valore Ricoveri 2021	Valore Ricoveri 2022
Ricoveri per riabilitazione	4.910.169,12	5.171.068,91	3.655.859,40	3.890.599,33	3.866.799,83
Ricoveri lungodegenti	3.034.431,40	2.030.028,00	2.105.456,66	1.181.426,46	1.569.444,80
Totale valore ricoveri per post-acute ordinari	7.944.600,52	7.201.096,91	5.761.316,06	5.072.025,79	5.436.244,63
Ricoveri per riabilitazione DH	136.286,40	64.866,24	52.191,33	17.924,10	94.186,38
Ricoveri Covid 19 Lungodegenza Venosa	0	0	71.764,00	816.723,00	777.700,00
Ricoveri Covid 19 Lungodegenza Chiaromonte	0	0	0	89.012,00	336.182,00
TOTALE	8.080.886,92	7.265.963,15	5.885.271,39	5.995.684,89	6.644.313,01

Fonte AIRO

Presidi in Convenzione

Il Presidio in convenzione con l'Azienda è la Casa di Cura Universo Salute S.r.l. di Potenza che svolge attività di riabilitazione (cod. 56) con 24 posti letto e di lungodegenza (cod. 60) con 16 posti letto.

Codice Ministeriale	POST-ACUZIE	POSTI LETTO GENNAIO-DICEMBRE ANNO 2022		
		ORDINARI	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY
Universo Salute S.r.l. di Potenza				
56	Riabilitazione	24	0	0

Codice Ministeriale	POST-ACUZIE	POSTI LETTO GENNAIO-DICEMBRE ANNO 2022		
		ORDINARI	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY
60	Lungodegenza	16	0	0
Totale Posti letto Centro Riabilitazione Opera Don Uva		40	0	0

La struttura Universo Salute, già Don Uva, eroga in convenzione prestazioni ospedaliere post-acuti per conto dell'Azienda Sanitaria ASP, nel rispetto del comma 2 dell'art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/92, che riconosce ai cittadini la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui sono stati definiti appositi accordi contrattuali.

L'attività ospedaliera per post-acuti, erogata dalla struttura nel periodo 2018-2022, è riportata nella seguente tabella:

Distribuzione dei ricoveri per tipologia di ricovero e per anno – Periodo anni 2018/2019/2020/2021/2022					
Tipologia Ricoveri	Ricoveri 2018	Ricoveri 2019	Ricoveri 2020	Ricoveri 2021	Ricoveri 2022
Ricoveri per riabilitazione	223	203	169	153	179
Ricoveri lungodegenti	94	104	87	105	147
Totale ricoveri per post-acuti ordinari	317	307	256	258	326
Ricoveri per riabilitazione DH		0	0	0	0
TOTALE	317	307	286	258	326

Valorizzazione economica dei ricoveri per tipologia di ricovero e per anno – Periodo anni 2018/2019/2020/2021/2022					
Tipologia Ricoveri	Valore Ricoveri 2018	Valore Ricoveri 2019	Valore Ricoveri 2020	Valore Ricoveri 2021	Valore Ricoveri 2022
Ricoveri per riabilitazione	1.943.093,60	1.760.304,20	1.492.629,06	686.089,82	1.608.333,87
Ricoveri lungodegenti	577.623,20	732.424,00	512.943,20	368.460,46	760.390,46
Totale valore ricoveri per post-acuti ordinari	2.520.716,80	2.492.728,20	2.005.572,26	1.054.550,28	2.368.724,33
Ricoveri per riabilitazione DH		0	0	0	0
TOTALE	2.520.716,80	2.492.728,20	2.005.572,26	1.054.550,28	2.368.724,33

3.3.2 - Assistenza Territoriale

Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale dell'Azienda che, attraverso la sua attività, assicura alla popolazione residente la disponibilità dei servizi di tipo sanitario e sociale ad alta integrazione sanitaria.

Il Distretto assicura, per target specifici di popolazione, percorsi di assistenza basati sul principio della continuità e del coordinamento degli interventi, promuovendo la multidisciplinarietà tra i ruoli professionali e le strutture di produzione, realizza così un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie ed i servizi socio assistenziali, in modo da garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

Rientrano nel livello di assistenza distrettuale le seguenti attività:

- assistenza primaria;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza domiciliare nelle sue varie forme ed intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- assistenza specialistica ambulatoriale e protesica;
- assistenza riabilitativa;
- assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- assistenza sociosanitaria;
- assistenza dipendenze patologiche;
- assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale
- Assistenza Penitenziaria;
- Emergenza – Urgenza;
- Assistenza Termale

L'Azienda opera mediante 132 strutture a gestione diretta e 63 strutture convenzionate. La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle tabelle seguenti.

Per le strutture a gestione diretta:

TIPOLOGIA ATTIVITA' NELLE STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA ANNO 2022															
Tipologia Attività	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Attività di laboratorio	Attività di Consultori	Assistenza Psichiatrica	Assistenza per tossico-dipendenza /alcol	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali	Assistenza NPIA	VACCINAZIONI ANTI COVID-19	Totale
Ambulatorio e Laboratorio	38	9	26												73
Struttura Residenziale					2	1			4	2	2	3	1		15
Struttura Semiresidenziale					3				1						4

TIPOLOGIA ATTIVITA' NELLE STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA ANNO 2022

Tipologia Attività	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Attività di laboratorio	Attività di Consultori	Assistenza Psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenza /alcol	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali	Assistenza NPIA	VACCINAZIONI ANTI COVID-19	Totale
Altro tipo di struttura territoriale	4			26	5	4								5	40
TOTALE	42	9	26	26	10	5	0	0	5	2	2	3	1	5	132

FONTE MOD. MIN. STS 11 - ANNO 2022

L'Azienda non ha nessun istituto o centro di riabilitazione ex art. 26 L.833/78.

Per le strutture convenzionate:

Gli istituti o Centri di Riabilitazione convenzionati ex art. 26 legge n. 833/78 sono dieci per complessivi 451 posti letto accreditati residenziali e 113 posti letto accreditati semiresidenziali.

Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza residenziale posti letto	Assistenza semiresidenziale Posti letto
170011	CENTRO DI RIABILITAZIONE AIAS	0	33
170012	FONDAZIONE DON GNOCCHI ONLUS	0	0
170018	CENTRO AIAS F. BAGNALE	38	50
170019	ISTITUTO PADRI TRINITARI	140	30
170029	CENTRO A.I.A.S. di LAURIA	0	0
170030	C.T.R. Srl	0	0
170031	UNIVERSO SALUTE SRL CSSR PZ	273	0
170041	CENTRO TAVOLARO S.r.l	0	0
170042	GENOVESE CAMILLO S.r.l	0	0
170043	FISIOKINESITERAPIA MELANDRO	0	0
Totale		451	113

FONTE MOD. RIA 11 Quadri E - F- ANNO 2022

Nelle Tabelle riassuntive si riportano i posti letto distinti per struttura e per tipologia di attività:

Per le strutture a gestione diretta residenziali:

Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo assistenza residenziale	Descrizione tipo assistenza erogata	Tipo struttura	N° posti letto
311	Centro Residenziale Riabilitativo Avigliano	S05	ASSISTENZA PSICHIATRICA	STRUTTURA RESIDENZIALE	9
1311	CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE - ATTIVITA' RESIDENZIALE	S05	ASSISTENZA PSICHIATRICA	STRUTTURA RESIDENZIALE	16
1411	RSA MARATEA modulo R3	S09	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	STRUTTURA RESIDENZIALE	16
1411	RSA MARATEA modulo R3	S09	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	STRUTTURA RESIDENZIALE	16
1411	RSA MARATEA modulo R3	S09	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	STRUTTURA RESIDENZIALE	16
1412	RSA Maratea mod R2	S09	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	STRUTTURA RESIDENZIALE	14
2801	RSA CHIAROMONTE modulo R3	S09	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	STRUTTURA RESIDENZIALE	20
2801	RSA CHIAROMONTE modulo R3	S09	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	STRUTTURA RESIDENZIALE	20
2801	RSA CHIAROMONTE modulo R3	S09	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	STRUTTURA RESIDENZIALE	20
170020	HOSPICE LAURIA	S12	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	STRUTTURA RESIDENZIALE	6
170058	HOSPICE 'IL MANDORLO' VIGGIANO	S12	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	STRUTTURA RESIDENZIALE	7
170059	HOSPICE PEDIATRICO Lauria 'Il Sentiero delle fiabe'	S12	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	STRUTTURA RESIDENZIALE	4
170072	STELLA MARIS MEDITERRANEO-CENTRO EARLY START	S16	ASSISTENZA NPPIA	STRUTTURA RESIDENZIALE	4

FONTE MOD. MIN. STS 11- STS 24 - ANNO 2022

Per le strutture a gestione diretta semiresidenziali:

Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Posti Letto	Denominazione struttura di ricovero	Descrizione tipo assistenza erogata
015009	CENTRO DIURNO ALZHEIMER	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	10	LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE VENOSA	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
015010	Centro diurno psichiatrico per pazienti con misura di sicurezza	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	10	LUNGODEGENZA RIABILITATIVA LAURIA	ASSISTENZA PSICHIATRICA
015011	DAY HOSPITAL TERRITORIALE LAURIA	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	4	LUNGODEGENZA RIABILITATIVA LAURIA	ASSISTENZA PSICHIATRICA

Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Posti Letto	Denominazione struttura di ricovero	Descrizione tipo assistenza erogata
015018	DH PSICHIATRICO TERRITORIALE VULTURE MELFESE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	4		ASSISTENZA PSICHIATRICA

FONTE MOD. MIN. STS 11- STS 24 - ANNO 2022

Per le strutture non direttamente gestite residenziali:

Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Posti letto	Codice struttura di ricovero	Descrizione tipo assistenza erogata
000511	Casa Alloggio 'Demetra'	STRUTTURA RESIDENZIALE	15		ASSISTENZA PSICHIATRICA
000611	Casa Alloggio 'Benessere'	STRUTTURA RESIDENZIALE	16		ASSISTENZA PSICHIATRICA
000711	Casa Alloggio 'Prometeo'	STRUTTURA RESIDENZIALE	14		ASSISTENZA PSICHIATRICA
000906	Casa alloggio Tramutola	STRUTTURA RESIDENZIALE	10		ASSISTENZA PSICHIATRICA
001302	CASA ALLOGGIO MASCHITO	STRUTTURA RESIDENZIALE	10		ASSISTENZA PSICHIATRICA
001304	CASA ALLOGGIO GENZANO 2	STRUTTURA RESIDENZIALE	10		ASSISTENZA PSICHIATRICA
002401	CASA ALLOGGIO 'VALLINA'	STRUTTURA RESIDENZIALE			ASSISTENZA PSICHIATRICA
002701	CASA ALLOGGIO 'IL TORRENTE'	STRUTTURA RESIDENZIALE			ASSISTENZA PSICHIATRICA
003201	Casa Alloggio Palazzo Schettini - 'I Giardini di Erica'	STRUTTURA RESIDENZIALE	15		ASSISTENZA PSICHIATRICA
014007	Casa Alloggio Psichiatrica di Ripacandida	STRUTTURA RESIDENZIALE	10		ASSISTENZA PSICHIATRICA
015001	GRUPPO APPARTAMENTO - IL GLICINE -	STRUTTURA RESIDENZIALE	4		ASSISTENZA PSICHIATRICA
015002	GRUPPO APPARTAMENTO - INSIEME -	STRUTTURA RESIDENZIALE	4		ASSISTENZA PSICHIATRICA
015005	CASA FAMIGLIA OPHELIA 2	STRUTTURA RESIDENZIALE	9		ASSISTENZA PSICHIATRICA
015006	GRUPPO APPARTAMENTO AVIGLIANO	STRUTTURA RESIDENZIALE	8		ASSISTENZA PSICHIATRICA
015007	Casa Alloggio IL Solievo Potenza	STRUTTURA RESIDENZIALE	15		ASSISTENZA PSICHIATRICA
015020	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA- NUCLEO ALZHEIMER	STRUTTURA RESIDENZIALE	24	170037	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI

Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	Posti letto	Codice struttura di ricovero	Descrizione tipo assistenza erogata
015021	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-RSA ANZIANI DISABILI	STRUTTURA RESIDENZIALE	37	170037	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
015022	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-RSA ANZIANI E DISABILI	STRUTTURA RESIDENZIALE	24	170037	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
015023	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-RSA DEMENZA ADULTO	STRUTTURA RESIDENZIALE	24	170037	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI
015024	UNIVERSO SALUTE SRL POTENZA-RSA ANZ.DISAB. (DGR217/01)	STRUTTURA RESIDENZIALE	24	170037	ASSISTENZA AGLI ANZIANI

FONTE MOD. MIN. STS 11- STS 24 - ANNO 2022

Per le strutture convenzionate semiresidenziali

Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	N° posti	Descrizione tipo assistenza erogata
111	Centro Diurno 'Mongolfiera'	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	20	ASSISTENZA PSICHIATRICA

FONTE MOD. MIN. STS 11- STS 24 - ANNO 2022

MEDICINA, PEDIATRIA DI BASE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Relativamente alla Medicina generale l'Azienda nel periodo gennaio - dicembre 2022 ha operato con la collaborazione di:

- 372 medici di base che hanno assistito complessivamente una popolazione di 364.182 unità;
- 41 pediatri, che hanno assistito complessivamente una popolazione pediatrica di 32.703 unità.

La situazione descritta è schematizzata nelle tabelle seguenti.

NUMERO MEDICI PER CLASSI DI SCELTE – Anni 2021-2022												
ANNO	DA 1 A 50 SCELTE		DA 51 A 500 SCELTE		DA 501 A 1.000 SCELTE		DA 1.001 A 1.500 SCELTE		OLTRE 1.500 SCELTE		TOTALE	
	Numero Medici	Scelte	Numero Medici	Scelte	Numero Medici	Scelte	Numero Medici	Scelte	Numero Medici	Scelte	Totale Medici	Totale Scelte
2022	10	200	46	12.246	62	45.141	149	176.656	105	129939	372	364.182
2021	6	100	24	7.861	70	51.295	127	163.017	56	86304	283	308.577

FONTE UOC Cure Primarie ASP 2022- ANNO 2021 i dati si riferiscono al solo ambito di Potenza-Venosa-Melfi

NUMERO PEDIATRI PER CLASSI DI SCELTE – Anni 2021-2022								
ANNO	DA 1 A 250 SCELTE		DA 251 A 800 SCELTE		OLTRE 800 SCELTE		INDENNITA' DI PIENA DISPONIBILITA'	
	Numero Medici	Scelte	Numero Medici	Scelte	Numero Medici	Scelte	Numero Medici	Scelte
2022	0	0	20	12.822	21	19.881	41	32.703
2021	0	0	15	9.804	18	17.765	33	27.569

FONTE UOC Cure Primarie ASP 2022- ANNO 2021 i dati si riferiscono al solo ambito di Potenza-Venosa-Melfi

Periodo Gennaio-Dicembre 2022 e confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente			
	Periodo: Gennaio-Dicembre 2022 (*)	Periodo: Gennaio-Dicembre anno precedente(*)	Variazione %
PUNTI	157	159	-1,3%
MEDICI TITOLARI	155	173	-11,6%
ORE TOTALI DI ATTIVITA' PRESTATE DAI MEDICI	474.540	480.196	-1,2%
CONTATTI EFFETTUATI	63.524	69.200	-8,9%
RICOVERI PRESCRITTI	3.295	3.719	-12,9%
MEDICI CON DISPONIBILITA' DOMICILIARE	308	153	50,3%
ORE DI APERTURA DEL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA	474.540	532.064	-12,1%

Fonte dati: UOC Cure Primarie ASP

I punti di continuità assistenziale sono 157 nel corso dell'anno 2022 rispetto a 159 dello stesso periodo dell'anno 2021. Sono diminuiti i medici titolari (- 11,6%), a fronte di una riduzione delle ore totali di attività prestate dai medici.

3.3.3 – Prevenzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi. L'approccio One Health consente di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come il contrasto efficace all'antimicrobico-resistenza, problema crescente di dimensioni globali, o come il contrasto all'emergenza di epidemie

e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni (spillover) dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo.

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un "approccio" di Promozione della Salute.

Nella salute pubblica è necessario porre l'attenzione ai determinanti sociali e ambientali e il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie alleanze e sinergie intersettoriali tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (Health in all Policies). L'intersettorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali.

Il profilo di salute ed equità della comunità rappresenta il punto di partenza per la condivisione con la comunità e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione e al tempo stesso misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento nonché l'efficacia delle azioni messe in campo.

La prevenzione rappresenta un fondamentale fulcro per la sanità pubblica, soprattutto se si tiene conto che la mortalità è legata a malattie croniche non trasmissibili e che una particolare attenzione va rivolta alle malattie infettive e infestive. Le aree di intervento prioritario perseguite nel 2022 sono state:

- rinforzo dei fattori con effetti positivi sullo stato di salute;
- piano per il contrasto e/o la rimozione dei fattori che hanno effetti negativi sulla salute: a tal fine, la prevenzione interviene sui cosiddetti determinanti di salute (fattori che influenzano in maniera positiva o negativa lo stato di salute di una popolazione): condizioni socioeconomiche, condizioni degli ambienti di vita e di lavoro, stili di vita, problematiche relative agli incidenti (domestici, stradali, sul lavoro, etc.), alla sicurezza alimentare, al rischio biologico, etc;
- informazione per una adeguata consapevolezza del cittadino utile ad un Comportamento Responsabile.

L'attività di prevenzione nell'anno 2022 è stata svolta dai due Dipartimenti:

- Prevenzione Collettiva della Salute Umana
- Prevenzione della Sanità e del Benessere Animale

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA

Il Dipartimento di Prevenzione della Salute Umana è articolato nelle seguenti unità organizzative e gestionali:

- a) Igiene e Sanità pubblica;
- b) Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c) Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro;
- d) Prevenzione, Protezione, impiantistica sui luoghi del lavoro.
- e) Medicina ambientale.

Nel proprio Atto Aziendale l'ASP ha previsto le seguenti Strutture Semplici Dipartimentali:

- UOSD Valutazione Coperture Vaccinali e Monitoraggio Vaccinazioni ASP;
- UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico ASP;
- UOSD Medicina dello Sport ASP;
- UOSD Coordinamento Attività di Igiene e Sanità Pubblica ASP;
- UOSD Dietetica Preventiva Territoriale ASP;
- UOSD Epidemiologia e Malattie Rare ASP.

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana ha adottato le seguenti strategie operative:

- conoscenza epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione umana;
- monitoraggio costante dell'attività di sorveglianza, controllo e gestione dei rischi emergenti;
- verifica dell'efficacia dei programmi di educazione, informazione e formazione posti in essere;
- verifica dell'efficacia dei protocolli per la prevenzione degli stati morbosi.
- integrazione tra le attività del Dipartimento Salute umana e le attività distrettuali;
- miglioramento dei livelli di copertura vaccinale.

Nell'anno 2022 nell'ambito delle attività finalizzate al miglioramento della copertura vaccinale si segnalano:

- dare continuità al Piano Aziendale Vaccini antiCovid-19;
- dare continuità alla procedura operativa regionale per la gestione dei casi sospetti di infezione da Covid-19 messa a punto dalla Task force regionale;
- migliorare i livelli di copertura vaccinale e programmazione delle attività vaccinali e relativi protocolli operativi nonché dalle linee guida regionali circa l'inserimento delle vaccinazioni nei LEA e graduale inserimento di nuovi vaccini (es. HPV nei maschi e introduzione di anti-zoster negli anziani);
- promuovere azioni di comunicazione per la popolazione e per specifici sottogruppi, onde favorire una corretta percezione dei rischi e corretti comportamenti individuali (es. adesione alle misure di profilassi, all'offerta di vaccinazioni, ecc.), con particolare riferimento alle scuole, ai luoghi di lavoro e ai gestori di esercizi pubblici e privati (PNP 2020-2025);
- promuovere l'immunizzazione attiva (PNP 2020-2025);
- promuovere la corretta e sistematica identificazione dei fattori di rischio e dei determinanti, fra cui rientrano i comportamenti e gli atteggiamenti individuali, che provocano una maggior esposizione, oppure una minore adesione ai trattamenti di cura, alle misure di profilassi, all'offerta di vaccinazioni;

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITA' E BENESSERE ANIMALE.

Il Dipartimento della Sanità e Benessere Animale è costituito dalle seguenti aree:

- Area "A" - Sanità animale;

- Area “B” - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Area “C” - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Nell’Atto Aziendale l’ASP ha previsto, inoltre, le seguenti Strutture Semplici Dipartimentali:

- UOSD Interarea Sicurezza Alimentare (Deliberazione n. 878 del 28.12.2016);
- UOSD Interarea Banche dati e flussi LEA (Deliberazione n. 878 del 28.12.2016).

Le attività del Dipartimento sono orientate ad assicurare che tutti gli alimenti di origine animale rispondano, nella loro produzione finale, ai criteri di sicurezza previsti dalle normative di settore, pertanto, essi sono sottoposti ad una serie di controlli disciplinati dalla normativa europea, nazionale e regionale, nei molteplici passaggi costituenti la filiera di produzione, in modo da garantire al “Consumatore” la qualità e la sicurezza.

Il concreto svolgimento delle attività che si sviluppano sia nel settore della produzione primaria, che nel processo di filiera dei prodotti di origine animale, è certificato attraverso una serie di adempimenti che assicurano la trasparenza per il consumatore: il rilascio delle certificazioni delle qualifiche sanitarie degli allevamenti, le visite ispettive, i controlli mirati o casuali, l’attuazione di piani di sorveglianza e monitoraggio, l’apposizione finale della bollatura delle carni.

Il Dipartimento, attraverso la sua attività, ha garantito:

- l’effettuazione omogenea e coordinata dei controlli in tutte le fasi della produzione e della distribuzione;
- l’attuazione dei diversi piani di controllo e monitoraggio previsti dal legislatore nazionale e regionale, con adattamento alle specifiche situazioni territoriali.
- una capillare azione di formazione/informazione agli operatori/utenti, nonché a tutto il personale, sia della dirigenza che del comparto.

Obiettivi dell’esercizio relativi alla struttura e all’organizzazione dei servizi

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020/2025 ha individuato alcuni macro-obiettivi ad elevata valenza strategica, lasciando alle Regioni ed alle Aziende Sanitarie la possibilità di calarli nel contesto territoriale, epidemiologico e socio-economico, anche con riferimento a segmenti di popolazione target.

L’Azienda Sanitaria Locale di Potenza, recependo gli obiettivi del Piano, ha individuato, a livello aziendale, le seguenti azioni:

- Condurre con sistematicità l’analisi epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione umana e dello stato di salute delle popolazioni animali;
- Diffondere le risultanze dell’analisi epidemiologica aprendo un confronto proattivo con gli operatori e con le comunità locali;
- Incentivare la cultura della prevenzione, promuovendo iniziative volte al miglioramento degli stili di vita;
- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
- Sviluppare sinergie tra i due Dipartimenti di Prevenzione e promuovere l’integrazione con i Distretti;
- Rafforzare il processo di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure;
- Integrare i programmi di screening nei piani di prevenzione attiva;
- Potenziare le attività di educazione sanitaria, con particolare riferimento alle nuove patologie

derivanti dai disturbi del comportamento e da stili di vita inadeguati, anche attraverso campagne informative su tematiche specifiche;

- Migliorare i livelli di copertura vaccinale e programmazione delle attività vaccinali, come previsto dal PNPV 2017-2019 e relativi protocolli operativi nonché dalle linee guida regionali circa l'inserimento delle vaccinazioni nei LEA e graduale inserimento di nuovi vaccini (es. HPV nei maschi e introduzione di anti-zoster negli anziani);
 - Informatizzare l'attività di controllo e vigilanza sui luoghi di lavoro;
 - Garantire il "Consumatore" su qualità e sicurezza per tutti gli alimenti di origine animale attraverso l'effettuazione omogenea e coordinata dei controlli e monitoraggio, in tutte le fasi della produzione e della distribuzione, previsti dal legislatore nazionale e regionale, con adattamento alle specifiche situazioni territoriali;
 - Capillare azione di formazione/informazione agli operatori/utenti, nonché a tutto il personale, sia della dirigenza che del comparto;
 - Potenziare le iniziative di confronto con le varie articolazioni presenti nella comunità (gruppi target, associazioni, stakeholder, ecc.), anche attraverso l'attivazione di tavoli di lavoro dedicati.
- Si inseriscono nel settore della prevenzione anche le attività svolte nell'ambito degli screening territoriali coordinati dall'IRCCS CROB (Cervico-uterino, Mammografico, Colon-retto) e quelli alla nascita svolti in ambito ospedaliero, coordinati dall'A.O.R. "San Carlo" (Fibrosi cistica, Ipotiroidismo congenito, uditivo neonatale, fenilchetonuria, ampliamento degli screening neonatali e prenatali).

3.4- RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

3.4.1 - La gestione economico-finanziaria dell'ASP: sintesi del bilancio e relazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico- finanziari

L'esercizio 2022 dell'ASP si chiude con un risultato di esercizio pari a euro -2.572.103, registrando una perdita rispetto all'anno 2021 di euro -2.439.295,62

VOCE MODELLO CE	CONSUNTIVO 2018	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2020	CONSUNTIVO 2021	CONSUNTIVO 2022
Totale valore della produzione (A)	666.876	670.908	668.626.000	704.688.132	711.233.596
Totale costi della produzione (B)	660.588	668.408	658.068	698.404.955	707.017.720
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-210	-309	-123	4,93	21,55
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.852	6.899	4.090	333.439	-519.231
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	7.930	9.090	14.524	6.816.620	3.696.664
Totale imposte e tasse	7.650	7.461	7.646	6.683.814	6.268.766

RISULTATO DI ESERCIZIO	<u>280</u>	<u>1.629</u>	<u>6.878</u>	<u>132.807</u>	-2.572.103
-------------------------------	-------------------	---------------------	---------------------	-----------------------	-------------------

3.4.2 Confronto CE Preventivo/Consuntivo e relazione sugli scostamenti

Il valore della produzione dell'esercizio 2022, pari ad euro 711.233.596 rileva un incremento rispetto al preventivo 2022 (euro 45.830.955,25) del 6,44%.

Esso risulta composto da:

- 1) Contributi in conto esercizio per euro 672.689.578,38 (AA010);
- 2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti, per euro -1.777.719,24 (AA0240);
- 3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti per euro 2.617.215,18 (AA0270);
- 4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria per euro 10.078.703,01 (AA0320);
- 5) Concorsi, recuperi, rimborsi per euro 15.056.435,70 (AA0750);
- 6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) per euro 2.563.542,86 (AA0940);
- 7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio per euro 6.451.071,31 (AA0980);
- 8) Altri ricavi e proventi per euro 3.554.766,05 (AA1060).

Il costo della produzione consuntivo 2022, pari ad euro 707.017.720 è aumentato del 7,01% (euro 49.566.624,52) rispetto al preventivo dell'anno 2022 (euro 657.451.095,48).

Nelle Tabelle seguenti si riportano le principali voci di ricavo incrementate e diminuite rispetto alle previsioni del bilancio preventivo 2022.

Incremento ricavi consuntivo 2022 rispetto al Bilancio preventivo anno 2022

CODICE	VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2022	Preventivo 2022	Differenza consuntivo 2022- previsionale 2022
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	672.689.578,38	634.795.987,58	37.893.591
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	15.056.435,70	731.004,08	14.325.432
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	6.451.071	4.770.000	1.681.071
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	3.554.766	89.612	3.465.154
AZ9999	<u>Totale valore della produzione (A)</u>	<u>711.233.596,00</u>	<u>665.402.640,59</u>	45.830.955

Riduzione ricavi anno 2022 rispetto al Bilancio preventivo anno 2022

CODICE	VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2022	Preventivo 2022	Differenza consuntivo 2022- previsionale 2022
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.777.719,24	0	-1.777.719
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	2.617.215,18	11.397.013,00	-8.779.798
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	10.078.703,01	10.219.023,93	-140.321
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.563.542,86	3.400.000,00	-836.457

Dall'analisi dei **costi consuntivati** e confrontati con il **preventivo relativo all'anno 2022** si rilevano:

Aumento dei costi anno 2022 rispetto al Bilancio preventivo anno 2022

CODICE	VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2022	Preventivo 2022	Differenza consuntivo 2022- previsionale 2022
BA0010	B.1) Acquisti di beni	70.597.757,33	64.636.230,79	5.961.527
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	516.425.149,05	479.632.864,69	36.792.284
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	6.232.172,71	5.442.000,00	790.173
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.444.132,56	2.275.000,00	169.133
BA2560	Totale Ammortamenti	6.499.199,37	4.835.000,00	1.664.199
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	8.265.068,97	2.350.000,00	5.915.069

Riduzione dei costi anno 2022 rispetto al Bilancio preventivo anno 2022

CODICE	VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2022	Preventivo 2022	differenza consuntivo 2022- preventivo2022
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	1.203.055,62	1.260.000,00	-56.944,38
BA2080	Totale Costo del personale	96.376.500,21	96.970.000,00	-593.499,79
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	6.268.766,28	7.901.545,11	-1.632.778,83

3.4.3 Relazione sui Costi per Livelli di Assistenza e Relazione sugli scostamenti

Le tabelle seguenti illustrano la distribuzione dei costi per livelli di assistenza i cui valori sono espressi in migliaia di euro. In allegato alla presente viene riportato il modello LA consuntivo 2022.

Descrizione livello	2018	2019	2020	2021	2022	differenza anno 2022 vs 2021	% scostamento 2022 vs 2021
TOTALE PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	31.842,00	31.444,62	31.561.550,24	34.513.974,39	35.474.760,12	960.785,73	2,78%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	442.783,00	456.078,66	458.878.692,61	503.334.628,94	479.832.445,24	23.502.183,70	-4,67%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	196.485,00	189.966,68	164.752.136,62	165.553.804,57	199.053.582,35	33.499.777,78	20,23%
TOTALE GENERALE	671.110,00	677.489,96	655.192.379,47	703.402.407,90	714.360.787,71	10.958.379,81	1,56%

Descrizione livello	2022	% costi ASP 2022
TOTALE PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	35.474.760,12	4,97%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	479.832.445,24	67,17%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	199.053.582,35	27,86%
TOTALE GENERALE	714.360.787,71	100,00%

3.5 - LE RISORSE UMANE

Il personale aziendale dipendente al 31.12.2022 per più della metà è rappresentato da donne. Nelle tabelle che seguono si riportano gli indicatori sul benessere organizzativo e sull'analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni sui dati del personale in servizio al 31 dicembre 2022 (Fonte UOC Gestione del Personale).

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L. 104/92 fruiti	2077	<u>34.93%</u>	3869	<u>65.06%</u>	5946	100%
Numero permessi orari L. 104/92 (n. ore) fruiti	420	<u>19.26%</u>	1754	<u>80.45%</u>	2180	100%
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	258	<u>15.96%</u>	1358	<u>84.03%</u>	1616	100%
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	0	<u>0%</u>	83	<u>100%</u>	83	100%
Totale	2755	28.04%	7068	71.93%	9825	100%
% sul personale						

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETÀ'

	UOMINI							DONNE						
Classi età	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Tipo Misura conciliazione														
Personale che fruisce di part time a richiesta	1		9	4		14	31,11	4	9	10	8		31	68,88
Personale che fruisce di telelavoro														
Personale che fruisce del lavoro agile	0	0	6	2	1	9		0	1	9	2	5	17	
Personale che fruisce di orari flessibili														
Altro (specificare eventualmente aggiungendo una riga per ogni tipo di misura attivata)														
Totale	1		15	6	1	23		4	10	19	10	5	48	
Totale %														

FRUIZIONE DEI CONGEDI PARENTALI E PERMESSI L.104/1992 PER GENERE

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
Descrizione permessi	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	1836	29,82	4320	70,17	6156	100
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	186	19,09	788	80,90	974	100
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	250	9,82	2294	90,17	2544	100
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	6,00		13,39		19,39	
Totale	2278	23,48	7415,39	76,51	9693,39	100

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
Descrizione permessi	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
% sul personale complessivo						

Fonte: UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

3.6 PARI OPPORTUNITÀ E ANALISI DI GENERE: IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

Riguardo al tema delle pari opportunità e all'analisi di genere, nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi agli incarichi dirigenziali ricoperti dalle donne in azienda e il numero delle donne impiegate.

Ripartizione del personale per genere ed età nei livelli di inquadramento -Personale non dirigenziale

Classi d'età Inquadramento	Uomini					Donne				
	< 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>di 60	< 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>di 60
Totale personale	11	70	226	250	86	20	125	292	337	119
% sul personale complessivo	85,15%	3,91%	12,62%	13,96%	4,80%	1,12%	6,98%	16,30%	18,82%	6,64%

Ripartizione del personale per genere ed età nei livelli di inquadramento - Personale Dirigenziale

Classi d'età Inquadramento	Uomini					Donne				
	< 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>di 60	< 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>di 60
Direttore Dipartimento	0	0	0		5	0	0	0	0	0
Direttore Struttura Complessa	0	0	0	7	10	0	0	2	0	6
Altri Dirigenti	0	4	14	50	54	0	3	22	47	31
Totale personale	0	4	14	57	69	0	3	24	47	37
% sul personale complessivo	14,24%	0,22%	0,78%	3,18%	3,85%	0,00%	0,17%	1,34%	2,62%	2,07%

Ripartizione del personale per genere ed età nei livelli di inquadramento -Organi di vertice

Classi d'età Inquadramento	Uomini					Donne				
	< 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>di 60	< 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>di 60
Direttore Generale	0	0	0	0	1		0	0	0	0
Direttore Amministrativo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Classi d'età Inquadramento	Uomini					Donne				
Direttore Sanitario	0		0	0	1	0	0	0	0	0
Totale personale	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
% sul personale complessivo	0,2%									

Fonte: UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Con riferimento alla Tabella 1.5 “Divario economico, media delle retribuzioni omnnicomprensive per il personale a tempo pieno, suddivise per genere nei livelli di inquadramento” si evidenzia un divario economico sfavorevole per le donne rispetto agli uomini. Questi dati possono essere correlati, con riferimento alla dirigenza, sia alla preponderante presenza maschile nella categoria “Direttore di Dipartimento” e “Direttore struttura complessa” che prevede compensi aggiuntivi collegati agli incarichi di responsabilità rivestiti che al trattamento accessorio (attività ALPI ecc.). Per il personale del comparto il divario economico donne-uomini è esiguo e correlabile al solo trattamento accessorio (straordinario ecc.).

Tabella 1.5: divario economico, media delle retribuzioni omnnicomprensive per il personale a tempo pieno, suddivise per genere nei livelli di inquadramento

Inquadramento	Uomini	Donne	Divario economico per livello
	Retribuzione netta media	Retribuzione netta media	Valori assoluti
Dirigenza	€ 73.985,06	€ 69.141,64	€ 4.843,42
Comparto	€ 26.780,14	€ 26.364,03	€ 416,11
Totale personale	1004	787	1791
% sul personale complessivo	56,06%	43,94%	100,00%

Fonte: UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Tabella 1.8: Composizione di genere delle commissioni di concorso

Tipo di commissione	Uomini		Donne		Totale		Presidente
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	D/U
Commissioni concorso/avviso	31	65,95	16	34,05	47	100	3/11
Totale personale	31		16		47		
% sul personale complessivo		1,73%		0,89%		3%	

Fonte: UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

Il Piano di Azioni Positive (P.A.P.), riferito al triennio 2022-2024, proposto dal CUG dell'ASP di Potenza, costituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 93 del 11/02/2021, è stato redatto individuando 4 aree di intervento come di seguito riportate:

1. Formazione, divulgazione e implementazione delle attività del C.U.G.;
2. Benessere organizzativo, stress lavoro correlato, conciliazione tempi di vita — tempi di lavoro;
3. Analisi della Organizzazione aziendale, rispetto alle pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e fenomeni di mobbing;
4. Impatto della pandemia da Covid 19 sull'organizzazione aziendale.

Per ogni ambito sono state definite le Singole Azioni Positive specificando per Ciascuna: obiettivi, descrizione dell'intervento, soggetto promotore/attuatore, strutture aziendali coinvolte, destinatari, tempi di realizzazione, costi operativi, indicatori di esito.

4. 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 2022-2024** (DDG n. 296 del 28.04.2022) 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 2022 per ognuno di essi, è parte integrante della presente Relazione (Allegato 1).

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 2022 (giusta DDG n. 469 del 29.06.2022 "Modifiche al Piano della Performance 2022, a seguito dell'approvazione della DGR n.272/2022 e approvazione del budget operativo aziendale (schede di budget UOC/UOSD 2022)").

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:
 - pienamente o parzialmente raggiungibili, a consuntivo, mediante interventi correttivi e revisione delle attività in corso;
 - 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 2022 ha costituito anche uno spunto di riflessione per la strutturazione del budget 2023: 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 è stata effettuata la seguente verifica:

- una verifica infra-annuale al termine del I° semestre 2022 pubblicata nel sito aziendale nella sezione del Controllo di Gestione nell'area "Rapporti del controllo di gestione" il 29.09.2022

4.2 - OBIETTIVI ANNUALI

Gli obiettivi assegnati alla Direzione Generale

Gli obiettivi regionali annuali di salute e di programmazione economico finanziaria sono stati assegnati per l'anno 2022 con DGR 272/2022. Il documento regionale è caratterizzato da obiettivi declinati in un allegato dove sono riportati gli indicatori e i tempi di attuazione. Tale deliberazione ha integrato e modificato, nell'Allegato 1, alcuni indicatori e target previsti nella DGR 272/2022.

Il documento regionale "Sistema di Valutazione 2021-2023" 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 2021-2023, modifiche ed integrazioni anno 2022. 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 16 obiettivi misurati da 53 indicatori.

Per ogni indicatore è individuato il risultato atteso e un peso specifico 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 2022, con riferimento al panel dei 53 indicatori individuati:

- **per n.30 indicatori (pari al 56,60% del totale) è stato raggiunto il valore atteso 100% (tab.n.1);**
- **per n.13 indicatori (pari al 24,53% del totale) il valore atteso è stato raggiunto al 50% (tab.n.2);**
- **per n. 10 indicatori (18,87 % del totale) non è stato raggiunto il valore atteso 0% (tab.n.3).**

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

Tabella 1

Grado di conseguimento degli indicatori della DGR 272/2022 -N. 30 Obiettivi raggiunti								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominatore		
TUTELA DELLA SALUTE								
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA							
1.a.1	Copertura vaccinale MPR (morbillo - parotite - rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	< 90%	tra 90 e 95%	> 95%	Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)	N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione	96,31%	raggiunto
1.a.6	Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese	< 90%	tra 90 e 95%	> 95%	Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica	N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	95,70%	raggiunto
1.a.7	Grado di copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi	< 90%	tra 90 e 95%	> 95%	Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per esavalente	Numero bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi	97,43%	raggiunto
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%	tra 23 e 33%	>33%	N. totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario 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	49,78%	raggiunto
1.b.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	<25%	tra 25 e 45%	>45%	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 nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni	58,71%	raggiunto
1.b.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	<25%	tra 25 e 35%	>35%	N. totale di persone sovrappeso o obese intervistate, consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni.	Sommatoria persone sovrappeso o obese intervistate, consigliate dal medico o altro operatore	60,28%	raggiunto

Grado di conseguimento degli indicatori della DGR 272/2022 -N. 30 Obiettivi raggiunti								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominatore		
TUTELA DELLA SALUTE								
						sanitario di fare attività fisica nei tre anni		
1.b.5	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	<35%	tra 35 e 55%	>55%	N. 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	55,23%	raggiunto
1.c	SCREENING ONCOLOGICI							
1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	<35%	tra 35 e 60%	>60%	Persone in età target che seguono il test di screening per carcinoma mammella	Donne residenti (45-49) + Donne residenti (50-74)/2 (anni)	61,57%	raggiunto
1.d	SICUREZZA SUL LAVORO							
1.d.1	N. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	<5%	tra 5 e 10%	> 10%	Numero aziende ispezionate	Numero aziende con dipendenti	15,20%	raggiunto
1.d.2	N. cantieri ispezionati/n. cantieri notificati	<20%	tra 20 e 30%	> 30%	Numero cantieri ispezionati	Numero cantieri notificati	30,34%	raggiunto
1.d.3	N. aziende ispezionate/n. personale UPG SPSAL	<40%	tra 40 e 50%	> 50%	Numero aziende ispezionate	Numero personale UPG ponderato SPSAL	77,35%	raggiunto
1.d.4	N. sopralluoghi effettuati/n. personale UPG SPSAL	<70%	tra 70 e 90%	> 90%	Numero sopralluoghi (voce 2.4 D scheda di attività)	Numero personale UPG SPSAL	104,00%	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	—	SI	—	—	SI 100%	raggiunto
1.e.2	Raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	NO	—	SI	—	—	SI 100%	raggiunto

Grado di conseguimento degli indicatori della DGR 272/2022 -N. 30 Obiettivi raggiunti								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominatore		
TUTELA DELLA SALUTE								
1.e.3	Raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	NO	–	SI	–	–	SI 100,95%	raggiunto
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI								
2.a	APPROPRIATEZZA AREA CLINICA							
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE							
2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	>10%	tra 10 e 7%	<7%	N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti	N. residenti	6,03%	raggiunto
2.c.3	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	>35%	tra 35 e 25%	<25%	N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti	N. Residenti d'età 35-74 anni	23,09%	raggiunto
2.c.4	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni	>35%	tra 35 e 25%	<25%	N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti	N. Residenti d'età 50-74 anni	18,80%	raggiunto
2.c.6	Percentuale di prese in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari	<50%	tra 50 e 70%	>70%	Numero di Prese in Carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni	Numero di Prese in Carico (PIC) per cure domiciliari, per persone con età maggiore o uguale a 65 anni	75,20%	raggiunto
2.c.7	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	>300%	tra 300 e 200%	<200%	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni	Popolazione residente maggiorenne	126,98%	raggiunto
2.c.8	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	>6%	tra 6 e 4%	<4	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1- gen-31 dic)	N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre	3,49%	raggiunto
2.d	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA							
3.a	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA							
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA							

Grado di conseguimento degli indicatori della DGR 272/2022 -N. 30 Obiettivi raggiunti								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominatore		
TUTELA DELLA SALUTE								
3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina(SSRI)	>36%	tra 36 e 26%	<26%	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo	Popolazione pesata x 365	23,20%	raggiunto
3.c	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA							
3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti(>=65 anni)	>30%	tra 30 e 20%	<20%	Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni, relativi ai residenti	Popolazione residente >= 65 anni	5,28%	raggiunto
3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	>8%	tra 8 e 6%	<6%	Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 giorni successivi alla prima prestazione	Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente	2,51%	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%	tra 50 e 85%	>85%	Numero di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	Numero di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa	106,25%	raggiunto
4.c	UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI							
4.c.1	Trasmissione Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	NO	—	SI	—	—	SI	raggiunto
4.d	RISK MANAGEMENT							
4.d.1	Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	NO	—	SI	—	—	SI	raggiunto
4.e	CONTROLLO CARTELLE CLINICHE							
4.e.1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	NO	—	SI	-	—	SI	raggiunto
4.h	MONITORAGGIO SPESA DEL PERSONALE SANITARIO							
4.h.1	Contenimento della spesa del personale sanitario	NO	—	SI	—	—	SI (92.320.000)	raggiunto

Grado di conseguimento degli indicatori della DGR 272/2022 -N. 30 Obiettivi raggiunti								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominatore		
TUTELA DELLA SALUTE								
4.h.2	Attuazione PTFP 2021-2023	<50%	tra 51 e75%	>75%	Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell’anno.	Numero totale delle assunzioni previste dal PTFP 2021-23 per il medesimo anno	96,14%	raggiunto

Tabella 2

Grado di conseguimento degli indicatori dalla DGR 272 del 11.05.2022 - n. 13 Obiettivi raggiunti al 50%								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominatore		
TUTELA DELLA SALUTE								
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA							
1.a.3	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio	<60%	tra 60 e 75%	>75%	Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento	Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (nate nel 2009)	79,81%(raggiungimento o % 1° dose); 64,57%(raggiungimento % 2° dose)	Obiettivo momentaneamente raggiunto al 50% per il ciclo completo a due dosi, in quanto l'intervallo di tempo che deve passare tra la somministrazione della prima dose e la somministrazione della seconda dose deve essere superiore a 6 mesi
1.a.5	Grado di copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi	< 90%	tra 90 e 95%	> 95%	Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica	Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	94,62%	raggiunto al 50%- per continuato rinvio della vaccinazione per motivi di salute dei bambini
1.b	PROMOZIONE STILI DI VITA SANI							
1.b.4	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	<3%	tra 3 e 9%	>9%	N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nei tre anni	Sommatoria dei bevitori a maggior rischio nei tre anni	6,48%	raggiunto al 50%
1.c	SCREENING ONCOLOGICI							

Grado di conseguimento degli indicatori dalla DGR 272 del 11.05.2022 - n. 13 Obiettivi raggiunti al 50%								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominatore		
TUTELA DELLA SALUTE								
1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello,in un programma organizzato, per cervice uterina	<25%	tra 25 e 50%	>50%	Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina	Donne residenti (25-34)/3 (anni) + Donne residenti (35-64)/5 (anni)	30,30%	raggiunto al 50%
1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	<25%	tra 25 e 50%	>50%	Persone in età target che seguono il test di screening per tumore colon retto	Persone residenti (50-70) /2 (anni)	43,50%	raggiunto al 50%
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI								
2.a	APPROPRIATEZZA AREA CLINICA							
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE							
2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	>195%	tra 195 e 155%	<155%	N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti	N. Residenti d'età 50-74 anni	166,81%	raggiunto al 50%
2.c.5	% di anziani trattati in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)	<4%	tra 4 e 8%	>8%	Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione	Popolazione residente >= 65 anni	7,60%	raggiunto al 50%
2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	>10%	tra 10 e 7%	<7%	Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni)	Popolazione residente (< 14 anni)	9,32%	raggiunto al 50%
3.a	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA							
3.a.1	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto	<70%	tra 70 e 98%	>98%	N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza	N. Confezioni complessivamente erogate	85,25%	raggiunto al 50%
3.a.2	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari	<60%	tra 60 e 80%	>80%	Totale unità posologiche solo biosimilari	Totale unità posologiche (biosimilari+originator)	72,04%	raggiunto al 50%
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA							
3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	>18%	tra 18 e 12%	<12%	DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo (diretta e convenzionata)	Popolazione pesata x 365	15,14%	raggiunto al 50%
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI								
4.b	CURE PALLIATIVE							

Grado di conseguimento degli indicatori dalla DGR 272 del 11.05.2022 - n. 13 Obiettivi raggiunti al 50%								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominatore		
TUTELA DELLA SALUTE								
4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	<1,6%	tra 1,6 e 2,1%	>2,1%	DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno	N. residenti x 365	1,80%	raggiunto al 50%
4.c	UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI							
4.c.5	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	<80%	tra 80 e 95%	>95%	Consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal “flusso consumi” ministeriale NSIS	Costi rilevati dal Modello di conto economico	82,00%	raggiunto al 50%

Tabella 3

Grado di conseguimento degli indicatori dalla DGR 272 del 11.05.2022 - n. 10 obiettivi non raggiunti								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominator e	Risultati	
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%	tra 180 e 135%	<135%	N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti	N. residenti	189,58%	non raggiunto
2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	>3%	tra 3 e 1,5%	<1,5%	N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica	N. residenti	3,16%	non raggiunto
2.d	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA							
2.d. 4	Intervallo allarme -target dei mezzi di soccorso	>26 min.	tra 26 e 21 min.	20 e <20 min.	–	–	29minuti	non raggiunto
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA							
3.b. 2	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antiipertensivi)	>40%	tra 40 e 30%	<30%	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	51,03%	obiettivo non raggiunto

Grado di conseguimento degli indicatori dalla DGR 272 del 11.05.2022 - n. 10 obiettivi non raggiunti								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominator e	Risultati	
TUTELA DELLA SALUTE								
						farmacie territoriali		
3.b. 8	Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio	<30%	tra 30 e 50%	>50%	DDD di colecalciferolo rappresentate dalla formulazione "soluzioni e orale gocce"	DDD di colecalciferolo (tutte le formulazioni)	9,89%	obiettivo non raggiunto
4.c	UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI							
4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	<15%	tra 15 e 25%	>25%	Numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti	Numeri di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi	13,30%	non raggiunto
4.d	RISK MANAGEMENT							
4.d. 2	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	NO	–	SI	–	–	NO	non raggiunto
4.d. 3	Attivazione del monitoraggio del consumo di gel idroalcolico secondo le indicazioni del PNCAR	meno di 14 CC per giornate di degenza	tra 15 e 19 CC per giornate di degenza	uguale o maggiore di 20 CC per giornate di degenza	Prodotti contenenti gel idroalcolico consumati per l'igiene delle mani espresso in CC	N. giornate di degenza singolo P.O	NO	non raggiunto
4.f	AUTORIZZAZIONE /ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE							
4.f.1	Verifica dell'autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche	NO	–	SI	–	–	Non sono state inoltrate in Regione le relative istanze di autorizzazione per mancata ricezione della documentazione da allegare alle stesse	non raggiunto

Grado di conseguimento degli indicatori dalla DGR 272 del 11.05.2022 - n. 10 obiettivi non raggiunti								
Descrizione indicatore		risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022	
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre	
		0%	50%	100%	numeratore	denominator e	Risultati	
TUTELA DELLA SALUTE								
		NO	–	SI	–	–	non stati inoltrati i pareri di conformità, per le strutture elencate nella DGR 272/2022	non raggiunto

4.3 REPORT DI RILEVAZIONE DEL GRADO DI MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA AZIENDALE - ANNO 2022 VS 2021

n. 32 indicatori che nell'anno 2022 hanno registrato un miglioramento rispetto all'anno 2021 - DGR 272/2022										
Descrizione indicatore	risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022		Anno 2021		
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre		Gennaio - Dicembre		
	0%	50%	100%	numeratore	denominatore					
TUTELA DELLA SALUTE										
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA									
1.a.1	Copertura vaccinale MPR (morbillo - parotite - rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	< 90%	tra 90 e 95%	> 95%	Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)	N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione	96,31%	raggiunto	92,71%	raggiunto al 50%
1.a.5	Grado di copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi	< 90%	tra 90 e 95%	> 95%	Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica	Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	94,62%	raggiunto al 50%- per continuato rinvio della vaccinazione e per motivi di salute dei bambini	92,38%	raggiunto al 50%
1.a.6	Grado di copertura vaccinale antipneumococcica al 24° mese	< 90%	tra 90 e 95%	> 95%	Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica	N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	95,70%	raggiunto	91,14%	raggiunto al 50%
1.a.7	Grado di copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi	< 90%	tra 90 e 95%	> 95%	Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per esavalente	Numero bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi	97,43%	raggiunto	93,00%	raggiunto al 50%
1.b	PROMOZIONE STILI DI VITA SANI									

n. 32 indicatori che nell'anno 2022 hanno registrato un miglioramento rispetto all'anno 2021 - DGR 272/2022										
Descrizione indicatore	risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022		Anno 2021		
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre		Gennaio - Dicembre		
	0%	50%	100%	numeratore	denominatore					
TUTELA DELLA SALUTE										
1.b.1	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	<23%	tra 23 e 33%	>33%	N. totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario 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	49,78%	raggiunto	41,71%	raggiunto
1.b.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	<25%	tra 25 e 45%	>45%	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 nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni	58,71%	raggiunto	53,62%	raggiunto
1.b.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	<25%	tra 25 e 35%	>35%	N. totale di persone sovrappeso o obese intervistate, consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni.	Sommatoria persone sovrappeso o obese intervistate, consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nei tre anni	60,28%	raggiunto	49,88%	raggiunto
1.b.5	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	<35%	tra 35 e 55%	>55%	N. 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	55,23%	raggiunto	46,99%	raggiunto al 50%
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%	tra 25 e 50%	>50%	Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina	Donne residenti (25-34)/3 (anni) + Donne residenti (35-64)/5 (anni)	30,30%	raggiunto al 50%	29,00%	raggiunto al 50%
1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	<25%	tra 25 e 50%	>50%	Persone in età target che seguono il test di screening per tumore colon retto	Persone residenti (50-70) /2 (anni)	43,50%	raggiunto al 50%	39,80%	raggiunto al 50%
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%	tra 180 e 135%	<135%	N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti	N. residenti	189,58%	non raggiunto	182,76%	non raggiunto
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE									
2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti	>10%	tra 10 e 7%	<7%	N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti	N. residenti	6,03%	raggiunto	5,63%	raggiunto
2.c.3	Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti 35- 74 anni	>35%	tra 35 e 25%	<25%	N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti	N. Residenti d'età 35-74 anni	23,09%	raggiunto	18,95%	raggiunto

n. 32 indicatori che nell'anno 2022 hanno registrato un miglioramento rispetto all'anno 2021 - DGR 272/2022										
Descrizione indicatore	risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2022		Anno 2021		
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre		Gennaio - Dicembre		
	0%	50%	100%	numeratore	denominatore					
TUTELA DELLA SALUTE										
2.c.4	Tasso di ospedalizzazione per BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni	>35%	tra 35 e 25%	<25%	N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti	N. Residenti d'età 50-74 anni	18,80%	raggiunto	15,81%	raggiunto
2.c.5	% di anziani trattati in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)	<4%	tra 4 e 8%	>8%	Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione	Popolazione residente >= 65 anni	7,60%	raggiunto al 50%	6,83%	raggiunto al 50%
2.c.6	Percentuale di prese in carico con CIA> 0,13 per over 65 in cure domiciliari	<50%	tra 50 e 70%	>70%	Numero di Prese in Carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni	Numero di Prese in Carico (PIC) per cure domiciliari, per persone con età maggiore o uguale a 65 anni	75,20%	raggiunto	54,81%	raggiunto al 50%
2.c.7	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	>300%	tra 300 e 200%	<200%	N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni	Popolazione residente maggiorenne	126,98%	raggiunto	122,65%	raggiunto
2.c.8	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	>6%	tra 6 e 4%	<4	N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1- gen-31 dic)	N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre	3,49%	raggiunto	0,87%	raggiunto
2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	>10%	tra 10 e 7%	<7%	Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni)	Popolazione residente (< 14 anni)	9,32%	raggiunto al 50%	8,04%	raggiunto al 50%
3.a	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA									
3.a.1	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto	<70%	tra 70 e 98%	>98%	N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza	N. Confezioni complessivamente erogate	85,25%	raggiunto al 50%	84,32%	raggiunto al 50%
3.a.2	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari	<60%	tra 60 e 80%	>80%	Totale unità posologiche solo biosimilari	Totale unità posologiche (biosimilari+originator)	72,04%	raggiunto al 50%	65,38%	raggiunto al 50%
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA									
3.b.2	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antiipertensivi)	>40%	tra 40 e 30%	<30%	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	51,03%	obiettivo non raggiunto	49,25%	non raggiunto
3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina(SSRI)	>36%	tra 36 e 26%	<26%	DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo	Popolazione pesata x 365	23,20%	raggiunto	23,04%	raggiunto

n. 32 indicatori che nell'anno 2022 hanno registrato un miglioramento rispetto all'anno 2021 - DGR 272/2022										
Descrizione indicatore	risultato atteso 2022				formula calcolo		Anno 2022		Anno 2021	
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022						Gennaio - Dicembre		Gennaio - Dicembre	
	0%	50%	100%		numeratore	denominatore				
TUTELA DELLA SALUTE										
3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	>18%	tra 18 e 12%	<12%	DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo (diretta e convenzionata)	Popolazione pesata x 365	15,14%	raggiunto al 50%	13,13%	raggiunto al 50%
3.c APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA										
3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti(>=65 anni)	>30%	tra 30 e 20%	<20%	Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni, relativi ai residenti	Popolazione residente >= 65 anni	5,28%	raggiunto	4,94%	raggiunto
3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	>8%	tra 8 e 6%	<6%	Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 giorni successivi alla prima prestazione	Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente	2,51%	raggiunto	2,50%	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%	tra 50 e 85%	>85%	Numero di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	Numero di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa	106,25%	raggiunto	100,49%	raggiunto
4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	<1,6%	tra 1,6 e 2,1%	>2,1%	DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno	N. residenti x 365	1,80%	raggiunto al 50%	1,74%	raggiunto al 50%
4.c UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI										
4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	<15%	tra 15 e 25%	>25%	Numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti	Numeri di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi	13,30%	non raggiunto	8,60%	non raggiunto
4.d RISK MANAGEMENT										
4.d.2	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	NO	—	SI	—	—	NO	non raggiunto	SI	raggiunto
4.h MONITORAGGIO SPESA DEL PERSONALE SANITARIO										
4.h.1	Contenimento della spesa del personale sanitario	NO	—	SI	—	—	SI (92.320.000)	raggiunto	SI	raggiunto
4.h.2	Attuazione PTFP 2021-2023	<50%	tra 51 e 75%	>75%	Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell'anno.	Numero totale delle assunzioni previste dal PTFP 2021-23 per il medesimo anno	96,14%	raggiunto	67,13%	raggiunto al 50%

Da una analisi dei risultati raggiunti dei 53 indicatori che costituiscono il panel degli obiettivi annuali, si rileva che, per n. 32 indicatori è stato registrato nell'anno 2022 un miglioramento della performance rispetto all'anno precedente.

Tra gli obiettivi assegnati all'ASP dalla Regione Basilicata, con la DGR 272/2022, 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 con cui sono state trasferite le attività di ricovero per acuti all'AOR San Carlo con il relativo flusso SDO. Pertanto, i suddetti obiettivi non possono essere direttamente e immediatamente monitorati dal controllo interno dell'ASP.

Descrizione indicatore		risultato atteso		
		intervallo di raggiungimento dell'obiettivo		
		0%	50%	100%
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.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%
2.c.4	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	>35%	da 25 a 35%	<25%
2.c.9	tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti < 14 anni	>10%	da 7 a 10%	<7%

Il conseguimento dei predetti 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 gli 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.*

4.4 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 272/2022 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:

Indicatori quantitativi

- 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.

Grado di conseguimento degli indicatori della DGR 272/2022 per la Valutazione globale della Performance -V.G.P						
Descrizione indicatore	risultato atteso 2022			formula calcolo		Anno 2021
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022					Gennaio - Dicembre
	0%	50%	100%	numeratore	denominatore	Gennaio - Dicembre
TUTELA DELLA SALUTE						
1.a	PREVENZIONE PRIMARIA					

Grado di conseguimento degli indicatori della DGR 272/2022 per la Valutazione globale della Performance -V.G.P										
Descrizione indicatore	risultato atteso 2022				formula calcolo		Anno 2022		Anno 2021	
	intervallo di raggiungimento dell'obiettivo 2022						Gennaio - Dicembre		Gennaio - Dicembre	
	0%	50%	100%		numeratore	denominatore				
TUTELA DELLA SALUTE										
1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	<60%	tra 60 e 75%	>75%	Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente	n.d	non ricompreso tra gli obiettivi aziendali da monitorare. La campagna vaccinale è stata assegnata esclusivamente ai MMG.(Verbale n. 45 della seduta del Comitato Aziendale ASP del 24/09/2021).	non ricompreso tra gli obiettivi aziendali da monitorare. La campagna vaccinale è stata assegnata esclusivamente ai MMG(Verbale n. 45 della seduta del Comitato Aziendale ASP del 24/09/2021). IL target raggiunto è > del 66%	raggiunto al 50%
1.d	SICUREZZA SUL LAVORO									
1.d.1	N. aziende ispezionate/n. aziende con dipendenti	<5%	tra 5 e 10%	> 10%	Numero aziende ispezionate	Numero aziende con dipendenti	15,20%	raggiunto	16,84%	raggiunto
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI										
2.c	EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE									
2.c.5	% di anziani trattati in CD con valutazione sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)	<4%	tra 4 e 8%	>8%	Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione	Popolazione residente >= 65 anni	7,60%	raggiunto al 50%	6,83%	raggiunto al 50%
2.d	EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA URGENZA									
2.d.4	Intervallo allarme - target dei mezzi di soccorso	>26 min.	tra 26 e 21 min.	20 e <20 min.	-	-	29minuti	non raggiunto	26minuti	raggiunto al 50%
3.a	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA									
3.a.1	Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto	<70%	tra 70 e 98%	>98%	N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza	N. Confezioni complessivamente erogate	85,25%	raggiunto al 50%	84,32%	raggiunto al 50%
3.b	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA									
3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	>18%	tra 18 e 12%	<12%	DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo (diretta e convenzionata)	Popolazione pesata x 365	15,14%	raggiunto al 50%	13,13%	raggiunto al 50%
3.c	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA									
3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	>8%	tra 8 e 6%	<6%	Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 giorni successivi alla prima prestazione	Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente	2,51%	raggiunto	2,50%	raggiunto

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto tra il posizionamento che l'Azienda ha assunto in due anni consecutivi. Il confronto del singolo indicatore nei 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 2022 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 precedente.

5 - OBIETTIVI SPECIFICI e RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2022 (cfr. ALL. B)

I risultati conseguiti nell'anno 2022, confrontati con i risultati dell'anno precedente, sono riportati **nell'allegato B alla presente relazione.**

6 - PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

6.1 LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA GENERALE AZIENDALE

Preliminarmente, è necessario fornire alcune indicazioni generali, di tipo metodologico e di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa aziendale dell'anno 2022.

Dal punto di vista metodologico, la valutazione dell'anno 2022, come si è detto, utilizza il sistema dei pesi correlati a ciascuna fascia di strutturazione della performance organizzativa e del relativo conseguimento dei risultati, in modo da collegare direttamente le quote di retribuzione di risultato ai valori di performance raggiunti.

Dal punto di vista dei risultati raggiunti si richiama il risultato gestionale 2022 complessivo dell'ASP di Potenza, descritto in precedenza.

La valutazione degli obiettivi assegnati alle singole strutture non può prescindere, dal giudizio positivamente complessivo che si deve esprimere sulle attività che caratterizzano la mission aziendale. Anche nel 2022, da un lato si registra la tendenza ad un oculato utilizzo delle risorse, dall'altro è confermato l'impegno al miglioramento dei livelli quali-quantitativi dei servizi erogati alla popolazione attraverso l'attuazione della maggior parte delle azioni programmatiche impostate.

RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA - RAPPRESENTAZIONE GRAFICA E RISULTATI DI SINTESI AGGREGATI PER STRUTTURE ORGANIZZATIVE

Nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASP di Potenza, l'Azienda ha declinato le modalità e la tempistica del ciclo di valutazione delle performance organizzativa e individuale.

Per quanto riguarda la performance organizzativa, lo strumento di valutazione si basa sul raggiungimento degli obiettivi negoziati dai dirigenti responsabili di UOC/UOSD con la scheda di budget sottoscritta per l'anno 2022.

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 2022, 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 – nell'ambito degli obiettivi di budget negoziati 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 trimestralmente e a consuntivo una relazione dettagliata sul grado di avanzamento periodico degli obiettivi assegnati e sul risultato finale ottenuto:-

Tale relazione, unitamente ai dati di attività rilevati 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 I° istanza e, in II° istanza, dell'OIV.

Il Responsabile aziendale di struttura e il Valutatore di I° Istanza, ove non coincidente, formula i giudizi in ordine al grado di raggiungimento di ciascun obiettivo, che dovranno essere validati dall'OIV in qualità di valutatore di seconda istanza.

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'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 2022 che, firmate e sottoscritte, sono state pubblicate sul sito aziendale.

Con deliberazione n. 469 del 29.06.2022 è stato approvato il budget operativo 2022 dei centri di responsabilità aziendali, con nota prot. n. 121222 del 10/12/2021 si è dato l'avvio al processo di negoziazione del budget operativo dei Centri di responsabilità aziendali per l'anno 2022 e sono stati nominati i componenti del Comitato di Budget.

Con:

- DDG n. 296 del 28/4/2022 è stato adottato il Piano Triennale della Performance 2022-2024. Annualità 2022 [Data di pubblicazione: 28/4/2022]
- DDG n. 469 del 29/6/2022 sono state apportate modifiche al Piano Performance 2022, a seguito dell'approvazione della DGR n. 272/2022 e approvazione Budget operativo aziendale (Schede di Budget UOC/UOSD - 2022 [Data di pubblicazione: 30/6/2022]).

Nel corso dell'anno il Controllo di Gestione ha monitorato costantemente e verificato l'andamento delle attività e dei costi ed elaborato, alla chiusura del primo semestre, un report intermedio. In osmosi con il processo di budget operativo si è sviluppato l'intero Ciclo della Performance.

La valutazione finale del processo di budget anno 2022, (*) collegato alla misurazione della performance organizzativa, ha interessato 77 strutture tra Dipartimenti, Strutture complesse e strutture semplici Dipartimentali, assegnatarie di scheda di budget, tutte declinate nelle tabelle che seguono a margine del quale sono riportati gli esiti della misurazione della performance organizzativa di struttura:

ELENCO DELLE VALUTAZIONI A BUDGET - ANNO 2022 DELLE U.O.C. E U.O.S.D DELL'AZIENDA SANITARIA DI POTENZA				
N.	Dipartimento	Unità Operativa	Punteggio di I ^a istanza	Punteggio di II ^a istanza definitivi- verbale OIV n. 27 del 19.06.2024
1	Servizi	Radiologia	96	80,70
2	Servizi	Neuroradiologia	100	79,71
3	Servizi	Farmaceutica Territoriale	100	92,18
4	Servizi	Patologia Clinica ASP	100	82,90
5	Servizi	Senologia	100	64,28
6	Prevenzione della Sanità e Benessere Animale ASP	Igiene degli Allevamenti e produzioni zootecniche Area "C"	100	87,50
7	Prevenzione della Sanità e Benessere Animale ASP	Interarea Sicurezza Alimentare	100	74,83
8	Prevenzione della Sanità e Benessere Animale ASP	Area "A" Sanità Animale	100	95,61
9	Prevenzione della Sanità e Benessere Animale ASP	Interarea Banche dati e flussi	100	77,59
10	Prevenzione Collettiva della Salute Umana	Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	100	93,65
11	Prevenzione Collettiva della Salute Umana	Epidemiologia e Malattie Rare	100	93,05

ELENCO DELLE VALUTAZIONI A BUDGET - ANNO 2022 DELLE U.O.C. E U.O.S.D DELL'AZIENDA SANITARIA DI POTENZA				
N.	Dipartimento	Unità Operativa	Punteggio di I^a istanza	Punteggio di II^a istanza definitivi- verbale OIV n. 27 del 19.06.2024
12	Prevenzione Collettiva della Salute Umana	Valutazione Coperture vaccinali e Monitoraggio vaccinazioni ASP	100	93,05
13	Prevenzione Collettiva della Salute Umana	Igiene degli Alimenti e Nutrizione	100	95,28
14	Prevenzione Collettiva della Salute Umana	Igiene Epidemiologica e Sanità Pubblica ASP	100	88,63
15	Prevenzione Collettiva della Salute Umana	Coordinamento attività e igiene e sanità pubblica	100	90,38
16	Prevenzione Collettiva della Salute Umana	Prevenzione Protezione Impiantistica nei Luoghi di Lavoro	100	91,95
17	Salute Mentale	SER.D Potenza	100	92,65
18	Salute Mentale	Strutture Psichiatriche per attività residenziali e semiresidenziali	95,97	82,67
19	Salute Mentale	Spazio Psichiatrico diagnosi e cura Potenza	97,72	90,02
20	Salute Mentale	SER.D. Villa d'Agri	100	82,85
21	Salute Mentale	Centro Salute Mentale Potenza	93,29	75,75
22	Salute Mentale	Centro Salute Mentale Villa d'Agri	96,30	70,73
23	Salute Mentale	Servizio per le Dipendenze Melfi	100	96,09
24	Salute Mentale	Spazio Psichiatrico diagnosi e cura Potenza	95,59	73,23
25	Salute Mentale	Disturbi del comportamento alimentare Chiaromonte	100	85,12
26	Salute Mentale	Centro Salute Mentale Vulture/Melfese	96,43	89,20
27	Salute Mentale	SER.D. Lagonegro e CRA	100	98,13
28	Salute Mentale	Centro Salute Mentale Lauria	96,68	83,67
29	Salute Mentale	Psichiatria di Chiaromonte	100	90,52

ELENCO DELLE VALUTAZIONI A BUDGET - ANNO 2022 DELLE U.O.C. E U.O.S.D DELL'AZIENDA SANITARIA DI POTENZA				
N.	Dipartimento	Unità Operativa	Punteggio di I^a istanza	Punteggio di II^a istanza definitivi- verbale OIV n. 27 del 19.06.2024
30	Amministrativo	Segreteria Direzionale e Affari Generali	100	85,91
31	Amministrativo	Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate	87,50	43,75
32	Amministrativo	Valutazione e Trattamento Giuridico del Personale	100	94,47
33	Amministrativo	Formazione	100	89,05
34	Amministrativo	Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	95,54	78,66
35	Amministrativo	Economico/Finanziaria	100	100,00
36	Amministrativo	Provveditorato/Economato	100	75,01
37	Amministrativo	Gestione Amministrativa Presidi e Distretti	100	72,21
38	Amministrativo	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	100	90,97
39	Strutture di Staff	URP Comunicazione	100	69,50
40	Strutture di Staff	Responsabile della Trasparenza e Sito Aziendale	100	68,90
41	Strutture di Staff	Medicina Legale e Rischio Clinico	91	78,50
42	Strutture di Staff	Controllo di Gestione	100	100,00
43	Strutture di Staff	Flussi Informativi	100	95,83
44	Strutture di Staff	Affari Generali e Contenzioso	93	81,33
45	Strutture di Staff	Sistema Informativo Aziendale	100	90,08
46	Strutture di Staff	Farmacologia Clinica	100	95,51
47	Strutture di Staff	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	100	87,87
48	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Percorsi Integrati di Cura delle Patologie Endocrine e Metaboliche Lauria	93,75	90,91
49	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Diabetologia ed Endocrinologia Potenza	85,39	82,58
50	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Medicina Fisica e Riabilitazione Venosa	91	83,00

ELENCO DELLE VALUTAZIONI A BUDGET - ANNO 2022 DELLE U.O.C. E U.O.S.D DELL'AZIENDA SANITARIA DI POTENZA				
N.	Dipartimento	Unità Operativa	Punteggio di I ^a istanza	Punteggio di II ^a istanza definitivi- verbale OIV n. 27 del 19.06.2024
51	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Riabilitazione Distrettuale Lauria	93,46	72,74
52	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Unità Scompenso Cardiaco Melfi	89,5	72,23
53	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Servizio Ambulatoriale di Cardiologia Venosa	88,46	66,34
54	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Oncologia Critica Territoriale , Cure Domiciliari e Palliative	91,96	73,57
55	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Lungodegenza Riabilitativa Chiaromonte	84,51	70,79
56	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	CEIMI-Nucleo Alzheimer	84,79	73,20
57	Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	Area Medica di Assistenza Post Acuzie Lauria	82,82	66,95
58	Territorio	Cure Primarie Lauria/Senise/Villa d'Agri	84,49	76,50
59	Territorio	Servizio Territoriale e Pediatria Sociale Hospice Pediatrico	100	95,70
60	Territorio	Psicologia Clinica	86,49	79,76
61	Territorio	Cure Primarie Potenza/Venosa/Melfi	83,15	65,16
62	Territorio	Distretto della Salute di Villa d'Agri	78,56	65,60
63	Territorio	Distretto della Salute di Potenza	83,32	66,39
64	Territorio	Pneumologia Territoriale ASP	83,33	69,44
65	Territorio	Nefrologia e Dialisi Venosa	92,10	78,50
66	Territorio	Consultorio di Venosa	100	94,55
67	Territorio	Consultorio di Potenza	94,44	86,11
68	Territorio	Consultorio di Lagonegro	87,77	79,42
69	Territorio	Distretto della Salute di Venosa	72,31	53,62
70	Territorio	Distretto della Salute di Melfi	62,79	51,68
71	Territorio	Nefrologia e Dialisi Lauria - Maratea	92,74	78,71
72	Territorio	Nefrologia e Dialisi Chiaromonte	92,50 €	72,50
73	Territorio	Distretto della Salute di Lauria	83,78	67,88

ELENCO DELLE VALUTAZIONI A BUDGET - ANNO 2022 DELLE U.O.C. E U.O.S.D DELL'AZIENDA SANITARIA DI POTENZA				
N.	Dipartimento	Unità Operativa	Punteggio di I ^a istanza	Punteggio di II ^a istanza definitivi- verbale OIV n. 27 del 19.06.2024
74	Territorio	Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani e Disabili	89,32	80,82
75	Territorio	Distretto della Salute di Senise	84	73,04
76	DEU 118	Gestione e Coordinamento dei PP.TT.S.	91,94	83,87
77	DEU 118	Direttore di Dipartimento DEU 118	93,42	86,84

(*) (L'elenco della valutazione finale della performance delle strutture aziendali e quindi dei dirigenti ad esse preposte è stato trasmesso con nota prot. 64644 del 28.06.2024 all'OIV, al Controllo di Gestione e al Direttore Generale unitamente agli elenchi del personale dirigenziale e del comparto completi del punteggio della performance individuale 2022 nonché delle informazioni relative ai dirigenti e dipendenti del comparto non valutati con relativa motivazione sintetica).

Sulla base degli esiti della valutazione della performance organizzativa 2022 è stato rappresentato in maniera aggregata per fascia di punteggio e confrontato con il risultato 2021, per come appreso:

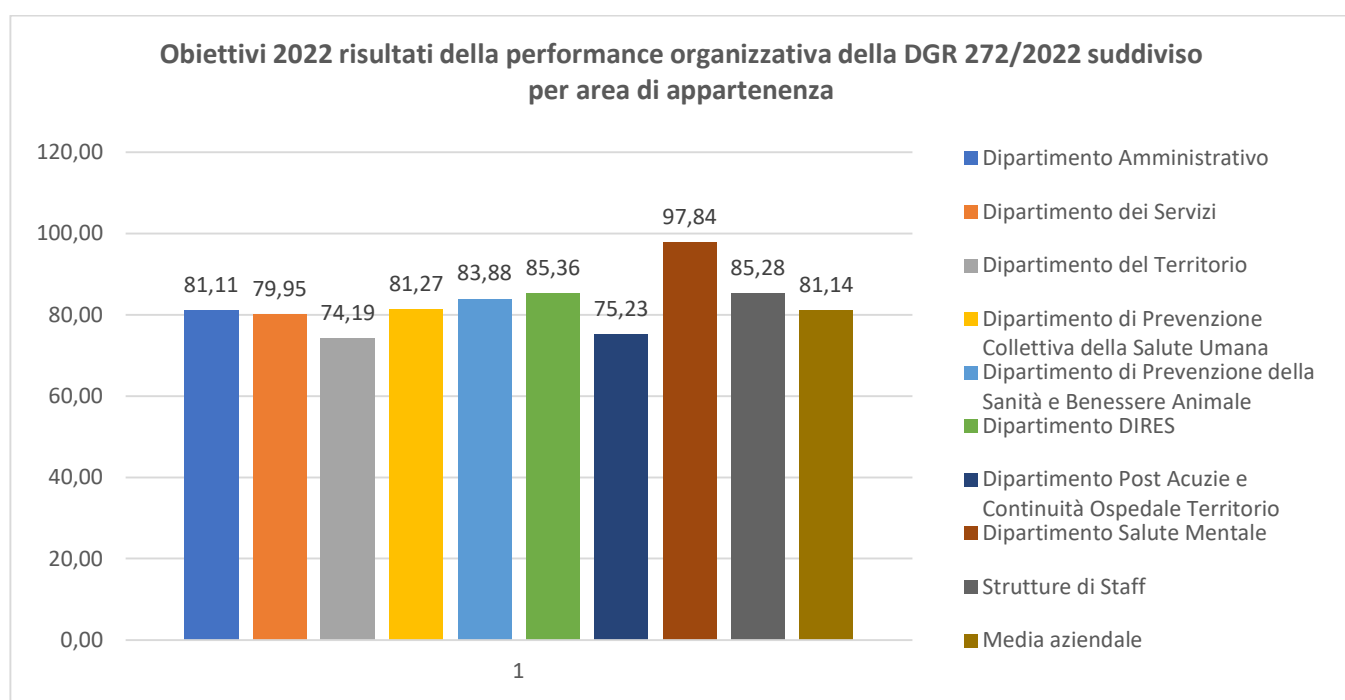
Risultati della Valutazione della Performance Organizzativa per fascia di punteggio		
Fascia Punteggio	2022	2021
N. Strutture valutate	77	81
➤ % strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 90 e 100	29,87%	92,59%
➤ % strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 89 e 70	53,25%	7,41%
➤ % strutture con punteggio scheda di budget uguale e/o inferiore a 69	16,88%	0,00%

Nella tabella che segue viene, invece, riportato il confronto tra la valutazione della performance organizzativa 2022 con quella dell'anno precedente aggregata per Dipartimento di appartenenza:

Dipartimento	media punteggio 2022	media punteggio 2021
Dipartimento Amministrativo	81,11	100
Dipartimento dei Servizi	79,95	100

Dipartimento	media punteggio 2022	media punteggio 2021
Dipartimento del Territorio	74,19	92,14
Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana	81,27	98,23
Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale	83,88	100
Dipartimento DIRES	85,36	96,78
Dipartimento Post Acuzie e Continuità Ospedale Territorio	75,23	92,23
Dipartimento Salute Mentale	97,84	97,66
Strutture di Staff	85,28	98,89
Media aziendale	81,14	97,33

Nel grafico seguente vengono rappresentati i risultati complessivi della DGR 272/2022 e i risultati degli obiettivi di performance organizzativa dell'Azienda riportati nelle schede di budget e quindi riferiti al risultato di performance delle Strutture nell'anno 2022



6.2 LE RISULTANZE DELLA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2022

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 individuale viene effettuata, per i dirigenti, con riferimento agli obiettivi di performance relativa all'ambito organizzativo, alle competenze/comportamenti individuali e al contributo individuale alla performance generale di struttura mediante la compilazione, in contraddittorio, della relativa scheda di valutazione, per il personale del comparto dalla compilazione della scheda di valutazione individuale permanente approvata per le diverse categorie.

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

Sulla base delle informazioni trasmesse dalla UOC AA.GG. con la nota 64644 del 28.06.2024, già richiamata, con riferimento all'anno 2022 sono stati valutati **n.289 dirigenti** su n. 302 (n.13 dirigenti non accedono alla valutazione perché assenti a vario titolo dal servizio) e **n.1.596 dipendenti del comparto** su n.1.659 (n.38 dipendenti non sono stati valutati perché assenti, a vario titolo dal servizio, n. 25 dipendenti non risultano ancora valutati e per essi è stata accantonata la relativa quota di produttività):

Personale dirigente valutato: numero complessivo 289

Personale del comparto: numero complessivo 1.596:

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
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
IP	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 2022										
Valutazione	A	AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	B1	B2	IP	Totale
Alta	15	7	23	49	5	42	25	11	67	244

Personale dirigente distinto per range di valutazione e tipologia di incarico anno 2022										
Media	8	0	3	10	0	5	8	2	9	45
Negativa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	23	7	26	59	5	47	33	13	76	289

% personale dirigente valutato anno 2022 distinta per range di valutazione e tipologia di incarico										
Valutazione	A	AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	B1	B2	IP	Totale
Alta	5,19%	2,42%	7,96%	16,96%	1,73%	14,53%	8,65%	3,81%	23,18%	84,43%
Media	2,77%	0,00%	1,04%	3,46%	0,00%	1,73%	2,77%	0,69%	3,11%	15,57%
Negativa	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totale	7,96%	2,42%	9,00%	20,42%	1,73%	16,26%	11,42%	4,50%	26,30%	100,00%

Personale dirigente per Dipartimenti distribuito per tipologia di incarico - anno 2022											
Dipartimenti	A	AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	B1	B2	IP	Totale	
Amministrativo	5	0	2	2	0	0	2	2	1	14	
Staff	3	0	0	2	0	1	4	1	0	11	
Servizi	3	2	2	3	1	3	2	2	13	31	
DEU	0	0	0	2	0	23	1	3	0	29	
Territorio	4	1	6	15	1	3	5	2	12	49	
Post-Acuzie	1		3	3	3	1	5	4	3	23	
Prevenzione sanità animale	1	4	1	19	0	7	2	1	21	56	
Prevenzione Sanità umana	3	0	8	6	0	3	4	1	9	34	
DSM	2	0	5	7	0	6	8	0	14	42	
TOTALE	21	7	27	59	5	47	34	16	73	289	

N.B. Al 28.06.2024 risulta una sola scheda contestata di valutazione dirigenziale.

PERSONALE DEL COMPARTO

Tabella Range di Valutazione

RANGE DI VALUTAZIONE				
Categoria	Descrizione qualifica professionale	Alta	Media	Negativa
A	AREA PERSONALE DI SUPPORTO	da 25 a 40	da 9 a 24	da 0 a 8
B	AREA PERSONALE DI SUPPORTO	da 28 a 45	da 10 a 27	da 0 a 9
BS	AREA OPERATORI	da 29 a 46	da 11 a 28	da 0 a 10
C	AREA ASSISTENTI	da 37 a 60	da 13 a 36	da 0 a 12

RANGE DI VALUTAZIONE				
Categoria	Descrizione qualifica professionale	Alta	Media	Negativa
D/DS	AREA PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	da 43 a 70	da 15 a 42	da 0 a 14

Personale del comparto distinto per range di valutazione e per categoria anno 2022						
Valutazione	Categoria A AREA PERSONALE DI SUPPORTO	Categoria B AREA PERSONALE DI SUPPORTO	Categoria BS AREA OPERATORI	Categoria C AREA ASSISTENTI	Categoria D/DS AREA PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	Totale
Alta	73	100	315	84	1013	1.585
Media	1	1	2	0	6	10
Negativa	0	0	0	1	0	1
Totale	74	101	317	85	1019	1.596

% personale del comparto valutati anno 2022 distinti per categoria						
Valutazione	Categoria A AREA PERSONALE DI SUPPORTO	Categoria B AREA PERSONALE DI SUPPORTO	Categoria BS AREA OPERATORI	Categoria C AREA ASSISTENTI	Categoria D/DS AREA PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	Totale
Alta	4,57%	6,27%	19,74%	5,26%	63,47%	99,31%
Media	0,06%	0,06%	0,13%	0,00%	0,38%	0,63%
Negativa	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	0,00%	0,06%
Totale	4,64%	6,33%	19,86%	5,33%	63,85%	100%

6.3 - PROGETTI INCENTIVANTI PERSONALE DEL COMPARTO

Progetto Passi e Passi d'Argento

Il sistema di sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO, promosso dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, viene condotto dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali ed è un sistema di monitoraggio della salute dei cittadini che raccoglie alcune informazioni sui comportamenti, come attività fisica, abitudini alimentari, fumo (ecc.), utili a programmare interventi di promozione di un corretto stile di vita per prevenire importanti malattie croniche quali diabete, malattie circolatorie e respiratorie.

Trattasi in realtà, di strumenti unici nel panorama nazionale per cogliere i cambiamenti nella salute, nei determinanti socio-economici, negli stili di vita connessi alla salute e nell'adesione ai programmi di prevenzione che il Paese sta attuando (screening oncologici, la vaccinazione contro l'influenza stagionale, l'adozione di misure di sicurezza per la prevenzione di incidenti domestici o stradali, ecc).

Inoltre, tali sistemi di sorveglianza sono stati integrati con una sezione specifica dedicata all'emergenza sanitaria legata al Covid-19, diventando così quanto mai preziosi per monitorare

l'impatto di questa crisi, sul medio e lungo periodo, per capire se e come sono cambiati i comportamenti della popolazione in tema di salute e di prevenzione.

Pertanto, sarà possibile monitorare la percezione del rischio, l'uso delle mascherine come misura preventiva, la fiducia nelle istituzioni sul territorio che sempre condiziona l'adesione alle misure di controllo raccomandate o imposte.

PASSI e PASSI D'ARGENTO, sono stati inseriti tra i diversi sistema di sorveglianza di salute di rilevanza nazionale e regionale (DPCM 3/3/2017 - GU Serie Generale n.109 del 12-5-2017)

L'indagine è effettuata con modalità telefonica utilizzando un campione di residenti estratti casualmente dall'anagrafe sanitaria regionale, suddiviso per sesso e fasce di età:

- (18-34 anni – 35-49 anni – 50-69 anni) - Passi;
- (65-74 anni – 75-84 anni – > 84 anni) – Passi d'Argento;

Nell'anno 2022, per quanto riguarda, il sistema di sorveglianza "Passi", sono state realizzate n° 550 interviste totali interviste totali su un numero di interviste complessive totali previste pari a 500-550.

INDAGINE	INTERVISTE FATTE	INTERVISTE RICHIESTE	%
SORVEGLIANZA PASSI - ANNO 2022– ASP POTENZA	550	550	100,0%
SORVEGLIANZA PASSI - ANNO 2021 – REGIONE BASILICATA	550	1.100	50,0%

Nello stesso anno, per quanto riguarda invece, il sistema di sorveglianza "Passi d'Argento", le cose sono andate meno bene. Infatti, sono state realizzate n° 211 interviste totali su un numero di interviste complessive totali previste pari a 400-440, realizzando un valore percentuale del 48%, ma che sono le uniche e sole interviste fatte per l'intera Regione Basilicata.

INDAGINE	INTERVISTE FATTE	INTERVISTE RICHIESTE	%
SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO - ANNO 2022– ASP POTENZA	211	400-440 (*)	48,0% (*) calcolato sul limite max
SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO - ANNO 2021 – REGIONE BASILICATA	211	800-880 (*)	24,0% (*) calcolato sul limite max

TABELLA	TIPOLOGIA RAGGRUPPAMENTO	DESCRIZIONE ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2022 Ob.100%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 0%
TAB. 1	ATTIVITA' FISICA	Percentuale di persone intervistate consigliate dal	41,71	n.d	>33	da23 a 53	<23

TABELLA	TIPOLOGIA RAGGRUPPAMENTO	DESCRIZIONE ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2022 Ob.100%	Anno 2022 Ob. 50%	Anno 2022 Ob. 0%
		medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica					
TAB. 2	ALIMENTAZIONE	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	53,62	58,71	>45	da25 a 45	<25
TAB. 3	ATTIVITA' FISICA	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	49,88	n.d	>35	da25 a 35	<25
TAB. 4	ALCOL	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	7,86	6,48	>9	da 3 a 9	<3
TAB. 5	FUMO	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	46,99	55,23	>55	da 35 a 55	<35

Le tabelle sopra riportate sono state desunte dalla relazione del responsabile del progetto.

I Progetti incentivanti dell'UOC Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate.

Con DDG. n. 835 del 27/12/2022, Centri eroganti prestazioni art.25 e art.26 Legge 833/78, è stata autorizzata l'UOC Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate a dare esecuzione alle DDGGRR n.533/2021, n.481/2022, n.482/2022, n.487/2022, e alle Leggi Regionali n.38/2021 e n.29/2022 mediante attività di istruttoria, di verifica, di controllo e di pagamento delle prestazioni effettuate dalle strutture private e convenzionate di cui all'art. 25 L. 833/78 e art. 26 L. 833/78 che nel corso dell'anno 2022, hanno determinato un carico di lavoro aggiuntivo per il personale dell'UOC Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate. Le schede progetto sono state allegate alla DDG n. 835 del 27/12/2022, in cui vengono dettagliate le attività e le ore assegnate al personale individuato per l'espletamento delle stesse (n.6 unità per l'art.26 e n.2 unità per l'art.25) per un ammontare di 1.100 ore (n.800 per l'art.26 e n.300 per l'art.25).

7. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

7.1 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, di norma 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 (di norma entro il 30 giugno), 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, 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 ampiamente delineato.

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.

Prospetto 1 Documenti del Ciclo di Gestione della Performance

DOCUMENTO	DATA DI APPROVAZIONE	DATA DI PUBBLICAZIONE	DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO	LINK DOCUMENTO
Sistema Premiante: Approvazione Regolamento di budget e schema tipo della scheda di budget	DDG n.526 del 05/06/2009	5.06.2009	29.01.2018	www.aspbasilicata.it
Sistema Premiante: Approvazione regolamento aziendale per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali	DDG n.836 del 11.8.2010	11.08.2010	29.01.2018	www.aspbasilicata.it
Sistema Premiante: Parziali modifiche ed integrazioni all'accordo sul sistema premiante (comparto).	DDG n.682 del 18.11.2013	18.11.2013	18.11.2013	www.aspbasilicata.it
Sistema di valutazione: Adozione delle schede di valutazione di I ^a istanza della performance individuale del personale dirigenziale	DDG n.783 del 27/12/2013	27/12/2013	29.01.2018	www.aspbasilicata.it
Sistema di valutazione: Regolamento aziendale per l'individuazione e la graduazione delle Posizioni Organizzative ed il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi di Posizione Organizzativa	DDG n.784 del 17/11/2015	17/11/2015	04/11/2021	www.aspbasilicata.it
Sistema di valutazione: Regolamento aziendale per l'individuazione e la graduazione delle posizioni di Coordinamento ed il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi di Coordinamento per il personale sanitario e tecnico (Assistenti Sociali) del comparto sanità.	Deliberazione n. 783 del 17/11/2015 -	17/11/2015	04/11/2021	www.aspbasilicata.it
SMVP: Adozione Regolamento nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aree dirigenziali".	D. Comm. n.53 del 29/1/2018	29/01/2018	29/01/2018	www.aspbasilicata.it

DOCUMENTO	DATA DI APPROVAZIONE	DATA DI PUBBLICAZIONE	DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO	LINK DOCUMENTO
Sistema di valutazione: Approvazione regolamento aziendale per gli incarichi di funzione	DDG. n.680 del 04/11/2021	4/11/2021	4/11/2021	www.aspbasilicata.it
Piano della Performance 2021-2023 - Annualità 2021	DDG n. 64 del 30/01/2021	30/01/2021	30/01/2021	www.aspbasilicata.it
Adeguamento del Piano della Performance 2021-2023-Annualità 2021	DDG n. 447 del 12/07/2021	12/07/2021	12/07/2021	www.aspbasilicata.it
Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	DDG n. 247 del 31/03/2021	31/03/2021	31/03/2021	www.aspbasilicata.it
Piano della Performance 2022-2024 - Annualità 2022	DDG n. 296 del 28/04/2022	28/04/2022	28/04/2022	www.aspbasilicata.it
Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024	DDG n. 295 del 28/04/2022	28/04/2022	28/04/2022	www.aspbasilicata.it
Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022 - 2024	DDG n. 470 del 29/06/2022	29/06/2022	29/06/2022	www.aspbasilicata.it
Modifiche al Piano Performance 2022, a seguito dell'approvazione della DGR n. 272/2022 e approvazione Budget operativo aziendale (Schede di Budget UOC/UOSD - 2022	DDG n. 469 del 29/06/2022	30/06/2022	30/06/2022	www.aspbasilicata.it

7.2 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.

Il Piano della Performance è uno strumento di programmazione 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.

Affinchè la procedura del **Ciclo di Gestione della Performance** potesse migliorare la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione sono state intraprese le seguenti azioni:

- ❖ è attivo l'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** e la **Struttura Permanente di Supporto**, 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 il **sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aree dirigenziali**.

In tale direzione vanno anche le iniziative intraprese al fine di:

- ❖ completare il sistema informatico di contabilità mediante:
 - **integrazione con SW di gestione del personale;**
 - **attivazione della funzionalità per l'esportazione automatica dei flussi LA e SP nel sistema NSIS;**
- ❖ consolidare il **Sistema di Contabilità analitica per Centri di Costo;**
- ❖ implementare il **sistema di controllo direzionale** per consentire il monitoraggio periodico dei principali indicatori di attività (creazione di un cruscotto direzionale);
- ❖ acquisire un **software per la gestione del processo di valutazione e attribuzione delle premialità.**

7.2.1 I PUNTI DI FORZA

L'ASP ha concentrato i propri sforzi nella definizione del **sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa**, conseguendo un buon livello di armonizzazione tra il sistema di programmazione e quello operativo anche alla luce dei risultati aziendali di performance organizzativa e individuale conseguiti nell'ultimo triennio.

Inoltre, la condivisione degli obiettivi di performance organizzativa tra Direzione Strategica e responsabili dei CdR, in sede di Comitato di budget e, a cascata, tra Direttori/Dirigenti responsabili di UU.OO. che hanno negoziato il budget e il personale operante nelle strutture, ha consentito di definire le linee di attività utili al raggiungimento di quanto negoziato dai dirigenti con la Direzione Strategica.

L'altro versante in cui l'Ente ha investito energie e risorse, riguarda il **sistema di misurazione e valutazione della performance individuale**, che agisce come leva organizzativa per la valorizzazione e la crescita professionale del personale anche in un'ottica di miglioramento della performance.

Infatti, 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.

E' in corso l'aggiornamento del sistema con l'adozione di un sistema organico di misurazione e valutazione che, nel rispetto delle Linee Guida ministeriali, ricomprenda sia il personale dirigenziale che il personale del comparto.

Al fine di assicurare poi la stretta interazione con le iniziative del Programma Triennale per la Trasparenza e Integrità, nell'ottica di una progressiva e costante implementazione, sono stati individuati nell'ambito del Ciclo di gestione della Performance, nonché della sezione Performance, specifici obiettivi relativi alla trasparenza e all'integrità dell'azione amministrativa.

Il **Piano della Performance**, infatti, include al suo interno anche obiettivi, indicatori e target di risultato 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**.

7.2.2 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

L'ASP intende proseguire e migliorare anche per il 2022 la strada intrapresa affinché il sistema e gli strumenti collegati siano sempre più di supporto al cambiamento in atto con l'obiettivo di una piena implementazione formale e sostanziale del ciclo di gestione della performance. Questo per fare in modo che il Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'ASP sia sempre più orientato al miglioramento della qualità dei servizi offerti e al bisogno di salute della popolazione, oltre che alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati della ASL e delle risorse impiegate per il loro perseguimento

I principali punti di debolezza:

- Insufficiente integrazione ospedale - territorio;
- Logistica carente nella sede legale;
- Carenza di personale sanitario;
- 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 socio-sanitaria;
- Difficoltà dei comuni a sostenere la spesa compartecipata.

Le opportunità

- Consapevolezza tra le parti sociali delle difficoltà di contesto 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;
- Realizzazione dei progetti di telemedicina finanziati;
- 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.
