



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E PROGRAMMAZIONE**

**2023-2025**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE ASP POTENZA**

## **INDICE:**

**Premessa**

### **SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**

**1.1 Dati identificativi dell'Azienda**

**1.2 Missione**

**1.3 Il contesto esterno**

### **SEZIONE II VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

**2.1 Valore pubblico**

**2.2. Performance**

**2.3 Rischi corruttivi e trasparenza**

### **SEZIONE III: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

**3.1 Organizzazione del lavoro agile**

**3.2 Piano triennale dei fabbisogni di personale**

### **SEZIONE 4: MONITORAGGIO**

### **SEZIONE ALLEGATI**

## SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### 1.1 Dati identificativi dell'Azienda

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) è stata istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008. Essa è subentrata, sostituendole, dal 1 gennaio 2009, alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro, soppresse.

Secondo quanto stabilito dalle norme statali, regionali e dagli atti regolamentari interni, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale e agisce mediante atti di diritto privato.

L'ambito territoriale aziendale corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza: 100 comuni con una superficie di 6546 Km<sup>2</sup>.

La sede legale dell'Azienda è in Potenza, alla via Torraca n. 2, con codice fiscale e partita IVA n. 01722360763.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili, immobili ed immateriali delle disciolte ASL nonché da quelli acquisiti, a titolo oneroso o gratuito, successivamente. L'Azienda dispone del proprio patrimonio nel rispetto delle leggi e della normativa nazionali e regionali.

### 1.2 Missione

L'Azienda ASP è una organizzazione che:

1. agisce, in collaborazione con altri soggetti, per la produzione e mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
2. gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
3. persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

La missione strategica dell'Azienda, la sua ragion d'essere attuale è: Soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Basilicata, secondo i principi di equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza.

La visione strategica dell'Azienda è improntata pertanto a:

*Sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende sanitarie regionali ed i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché con tutti gli altri "stakeholders" per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali regionali per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei*

*prodotti e dei risultati; sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.*

## **L'organizzazione aziendale**

L'organizzazione aziendale è articolata nelle funzioni amministrativa-tecnico-logistica, di prevenzione, territoriale ed ospedaliera. Gli organi aziendali 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 nelle sue varie forme di intensità (con particolare riferimento alle patologie cronico degenerative ed oncologiche)
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Protesica
- Assistenza Riabilitativa
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza Sociosanitaria
- Assistenza Alle Dipendenze
- Assistenza Residenziale, Semiresidenziale e Territoriale
- Emergenza-urgenza (DEU 118)
- Assistenza Termale

- Assistenza Penitenziaria

La funzione di integrazione - ospedale territorio si articola nei:

- Presidi Distrettuali per le Post-Acuzie
- Dipartimento post acuzie e continuità ospedale territorio
- Dipartimento Salute Mentale.
- Dipartimento Interaziendale di oculistica
- Dipartimento dei Servizi.

La funzione amministrativa si articola nelle strutture del Dipartimento Amministrativo.



### 1.3 Il contesto esterno

GENERALITÀ DEL TERRITORIO, DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA E DELL' ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

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 Km<sup>2</sup>. 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<br>(01/01/2022 ISTAT) |              |
|----------------------------------|------------|--|--------------|
| Regione                          | BASILICATA | Popolazione (n.)                       | 348.336      |
| Sigla                            | PZ         | Maschi (%)                             | 171.133      |
| Comune capoluogo                 | POTENZA    | Femmine (%)                            | 177.203      |
| Comuni nella provincia           | 100        | Stranieri (%)                          | 11.067 3,14% |
| Superficie (kmq)                 | 6.594,44   | Età media (anni)                       | 45,7         |
| Densità abitativa (abitanti/kmq) | 53,34      |  |              |

*Dati ISTAT al 01/01/2022*

## PROFILO DEMOGRAFICO

Nel territorio dell'ASP di Potenza risiedono 348.336 abitanti di cui 64.786 nella città capoluogo (dati Istat al 01.01.2022), per una densità abitativa media di 52,82 ab/kmq. Il 50,9 % della popolazione è di sesso femminile, mentre il 49,1 % è di sesso maschile.

La popolazione residente registra un trend negativo nell'ultimo decennio. In particolare, dal 2012 al 2021 è diminuita del 6,63%.

| Popolazione residente Provincia di Potenza al 1 Gennaio - trend 2012/2021 |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Anno  | 2012    | 2013    | 2014    | 2015    | 2016    | 2017    | 2018    | 2019    | 2020    | 2021    |
| Maschi  | 184.491 | 183.938 | 184.534 | 183.661 | 182.837 | 181.987 | 180.959 | 179.328 | 177.478 | 173.171 |
| Femmine   | 193.021 | 192.244 | 192.724 | 191.653 | 190.260 | 188.693 | 187.292 | 185.632 | 183.458 | 179.319 |
| Totale  | 377.512 | 376.182 | 377.258 | 375.314 | 373.097 | 370.680 | 368.251 | 364.960 | 360.936 | 352.490 |

Il grafico in basso, detto **Piramide delle Età**, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Basilicata per età e sesso al 1° gennaio 2021. I dati per stato civile non sono al momento disponibili. 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).

In generale, la **forma** di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per guerre o altri eventi.

In Basilicata ha avuto la forma simile ad una **piramide** fino agli anni '60, cioè fino agli anni del boom demografico. Da notare anche la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni.



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. L'età media della popolazione è di 45,7 anni.

## SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Valore pubblico

Secondo lo schema di Piano tipo allegato al D.M. n. 132/2022 in questa sezione l'amministrazione dovrebbe definire i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottate. Nelle more dell'adozione dei suddetti documenti verranno declinati in questa sezione le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale all'amministrazione. A tale proposito si precisa che il processo di informatizzazione dell'ASP è in continua evoluzione e rappresenta uno strumento importante sia nella fase di gestione che nella fase di programmazione dell'attività dell'Azienda.

Lo sviluppo dei sistemi informativi che sottendono a detto processo è partito informatizzando i principali settori per estendersi via via a tutta l'Azienda in risposta sia ad esigenze degli operatori che a disposti normativi coinvolgendo attività amministrative e sanitarie.

Particolare rilievo sta assumendo l'attività rivolta al colloquio con l'utenza a cui il legislatore sta dando sempre più importanza sia all'accesso alle informazioni tramite il sito, sia ai servizi aziendali fruibili digitalmente.

Gli obiettivi di miglioramento dell'accessibilità al sito internet aziendale vengono individuati ogni anno e, come previsto dall'articolo 9, comma 7, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, entro il 31 marzo di ogni anno, sono pubblicati proprio sul sito web.

L'indirizzo del portale aziendale internet è: **[www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it)**

Lo scopo del sito è quello di fornire piena visibilità e accessibilità ai servizi e alle attività offerte ai diversi target di utenza, garantendo trasparenza delle informazioni ed assicurando ai dati diffusi chiarezza, sicurezza, completezza e aggiornamento continuo, pur nel rispetto del diritto alla riservatezza dei dati personali e di quelli sensibili.

Di seguito si riportano gli obiettivi che saranno adottati per l'anno 2023.

#### OBIETTIVI DI ACCESSIBILITA'

| OBIETTIVO                                | BREVE DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO   | INTERVENTO DA REALIZZARE   | TEMPI DI ADEGUAMENTO |
|--|--|--|----------------------|
| Sito Istituzionale                       | Verifiche sul rispetto dei criteri di accessibilità del sito   | Verifiche con strumenti automatici di analisi sull'accessibilità dei siti web delle pagine che compongono il nuovo sito aziendale.   | 31/08/2023           |
|  | Miglioramento dell'accessibilità del sito  | Introduzione di strumenti automatici che attraverso sistemi di intelligenza artificiale adeguino l'aspetto e la fruibilità del sito in funzione della disabilità dell'utente | 31/08/2023           |
| Formazione Informatica – aspetti tecnici | Realizzare corsi di formazione e sensibilizzazione del personale alla produzione di documenti in formato accessibile | Si intende continuare la formazione del personale aziendale impegnato nella redazione e pubblicazione di documenti accessibili   | 31/12/2023           |



| OBIETTIVO                         | BREVE DESCRIZIONE DELL'OBIETTIVO  | INTERVENTO DA REALIZZARE   | TEMPI DI ADEGUAMENTO |
|-----------------------------------|---|--|----------------------|
| Postazioni di lavoro informatiche | Migliorare la dotazione delle postazioni di lavoro informatiche aziendali di software open source | Si intende continuare nell'effettuare installazioni e/o aggiornamenti di software LibreOffice  | 31/12/2023           |
| Open Data                         | Miglioramento della disponibilità di dati pubblicati  | Si intende aumentare la disponibilità di dati pubblicati sul sito, ricercando sistemi di pubblicazione automatizzata delle Basi Dati Aziendali | 31/12/2023           |

Le recenti disposizioni impartite dal Governo, tra cui l'attuazione del PNRR, rendono necessaria una reingegnerizzazione dei processi del sistema informativo aziendale.

La costituzione delle COT, delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità prevista nel DM 77/2022, comporterà una riorganizzazione delle attività aziendali con il conseguente adeguamento del Sistema Informativo per supportarne l'attività.

Di conseguenza, la prima attività che sarà realizzata a partire dal 2023, di concerto con le altre Aziende del SSR e con il Dipartimento Politiche della Persona, sarà l'adeguamento del Sistema Informativo Sanitario per consentire le attività delle COT, parallelamente saranno allestite le postazioni di lavoro necessarie.

Tra le attività previste dal PNRR un ruolo importante riveste la Telemedicina, questa Azienda è capofila del relativo progetto regionale e, a partire dal 2023, attiverà gli ambulatori di Televisita e le relative postazioni di lavoro per i nostri specialisti.

Non appena i tavoli regionali dei vari PDTA comunicheranno le loro esigenze, si passerà alla fase di approvvigionamento dei dispositivi per il monitoraggio dei parametri vitali previsti con la conseguente attivazione del telemonitoraggio.

Saranno inoltre messe a disposizione degli specialisti ulteriori funzionalità dell'applicativo di telemedicina che consentiranno di migliorare la qualità del proprio lavoro e delle cure, una su tutte il teleconsulto.

Per facilitare l'accesso dei nostri assistiti alle prestazioni nel corso del 2023 sarà rilasciato il nuovo portale della salute ed una relativa app.

Il portale, sviluppato di concerto con le altre Aziende del SSR e con il Dipartimento Politiche della Persona, darà al cittadino la possibilità sia di informarsi sui servizi messi a sua disposizione che di accedervi.

I principali servizi disponibili saranno: il fascicolo sanitario, la televisita, scelta e revoca del MMG, eliminacode, CUP on line, ecc.

Tutti i servizi disponibili sul portale saranno disponibili anche sull'app; alcuni di questi, inizialmente, saranno disponibili come link e, successivamente, saranno rilasciati come funzione native.

Altro ambito di lavoro in cui l'Azienda ha investito nel corso degli ultimi anni è quello dei servizi territoriali. L'azienda si è dotata di un sistema integrato per la gestione dei servizi ADI, del DSM, delle RSA, dell'assistenza residenziale e semi residenziale. Il sistema, oltre alla parte gestionale per l'inserimento delle attività erogate, include il collegamento ai vari moduli della suite InterRAI scelta dalla Regione Basilicata per la valutazione multidisciplinare del bisogno di cura dell'assistito.

Nel corso del 2023 saranno attivati i moduli per la gestione dei consultori e dell'UVBR: a seguito delle attività di installazione saranno espletate le attività di fornitura e configurazione delle postazioni di lavoro nonché di formazione ed affiancamento.

Relativamente al modulo ADI, il 2023 vedrà il coinvolgimento dei MMG nelle attività di rendicontazione per le attività che forniscono in ADI ed ADP. Utilizzando un proprio accesso all'applicativo potranno chiedere l'inserimento in ADI-ADP di un proprio assistito, inserire le prestazioni erogate a domicilio del paziente ed effettuare direttamente la rendicontazione al servizio aziendale di competenza.

Ulteriore processo di digitalizzazione che vedrà i suoi frutti nel corso del 2023 è quello che ha riguardato la commissione patenti. Il sistema avrà implicazioni sia per quanto riguarda la commissione che per gli utenti.

Le pratiche, infatti, saranno trattate in maniera digitale, il cittadino potrà effettuare la propria richiesta tramite un apposito portale e la commissione riceverà le richieste, formerà i calendari e gestirà tutto l'iter previsto in maniera digitale.

Nel corso del 2023, infine, si valuterà la possibilità di sostituire l'attuale software di gestione del protocollo e degli atti digitali con una versione web che possa costituire un unico gestore documentale aziendale, che si occupi anche della digitalizzazione della corrispondenza interna non protocollata e possa servire da strumento per la realizzazione del fascicolo dell'assistito per la parte delle pratiche che non attengono al Fascicolo Sanitario Elettronico.

## **Il valore pubblico della Trasparenza**

La creazione di Valore Pubblico è strettamente connessa alla mission dell'ASP di Potenza che si esplica nel soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative di salute dei cittadini al fine di indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda per rispondere alla domanda di salute e a orientarla. E' altresì necessario garantire prestazioni efficaci e accessibili a tutti coloro che manifestano il bisogno di salute nel momento in cui si rendono necessarie. Per realizzare questo obiettivo è importante dare concretezza al valore che pone il cittadino - utente al centro dell'attività aziendale, orientando i servizi sanitari e gli operatori per garantire la continuità dei percorsi diagnostico assistenziali secondo livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- *rispetto e dignità della persona e del cittadino;*
- *tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni;*
- *equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;*
- *appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;*
- *economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;*
- *trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;*
- *formazione continua del personale;*

Obiettivi prioritari delle azioni in materia di trasparenza dal punto di vista operativo sono:

- 1.1 *la promozione di maggiori livelli di trasparenza e anticorruzione;*
- 1.2 *il miglioramento dei flussi informativi.*

## 2.2. Performance

Il Piano della Performance (ex art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150) è un documento programmatico triennale da adottare entro il 31 gennaio di ciascun anno, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, all'art. 6, ha previsto l'adozione del PIAO che assorbe, tra gli altri, anche il Piano della Performance.

Pertanto, gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori sono definiti in questa sottosezione.

La presente sezione Performance 2023-2025 - Annualità 2023» è stata redatta in conformità al decreto PIAO e nel rispetto di quanto riportato nelle delibere della CIVIT (oggi ANAC) n.112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance"; n.6/2013 "Linee Guida relative al ciclo gestione della performance per l'anno 2013"; n. 89/2010 "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del sistema di misurazione e valutazione della performance (articoli 13, comma 6, lett. d e 30, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150); n. 104/2010 "Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance"; Linee guida PCM-DFP: «Linee guida per il Piano della performance» - Ministeri (per quanto compatibili); n.4/2017 «Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni»; n.5/2017 «Linee guida per la misurazione della performance individuale».

### Analisi swot

#### Punti di debolezza, criticità e opportunità

Di seguito si rappresenta una disamina sintetica dei punti di debolezza e minacce al cambiamento (analisi swot) per l'Azienda ASP, alcuni propri del contesto esterno, altri presenti all'interno dell'organizzazione aziendale:

I principali punti di debolezza:

- Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio;
- Presenza di popolazione anziana superiore rispetto alla media regionale;
- Parziale integrazione ospedale - territorio;
- Carenza di personale;
- Condizioni di disagio territoriale;
- Difficoltà operative di tipo logistico.

Le minacce al cambiamento:

- Invecchiamento della popolazione - aumento delle patologie croniche;
- Difficoltà dei comuni a sostenere la spesa compartecipata;
- Reazioni al cambiamento delle categorie interessate dagli interventi di razionalizzazione;
- Resistenze degli operatori aziendali nel rispondere attivamente alle richieste di cambiamento organizzativo e culturale;
- Resistenze dei privati alla ridefinizione di un nuovo modello di offerta nell'area socio-sanitaria;
- Quadro normativo complesso e dinamico (privacy, trasparenza, anticorruzione, etc) e molteplicità di adempimenti burocratici richiesti alle PP.AA. con tempistica stringente, spesso in assenza dei necessari adeguamenti/cambiamenti sul piano organizzativo e culturale;
- Difesa corporativa del territorio.

La disamina dei punti di debolezza e delle minacce al cambiamento deve fungere da stimolo a migliorare la performance nell'anno 2023, con azioni volte a omogeneizzare le procedure, a rafforzare l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri, a migliorare il clima interno, ad attuare percorsi diagnostici terapeutici assistenziali delle persone malate già fragili, a potenziare la comunicazione interna, con gli utenti e gli altri portatori di interesse.

È ormai chiaro che il perseguimento della sola efficienza, misurata guardando all'equilibrio di bilancio e agli indicatori numerici e perseguita nel contesto di una progressiva riduzione delle risorse disponibili, è un nemico della resilienza del sistema nel suo insieme.

Le opportunità:

- Riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera e territoriale;
- Ammodernamento tecnologico (acquisto di apparecchiature di alta tecnologia - TAC, RNM) a supporto della diagnosi;
- Revisione innovativa delle politiche vaccinali quale fondamentale strumento di prevenzione sul territorio;
- Attuazione di percorsi di prevenzione per patologie croniche specifiche;
- Sviluppo della tecnologia IT a supporto dei processi di regolazione e di governance dei sistemi organizzativo - gestionali;
- Sviluppo della rete di telemedicina e teleassistenza;
- Sviluppo della cultura della partnership e delle reti assistenziali per la gestione di problematiche a forte integrazione socio-sanitaria.
- Valorizzazione delle 'microreti' assistenziali sul territorio formate da medici, operatori sanitari, e pazienti con i loro caregivers, coordinate da un sistema di management scientifico e gestionale centrale;
- Sviluppo di una adeguata comunicazione tra l'Azienda e la comunità con particolare riferimento allo sviluppo di modalità di comunicazione strutturata tra pazienti, familiari, caregivers e associazioni di volontariato.

L'impegno richiesto per il conseguimento di tali obiettivi necessita di una programmazione di medio e lungo periodo, stante la complessità delle variabili e dei fattori (interni ed esterni all'Azienda) che incidono concretamente sulla possibilità di ottenere risultati positivi.

### **Le opportunità del PnRR Missione 6 «Salute»**

La pandemia da Covid-19 da un lato ha ricordato a tutti noi il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici, dall'altro ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale del Sistema sanitario: disparità territoriali nell'erogazione dei servizi; inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; una scarsa capacità di definire strategie sinergiche per la risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. Ora però ci sono le risorse per intervenire, attraverso Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza presentato dall'Italia e definitivamente approvato dalla Commissione Europea nel giugno 2021 e dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin) nel luglio 2021 quale strumento strategico di rilancio e sviluppo economico. In esso sono previsti progetti di investimento ed un ampio programma di riforme che si sviluppano su tre assi strategici condivisi a livello europeo (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale).

All'interno del PNRR è prevista la Missione 6 – SALUTE (risorse stanziare pari a 18,5 miliardi di euro) articolata in due componenti (C1 e C2).

La prima Componente si intitola “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”. L’obiettivo è quello di potenziare là dove già esistano oppure creare ex novo strutture e presidi territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, nonché quello di rafforzare sia l’assistenza domiciliare, sia lo sviluppo della telemedicina, in un’ottica di sempre maggiore integrazione con i servizi socio-sanitari.

Per gli investimenti a regia del PNRR Missione 6, component 1 – “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” l’Azienda Sanitaria Locale di Potenza potrà realizzare gli interventi riportati nella seguente tabella per una spesa complessiva pari a € 24.248.818,87:

| investimento | Tipologia di struttura da realizzare                | numero | Finanziamento in € |
|--------------|---|--------|--------------------|
| C1 - 1.1     | case della comunità e presa in carico della persona | 13     | 16.206.427,00      |
| C1 - 1.2     | casa come primo luogo di cura e telemedicina        | 4      |                    |
|              | 1.2.2. centrali operative territoriali di cui:      |        |                    |
|              | 1. COT  |        | 692.300,00         |
|              | 2. Interconnessione                                 |        | 284.285,83         |
|              | 3. Device   |        | 386.864,75         |
| C1 - 1.3     | Ospedali di comunità                                | 3      | 6.678.941,00       |
|              | Totale finanziamenti azienda                        |        | 24.248.818,58      |

La seconda Componente, per gli investimenti a regia del PNRR Missione 6, component 2 – “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” (Totale € 16.140.947,27) ha previsto per l’Azienda Sanitaria Locale di Potenza un intervento riportato nella seguente tabella per la spesa complessiva pari a € 5.000.000,00:

| AZIENDA                             | INTERVENTO                            | IMPORTO FINANZIATO |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| Azienda Sanitaria Locale di Potenza | Adeguamento sismico P.O.D. di MARATEA | € 5.000.000,00     |

Per gli investimenti a regia del PNRR Missione 6, component 2 – “Ammodernamento parco tecnologico ospedaliero – grandi apparecchiature” (Totale € 13.237.302,17) l’Azienda Sanitaria Locale di Potenza ha previsto n. 6 interventi riportati nella tabella per una spesa complessiva pari a € 1.872.500,00.

| Tipologia di apparecchiature richieste           | Numero apparecchiature ASP DI POTENZA | Importo unitario (Incluso Iva e lavori) | Importo totale (Incluso Iva e lavori) |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| Tomografi computerizzati (CT Scans) – 128 strati | 1                                     | € 812.500,00                            | € 812.500,00                          |
| Mammografi con tomosintesi                       | 3                                     | € 200.000,00                            | € 600.000,00                          |
| Telecomandati digitali per esami di reparto      | 2                                     | € 230.000,00                            | € 460.000,00                          |
| TOTALE   | 6                                     | € 1.242.500,00                          | € 1.872.500,00                        |

Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale”.

### **Programma triennale Lavori Pubblici 2023-2025, elenco annuale 2023, relazione, elenco lavori in corso, elenco lavori finanziati e non ancora appaltati, piano degli investimenti.**

Il programma triennale costituisce momento attuativo di studi di fattibilità e di identificazione e quantificazione dei propri bisogni che le amministrazioni aggiudicatrici predispongono nell'esercizio delle loro autonome competenze e, quando esplicitamente previsto, di concerto con altri soggetti, in conformità agli obiettivi assunti come prioritari.

Con DDG 754 del 15.11.2022 l'ASP ha approvato il programma triennale dei lavori pubblici 2023/2025, redatto ai sensi dell'art. 216 del D. Lgs. n. 50/2016 e del Regolamento di cui al Decreto n. 14 del 16/01/2018. Esso contiene la programmazione a scorrimento per gli anni 2023/2025 e mira a:

- a) favorire il recupero degli immobili appartenenti al patrimonio aziendale;
- b) perseguire il potenziamento delle attività sanitarie territoriali e sociosanitarie ambulatoriali e residenziali o in regime di ricovero e di quelle dei dipartimenti di prevenzione, attività che si svolgono in strutture extraospedaliere;
- c) garantire l'appropriatezza dei luoghi rispetto alle prestazioni da erogare;
- d) perseguire il raggiungimento dei requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici dei presidi ospedalieri distrettuali (P.O.D.) e territoriali ai fini dell'accreditamento istituzionale.

Indica, altresì, la stima dei costi e dei tempi di attuazione alla luce delle indicazioni programmatiche e della priorità fornite dalla Direzione Strategica nonché delle disponibilità finanziarie derivanti dalle assegnazioni Regionali già deliberate o programmate.

Sono stati inseriti nel programma dei lavori pubblici gli interventi previsti nell'accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari così come rimodulati ed approvati con DGR n. 472 del 26/05/2017, si è provveduto ad elaborare e compilare le schede degli interventi di propria competenza - secondo quanto concertato con il Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata -, e, per quanto concerne il P.N.R.R., sono stati caricati sulla piattaforma predisposta dall'AGE.NA.S., gli interventi candidati.

Il programma è finanziato dall'art. 20 L. 67/88, dal PO-FERS -P.O.I.S. ASSE VII "Inclusione Sociale" Priorità d'Investimento 9°, dalle OOPCCMM 171/2014 e 296/2015 "Interventi di prevenzione del rischio sismico", dall'A.P.Q. Basilicata di cui all'art. 20 della L. 67/1988 e dai fondi del servizio Sanitario Regionale, dal Fondo di Sviluppo e Coesione 2014/2020 (F.S.C.) - Patto per lo Sviluppo della Basilicata -, dalla Programmazione comunitaria FESR, FSE, FEASR 2014-2020: ITI Aree Interne – Area Interna Mercure Alto Sinni Val Sarmento di cui alla D.G.R. n. 255 del 04/05/2019 e dal decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 di Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i "progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del piano per gli investimenti complementari" che ha attribuito alla Regione Basilicata gli importi a valere sulla Missione 6 per la Component 1 - Investimenti 1.1, 1.3, 2.2 e la Component 2 – Investimenti 1.2.

Complessivamente il fabbisogno delle risorse, per il triennio, è quantificato in € 170.723.226,14 di cui € 63.030.391,14 previsti nell'elenco annuale, tutti richiesti al Dipartimento di Salute Politiche della Persona della Regione Basilicata ed al Ministero della Salute per i finanziamenti del PNRR. Per quanto attiene al quadro economico complessivo dei lavori in corso, essi ammontano ad € 760.667,23 mentre i lavori finanziati e non ancora appaltati ammontano ad € 32.483.949,98.

| PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI 2023/2025 DELL'AMMINISTRAZIONE Azienda Sanitaria Locale di Potenza  |  |                      |                      |                       |
|---|--|----------------------|----------------------|-----------------------|
| QUADRO DELLE RISORSE NECESSARIE ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA  |  |                      |                      |                       |
| TIPOLOGIE RISORSE   | Arco temporale di validità del programma |                      |                      |                       |
|   | Disponibilità finanziaria                |                      |                      | Importo Totale        |
|   | Primo anno                               | Secondo anno         | Terzo anno           |                       |
| risorse derivate da entrate aventi destinazione vincolata per legge   | 63.030.391,14                            | 61.992.835,00        | 45.700.000,00        | 170.723.226,14        |
| risorse derivate da entrate acquisite mediante contrazione di mutuo   | 0,00                                     | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                  |
| risorse acquisite mediante apporti di capitali privati  | 0,00                                     | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                  |
| stanziamenti di bilancio  | 0,00                                     | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                  |
| finanziamenti acquisibili ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge 31 ottobre 1990, n. 310, convertito con modificazioni dalla legge 22 dicembre 1990, n. 403 | 0,00                                     | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                  |
| risorse derivanti da trasferimento di immobili  | 0,00                                     | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                  |
| <b>TOTALE</b>   | <b>63.030.391,14</b>                     | <b>61.992.835,00</b> | <b>45.700.000,00</b> | <b>170.723.226,14</b> |

| ELENCO LAVORI IN CORSO           |      |                  |  |                                       |  |                              |                                |                   |                                   |                  |       |
|----------------------------------|------|------------------|--|---------------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------|-------|
| fonte di finanziamento regionale | ente | Cup              | titolo intervento  | costo complessivo a carico 2° int APQ | costo complessivo a carico dell'APQ 2000 | importo a carico dello Stato | importo a carico della Regione | Bilancio          | Costo a carico dei fondi P.O.I.S. | Stato dei lavori | tempi |
| DGR n. 1533 del 12/12/2014       | ASP  |                  | P.O. di Melfi. Adeguamento impianti distribuzione gas medicinali   |                                       |  |                              | 280.000,00                     |                   |                                   | Lavori in corso  |       |
| Fondi Aziendali                  | ASP  | H888I21001220005 | Sistemazione e messa in sicurezza facciate esterne DSB di Venosa e realizzazione di zanzariere presso DSB di Genzano di Lucania e Palazzo San Gervasio |                                       |  |                              |                                | 124.000,00        |                                   | Lavori in corso  |       |
| Fondi Aziendali                  | ASP  | H76G21001320002  | Revisione e messa in sicurezza della copertura presso il Poliambulatorio di Senise   |                                       |  |                              |                                | 156.624,98        |                                   |                  |       |
| Fondi Aziendali                  | ASP  | H76G20000500002  | Ristrutturazione ambulatorio di Latronico  |                                       |  |                              |                                | 200.042,35        |                                   |                  |       |
| <b>TOTALE</b>                    |      |                  |  | <b>0,00</b>                           | <b>0,00</b>                              | <b>0,00</b>                  | <b>280.000,00</b>              | <b>480.667,33</b> | <b>0,00</b>                       |                  |       |
| <b>TOTALE COMPLESSIVO</b>        |      |                  |  | <b>760.667,33</b>                     |  |                              |                                |                   |                                   |                  |       |

| ELENCO LAVORI FINANZIATI E NON ANCORA APPALTATI |   |                                       |  |                              |                                |   |                        |                      |  |
|---|---|---------------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------|---|------------------------|----------------------|--|
| fonte di finanziamento regionale                | titolo intervento   | costo complessivo a carico 2° int APQ | costo complessivo a carico dell'APQ 2000 | importo a carico dello Stato | importo a carico della Regione | importo da integrare a carico della Regione | Min. Salute PNRR - PNC | Stato dei lavori     | tempi  |
| D.G.R. 1626/2015                                | Ristrutturazione immobile via Ciccotti  |                                       |  |                              | € 700.000,00                   |   |                        |                      | atti di gara per l'affidamento della progettazione in corso di predisposizione |
| Fondi D.G.R. 949/2013                           | Realizzazione casa della salute di Senise   |                                       |  |                              | € 2.400.000,00                 |   |                        | progetto preliminare | atti di gara per l'affidamento della progettazione in corso di predisposizione |
| D.G.R. 1001/2016                                | Realizzazione del I° lotto funzionale dell'intervento di ampliamento del P.O. di Lagonegro e adeguamento e messa in sicurezza dei reparti               |                                       |  |                              | € 13.000.000,00                |   |                        | progetto definitivo  | In corso di approvazione del Progetto Definitivo                               |
| D.G.R. 1746/2015                                | Interventi di miglioramento/adeguamento sismico del vecchio plesso ospedaliero di Chiaromonte - OPCM 171/2014   |                                       |  |                              | € 3.107.998,44                 |   |                        | progetto definitivo  | In corso la progettazione definitiva   |
| DGR 675/2021                                    | Lavori edili attinenti gli spazi necessari alla installazione della risonanza magnetica POD Lauria  |                                       |  |                              | € 350.000,00                   |   |                        |                      |  |
| ex art. 20                                      | Lavori di ristrutturazione tesi al contenimento dei consumi energetici ed al controllo climatico del Distretto di Villa D'agri - opere di completamento |                                       |  |                              | € 110.719,14                   |   |                        |                      |  |
| PO FESR 2014-2020 DGR n. 255/2019               | Potenziamento dei servizi sanitari territoriali e per l'emergenza urgenza poliambulatori  |                                       |  |                              | € 385.000,00                   |   |                        |                      |  |
| Fondi Regionali                                 | P.O. di Melfi Lavori di costruzione dell'eliporto.  |                                       |  |                              | € 1.000.000,00                 |   |                        |                      | in corso progettazione   |
| PNRR  | Verso un nuovo Ospedale Sicuro e sostenibile di Maratea M6C2 1.2  |                                       |  |                              |                                |   | € 5.000.000,00         |                      |  |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Anzi Camastra M6C1  |                                       |  |                              |                                |   | € 615.000,00           |                      |  |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Vietri di Potenza M6C1  |                                       |  |                              |                                |   | € 625.000,00           |                      |  |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Potenza M6C1  |                                       |  |                              |                                |   | € 2.850.000,00         |                      |  |



| ELENCO LAVORI FINANZIATI E NON ANCORA APPALTATI |  |                                       |  |                              |                                |   |                        |                  |       |
|---|--|---------------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------|---|------------------------|------------------|-------|
| fonte di finanziamento regionale                | titolo intervento  | costo complessivo a carico 2° int APQ | costo complessivo a carico dell'APQ 2000 | importo a carico dello Stato | importo a carico della Regione | importo da integrare a carico della Regione | Min. Salute PNRR - PNC | Stato dei lavori | tempi |
| PNRR  | Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture Ospedale di Comunità di Muro Lucano |                                       |  |                              |                                |   | € 2.226.373,00         |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Lago M6C1  |                                       |  |                              |                                |   | € 350.000,00           |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Sant'Arcangelo M6C1                                      |                                       |  |                              |                                |   | € 1.600.000,00         |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Lavello M6C1   |                                       |  |                              |                                |   | € 1.305.387,00         |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Genzano di Lucania M6C1                                  |                                       |  |                              |                                |   | € 1.400.001,00         |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di San Fele M6C1  |                                       |  |                              |                                |   | € 1.161.040,00         |                  |       |
| PNRR  | Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture Ospedale di Comunità di Venosa      |                                       |  |                              |                                |   | € 2.216.839,00         |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Lagonegro M6C1   |                                       |  |                              |                                |   | € 1.799.999,00         |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Viggianello M6C1   |                                       |  |                              |                                |   | € 1.000.000,00         |                  |       |
| PNRR  | Centrali operative territoriali (COT) M6.C1 - 1.2.2. Potenza   |                                       |  |                              |                                |   | € 173.075,00           |                  |       |
| PNRR  | Centrali operative territoriali (COT) M6.C1 - 1.2.2. Lagonegro   |                                       |  |                              |                                |   | € 173.075,00           |                  |       |
| PNRR  | Centrali operative territoriali (COT) M6.C1 - 1.2.2. Venosa  |                                       |  |                              |                                |   | € 173.075,00           |                  |       |
| PNRR  | Centrali operative territoriali (COT) M6.C1 - 1.2.2. Marsicovetere   |                                       |  |                              |                                |   | € 173.075,00           |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Senise M6C1  |                                       |  |                              |                                |   | € 1.400.000,00         |                  |       |

| ELENCO LAVORI FINANZIATI E NON ANCORA APPALTATI |   |                                       |  |                              |                                |   |                        |                  |       |
|---|---|---------------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------|---|------------------------|------------------|-------|
| fonte di finanziamento regionale                | titolo intervento   | costo complessivo a carico 2° int APQ | costo complessivo a carico dell'APQ 2000 | importo a carico dello Stato | importo a carico della Regione | importo da integrare a carico della Regione | Min. Salute PNRR - PNC | Stato dei lavori | tempi |
| PNRR  | Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture Ospedale di Comunità di Maratea                          |                                       |  |                              |                                |   | € 2.235.907,00         |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Corleto Perticara M6C1  |                                       |  |                              |                                |   | € 700.000,00           |                  |       |
| PNRR  | Casa di Comunità e presa in carico della persona di Maratea M6C1  |                                       |  |                              |                                |   | € 1.400.000,00         |                  |       |
| dec. Ministero Salute 13/11/2019                | Lavori di adeguamento funzionale e sicurezza del Poliambulatorio di Muro Lucano (ex fondi San Carlo) ex art. 20 II fase Sicurezza |                                       |  | € 392.507,24                 | € 20.658,28                    |   |                        |                  |       |
| OPCM 171/2014                                   | Adeguamento sismico del Vecchio Plesso Ospedaliero di Chiaromonte   |                                       |  |                              | € 3.107.938,44                 |   |                        |                  |       |
|   | Potenziamento dei servizi per l'emergenza/urgenza: poliambulatori   |                                       |  |                              | € 385.000,00                   |   |                        |                  |       |
| TOTALE  |   |                                       |  | € 392.507,24                 | € 3.513.596,72                 |   | € 28.577.846,00        |                  |       |
| TOTALE COMPLESSIVO                              |   | 32.483.949,96                         |  |                              |                                |   |                        |                  |       |

### Visione ed obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2023-2025- Annualità 2023

La presente sezione ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei processi e delle azioni (Performance Organizzativa) attraverso cui l'Azienda intende raggiungere gli obiettivi volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività. Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro focus nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa aziendale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale di seguito richiamati:

- DGR n.434 del 02/07/2020 recante: art. 1 del d.l. 19 maggio 2020 - n. 34 - G.U. n. 128 del 19.05.2020 - Approvazione del programma operativo regionale in materia di assistenza territoriale;
- DGR n.272 del 11/05/2022 con la quale la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi regionali di salute e di programmazione economico-finanziaria per le ASL e A.O. regionali per gli anni 2021-2023, modificata ed integrata dalla DGR 136 del 10/03/2023- modifica ed integrazione anno 2023;
- DDG n. 2022/00526 del 28/07/2022 recante «Appalto Specifico per l'affidamento della fornitura di vaccini antinfluenzali per la prossima campagna 2022/2023 Lotti di gara nn. 2, 3, 4 e 6»;
- DDG n. 2022/00561 del 12/08/2022 recante «Appalto Specifico per l'affidamento della fornitura di vaccini antinfluenzali per la prossima campagna 2022/2023. Lotti di gara nn. 1-5.»;
- DDG n. 2022/00754 del 15/11/2022 recante «ART. 216 D.Lgs. n. 50/2016 - Adozione Programma, Triennale 2023-2025, Elenco Annuale 2023, Relazione, Elenco Lavori In Corso, Elenco Lavori Finanziati E Non Ancora Appaltati, Piano Degli Investimenti.».
- DGR n.950 del 25/11/2021: Recepimento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017, recante: "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza".

- DGR n.1028 del 16/12/2021 con la quale la G.R. ha nominato il Direttore Generale dell'ASP (insediatosi il 17/01/2022) ed ha approvato i suoi obiettivi di mandato (allegato b); DDG n.75 del 20/01/2022 recante: «DPGR n.4 del 13.01.2022 di nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP. Presa d'atto». DDG 2022/00076 DEL 20/01/2022 "Art. 10, comma 10, della L.R. 31 ottobre 2001 n. 39 e art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502/1992. Individuazione del sostituto del Direttore Generale"; DDG 2022/00448 del 27/06/2022 D.P.G.R. - Decreto del Presidente della Giunta Regionale n° 115 del 24/06/2022. Presa d'atto e determinazioni consequenziali con cui è stato individuato il Dott. L. D'Angola come Direttore Generale FF;
- D.G.R. n. 202101070 del 28/12/2021 "Regione Basilicata - Piano Regionale della Prevenzione (2021-2025) (Intesa Stato-Regione n.131 del 06/08/2020 re. Atti 127/CSR). Approvazione del documento programmatico.";
- DDG N. 2022/00287 del 28/04/2022 "Presa d'atto approvazione, con Deliberazione di Giunta Regionale di Basilicata 8 aprile 2022, n. 192, Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022/2024 dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, adottato, in via provvisoria, con D.D.G. n. 2021/00773 del 10/12/2022. Adozione in via definitiva ai sensi del D.M. 8 maggio 2018 e adempimenti conseguenti"; DDG n. 821 del 15.12.2022 "Rimodulazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022/2024, limitatamente all'annualità 2022".
- DGR n.144 del 03/03/2021 recante: «Recepimento Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" del 17/04/2019 (Rep. Atti n. 59/CSR). – Istituzione della Rete Oncologica di Basilicata (ROB) e del Coordinamento Centrale della ROB».
- D.G.R. n. 202101028 del 16/12/2021 art. 2 Comma 1 E 2 del D.Lgs N. 171/2016 e smi. - Nomina Direttore Generale Dell'azienda Sanitaria Locale Di Potenza - Asp." Allegato B "Obiettivi del D.G.":

Il Direttore Generale è tenuto, a pena di decadenza, al raggiungimento degli obiettivi di mandato individuati dalla Giunta Regionale con l'atto di nomina ed esplicitati nell'Allegato B della suindicata DGR.

Detti obiettivi si declinano come di seguito specificato:

- Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e garantire gli adempimenti finalizzati al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti medesimi previsti nel questionario ministeriale relativo alla erogazione dei LEA.
- Equilibrio Economico-Finanziario. Garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo, nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e smi e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili.
- Governo dei tempi di attesa. Rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (RAO); rispetto delle prescrizioni contenute nella DGR n. 570 del 7/8/2019 recante il piano attuativo regionale per il governo delle liste d'attesa relativo al triennio 2019-2021.
- Garanzia del rispetto del debito informativo. garantire il corretto, costante, completo e tempestivo adempimento del debito informativo, con particolare riferimento ai flussi informativi obbligatori nazionali (debito informativo intesa Stato Regioni del 23.3.2005) e regionali.
- Sanità Digitale. Garantire la piena attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nel rispetto della tempistica definita a livello nazionale e completare il processo di dematerializzazione

di tutta la documentazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali e farmaceutiche nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

- Piano Regionale di Prevenzione. Attuazione, con riferimento all'ASP di Potenza e in integrazione con le altre Aziende Sanitarie regionali, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare attenzione alle connessioni con il programma regionale degli screening oncologici, procedendo altresì alla riorganizzazione efficace di questi ultimi.
  - Trasparenza e Lotta alla Corruzione. Mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, nonché mettere in atto tutte le azioni previste del Piano Aziendale di lotta alla Corruzione, provvedendo altresì al suo ordinario aggiornamento.
  - Lotta alla pandemia da Covid-19: Piena attuazione delle direttive regionali in materia di emergenza sanitaria da Covid-19, garantendo nel contempo l'ordinaria erogazione delle prestazioni ospedaliere e territoriali extraCovid, con particolare riferimento a quelle indifferibili ed urgenti.
  - Reti cliniche – Potenziamento e sviluppo delle reti cliniche assistenziali.
  - Rete Oncologica Regionale di Basilicata: Recepimento ed attuazione di tutte le misure e di tutte le azioni rientranti nello sviluppo delle attività della Rete Oncologica Regionale di Basilicata, istituita con DGR n.144 del 3 marzo 2021.
- DGR n.272 del 11/05/2022 con la quale la Regione Basilicata ha definito gli obiettivi regionali di salute e di programmazione economico-finanziaria per le ASL e A.O. regionali per gli anni 2021-2023, modificata ed integrata dalla DGR 136 del 10/03/2023- modifica ed integrazione anno 2023 allegato 1;

Nell'Allegato 1 della predetta DGR sono state definite le aree di risultato ed i relativi obiettivi di salute assegnati alle Aziende Sanitarie. Risultano, altresì, esplicitate le metodologie e le schede di indicatori per ogni Azienda Sanitaria Regionale.

Il sistema di valutazione 2021-2023 – Integrazioni 2023 - si compone di *n. 4 principali aree di risultato*, ciascuna articolata in più obiettivi, come di seguito riportato:

**1) Tutela della salute:**

- Prevenzione Primaria
- Promozione stili di vita sani
- Screening oncologici
- Sicurezza sul lavoro
- Sanità Veterinaria

**2) Performance organizzative e cliniche aziendali:**

- Appropriately area clinica
- Appropriately organizzativa
- Efficacia assistenziale territoriale
- Efficacia Percorso Emergenza - Urgenza

### **3) Gestione Economico-finanziaria:**

- Efficienza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatazza prescrittiva farmaceutica
- Appropriatazza prescrittiva diagnostica

### **4) Conseguimento di obiettivi strategici regionali:**

- Cure Palliative
- Utilizzo dei flussi informativi
- Risk management
- Verifica del Programma di Controllo delle cartelle cliniche
- Monitoraggio spesa del personale sanitario

Gli obiettivi sono valutati mediante una serie di indicatori quali-quantitativi sintetici distinti per le 4 aree di risultato, all'ASP sono assegnati 15 obiettivi misurati da 53 indicatori. Alcuni dei 53 indicatori sono anche finalizzati al parere di conferma dell'incarico di direzione generale dopo il 24° mese e alla valutazione globale di performance dell'Azienda (VGP). Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo.

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

*Ai fini del parere di confermabilità nell'incarico di Direzione Generale dopo il 24-esimo mese, fermo restando quanto previsto in ambito contrattuale, si fa riferimento per ciascuna Azienda alla metodologia che individua un numero ristretto di Indicatori.*

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

#### **Indicatori di tipo quantitativo**

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

#### **Indicatori di tipo qualitativo**

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

*A fini, invece, della Valutazione Globale di Performance (V.G.P.) è stato selezionato un set ridotto di indicatori che, per l'ASP, è costituito dai 6 (sei) seguenti:*

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani);
- N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti;
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana ( $\geq 65$  anni);
- Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti);
- Incidenza farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto;
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio.

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto del posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi. Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è uguale o migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.

### **Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2023-2025- annualità 2023**

#### **Area della prevenzione**

- attuare il PNP 2020-2025 (approvato con D.G.R. n. 202101070 del 28/12/2021);
- dare continuità alle azioni delle Unità Speciali distrettuali COVID-19 (ex DDG. n.177 del 30.03.2020);
- dare continuità al Piano Aziendale Vaccini antiCovid-19;
- migliorare i livelli di copertura vaccinale e programmazione delle attività vaccinali, come previsto dal PNPV 2020-2025 (approvato con Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 19.01.2017 e prorogato con l'Intesa del 25.03.2021) 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;
- incentivare la cultura della prevenzione, promuovendo iniziative volte al miglioramento degli stili di vita e delle buone pratiche alimentari nonché alla prevenzione dei disturbi del comportamento;
- sviluppare sinergie tra i due Dipartimenti di Prevenzione e promuovere l'integrazione con i Distretti rafforzando il processo di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure;
- ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
- integrare i programmi di screening nei piani di prevenzione attiva;
- 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;

- promuovere azioni 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, per entrambi i Dipartimenti di Prevenzione, la partecipazione ai vari eventi organizzati da Istituzioni, associazioni e privati cittadini attinenti alle materie di interesse, assicurando la propria collaborazione ad Università, Istituti ed Enti Nazionali ed europei, per favorirne l’attività di ricerca e di azione;
- sviluppare la rete della medicina legale;
- garantire il mantenimento dei requisiti di “territorio ufficialmente indenne”;

### **Area della Salute Mentale e delle nuove dipendenze**

- promuovere interventi di prevenzione del disagio mentale e delle dipendenze;
- favorire l’attività di prevenzione dei CSM aziendali al fine di garantire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale;
- attivare misure di integrazione per l’inclusione sociale e la lotta allo stigma;
- promuovere la lotta alle nuove dipendenze anche attraverso la realizzazione di campagne informative nelle scuole;
- realizzare gli obiettivi e le attività previste nel «Piano Regionale 2017/2018 - Gioco d'Azzardo Patologico»;

Vista l’intesa, 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento “Linee indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali” (Rep. Atti n. 58 /CSR del 28 Pagina 4 di 6 aprile 2022),) con la quale si è stabilito che le Regioni debbano intraprendere delle azioni programmatiche volte principalmente al superamento della contenzione meccanica e al rafforzamento dei percorsi di cura mediante la sperimentazione di progetti alternativi ai percorsi di ricovero in REMS, la Regione Basilicata intende, per il tramite delle Aziende Sanitarie Regionali - A.S.P. Potenza e A.S.M. Matera, - sviluppare due progetti regionali che rafforzino i Dipartimenti di Salute Mentale con l’obiettivo di implementare i percorsi per il superamento della contenzione meccanica (ASM) e di prevedere percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS (ASP). Progetti che dovranno concludersi entro e non oltre il 30 giugno 2023.

Di seguito la sintesi del Progetto per l’ASP

| Progetto ed Azienda attuatrice          | Obiettivi   | Importo assegnato di cui all’Intesa 58/CSR del 28/04/2022 |
|---|---|---|
| Il Giardino dell’essenza” ASP – Potenza | Prevedere percorsi innovati alternativi ai ricoveri nelle REMS. Promuovere per i pazienti psichiatrici, autori di reato con misure di sicurezza, inseriti nel centro diurno o presenti a domicilio, la formazione professionale e opportunità lavorative favorendo l’acquisizione di un ruolo sociale e restituendo agli stessi la dignità e il diritto al lavoro | €. 464.947,00   |

- attivare posti di ricovero per la neuropsichiatria infantile;
- garantire l'apertura di ambulatori dedicati all'autismo in età adulta;
- potenziare il sistema di monitoraggio dei percorsi terapeutici riabilitativi, attraverso la standardizzazione delle procedure di assessment dei percorsi, focalizzato sulle fasi di entrata, permanenza e dimissione, con l'obiettivo di valutare l'andamento e gli effetti del trattamento, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita e alla soddisfazione degli utenti;
  - valutazione degli esiti della riabilitazione psichiatrica attraverso l'analisi dei dati relativi agli outcome, utili a rilevare gli effetti del trattamento riabilitativo e l'impatto sulla qualità della vita dei pazienti dimessi dalla struttura in un range di tempo definito.

### **Efficientamento del sistema sanitario dell'emergenza urgenza 118**

Nell'ambito della MISSIONE 5 Componente 3: "Interventi speciali per la coesione territoriale" – Investimento 1: "Strategia nazionale per le aree interne" - Linea di intervento 1.1.1 "Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità" del PNRR, il sistema Sanitario dell'Emergenza - Urgenza, posto in capo all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, ha candidato a finanziamento, per il tramite della Regione Basilicata, un progetto di adeguamento tecnologico dell'intera infrastruttura di controllo delle aree di atterraggio per elicotteri di soccorso già presenti, o di adeguamento di aree che potranno essere adibite allo scopo. La proposta progettuale è denominata "Progetto Infrastruttura Tecnologica per Elisoccorso Regione Basilicata"

Per quanto concerne le attività già svolte dal sistema di Emergenza – Urgenza, continueranno le seguenti attività:

- prosecuzione dell'adeguamento strutturale dei Punti Territoriali di Soccorso (P.T.S.);
- organizzazione del Corso di formazione per i Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale,
- attivazione di un contratto di manutenzione evolutiva del software della centrale del 118;
- avvio di forme di collaborazione con le associazioni di volontariato.

### **Progetto Regionale rete e-health/telemedicina**

Nell'anno 2023 l'ASP sarà impegnata a dare continuità al progetto regionale finalizzato alla realizzazione di una rete di e-health/telemedicina per i servizi oncologici e di assistenza territoriali. Alcune delle attività previste dal progetto, che riguarda tutte le Aziende del SSR, sono già state avviate a partire dal 2021 e altre partiranno nell'anno in corso. Di rilievo saranno le modifiche per le attività previste dal PNRR.

Si riportano le attività distinte per ambito di intervento:

- 1. Telemonitoraggio con Dispositivi Elettromedicali Integrati in Piattaforma di Telemedicina e Centrale Tecnologica Temporanea a supporto.

La piattaforma POHEMA installata in Regione Basilicata, per quanto concerne il modulo di Telemonitoraggio, comunica ad oggi con i seguenti dispositivi elettromedicali:

- Monitor Multiparametrico PC 300 GIMA: per la misurazione della saturazione, temperatura, pressione, frequenza cardiaca e respiratoria;
- Sensore T1 Heart Monitor Umana: per l'effettuazione dell'ECG a 6 vie e per la misurazione della saturazione, temperatura, pressione, frequenza cardiaca e respiratoria.



### *Attività prevista nel 2023:*

- Kit di monitoraggio: Sono in fase di consegna i kit di monitoraggio dei pazienti fragili per i quali è già attiva una Centrale Tecnologica Temporanea a Supporto degli utenti della piattaforma POHEMA (Sia medici/operatori sanitari, che pazienti). Nel corso del 2023 le attività di consegna e monitoraggio dei kit continueranno per i pazienti di tutta la regione. Il progetto prevede, infatti, la realizzazione di una centrale nel POD di Venosa per la quale è stato disposto uno stanziamento di € 360.000,00€. I lavori sono stati ultimati ed hanno avuto inizio le attività di trasferimento del personale.
- 2. Modulo Televisita di Phoema.

Nel corso del 2021 il Modulo di Televisita di POHEMA è stato attivato per l'ADI di Potenza, con riferimento alle Televisite per la Certificazione delle Disabilità Gravissime. Nel mese di maggio 2022, è stata approvata la Delibera Regionale di Telemedicina che elenca le visite che potranno effettuarsi in modalità Televisita e illustra le modalità operative di attuazione del Servizio.

Lo stato di attivazione del servizio di Televisita è il seguente:

- Ospedale San Carlo: formati 4 ambulatori ma nessuno dei 4 è attivo.
- Matera: individuati 8 ambulatori, ma solo un paio di medici hanno dato la propria disponibilità a partecipare all'attività formativa; il servizio di Televisita, di fatto, non è ancora attivo.
- ASP: è in corso la formazione per 8 medici per gli 8 ambulatori ASP.
- CROB: è stato formato solo il personale medico dell'ambulatorio di Oncologia ma non è ancora attivo. Sono in corso alcuni sviluppi in piattaforma richiesti dal CROB.
- *Attività prevista nel 2023.*
- formare tutti gli utenti interessati dalle attività sopracitate (medici/operatori sanitari/pazienti).
- Attivare le relative agende CUP e le prenotazioni.

- 3. Attivazione di una Centrale Operativa e di una Centrale di Gestione

➤ *Attività prevista nel 2023.*

Nel corso del 2023 il modello delle centrali sarà ripensato alla luce della partenza delle COT, delle case di comunità e degli ospedali di comunità previsti nel PNRR.

- 4. Integrazione con gli altri applicativi del SISIR

Il progetto iniziale prevede una forte integrazione con il Sistema Informativo Sanitario Regionale, per sfruttare i dati e le procedure già a disposizione, evitando inutili duplicazioni.

➤ *Attività prevista nel 2023.*

Per quanto concerne l'integrazione di POHEMA con gli altri applicativi del SISIR sono in corso le seguenti integrazioni:

- ✓ Integrazione con AUMO (Anagrafe Unica Medici e Operatori)
- ✓ Integrazione con Atlante (Studio Vega)
- ✓ Integrazione con il CUP
- ✓ Integrazione con ARCA (software di refertazione regionale)

Sono da avviare le seguenti integrazioni:

- ✓ Integrazione con il FSE
- ✓ Integrazione con applicativi di Pronto Soccorso e ADT
- ✓ Integrazione con Sistema di Gestione dei Ricoveri
- ✓ Integrazione piattaforma di Telemedicina con la Cartella Diabetologica (Meteda);
- ✓ Alimentazione del Taccuino dell'assistito; -
- ✓ Integrazione con SPID/CIE/CNS per l'accesso alla piattaforma di Telemedicina.

- 5. Integrazione tra POHEMA e altri dispositivi Elettromedicali

La struttura ADI di Potenza ha richiesto, durante il 2021, l'integrazione in Telemedicina di alcuni dispositivi elettromedicali già in loro dotazione o in fase di acquisto.

Nello specifico sono partite nel 2021 ed ultimate nel 2022 le integrazioni con i seguenti dispositivi:

- Pompe di Nutrizione Parenterale AGILIA di Fresenius – KABI;
  - Dispositivo Wound Viewer di Omnidermale per lo studio delle Ulcere Cutanee;
  - Nel corso del 2023, a seguito della conclusione dei lavori dei tavoli dei PDTA, saranno acquistati ed integrati i dispositivi richiesti.
- 6. Definizione dei PDTA ed individuazione/integrazione dei dispositivi Elettromedicali necessari (con connesso acquisto dei KIT necessari)

Il progetto prevede la sua integrazione con i vari PDTA (soprattutto quelli oncologici) che sono in fase di definizione da parte delle Aziende.

La commissione regionale ROB (Rete Oncologica Basilicata) sta predisponendo PDTA specifici per singole patologie tenendo conto di tutte le possibili applicazioni di telemedicina.

Sono stati creati a tal proposito specifici tavoli tematici per nuovi percorsi e per la completa contestualizzazione della telemedicina regionale con i PDTA.

➤ *Azioni previste nel 2023*

- Definizione dei PDTA tematici.
- Individuazione e acquisto dei kit per la rilevazione di alcuni Parametri vitali (sia da affidare al paziente che da inserire nella "valigetta" dell'operatore ADI).
- Integrazione dei kit con il software di telemedicina.

- 7. Sviluppi sulla Piattaforma POHEMA

L'utilizzo della Piattaforma nel corso del 2021 e del 2022 ha fatto emergere alcune richieste di personalizzazioni da parte delle Aziende del SSR, condivise e poi approvate a livello regionale.

➤ *Azioni previste nel 2023*

Sarà predisposta l'alimentazione del fascicolo Sanitario Elettronico secondo le nuove specifiche perviste per il FSE 2.0.

- 8. Sanità Digitale

All'interno del progetto telemedicina è stato inserito lo sviluppo di un portale ed di una APP attraverso le quali interagire con il cittadino, fornire servizi ed informazioni

➤ *Azioni previste nel 2023*

Continueranno gli sviluppi iniziati nel 2022 e saranno attivate varie funzionalità, le principali sono:

- Prenotazione e pagamento visita
- Gestione televistita
- Screening
- Fascicolo Sanitario

Sarà, inoltre presente una sezione dove saranno riportate le News provenienti dai siti delle Aziende.

- Avvio Progetto GAL PERCORSI

Nel corso del 2021 alcuni Comuni, in forma associata (GAL – Gruppi di Azione Locali), hanno rappresentato all’ASP la possibilità di mettere a sua disposizione fondi per la telemedicina, integrando così progetto Regionale in Corso.

Si è ipotizzato di utilizzare i fondi a loro disposizione per acquistare KIT specifici dedicati a specifiche patologie diffuse sul territorio regionale di loro competenza (Es. Sindrome Dismetabolica, Diabete, Scompenso Cardiaco, etc.).

Nello specifico l’ASP ha collaborato alla stesura di un Progetto dedicato alla Telemedicina, preambolo per un Bando di Gara bandito dal GAL per la fornitura dei KIT individuati.

Nel 2022 sono stati definiti i capitolati tecnici ed avviate le gare.

➤ *Azioni previste nel 2023*

Continuando il lavoro già iniziato nel 2023, saranno definite ed attuate le modalità di creazione delle agende, saranno concordate tra GAL e ASP le prestazioni che saranno erogate.

### **Riorganizzazione dei servizi territoriali**

Di seguito sono riportati gli obiettivi individuati per la riorganizzazione dei servizi territoriali:

- garantire l’equilibrio sostenibile fra l’esigenza di rispondere ad una domanda di servizi di cura, in continua evoluzione, e quella di utilizzare al meglio le limitate risorse economiche ed umane, perseguendo al contempo il miglioramento della qualità dei servizi offerti e della salute pubblica;
- costituire un gruppo tecnico per l’analisi della domanda, dell’offerta territoriale e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche disponibili;
- elaborare un programma delle attività territoriali e di ri-pianificazione dell’offerta territoriale che tenga conto della messa in comune ed appropriatezza nell’uso delle risorse;
- adottare i PDTA per pazienti cronici portatori di diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie croniche ostruttive nei Distretti;
- rendere esplicita la definizione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per pz fragili, cronici e disabili sviluppando specifici percorsi strutturati;
- attivare la rete degli ambulatori infermieristici di comunità/famiglia;
- potenziare l’assetto organizzativo dell’ADI;
- attuazione Progetto regionale finalizzato alla realizzazione di una rete di e-health/telemedicina per i servizi oncologici e di assistenza territoriali.
- elaborazione ed attuazione del Piano aziendale delle cronicità;
- monitorare l’efficacia del percorso per il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche;

- attuare il programma di contenimento della spesa farmaceutica condiviso tra le Aziende del SSR al Tavolo Interaziendale sulla farmaceutica, ex DDG ASP 515/2019;
- individuazione e negoziazione di un budget con i medici prescrittori;
- redazione della scheda di infungibilità, in caso di utilizzo di farmaci Biologici non offerenti in Accordo Quadro, a firma del medico prescrittore, Direttore UO e Direttore del Dipartimento (DGRB n. 1226 del 24/09/2015) ai fini dell'approvvigionamento per farmaci infungibili;
- predisposizione di una reportistica unica della Distribuzione Diretta delle Aziende del SSR;
- organizzazione di incontri con esperti delle società scientifiche di settore;
- sviluppo di percorsi diretti a responsabilizzare i medici prescrittori;
- incontri (es. sui tassi di prescrizione delle singole molecole) tra i medici prescrittori sia in ambito infraregionale che interaziendale (Best Performance);
- individuazione di indicatori di appropriatezza prescrittiva condivisi tra i medici delle diverse aziende.
- garanzia dell'attuazione del piano per l'abbattimento delle liste di attesa e l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

### **Area Amministrativa e di Staff**

- monitoraggio e razionalizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie;
- valorizzazione della collaborazione e dei collegamenti informativi e professionali tra le strutture di erogazione dei servizi socio-sanitari e quelle di supporto;
- redazione e attuazione del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) nel quale sono destinati a confluire diversi strumenti di programmazione tra cui il Piano della Performance, il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, il Piano delle Azioni Positive, il Piano per l'Integrità e la Trasparenza;
- potenziamento della rete informatica territoriale ed estensione dell'informatizzazione dei servizi volta a una sempre maggiore dematerializzazione delle attività;
- attuazione piano dei Fabbisogni del Personale 2022/2024;
- attuazione delle Azioni Positive 2022-2024;
- attuazione Formazione del Personale 2023;
- attuazione delle misure programmate per l'Integrità e la Trasparenza 2023-2025;
- attuazione degli interventi programmati con il Piano Triennale dei Lavori 2023/2025 (annualità 2023);
- adeguamento del sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale.
- verifica periodica sulla corretta alimentazione, in tutte le strutture aziendali, dei flussi informativi verso la regione ed il ministero;
- monitoraggio degli standard di qualità dei servizi con riferimento alla percezione dell'utenza;
- individuazione e rilevazione del fabbisogno di personale secondo principi di efficienza ed efficacia;
- ricognizione dei flussi informativi aziendali e individuazione dei responsabili del debito informativo.

- attuazione del redigendo Piano di Prevenzione del Rischio clinico 2023 con le azioni in esso declinate.

## ALBERO DELLA PERFORMANCE

I legami fra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni, sono rappresentati con l'albero delle performance che fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale.

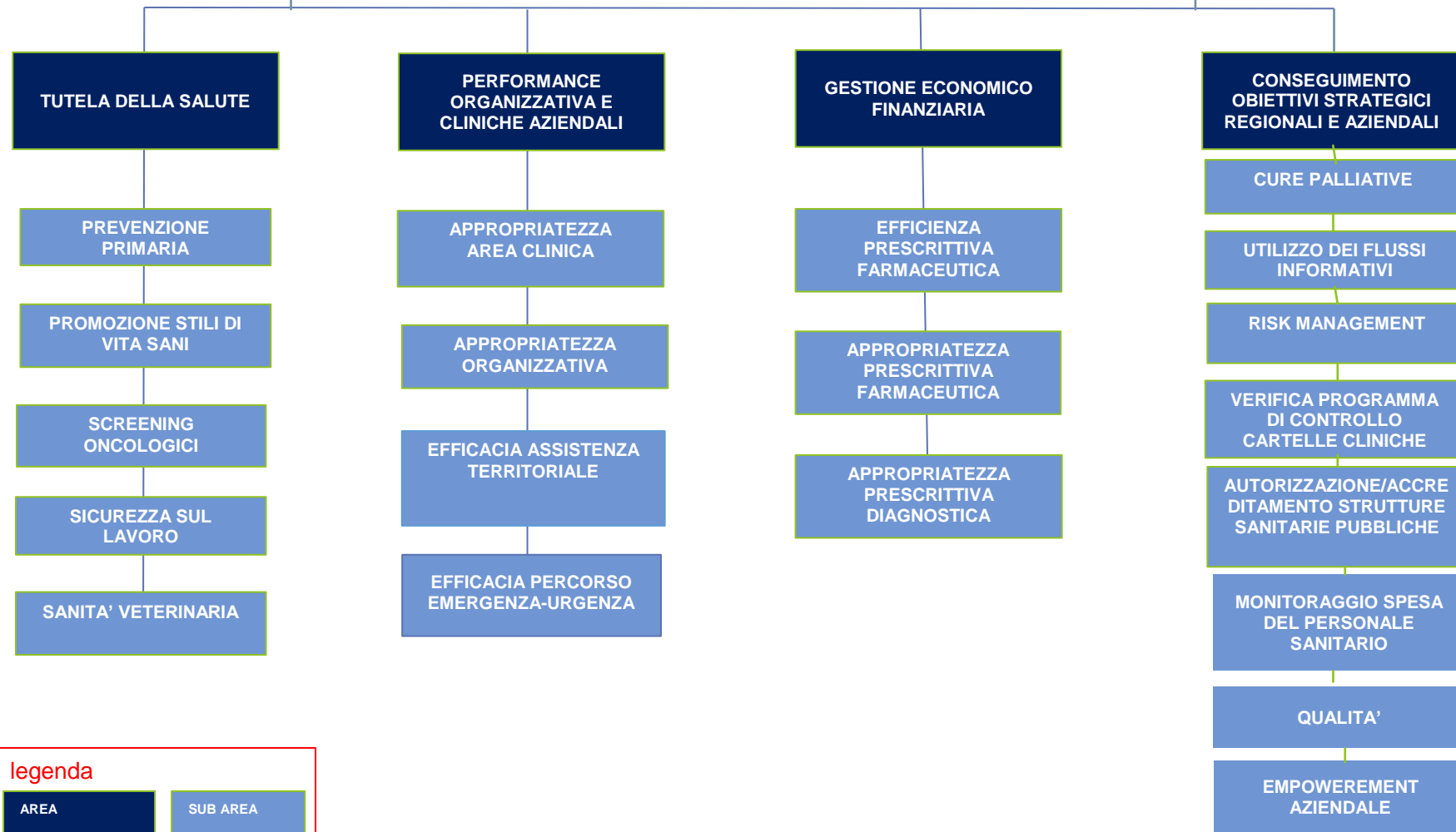
Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli outcome perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative. Le funzioni fondamentali svolte dall'Azienda Sanitaria di Potenza si articolano in 4 Aree Strategiche di intervento che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale.

Attraverso la declinazione delle aree strategiche in obiettivi ed indicatori assegnati nel budget annuale, l'azienda punta a realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento



Per ognuna delle aree strategiche sono individuate le **sub-aree** (ossia degli ambiti omogenei di operatività dell'Azienda) e le principali correlazioni logiche tra le aree e le sub-aree (ossia le integrazioni operative che devono essere ricercate e perfezionate attraverso l'organizzazione per erogare servizi assistenziali di qualità).

## AREE E SUB-AREE STRATEGICHE



PREVENZIONE PRIMARIA

PROMOZIONE DI STILI DI  
VITA SANI

SCREENING ONCOLOGICI

SICUREZZA SUL LAVORO

SANITA' VETERINARIA

#### PRINCIPALI SFIDE

- Miglioramento della copertura vaccinale.
- Miglioramento degli stili di vita e diffusione delle buone pratiche in materia di alimentazione, di prevenzione dell'abuso di alcol e prevenzione del fumo.
- Attuazione del Progetto Passi e Passi d'Argento 2023
- Miglioramento del grado di estensione delle campagne di screening per il controllo delle patologie oncologiche
- Mantenimento del livello attuale dell'attività di vigilanza per la sicurezza degli ambienti di lavoro.
- Aumento dei controlli igienico-sanitari per la sicurezza degli alimenti di origine vegetale
- Aumento dei controlli igienico-sanitari per la sicurezza degli alimenti di origine animale



## PREVENZIONE PRIMARIA

Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione

Migliorare la copertura vaccinale

Copertura vaccinale MPR nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)

Copertura vaccinale papilloma virus HPV nella popolazione bersaglio

Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi

Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi

Copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi

## PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI

Miglioramento della qualità di vita

Promozione di stili di vita sani

% di persone intervistate consigliate dal medico o da altro operatore sanitario di fare attività fisica

% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso

% di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o da altro operatore sanitario di fare attività fisica

% di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o da altro operatore sanitario a bere meno

% di fumatori consigliati dal medico o da altro operatore sanitario di smettere di fumare

### legenda

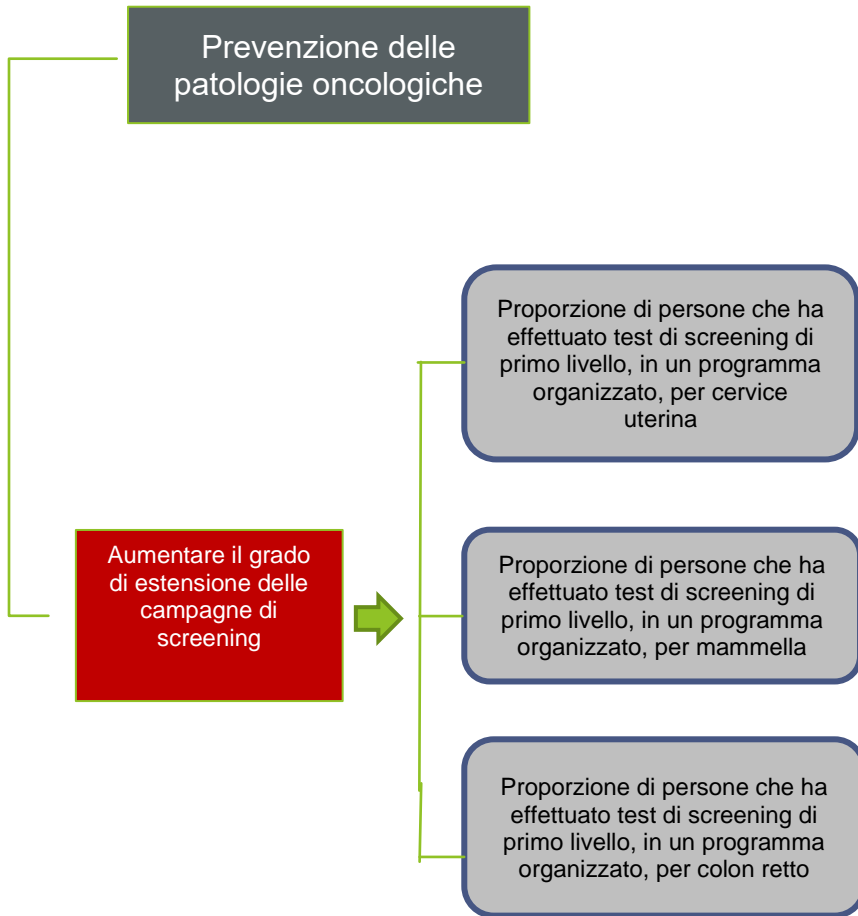
Obiettivo strategico

SUB-AREA

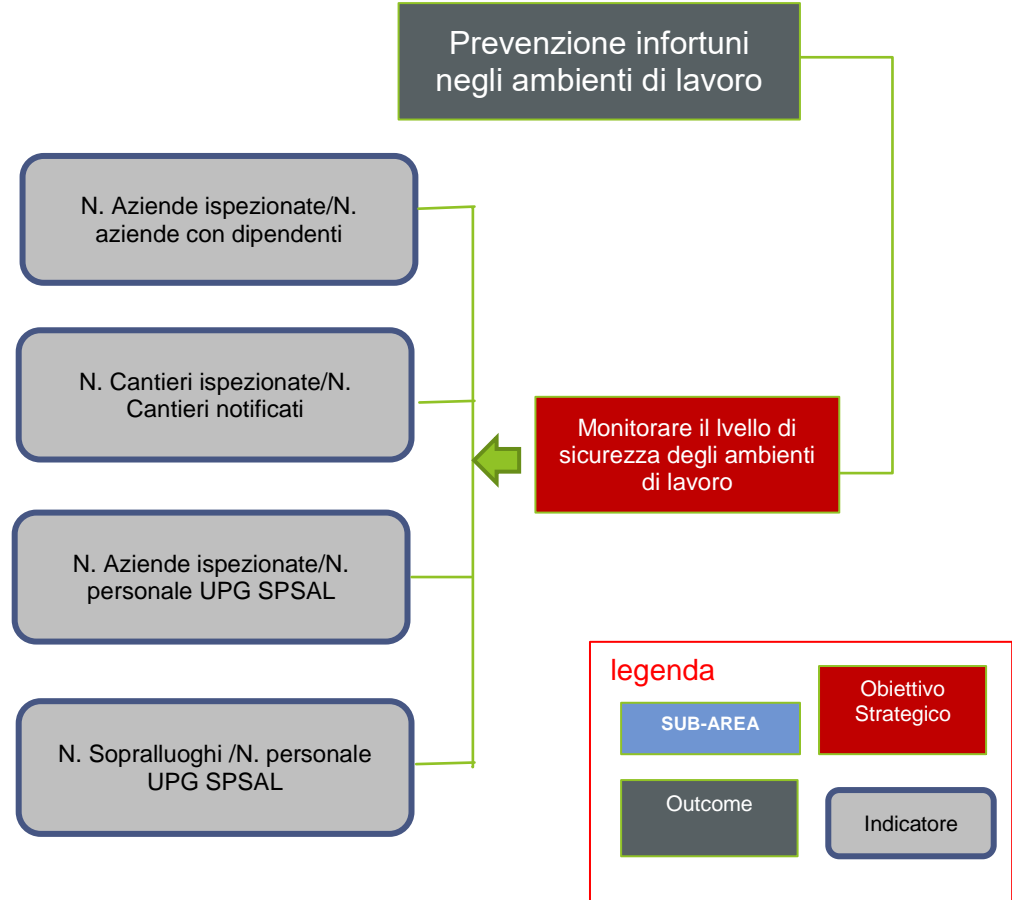
Indicatore

Outcome

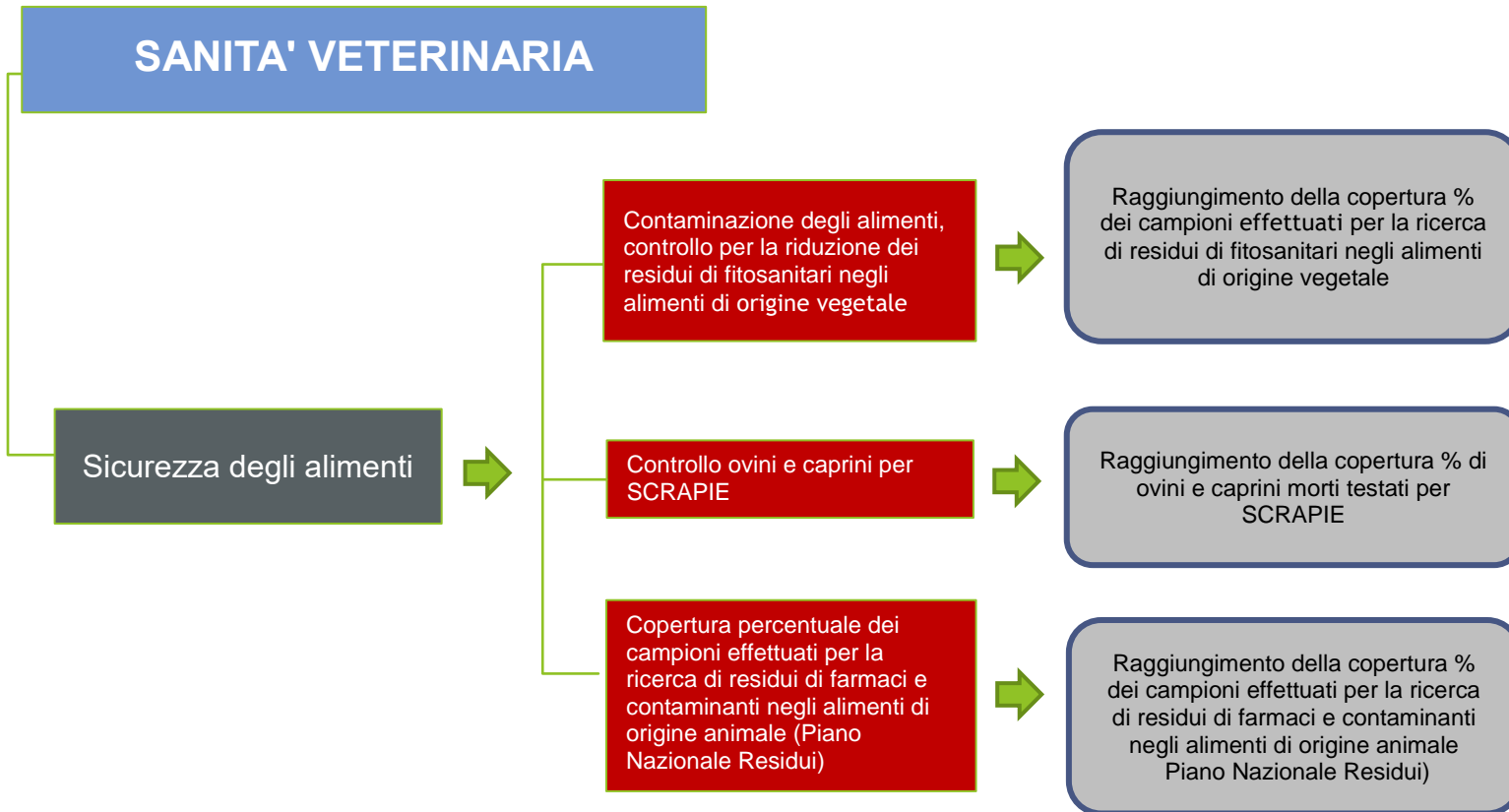
## SCREENING ONCOLOGICI



## SICUREZZA SUL LAVORO



## SANITA' VETERINARIA



APPROPRIATEZZA AREA  
CLINICA

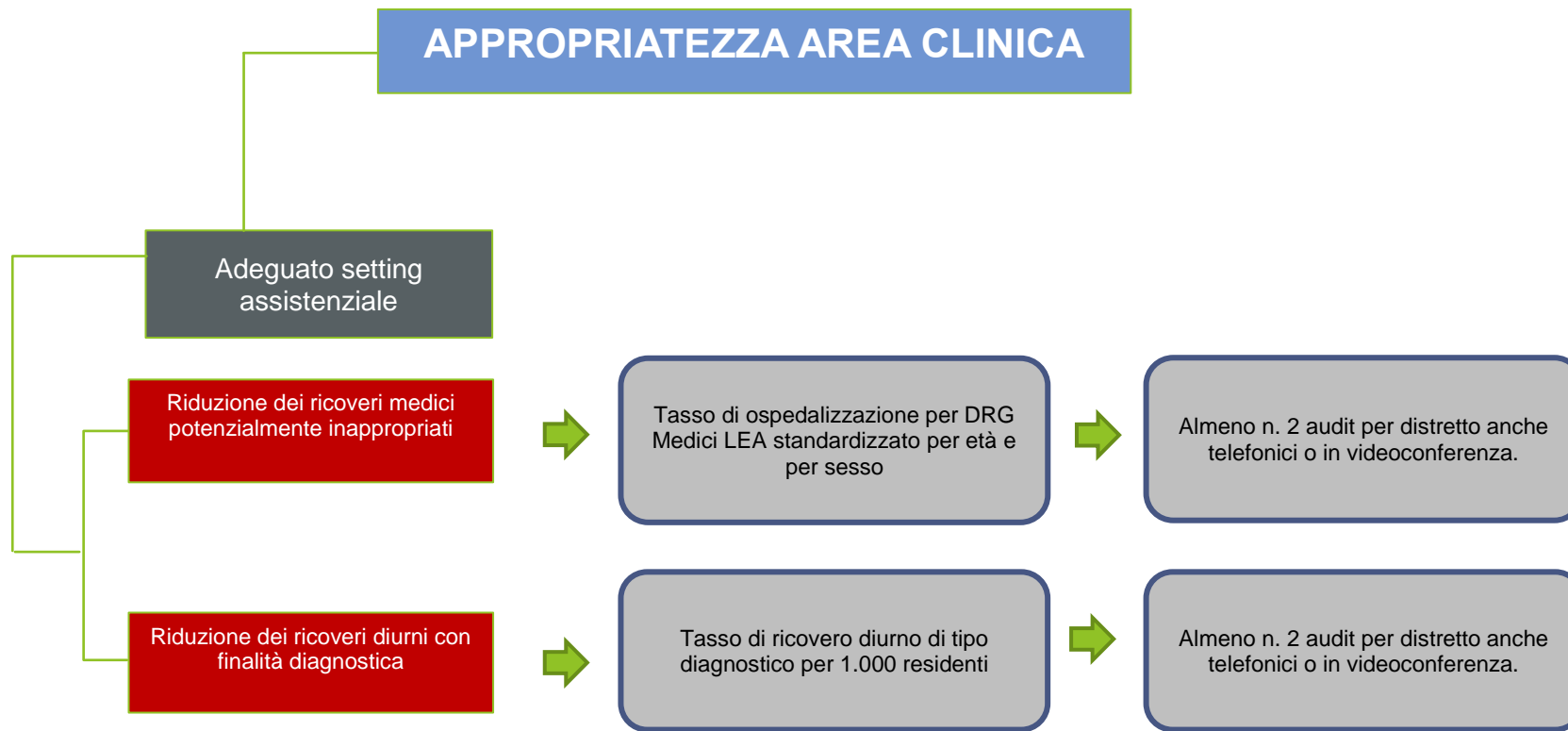
APPROPRIATEZZA  
ORGANIZZATIVA

EFFICACIA ASSISTENZIALE  
TERRITORIALE

EFFICACIA PERCORSO  
EMERGENZA-URGENZA

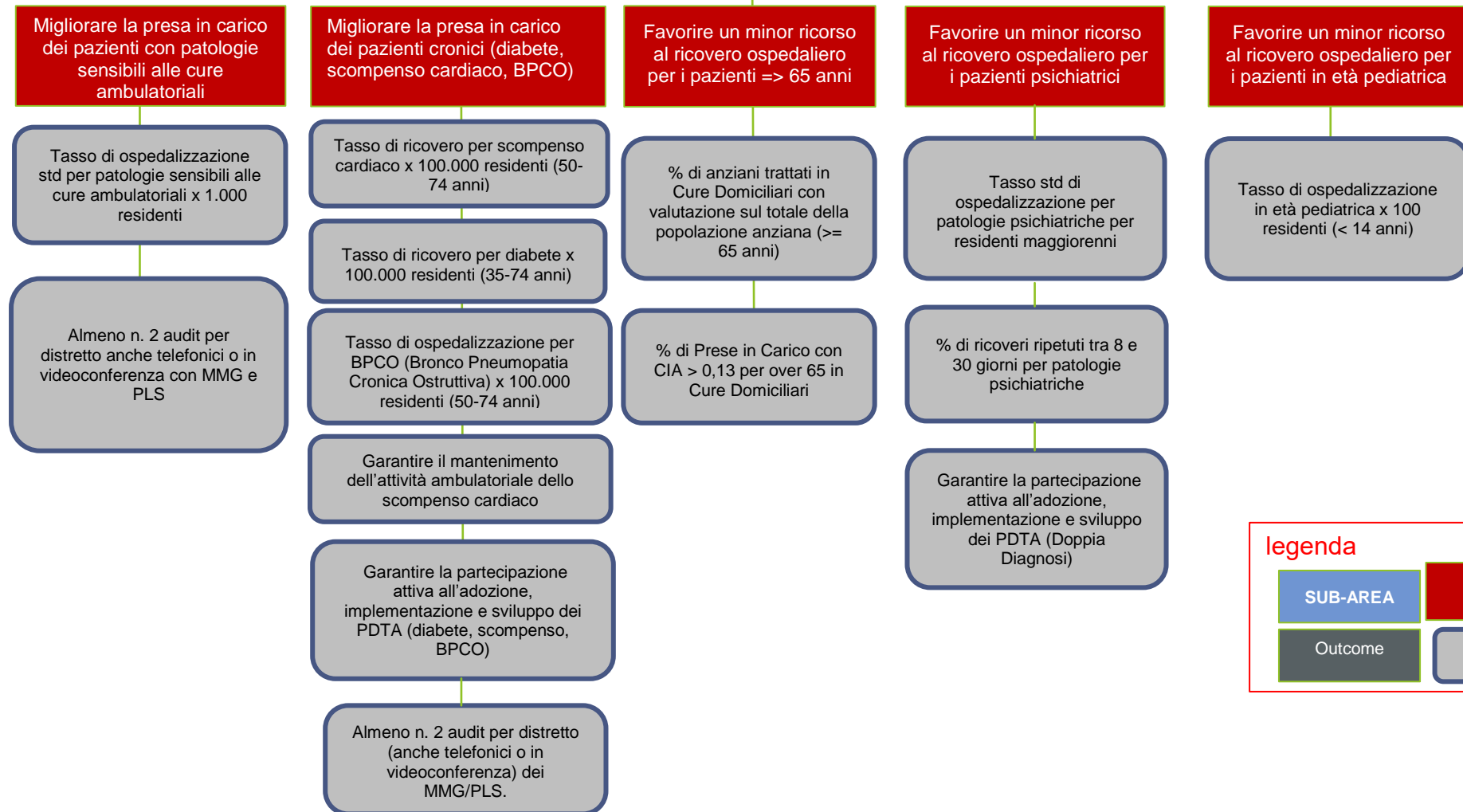
### PRINCIPALI SFIDE

- Migliorare l'appropriatezza delle cure
- Migliorare l'efficacia dell'assistenza territoriale.
- Migliorare la qualità dei servizi offerti e della salute pubblica utilizzando al meglio le limitate risorse economiche ed umane.
- Contenere il numero di ricoveri ospedalieri per abitante al fine di riallocare le risorse per l'attivazione dei servizi territoriali.
- Migliorare la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative.
- Favorire la deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale.
- Migliorare il grado di estensione dell'assistenza domiciliare al fine di contrastare l'istituzionalizzazione impropria e precoce degli anziani.
- Consolidare l'integrazione tra gli ospedali del SSR ed il sistema emergenza – urgenza.
- Sviluppare sinergie ed integrazioni nell'organizzazione dell'emergenza – urgenza.
- Attivare momenti informativi/formativi rivolti ai Medici di Medicina Generale ed ai Medici di Continuità Assistenziale sulle tematiche dell'emergenza-urgenza.
- Migliorare l'appropriatezza organizzativa del sistema emergenza - urgenza (tempestività di risposta - riduzione intervallo allarme-target 118).



EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

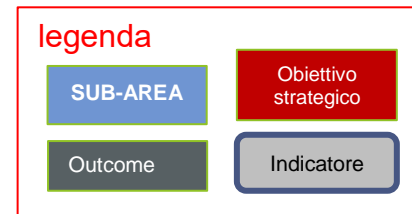
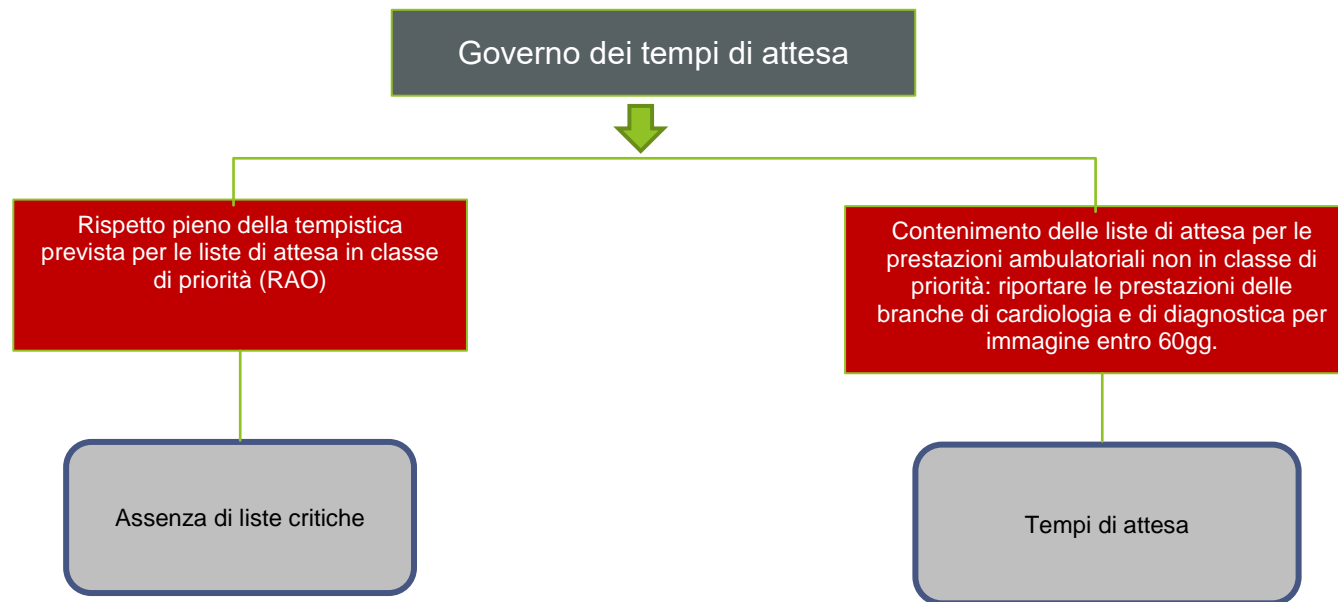
Efficacia assistenziale nelle patologie croniche



**legenda**

|          |                      |
|----------|----------------------|
| SUB-AREA | Obiettivo strategico |
| Outcome  | Indicatore           |

## EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE



## EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA-URGENZA

Appropriatezza organizzativa  
(Tempi di risposta DEU 118)

Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano (riduzione intervallo target)

Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)

### legenda

SUB-

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore



**EFFICIENZA PRESCRITTIVA  
FARMACEUTICA**

**APPROPRIATEZZA  
PRESCRITTIVA  
FARMACEUTICA**

**APPROPRIATEZZA  
PRESCRITTIVA  
DIAGNOSTICA**

**EQUILIBRIO ECONOMICO-  
FINANZIARIO**

**PRINCIPALI SFIDE**

- Miglioramento dell'efficienza prescrittiva farmaceutica attraverso il corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci.
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica.
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica.
- Razionalizzazione ed efficientamento della spesa sanitaria.

## EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

Efficienza prescrittiva farmaceutica

Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA

Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto

Utilizzo farmaci biosimilari

% utilizzo farmaci biosimilari

### legenda

SUB-AREA

Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

## APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Riduzione dell'incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (IPP)

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

Ridurre il consumo occasionale di antidepressivi (antiipertensivi)

Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

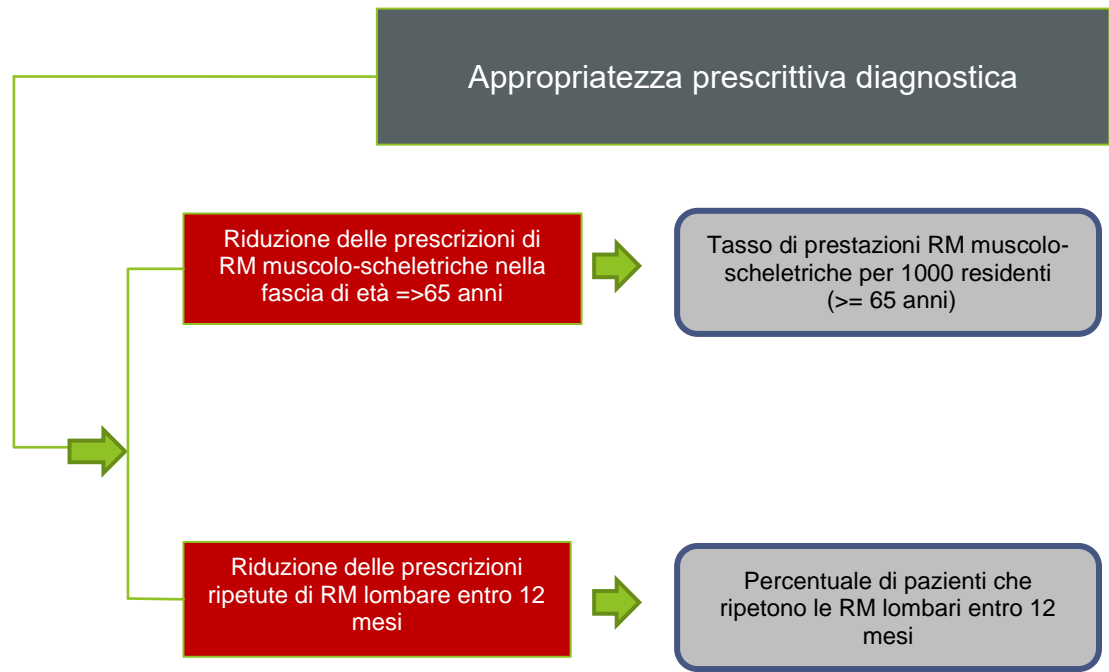
Consumo di farmaci antibiotici

Consumo di farmaci antibiotici

Consumo di colecalciferolo

Monitoraggio del consumo di colecalciferolo sul territorio

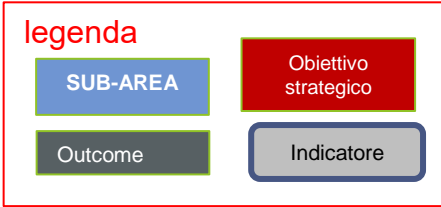
# APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA



**legenda**

|                 |                             |
|-----------------|-----------------------------|
| <b>SUB-AREA</b> | <b>Obiettivo strategico</b> |
| <b>Outcome</b>  | <b>Indicatore</b>           |

# EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO



## OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI

CURE PALLIATIVE

UTILIZZO DEI FLUSSI  
INFORMATIVI

RISK MANAGEMENT

VERIFICA DEL PROGRAMMA DI  
CONTROLLO DELLE CARTELLE  
CLINICHE

AUT./ACCR.STRUTTURE  
SANITARIE PUBBLICHE

QUALITA'

MONITORAGGIO SPESA DEL  
PERSONALE SANITARIO

SANITA' DIGITALE

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA

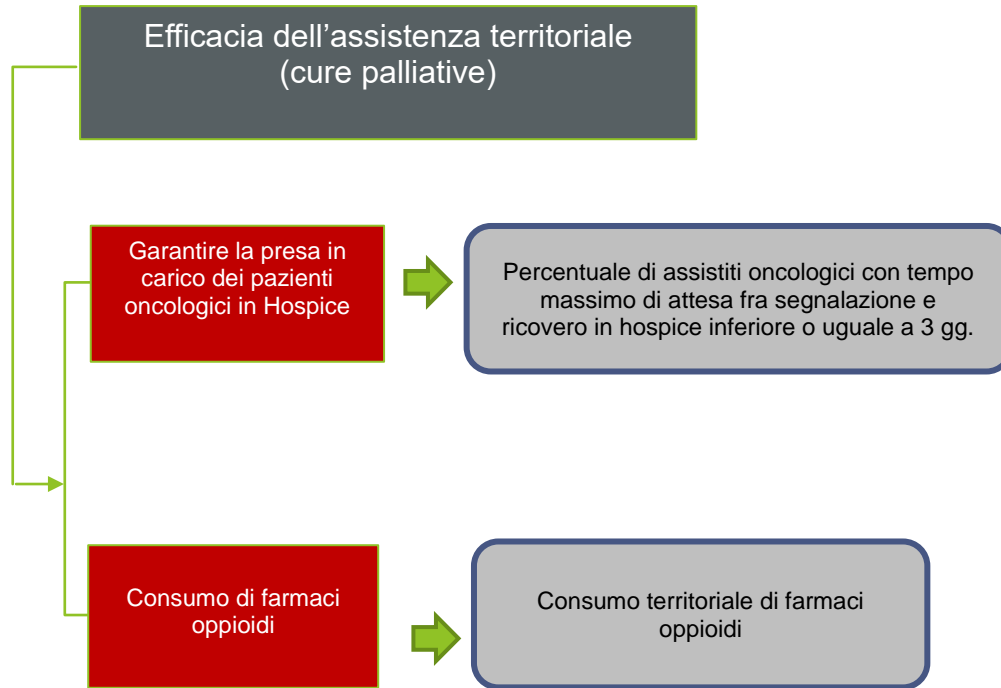
EMPOWERMENT AZIENDALE

EMERGENZA COVID-19

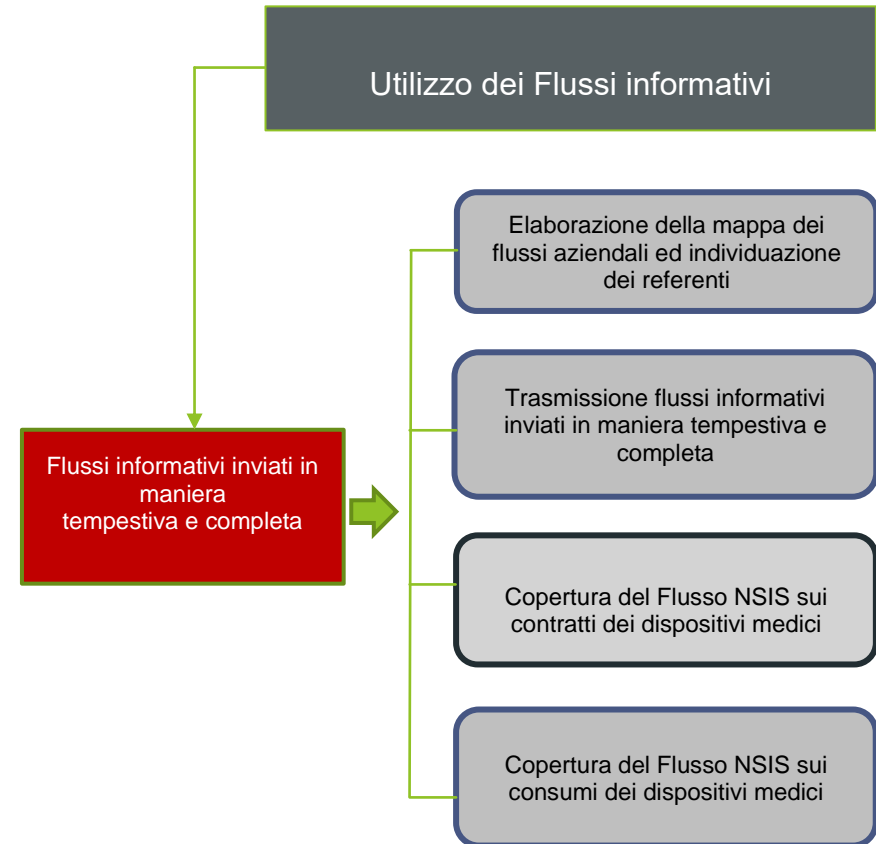
## PRINCIPALI SFIDE

- Potenziamento della lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS;
- Elaborazione della mappa dei flussi aziendali e individuazione dei referenti;
- Miglioramento della tempistica e il grado di completezza e attendibilità dei flussi informativi
- Miglioramento del livello di sicurezza per i pazienti e gli operatori;
- Controllo di congruità e appropriatezza sulle cartelle cliniche prodotte;
- Verifica delle autorizzazioni/accreditamento delle strutture pubbliche;
- Adozione e attuazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) Diabete - BPCO - Scompenso Cardiaco e Doppia Diagnosi;
- Miglioramento ed efficientamento spesa per il personale: verifica rispetto limite di spesa annuale per il personale fissato con DGR n.302 del 26.05.2022;
- Attuazione programma triennale 2023-2025, elenco annuale lavori 2023, relazione, elenco lavori finanziati e non ancora appaltati piano degli investimenti (DDG 754/2022);
- Attuazione del piano triennale dei fabbisogni 2023-2025;
- Attuazione Piano Triennale LL.PP. 2023-2025 - Annualità 2023;
- Attuazione del Piano della Formazione 2023;
- Implementazione degli strumenti sanitari digitali per migliorare la cura dei pazienti (Progetto Regionale rete e-health/telemedicina);
- Garantire il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori;
- Favorire la crescita progressiva della capacità dei dipendenti di partecipare ai processi e alle decisioni aziendali;
- Lotta alla pandemia da Covid-19: Piena attuazione delle direttive regionali in materia di emergenza sanitaria da Covid-19, garantendo nel contempo l'ordinaria erogazione delle prestazioni ospedaliere e territoriali extraCovid, con particolare riferimento a quelle indifferibili ed urgenti;

## CURE PALLIATIVE



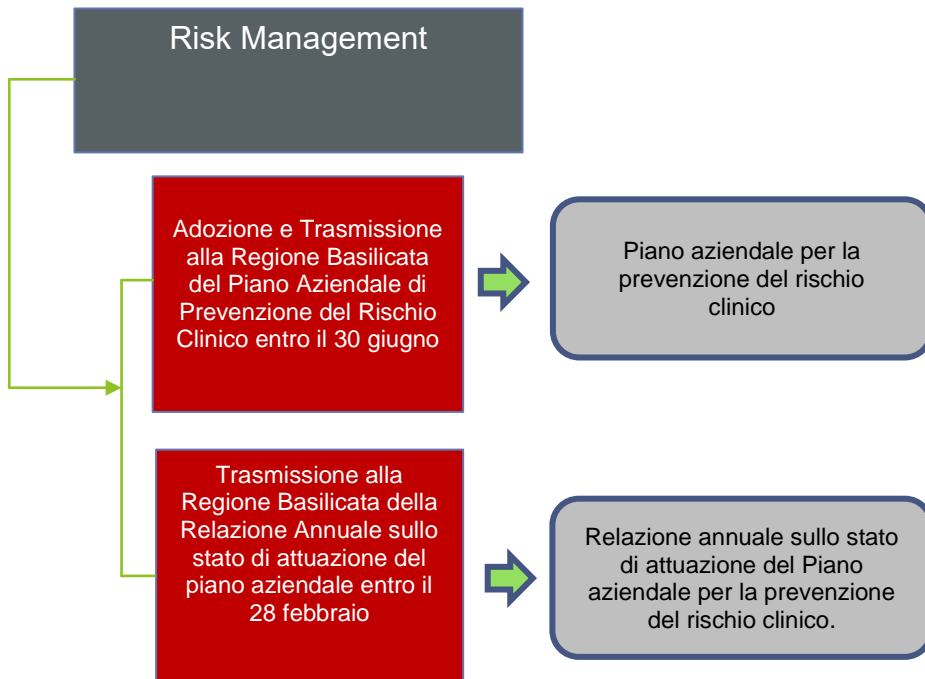
## UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI



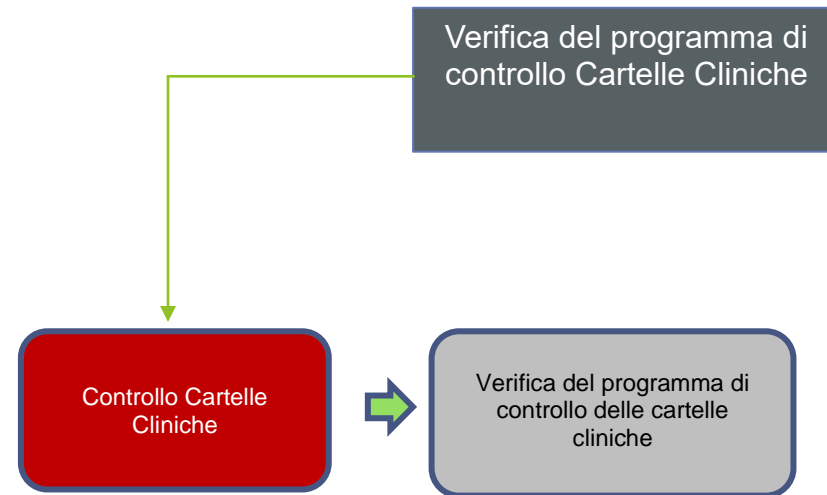
### legenda



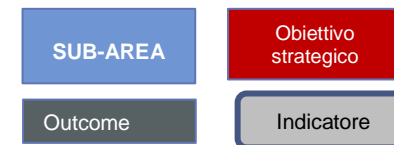
## RISK MANAGEMENT



## CONTROLLO DELLE CARTELLE CLINICHE



### legenda



## OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI E AZIENDALI

### QUALITA'

Monitoraggio dei PDTA e dei rispettivi indicatori su: Diabete - B.P.C.O. - Scemenso cardiaco cronico - Doppia diagnosi

Organizzare incontri strutturati, in presenza o videocall, per far conoscere i PDTA nella macro articolazione aziendale di afferenza con la partecipazione attiva (es. in qualità di relatori) di operatori che hanno preso parte allo sviluppo ed implementazione dei percorsi.

Indicatore: % articolazioni aziendali in cui sono stati effettuati incontri strutturati, in presenza o videocall, per far conoscere i PDTA, con la partecipazione attiva (es: in qualità di relatori) di operatori che hanno preso parte allo sviluppo ed implementazione dei percorsi.

Favorire la partecipazione attiva (es. in qualità di relatori) degli operatori che hanno implementato e sviluppato i PDTA ad incontri strutturati, in presenza o videocall, per la divulgazione dei percorsi nella struttura di afferenza e in articolazioni aziendali di diverse da quella appartenenza

Indicatore: % operatori che partecipano attivamente ad incontri strutturati (es. in qualità di relatori), in presenza o videocall, per la divulgazione dei PDTA nelle diverse articolazioni aziendali.

Favorire la conoscenza dei PDTA tra i MMG dell'ASP mediante incontri strutturati, in presenza o videocall, con partecipazione attiva di operatori e MMG che hanno implementato e sviluppato i percorsi

Indicatore: % MMG che hanno preso parte ad incontri strutturati, in presenza o videocall, per conoscere i PDTA.

Partecipazione al settimo ed ultimo step formativo sui PDTA avente ad oggetto il "Feedback sulla performance-fase after"

Indicatore: % operatori che hanno seguito i precedenti moduli e che partecipano all'ultimo step di formazione sui PDTA

#### legenda

SUB-AREA

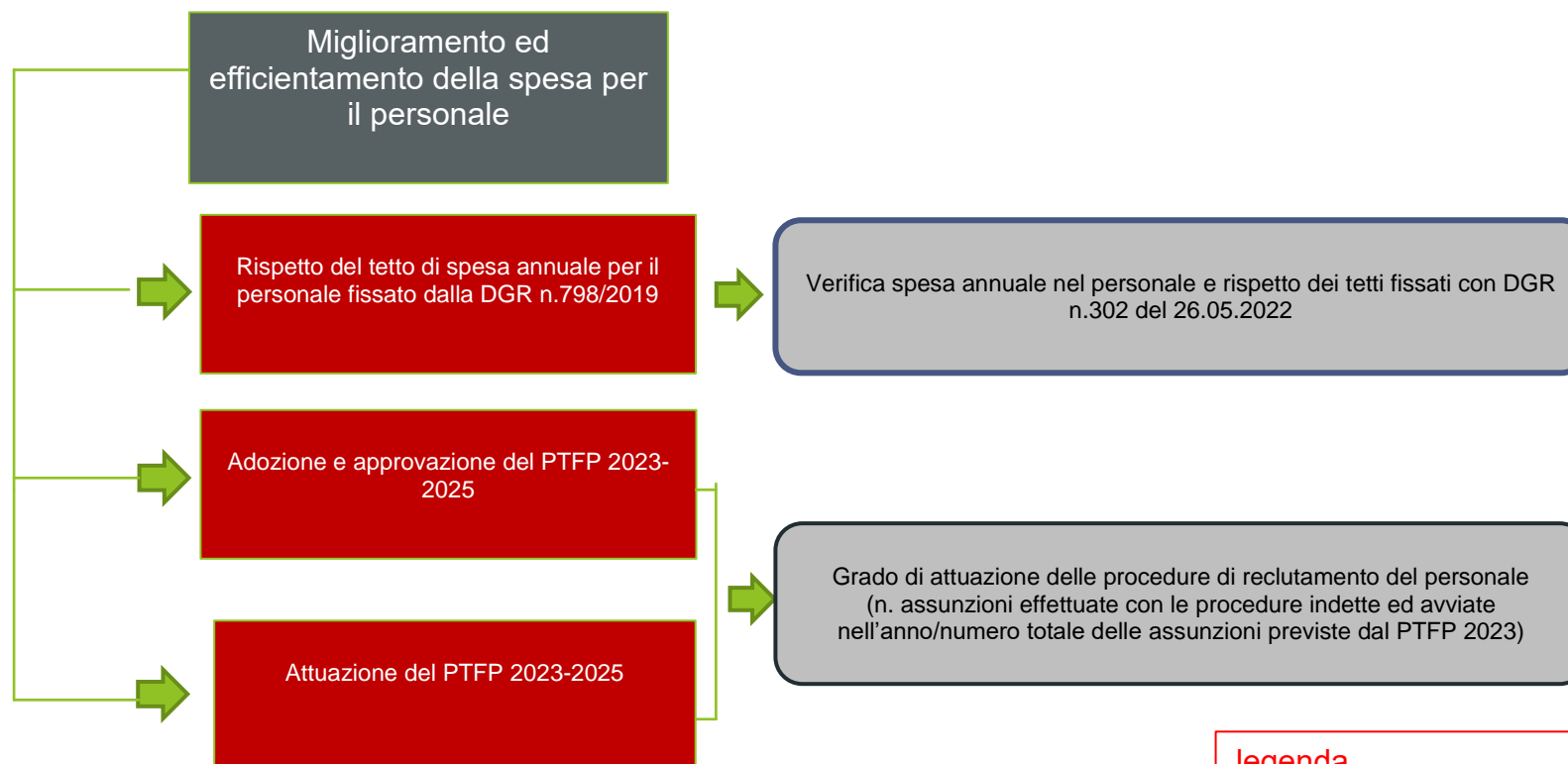
Obiettivo strategico

Outcome

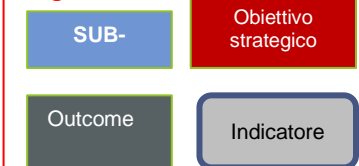
Indicatore



## MONITORAGGIO SPESA DEL PERSONALE SANITARIO

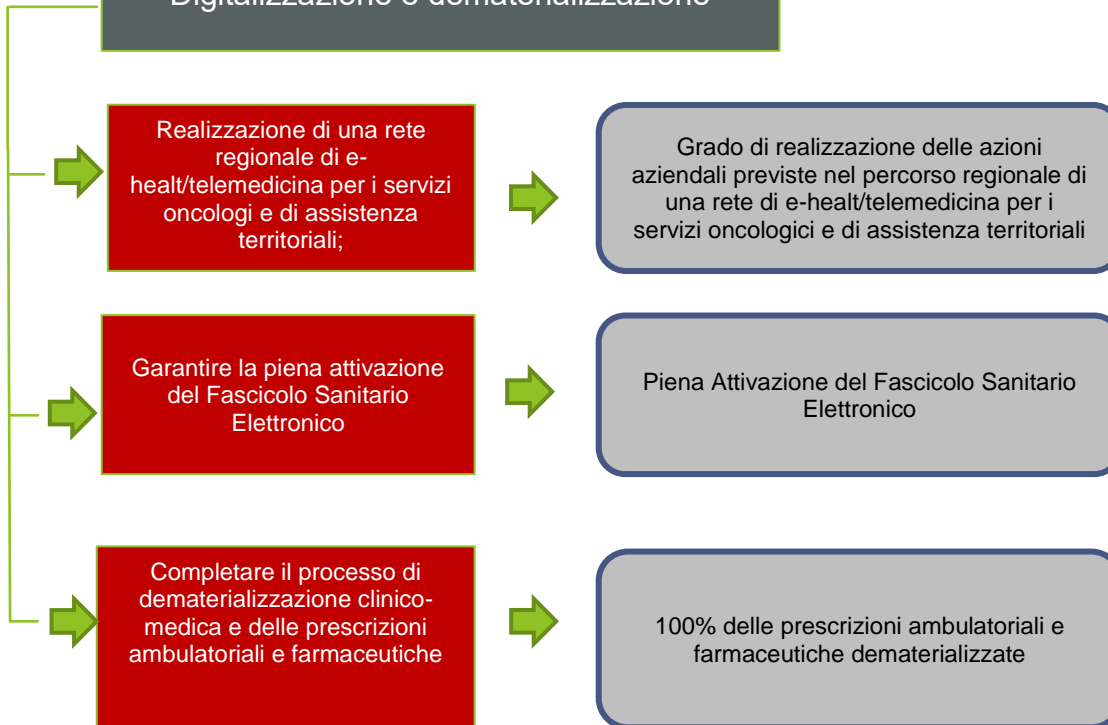


### legenda



## SANITA' DIGITALE

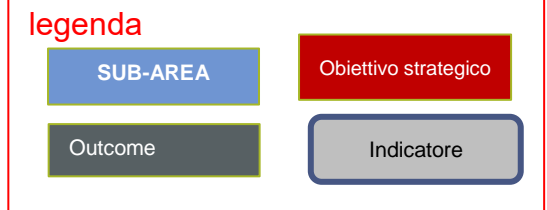
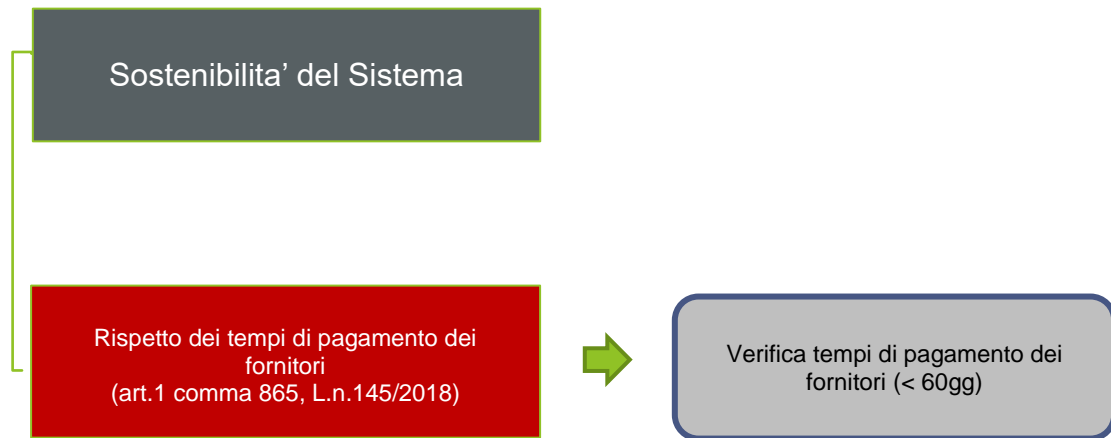
### Digitalizzazione e dematerializzazione



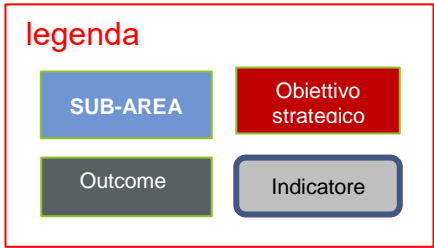
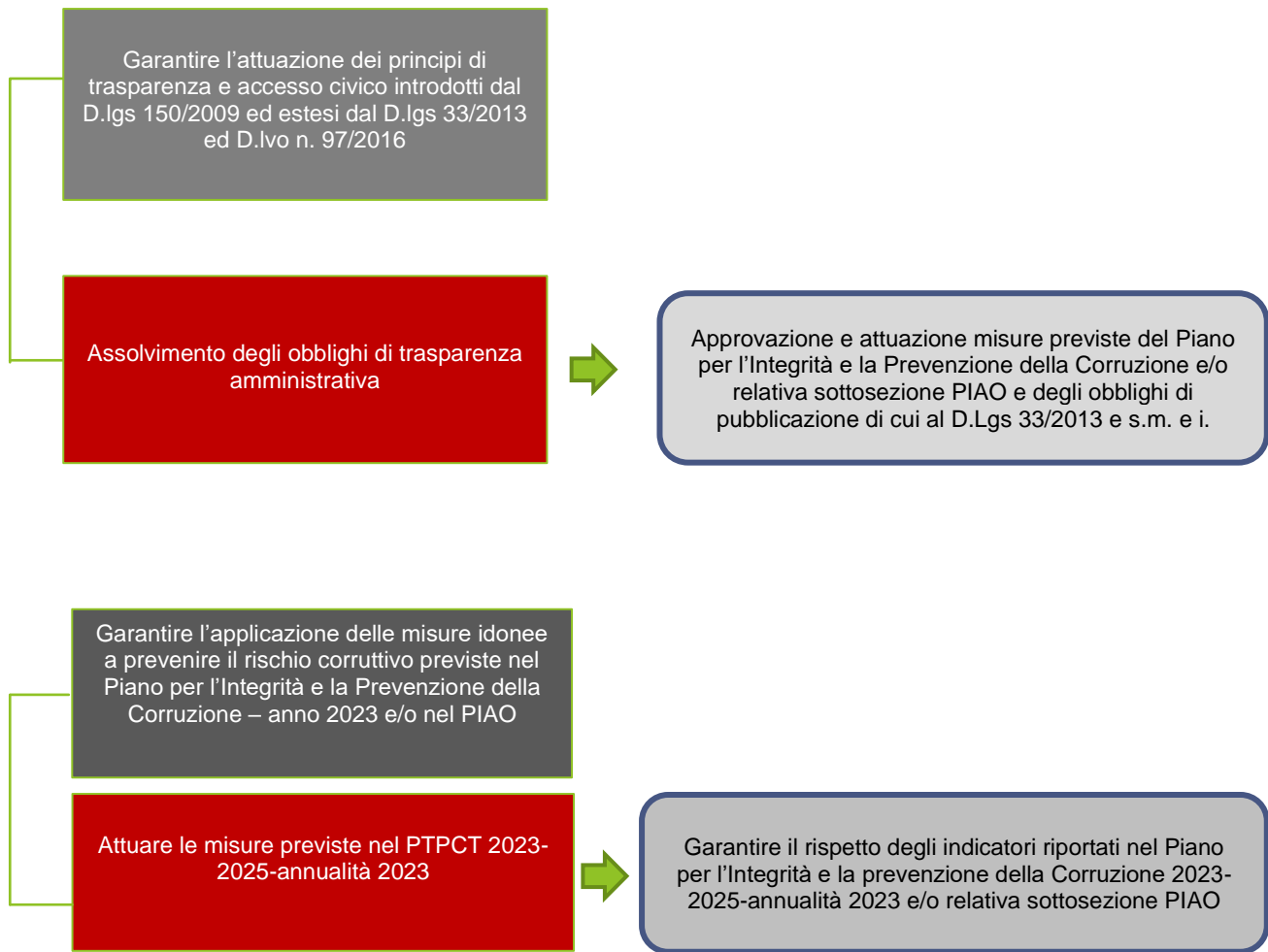
### legenda



## SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA



## EMPOWERMENT AZIENDALE



## PROGRAMMA RELATIVO AGLI STANDARD DI QUALITA' DEI SERVIZI CON RIFERIMENTO ALLA PERCEZIONE DELL'UTENZA- aggiornamento set indicatori/obiettivi anno 2023

### La normativa nazionale in tema di qualità

Negli ultimi venti anni si è susseguita una serie considerevole di direttive e decreti aventi quale oggetto il tema della qualità dei servizi e degli strumenti per la valutazione della stessa. Gli standard riconfermano le voci attestate negli anni precedenti.

1. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: "Principi sull'erogazione dei Servizi Pubblici";
2. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994: "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico";
3. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995: "Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini della emanazione degli schemi generali di riferimento di Carte dei servizi";
4. Decreto Legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, art.11 "Qualità dei servizi pubblici e Carte dei servizi";
5. Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini";
6. Direttiva del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione per una pubblica amministrazione di qualità del 19 dicembre 2006.
7. articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021 (cfr P.I.A.O.)

Già con la prima direttiva del 1994, venivano introdotti con riferimento ai servizi pubblici i principi cui deve essere uniformata progressivamente l'erogazione degli stessi individuandoli in: **eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione e efficienza ed efficacia**. Figurano inoltre in questa direttiva i concetti di standard di qualità e quantità delle prestazioni rese dai soggetti erogatori, la valutazione della qualità dei servizi, tra cui la valutazione da parte degli utenti.

Con il DPCM del maggio 1995, il legislatore provvede ad emanare uno schema generale di riferimento per le carte dei servizi sanitari, intesa quale strumento di tutela del cittadino-utente, in conformità con i principi dettati dalle precedenti due direttive. E' il decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999 che al Capo III "Qualità dei servizi pubblici e carte dei servizi", art.11 "Qualità dei servizi pubblici" estende ai servizi pubblici nazionali e locali gli strumenti di tutela dei cittadini e gli utenti quali le carte dei servizi e gli standard di qualità.

Occorre attendere il 2004, quando con la Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini", viene fatto il punto in merito alla rilevazione della qualità percepita da parte dei cittadini ( indagine di *customer satisfaction*), allo scopo di promuovere metodi di rilevazione sistematica della stessa, la pianificazione dei conseguenti interventi di miglioramento sui servizi valutati, lo sviluppo all'interno delle singole amministrazioni della cultura della misurazione e del miglioramento continui, nonché la creazione delle specifiche competenze professionali necessarie a progettare e gestire le indagini sulla qualità percepita.

La spinta normativa ha poi subito una forte accelerazione in concomitanza con il decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

Il decreto, infatti, che pone al centro il tema della valutazione delle performance organizzativa e individuale (valutazione dei dirigenti e del personale), nell'introdurre un livello valutativo inerente tutta l'organizzazione, richiama esplicitamente la centralità del tema della valutazione della qualità dei servizi, assurgendola a vero e proprio parametro di valutazione.

Succedono al decreto, da parte della Civit (oggi Anac), in particolare per quanto riguarda il tema della qualità, la delibera n.88/2010: "Linee guida per la definizione degli standard di qualità ( articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198)", la Delibera n. 3/2012 Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici ( standard di qualità), le quali definiscono l'impostazione metodologica da seguire per la valutazione della performance organizzativa.

Tra il 2012 e il 2013 le norme in tema di anticorruzione e trasparenza riprendono, anche da altri punti di vista, il tema della qualità prevedendo, in particolar modo il decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle "pubbliche amministrazioni", l'obbligo di pubblicazione della Carta dei servizi contenente gli standard di qualità.

L'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, ha indicato nel Piano integrato di attività e organizzazione il documento unico di programmazione e governance che dal 30 giugno 2022 assorbe molti dei Piani che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente: performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione.

### **La normativa nazionale nel settore sanitario.**

Nel settore della sanità, con riferimento agli ultimi 20 anni, il settore della qualità è stato al centro di numerosi provvedimenti normativi tenuto conto anche della delicatezza del tema e dell'impatto che i suddetti servizi hanno sull'utente. A porre le basi sul tema della qualità ed in particolar modo sugli aspetti della qualità percepita quali, la personalizzazione, l'umanizzazione, l'informazione ecc. è senza dubbio il **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502** e sue successive modificazioni e integrazioni (Riordino della disciplina in materia sanitaria). Il D. L.vo n.502/92 dedicava l'intero articolo 14, ai temi della qualità in rapporto con il cittadino; in particolare:

- la definizione di un sistema nazionale di indicatori per la misurazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione;
- l'obbligo di attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso;
- la rilevazione e l'analisi dei disservizi con l'individuazione delle figure responsabili dell'adozione delle misure necessarie per rimuovere i disservizi;
- la consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni di tutela dei diritti, sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità.

Successivamente con **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 Maggio 1995**, in applicazione del DPCM 27 Gennaio 1994 " Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", viene approvato uno Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari che ricomprende quanto previsto dalla normativa precedente sopra indicata: informazione sui servizi erogati e modalità di accesso, standard di qualità e impegni, tutela del cittadino e forme di

partecipazione al miglioramento dei servizi; più in particolare lo schema di riferimento proposto prevede alla sezione terza l'indicazione degli standard di qualità, gli impegni e i programmi volti al miglioramento della qualità del servizio.

L'anno successivo, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 14 del Decreto Legislativo n. 502/92, viene emanato il **Decreto del Ministero della Sanità 15 ottobre 1996**, con il quale vengono approvati gli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. Di seguito si riportano gli indicatori suddivisi per area assistenziale.

| Descrizione                     | Ass. Collettiva<br>Amb. Vita e<br>lavoro | Ass.<br>Sanitaria<br>di base | Ass. Special.<br>Semiresidenziale e<br>territoriale | Assistenza<br>Ospedaliera | Assist. Sanitaria<br>residenziale | Aspetti<br>generali |
|---------------------------------|--|------------------------------|---|---------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Personalizzazione/Umanizzazione |  | 6                            | 5   | 86                        | 4                                 |                     |
| Diritto all'informazione        | 1  |                              | 2   | 5                         | 2                                 | 2                   |
| Prestazioni alberghiere         |  |                              | 1   | 18                        | 16                                |                     |
| Aspetti della prevenzione       | 3  | 1                            |   | 2                         |                                   | 3                   |
| <b>Totale generale = 79</b>     | <b>4</b>                                 | <b>7</b>                     | <b>8</b>  | <b>33</b>                 | <b>22</b>                         | <b>5</b>            |

Il D.M. 12.12.2001 per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, prevede un set di indicatori fra i quali tre per la verifica di qualità del processo:

- percentuale di segnalazioni e/o reclami relativi ai tempi di attesa;
- percentuale di strutture dotate di protocolli di dimissione protetta;
- percentuale di UU.OO. di degenza che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi.

Da quanto sopra emerge che nel settore della sanità già prima del D. L.vo n.150/2009 il tema della qualità e degli strumenti per monitorarla (Standard e impegni), era stato già sufficientemente sviluppato, fornendo quindi una serie di indicazioni alle quali le aziende Sanitarie possono fare riferimento.

#### **La normativa regionale e il contesto ASP di riferimento.**

La Basilicata nelle leggi regionali del settore sanitario riprende quanto previsto dalla normativa nazionale, prevedendo gli strumenti volti al controllo di qualità e a garantire la partecipazione e tutela degli utenti nei servizi sanitari.

Più in particolare la **Legge Regionale 31 ottobre 2001, n.39 "Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale"** prevedeva:

- all'art. 45 Controlli di qualità fra gli indicatori da utilizzare anche quelli "del grado di soddisfazione dell'utenza, sulla base dei dati forniti dagli Uffici per le relazioni con il pubblico, nonché sulla base della consultazione delle organizzazioni sindacali, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti";
- all'art.46 punto 4. Le Aziende Sanitarie approvano e aggiornano al Carta dei Servizi e adottano il regolamento di pubblica tutela. La carta dei Servizi definisce gli impegni e prevede gli standard generali e specifici cui i servizi devono attenersi".

Successivamente la Basilicata con DGR n. 2753 del 2005 approva il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e nella macroarea **Diritto del paziente** prevede otto elementi da tenere in considerazione:

### **Carta dei Servizi, Accesso, informazione, Consenso, Reclamo, Privacy, Comfort e Ascolto.**

Per quanto riguarda il contesto della nostra ASP possiamo dire che il tema della qualità è stato sempre centrale all'interno dei principi ispiratori e della pratica dei servizi sanitari; con riferimento specifico poi alla qualità dal punto di vista del cittadino, l'ASP dagli anni della sua istituzione (2009) ha provveduto a:

- pubblicare la prima **Edizione della Carta dei Servizi (Anno 2011)** con una Terza Sezione dedicata agli impegni e standard nei settori : *tempestività e altri fattori legati al tempo, semplicità delle procedure di accesso e amministrative, comunicazione e informazione ,aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza nelle strutture sanitarie, aspetti legati alle strutture fisiche ed alla logistica, aspetti legati alla personalizzazione e all'umanizzazione del trattamento sanitario, aspetti alberghieri e comfort, tutela ascolto e verifica;*
- ad approvare il **Regolamento di Pubblica Tutela (Anno 2010)** al fine di garantire la tutela del cittadino nei confronti di atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni sanitarie garantite dalla ASP con pubblicazione sul Sito aziendale del Report annuale sull'andamento dei reclami;
- a programmare e svolgere annualmente in un servizio della ASP una **Indagine sulla soddisfazione degli utenti** con pubblicazione sul Sito Aziendale, rientrante anche negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016;
- a predisporre e pubblicare annualmente sul Sito Aziendale il **Bilancio Sociale** quale strumento di rendicontazione, rientrante anche questo negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016;
- a sottoscrivere **protocolli di intesa** con le Associazioni di volontariato e di tutela maggiormente rappresentative (Anno 2016 – Protocollo d'intesa fra ASP e Cittadinanzattiva-TDM).

### **Gli Standard di qualità dei servizi sanitari dell'ASP**

Di seguito si riporta l'elenco degli standard di qualità. Precisiamo che gli standard di qualità riguardano gli aspetti che di solito possono essere valutati dall'utente e pertanto vengono esclusi gli aspetti tecno-professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie.

*Che cosa sono gli standard di qualità percepita.*

Gli standard di qualità percepita sono obiettivi dichiarati dall'Azienda Sanitaria e costituiscono un impegno da rispettare nei confronti del cittadino sul tema della qualità del servizio sanitario.

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa del set di indicatori e il monitoraggio degli standard, precisando che gli stessi riguardano le aree e gli aspetti ritenuti di maggiore rilevanza in ambito di qualità nell'offerta dei servizi ai cittadini, così come in appresso specificati (indicati con le percentuali e/o presenza/assenza (SI/NO) degli stessi:

- *Aspetti relazionali;*
- *Personalizzazione e Umanizzazione;*
- *Informazione e comunicazione;*
- *Tempi e accessibilità;*
- *Struttura e logistica;*
- *Aspetti burocratico amministrativi;*
- *Tutela, ascolto e verifica.*



| VOCE TABELLA                   | DEFINIZIONE/SPIEGAZIONE   |
|--------------------------------|---|
| Obiettivo di Qualità/Impegno   | Descrive l'obiettivo di qualità/impegno assunto dall'Azienda su quella particolare area o dimensione (aspetti relazionali, umanizzazione, informazione, ecc.)   |
| Indicatore                     | E' la misura di riferimento, qualitativa o quantitativa, che consente di valutare l'esito sullo specifico Obiettivo di qualità/impegno, assunto dall'Azienda.   |
| Standard                       | Lo standard è il valore atteso per l'indicatore, da intendersi come l'obiettivo cui tende l'Azienda. Lo standard può essere quantitativo (espresso con un numero o una %) o qualitativo (espresso con un impegno o programma aziendale) |
| Strumenti di verifica          | E' la modalità utilizzata per valutare l'attuazione dell'obiettivo di qualità/impegno assunto   |
| Struttura tenuta alla verifica | Struttura a cui compete la verifica dello standard  |

### ASPETTI RELAZIONALI

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO  | INDICATORE  | STANDARD   | STRUMENTI DI VERIFICA                   | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA   |
|--|---|--|---|--|
| 1. Garantire la riconoscibilità del personale che svolge servizio al pubblico                            | N. personale dotato del cartellino di riconoscimento /N. totale del personale | 100% del personale   | Verifiche mediante controlli periodici  | Direttori Distretti della Salute, Dipartimenti (Salute Umana, Salute Animale, Salute Mentale, Post-Acuzie) |
|  |   |  | Monitoraggio delle segnalazioni/Reclami | URP/Comunicazione  |
| 2. Garantire il miglioramento dei rapporti tra gli utenti ed il personale ad immediato contatto con essi | N. reclami per aspetti relazionali/N. totale dei reclami                      | Decremento % reclami sugli aspetti relazionali   | Monitoraggio segnalazioni/Reclami       | URP/Comunicazione  |
|  | Corsi di formazione sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza         | Almeno 1 iniziativa di formazione all'anno sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza | Monitoraggio iniziative di formazione   | Formazione e aggiornamento   |

### UMANIZZAZIONE, PERSONALIZZAZIONE E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO  | INDICATORE   | STANDARD  | STRUMENTI DI VERIFICA   | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA   |
|--|--|---|---|--|
| 3. Garantire le cure necessarie per il contenimento della sofferenza | Procedura per accedere a terapie palliative, terapie del dolore sia in ambito residenziale che nei servizi territoriali. | Presenza documenti informativi ai pazienti sulla terapia palliativa e del dolore, sia in ambito residenziale che territoriale | Monitoraggio procedura per accedere a terapie palliative, terapie del dolore. | Direttori /Responsabili delle UU.OO. interessate/ Dipartimento post-Acuzie/Direzione Distretti |
|  | Corsi di formazione sulla terapia del dolore e cure palliative e umanizzazione del fine vita                             | Almeno 1 Corso di formazione all'anno sulla terapia del dolore e palliative e umanizzazione del fine vita                     |   | UOC Oncologia Critica territoriale e Cure domiciliari e palliative                             |
|  |  | 100% dei pazienti   | Monitoraggio iniziative formative   | Formazione e aggiornamento   |

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO  | INDICATORE  | STANDARD   | STRUMENTI DI VERIFICA   | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA   |
|--|---|--|---|--|
|  | N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative necessarie in ambito residenziale  | 100% dei pazienti  | Monitoraggio terapie palliative, terapie del dolore. Verifica a campione cartella clinica | Direttori /Responsabili delle UU.OO. interessate/<br>Dipartimento post-Acuzie/Direzione Distretti-UOC Oncologia Critica territoriale e Cure domiciliari e palliative |
|  | N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative richieste nel Servizio ADI         |  |   |  |
| 4. Garantire quanto necessario per l'umanizzazione e per il rispetto della privacy nel momento della morte   | Procedura che garantisca il rispetto della persona e chi gli è vicino negli ultimi momenti della vita;              | Presenza procedura in tutti i Presidi Ospedalieri Distrettuali (POD)/Hospice | Monitoraggio delle procedure e delle strutture  | Direzioni Distretti della Salute/Responsabili Sanitari dei POD   |
|  | Procedura di presa in carico della salma;   | Presenza procedura in tutti i POD /Hospice                                   |   |  |
|  | Presenza stanza dedicata al commiato;   | Esistenza stanza in tutti i POD  |   |  |
| 5. Garantire a pazienti fragili o con bisogni complessi, la continuità assistenziale attraverso protocolli di dimissione protetta, tra ASP e AOR San Carlo, che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali | Esistenza di Protocolli di dimissione protetta concordati con i servizi territoriali (ADI, RSA, Lungodegenze, ecc.) | Esistenza di Protocolli di dimissione protetta nel 100% dei PP.OO.           | Monitoraggio delle procedure e modalità applicativa                                       | Direzione Distretti della Salute, Dipartimento post-acuzie, UOC Oncologia Critica territoriale e Cure domiciliari e palliative                                       |
| 6. Garantire, al momento della dimissione, la consegna ad ogni utente ricoverato nei POD della relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta                           | N. dimissioni con relazione sanitaria/ su numero delle dimissioni   | 100% delle dimissioni  | Monitoraggio cartelle cliniche  | Direzione dei Distretti, Responsabili Sanitari dei POD, Dipartimento post-acuzie.  |

### INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO   | INDICATORE  | STANDARD   | STRUMENTI DI VERIFICA                         | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA  |
|---|---|--|---|---|
| 7. Garantire una piena e costante informazione ai cittadini sui servizi sanitari e sulle modalità per l'accesso         | a) Esistenza di URP e numero telefonico dedicato all'informazione   | a) presenza di URP e numero telefonico   | Monitoraggio attività informativa URP         | URP Comunicazione   |
|   | b) Presenza Sito Aziendale con informazioni aggiornate sui servizi e le prestazioni   | b) presenza Sito Aziendale contenente informazioni sempre aggiornate                     | Monitoraggio richieste per aggiornamento Sito | Sito Aziendale  |
| 8. Garantire al paziente all'atto del ricovero nei POD una completa informazione sul presidio e sul reparto di ricovero | a) Presenza di opuscolo informativo sul POD completo di foglio di accoglienza di reparto riportante le notizie utili al paziente; | a) Distribuzione del 100% dei ricoverati dell'opuscolo informativo/foglio di accoglienza | Monitoraggio periodico nei reparti.           | Direzioni Distretti della Salute, Responsabili Sanitari dei POD, Dipartimento Post-Acuzie |

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO   | INDICATORE   | STANDARD   | STRUMENTI DI VERIFICA                                      | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA                             |
|---|--|--|--|--|
|   | b) Presenza di manifesti affissi in reparto riportante informazioni su: nominativi del personale, orario di ricevimento dei medici, orario di visita in reparto, norme per i visitatori. | b) Presenza manifesti affissi in tutti reparti.  |  |  |
| 9. Garantire una comprensibile informazione per le pratiche sanitarie e per la corretta acquisizione del consenso informato da parte del paziente o di chi per esso | Esistenza di una procedura relativa al consenso informato del paziente   | Consegna della modulistica al 100% dei pazienti interessati con le modalità previste dalla procedura | Monitoraggio cartelle cliniche ospedaliere e ambulatoriali | Direzione Distretti della Salute, Dipartimento Post-Acuzie |
| 10. Garantire l'informazione agli utenti sull'orario dell'attività ambulatoriale della medicina generale e sulle forme di medicina associativa                      | a) Presenza all'ingresso degli studi dei medici di un cartello indicante l'orario di apertura  | Affissione sul 100% degli studi, dell'orario di apertura ambulatoriale                               | Verifica a campione  | UOC Cure Primarie  |
|   | b) Presenza presso gli studi di un cartello indicante i nominativi dei medici associati e numero di telefono   | Affissione del cartello sul 100% degli studi interessati   |  |  |

#### TEMPI E ACCESSIBILITA'

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO   | INDICATORE   | STANDARD   | STRUMENTI DI VERIFICA   | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA                                    |
|---|--|--|---|---|
| 11. Garantire per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto, il tempo massimo previsto dai regolamenti regionali su base aziendale (30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni strumentali) | N. prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto assicurate nei tempi massimi previsti/N. totale prime visite richieste/prenotate. | 90% sia su prestazioni specialistiche che diagnostiche   | Sistema di monitoraggio tempi di attesa   | Responsabile monitoraggio tempi di attesa                         |
| 12. Garantire per la consegna dei referti il rispetto dei 5 giorni max, salvo particolari esami   | N. referti consegnati entro 5 giorni/N. totale referti consegnati escluso tipologie particolari  | 100% referti consegnati entro 5 giorni   | Monitoraggio tempi di risposta dei referti di diagnostica di laboratorio e del Servizio di Radiologia dei POD | Direttori UOC Radiologia e Laboratorio Analisi                    |
| 13. Garantire la possibilità di prenotare e/o disdire telefonicamente le prestazioni specialistiche e diagnostiche  | Esistenza di un CUP che assicuri le prenotazioni telefoniche su tutta l'ASP, salvo eccezioni dovute a particolari necessità tecniche.            | Presenza di un CUP per prenotare telefonicamente tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche. | Monitoraggio delle prenotazioni telefoniche CUP   | Direzioni Distretti della Salute                                  |
| 14. Garantire pubblicità sulle modalità e i tempi di consegna copia della cartella clinica per i pazienti ricoverati nei POD (max 10 giorni)  | a) Informazioni riportate su opuscoli accoglienza del Presidio e sul Sito Aziendale  | a) Consegna opuscolo informativo al 100% dei ricoveri e presenza scheda informativa sul Sito         | a) Verifica informazioni riportate su fogli accoglienza e sito web  | Direzione Distretti della Salute / Responsabili Sanitari dei POD. |
|   | b) N. copie cartelle cliniche consegnate entro 10 giorni   | b) 100% delle richieste da evadere entro 10 giorni   | b) Monitoraggio tempi di consegna   |   |

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO  | INDICATORE  | STANDARD                                     | STRUMENTI DI VERIFICA                | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA   |
|--|---|--|--------------------------------------|--|
|  | dalla richiesta / N. totale richieste   |  |                                      |  |
| 15.Garantire l'attivazione del Piano assistenziale nelle Cure Domiciliari di I,II,III livello entro 5 giorni dall'arrivo della richiesta | N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati | 80% dei Piani avviati entro i tempi previsti | Monitoraggio dei Piani assistenziali | UOC Oncologia critica Territoriale e Cure domiciliari e palliative ADI |
| 16.Garantire l'attivazione del Piano assistenziale a pazienti in Cure Domiciliari Palliative entro 3 giorni dall'arrivo della richiesta  | N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati | 80% dei Piani avviati entri i tempi previsti | Monitoraggio dei Piani assistenziali | UOC Oncologia critica Territoriale e Cure domiciliari e palliative ADI |

### STRUTTURA E LOGISTICA

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO   | INDICATORE   | STANDARD                       | STRUMENTI DI VERIFICA   | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA                                       |
|---|--|--------------------------------|---|--|
| 17.Garantire facilità di accesso alle strutture attraverso una segnaletica adeguata e comprensibile             | Idonea segnaletica in tutte le strutture                                     | Presenza di idonea segnaletica | Monitoraggio adeguamento e/o incremento segnaletica esterna e interna - Monitoraggio segnalazioni/reclami | Direzione Distretti della Salute-URP Comunicazione                   |
| 18.Garantire l'accesso fisico alle strutture sanitarie da parte dei portatori di handicap o cittadini fragili   | Non presenza nelle strutture sanitarie di barriere architettoniche           | 100% delle strutture           | Monitoraggio periodico  | Direzione Distretti della Salute                                     |
| 19. Presenza/Assenza di protocolli/regolamenti Anticovid-19 per l'accesso in sicurezza alle strutture sanitarie | Presenza nelle strutture di adeguata informazione sui protocolli-regolamenti | 100% delle strutture           | Monitoraggio periodico  | Direzione Distretti della Salute, Dipartimenti, ADI Cure Palliative; |

### ASPETTI BUROCRATICO AMMINISTRATIVI

| OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO   | INDICATORE  | STANDARD  | STRUMENTI DI VERIFICA | STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA   |
|---|---|---|-----------------------|--|
| 20.Garantire la facilitazione di procedure amministrative/sanitarie complesse | a) Predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse; | Predisposizione di fogli informativi su n.2 procedure ad es. richiesta per protesica, attivazione ADI, ecc. | Verifiche periodiche  | UOC Assistenza Primaria  |
|   | b) Possibilità di scaricare la modulistica dal Sito Aziendale                             |   |                       | UOC Oncologia critica Territoriale e Cure domiciliari e palliative ADI |

**TUTELA, ASCOLTO E VERIFICA**

| <b>OBIETTIVI DI QUALITA' / IMPEGNO</b>  | <b>INDICATORE</b>  | <b>STANDARD</b>  | <b>STRUMENTI DI VERIFICA</b>  | <b>STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA</b>        |
|---|--|--|---|--|
| 21. Garantire la tutela dei cittadini attraverso una procedura per la gestione dei reclami, che assicuri la risposta in un tempo non superiore a 30/45 giorni, salvo casi che presentano caratteristiche di complessità | Esistenza di procedura per la gestione dei reclami   | Risposta al 100 % degli utenti che hanno presentato reclami con le modalità previste dalla procedura e pubblicazione Report sul Sito Aziendale | Report annuale classificazione e analisi dei reclami con monitoraggio tempi di risposta ed esiti. | URP<br>Comunicazione                         |
| 22. Effettuare nei servizi sanitari la rilevazione della soddisfazione/gradimento degli utenti  | Effettuazione di una indagine sulla qualità percepita dagli utenti su un servizio scelto annualmente                                 | Almeno una indagine all'anno con pubblicazione del Report sul Sito Aziendale   | Report finale indagine pubblicato sul Sito Aziendale  | URP<br>Comunicazione                         |
| 23. Mettere a disposizione delle Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa, nei limiti delle possibilità spazi dedicati per attività di accoglienza e informazione                 | Spazi dedicati per Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa                                    | Presenza di spazi dedicati   | Monitoraggio periodico  | Direzioni<br>Distretti della Salute          |
| 24. Istituzione di un registro dei reclami/segnalazioni di disservizio on line per garantire la tracciabilità delle istanze pervenute   | Percentuale dei reclami /segnalazioni di disservizio con risposta effettuata nei termini previsti dal Regolamento di Pubblica Tutela | Risposta al 100 % degli utenti che hanno presentato reclamo/segnalazioni di disservizio  | Monitoraggio semestrale   | URP<br>Comunicazione                         |
| 25. Promozione degli obiettivi del PIAO e diffusione dei monitoraggi previsti dagli obiettivi raggiunti, agli stakeholder interni / esterni   | Predisposizione di report informativi periodici in una sezione dedicata al PIAO del sito internet                                    | Numero dei report diffusi/sul totale dei report programmati per area di attività previsti dal PIAO - obiettivi                                 | Monitoraggio semestrale   | URP<br>Comunicazione e Controllo di Gestione |

## Verifica del Monitoraggio degli Standard

Attraverso il monitoraggio su base semestrale degli indicatori, trasmesso dai Dirigenti delle Strutture, verranno predisposte tabelle riepilogative per stabilire il grado di raggiungimento delle singole verifiche effettuate. Tali monitoraggi dovranno costituire elementi ulteriori di valutazione per:

| CRITERIO                                  | REQUISITO   | ELEMENTI PER LA VALUTAZIONE  |
|---|---|--|
| Prestazioni e servizi                     | La struttura dispone di strumenti informativi rivolti all'utenza. La struttura dispone, ai diversi livelli organizzativi, di strumenti che descrivono le modalità di gestione del percorso clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali. L'organizzazione assicura la continuità dell'assistenza. | Gli strumenti informativi nel loro insieme assicurano l'informazione circa la tipologia e la sede delle attività svolte, le modalità di accesso, di erogazione e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini.       |
|   |   | La struttura definisce le responsabilità e le modalità di coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e dei volontari per la predisposizione e la revisione degli strumenti informativi                      |
| Comunicazione                             | L'organizzazione garantisce una informazione equa, coordinata e omogenea ai pazienti, ai caregiver e ai cittadini. L'organizzazione definisce le modalità di condivisione con pazienti, famigliari e caregiver delle scelte clinico - assistenziali e delle attività di promozione della salute.  | Sono fornite informazioni relativamente a servizi e relativi tempi di erogazione.  |
|   | L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, caregiver) ai fini di:   | Sono fornite informazioni relative a diritti, doveri, rischi, e benefici delle prestazioni proposte.   |
|   | - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale   | È prevista la condivisione con il paziente della pianificazione assistenziale.   |
|   | - migliorare i percorsi assistenziali   | Sono in uso strumenti di ascolto interni all'azienda, (es: indagini qualità percepita, focus group, ecc.).   |
|   | - migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente.   | Sono presenti attività di ascolto dei pazienti famigliari, caregiver e utilizzo dei risultati ai fini del miglioramento (es: piani e progetti di miglioramento). È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi. |
|   | - prevenire i disservizi.   | Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.  |
|   | - coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale   | Le informazioni inerenti i disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il ri-accadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.  |
| - migliorare i percorsi assistenziali     | Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza   |  |
| Processi di miglioramento e d'innovazione | L'organizzazione sviluppa modalità di integrazione di assistenza  | È garantita ai pazienti coinvolti la trasparenza nello svolgimento di attività svolte  |
| Umanizzazione                             | L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente  | Sono definite modalità organizzative per l'accesso e la dimissione orientate al riconoscimento e rispetto delle differenze e delle fragilità.  |
|   |   | È prevista la formazione degli operatori inerente gli aspetti relazionali.   |
|   |   | Sono effettuate indagini finalizzate a misurare la qualità relazionale percepita dagli utenti.   |
|   |   | È garantita la partecipazione del cittadino nella strutturazione e valutazione.  |

## **Tempi relativi al monitoraggio degli standard**

Il primo step per l'invio dei dati da parte dei dirigenti è fissato a fine giugno 2023 (prima decina di luglio con invio della nota di richiesta ad aprile); il secondo step, con scadenza a fine anno, al 31/12, prevede l'invio dei dati da parte dei dirigenti entro la prima decina del mese di gennaio 2024.

## **La Gestione del Sistema Qualità – PDTA Indicatori/obiettivi**

consente di:

- definire e monitorare i livelli di qualità che vengono forniti a garanzia del cliente in ognuno dei processi/prodotti;
- comunicare e rendere visibili al cittadino i percorsi, i servizi e gli standard di garanzia della qualità;
- gestire i processi e le attività secondo criteri di efficienza organizzativa.

La Qualità, il Sistema Qualità, il Governo Clinico e l'Accreditamento Istituzionale rappresentano un solo processo finalizzato al miglioramento continuo e a ridefinire il sistema aziendale con una forte attenzione alla chiarezza, alle interazioni tra i vari attori coinvolti, alla definizione delle varie responsabilità professionali ed organizzative, ai bisogni del cittadino e alla definizione degli obiettivi che ogni professionista deve garantire al cittadino nell'organizzazione.

La metodologia adottata dall'Area di Staff per la Qualità si avvale del ciclo di Deming o ciclo della ruota PDCA - plan-do-check-act.

Esso rappresenta un modello utilizzato per promuovere una cultura della qualità che è tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse.

Questo strumento parte dall'assunto che per il raggiungimento del massimo della qualità è necessario che le quattro fasi ruotino costantemente, tenendo come criterio principale la Qualità. Gli strumenti principali ad oggi utilizzati per la Qualità sono:

- standard di prodotto, quale connotazione di un prodotto/servizio attraverso la identificazione delle caratteristiche delle relative misure (indicatori) e garanzie (standard),
- audit clinici, quale iniziativa condotta da clinici che, avvalendosi dell'area della qualità con la funzione di facilitare la loro messa in atto, pongono l'obiettivo di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione fra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario, sottoponendo i risultati di tali modifiche a nuove verifiche/revisione,
- procedure, finalizzate a creare l'uniformità dei comportamenti tra gli operatori, predisponendo gli stessi a lavorare con sistematicità limitando gli errori.

I PDTA si possono considerare strumenti di gestione clinico-organizzativa che definiscono la migliore sequenza di azioni clinico-assistenziali rivolte ai pazienti, messi a punto in accordo con i principi del Miglioramento Continuo centrando l'attenzione sulla gestione per processi sulla base delle evidenze disponibili. Lo sviluppo, implementazione e valutazione di un PDTA è un processo continuo ben rappresentato nel ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), dove la fase di pianificazione del Percorso diventa strategica. Le esperienze disponibili anche dalla letteratura, pur adottando approcci diversi, ci suggeriscono che gli elementi fondamentali della pianificazione sono relativi al fatto che le migliori evidenze e i concetti di gestione per processi vanno adattati e applicati alle singole realtà e condivisi con tutti i soggetti coinvolti. Pertanto il PDTA deve nascere per rispondere a specifiche esigenze locali

e coinvolgere tutte le professionalità che in quell'organizzazione e in quel contesto operano. Se manca questo consenso è difficile assicurarne l'applicazione. Solo in tal modo il PDTA può garantire un approccio alle cure con una metodologia centrata sul paziente, coordinando e integrando i diversi interventi e le diverse risorse con gli strumenti del governo clinico come audit, formazione, EBM, gestione del rischio.

Per migliorare la qualità di vita degli assistiti, anche nell'ottica di ridurre le riacutizzazioni di malattia ed i potenziali ricoveri, spesso non appropriati, si rende necessario monitorare il quadro clinico di questi assistiti e i "fattori" precipitanti potenzialmente prevedibili e prevenibili. Fondamentale è quindi una gestione integrata territoriale ed ospedaliera che preveda, attraverso un team multidisciplinare e multi professionale, nel quale il MMG ha un ruolo centrale, l'individuazione di percorsi a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici della persona

La metodologia individuata permette di: 1. stimare il numero complessivo di pazienti affetti dalla patologia di interesse (prevalenza) 2. stimare il numero complessivo di nuovi pazienti presi in carico annualmente per la patologia di interesse (incidenza) 3. considerare il processo temporale delle prestazioni erogate (PDTA) ai pazienti prevalenti, o incidenti, anche in riferimento al livello assistenziale (prevenzione, territoriale, ospedaliera), ed individuare idonee misure (indicatori) dei PDTA 4. definire gli esiti di interesse per il SSN sperimentati dai pazienti prevalenti, o incidenti, ed individuare idonee misure (indicatori) di esito 5. stimare il consumo di risorse (in termini di tariffe ma anche di stima dei costi reali) dei PDTA 6. valutare l'efficacia pratica (effectiveness) e l'efficienza dei PDTA 7. confrontare PDTA osservati per lo stesso bisogno di salute/assistenza, in termini di efficacia, qualità ed efficienza 8. effettuare stime meta-analitiche e valutazioni a livello nazionale.

In questa sezione si rappresentano per l'anno 2023, gli indicatori, i risultati attesi, le articolazioni aziendali coinvolte nell'adozione dei seguenti PDTA: Diabete di tipo 2, Scempenso cardiaco cronico, B.B.C.O e Doppia diagnosi (disturbo psichiatrico e disturbo da dipendenza patologiche).

Gli obiettivi sotto declinati si definiscono prodromici e necessari per l'adozione dei singoli PDTA.

| INDICATORI PDTA DIABETE |   |  |  |  |          |                 |                             |                           |           |                           |
|-------------------------|---|--|--|--|----------|-----------------|-----------------------------|---------------------------|-----------|---------------------------|
| N°                      | FASE E POPOLAZIONE  | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE  | CALCOLO  | STANDARD | FONTI           | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 1                       | Screening e prevenzione<br>Calcolato sulla popolazione di tutti i MMG | Percentuale assistiti in carico MMG con età > 45 a cui viene rilevato il BMI   | Nei programmi di screening opportunistico del diabete tipo 2 i fattori di rischio vengono ricercati nella popolazione di età > 45 anni e in sovrappeso poiché in questo modo il costo beneficio è favorevole | N° assistiti in carico MMG con età > 45 a cui viene rilevato il BMI/ N° di assistiti in carico MMG con età > 45 * 100  | ≥ 99%    | Accordo interno | MMG                         | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 2                       | Screening e prevenzione<br>Calcolato sulla popolazione di tutti i MMG | Percentuale di persone con età > 45 anni e BMI ≥ 25/23 per asiatici a cui vengono rilevati dal MMG i fattori di rischio previsti | La rilevazione dei fattori di rischio è fondamentale per poter intercettare precocemente i potenziali pazienti diabetici e poter attuare politiche preventive  | N° persone con età > 45 anni e BMI ≥ 25/23 per asiatici a cui vengono rilevati dal MMG i fattori di rischio previsti/ N° persone con età > 45 anni e BMI ≥ 25/23 per asiatici *100 | ≥ 80%    | Accordo interno | MMG                         | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |



| INDICATORI PDTA DIABETE |   |  |   |   |          |                 |  |                           |   |                           |
|-------------------------|---|--|---|---|----------|-----------------|--|---------------------------|---|---------------------------|
| N°                      | FASE E POPOLAZIONE  | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE   | CALCOLO   | STANDARD | FORTE           | RESPONSABILITA' rilevazione  | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI   | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 3                       | <b>Screening e prevenzione Calcolato sulla popolazione di tutti i MMG</b>                       | Percentuale persone con età > 45 anni e BMI ≥ 25/23 per asiatici con almeno 1 fattore di rischio a cui il MMG prescrive Glicemia a digiuno e HbA1c 1 volta all'anno                      | La prescrizione degli esami di laboratorio ai pazienti portatori di fattori di rischio è funzionale alla precoce individuazione dei fattori diabetici e al conseguente intervento terapeutico | N° persone con età > 45 anni e BMI ≥ 25/23 per asiatici con almeno 1 fattore di rischio a cui il MMG prescrive Glicemia a digiuno e HbA1c 1 volta all'anno / N° persone con età > 45 anni e BMI ≥ 25/23 per asiatici con almeno 1 fattore di rischio a cui il MMG prescrive Glicemia a digiuno e HbA1c                          | ≥ 80%    | Accordo interno | MMG  | Ufficio Qualità ASP       |   | Annuale                   |
| 4                       | <b>Inquadramento Diagnostico Pazienti che hanno transitato nei servizi di emergenza-urgenza</b> | Percentuale di pazienti che hanno effettuato visita diabetologica nei 30 giorni successivi ad un accesso ai servizi di emergenza – urgenza per ipo/iperglicemia senza ricovero a seguito | Consente di valutare l'attenzione da parte del territorio verso pazienti diabetici potenziali e noti  | N° di pazienti che hanno effettuato visita diabetologica nei 30 giorni successivi ad un accesso ai servizi di emergenza – urgenza per ipo/iperglicemia senza ricovero a seguito / tot pazienti che hanno avuto accesso ai servizi di emergenza – urgenza per ipo/iperglicemia senza ricovero a seguito * 100                    | ≥70%     | Accordo interno | rilevazione numeratore:- Infermiere amb. di diabetologia /Rilevazione denominatore: - Servizio Informatico DEU - Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria AOR | Ufficio Qualità ASP       |   | Annuale                   |
| 5                       | <b>Trattamento Pazienti incidenti</b>   | Percentuale di pazienti, con diabete di tipo 2, obesi che hanno avuto una riduzione del peso del 10% nell'arco dell'anno   | Essenziale per monitorare i pazienti obesi e ridurre le complicanze   | N° di pazienti con diabete di tipo 2 ed obesi in carico al diabetologo che hanno avuto una riduzione del peso del 10% entro 1 anno dalla prima visita del diabetologo / N° di pazienti con diabete di tipo 2 ed obesi in carico al diabetologo * 100 (L'indicatore viene calcolato sulla popolazione incidente di 2 anni prima) | ≥ 25%    | Accordo interno | Dietista ove presente- Diabetologo   | Ufficio Qualità ASP       | Sono esclusi i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica | Annuale                   |
| 6                       | <b>Trattamento Pazienti prevalenti In chirurgia bariatrica</b>                                  | Percentuale di pazienti con diabete di tipo 2 e BMI > 40 che hanno raggiunto il BMI ≤ 35 dopo 12 mesi dall'intervento di chirurgia bariatrica  | L'indicatore individua i pazienti con diabete di tipo 2 che a seguito di chirurgia bariatrica hanno raggiunto l'obiettivo della riduzione del BMI a distanza di 12 mesi dall'intervento       | N° pazienti con diabete di tipo 2 e BMI >40 che hanno raggiunto il BMI ≤ 35 dopo 12 mesi all'intervento di chirurgia bariatrica /totale pazienti con diabete di tipo 2 e BMI >40 che hanno effettuato intervento di chirurgia   | ≥70%     | Accordo interno | Chirurgo bariatrico  | Ufficio Qualità ASP       |   | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA DIABETE |  |   |   |  |          |                      |   |                           |   |                           |
|-------------------------|--|---|---|--|----------|----------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|
| N°                      | FASE E POPOLAZIONE   | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE   | CALCOLO  | STANDARD | FONTE                | RESPONSABILITA' rilevazione               | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI   | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|                         |  |   |   | bariatrica l'anno precedente * 100   |          |                      |   |                           |   |                           |
| 7                       | <b>Trattamento Pazienti prevalenti In chirurgia bariatrica</b> | Percentuale pazienti, con diabete di tipo 2 che hanno effettuato tutte le visite di follow up (a 1-3-6-12 mesi dall'intervento) e che hanno ridotta la intensità di terapia antidiabete | Il follow up della chirurgia bariatrica valuta l'aderenza alla sorveglianza medico-nutrizionale nel tempo   | N° pazienti con diabete di tipo 2 che hanno ridotto l'intensità di terapia antidiabete ad 1 anno dall'intervento di chirurgia bariatrica/totale pazienti con diabete di tipo 2 operati per chirurgia bariatrica* 100( L'indicatore viene calcolato sulla popolazione prevalente di 2 anni prima) | ≥70%     | Accordo interno      | Chirurgo bariatrico                       | Ufficio Qualità ASP       |   | Annuale                   |
| 8                       | <b>Trattamento Pazienti incidenti</b>                          | Percentuale di pazienti ambulatoriali di prima diagnosi per diabete di tipo 2, o loro caregiver, che partecipano a tutti gli incontri strutturati di educazione terapeutica             | L'educazione Terapeutica e la valutazione dell'autonomia del paziente è essenziale nell'autogestione del diabete  | N° pazienti di prima diagnosi per diabete di tipo 2, o loro caregiver, che partecipano a tutti gli incontri strutturati di educazione terapeutica/ totale pazienti di prima diagnosi per diabete di tipo 2, o loro caregiver, inseriti nel programma di educazione terapeutica *100              | ≥ 80%    | Accordo interno      | Infermiere del Poliambulatorio di Potenza | Ufficio Qualità ASP       |   | Annuale                   |
| 9                       | <b>Follow up Pazienti Prevalenti</b>                           | Percentuale di pazienti, con diabete di tipo 2 che raggiunge il target di emoglobina glicata < 7% nell'arco dell'anno   | Fondamentale per monitorare il grado del compenso glicemico dei pazienti e prevenire le complicanze   | N° di pazienti con diabete di tipo 2 in carico al diabetologo che raggiungono il target di emoglobina glicata ≤7% nell'anno dall'inizio della terapia/n. pazienti con diabete di tipo 2 in carico al diabetologo * 100 L'indicatore viene calcolato sulla popolazione prevalente di 2 anni prima | ≥70%     | (Report annuali) AMD | Diabetologo                               | Ufficio Qualità ASP       | I pazienti fragili con gravi comorbidità a cui si può richiedere un target di emoglobina glicata ≤ 8% | Annuale                   |
| 10                      | <b>Follow up Pazienti prevalenti</b>                           | Percentuale di pazienti con diabete di tipo 2 che si presentano alla visita diabetologica di controllo senza esami riguardanti la funzionalità renale                                   | La prescrizione di esami sulla funzionalità renale è determinante per la precoce individuazione di pazienti con insufficienza renale e revisione della terapia medica | N° pazienti con diabete di tipo 2 che si presentano alla visita di controllo senza esami riguardanti la funzionalità renale/ pazienti con diabete di tipo 2 che si presentano alla   | ≤ 10%    | Accordo interno      | Diabetologo                               | Ufficio Qualità ASP       |   | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA DIABETE |                                    |  |   |   |              |                                  |                             |                           |                                       |                           |
|-------------------------|------------------------------------|--|---|---|--------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| N°                      | FASE E POPOLAZIONE                 | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE   | CALCOLO   | STANDARD     | FORTE                            | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI                             | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|                         |                                    |  |   | visita di controllo*100   |              |                                  |                             |                           |                                       |                           |
| 11                      | Follow up Pazienti prevalentemente | Percentuale di pazienti con diabete di tipo 2 ad elevatissimo rischio cardiovascolare secondo EASD-ESC 2019 che raggiungono il target del colesterolo LDL ( $\leq 55$ mg/dl) nell'anno | Fondamentale per monitorare il rischio cardiovascolare nei pazienti diabetici   | N° pazienti con diabete di tipo 2 ad elevatissimo rischio cardiovascolare secondo EASD-ESC 2019 che raggiungono il target del colesterolo LDL ( $\leq 55$ mg/dl) entro 1 anno dalla visita diabetologica in cui si rileva LDL alterato/ totale pazienti con diabete di tipo 2 ad elevatissimo rischio cardiovascolare secondo EASD-ESC 2019 in carico al diabetologo *100 (L'indicatore viene calcolato sulla popolazione prevalente di 2 anni prima) | $\geq 80\%$  | Accordo interno                  | Diabetologo                 | Ufficio Qualità ASP       |                                       | Annuale                   |
| 12                      | Follow up Pazienti prevalentemente | Percentuale di pazienti con diabete di tipo 2 non microalbuminurici  | Fondamentale per monitorare il rischio renale e cardiovascolare nei pazienti diabetici  | N° pazienti con diabete di tipo 2 non microalbuminurici /totale pazienti con diabete di tipo 2 in carico al diabetologo *100  | $\geq 80\%$  | Accordo interno                  | Diabetologo                 | Ufficio Qualità ASP       | pazienti presi in carico recentemente | Annuale                   |
| 13                      | Follow up Pazienti prevalentemente | Percentuale di pazienti diabetici di tipo 2 ospedalizzati per complicanza diabetica correlata (iper/ ipoglicemia) a distanza di due anni dalla presa in carico dal diabetologo         | L'indicatore valuta la gestione territoriale del paziente diabetico di tipo 2   | N° pazienti diabetici di tipo 2 ospedalizzati per complicanza diabetica correlata (iper/ ipoglicemia) a distanza di due anni dalla presa in carico dal diabetologo/total e pazienti diabetici di tipo 2 in carico al diabetologo da due anni *100   | $\leq 20\%$  | Accordo interno                  | Diabetologo                 | Ufficio Qualità ASP       |                                       | Annuale                   |
| 14                      | Follow up Pazienti prevalentemente | Percentuale di pazienti diabetici di tipo 2 con piede diabetico  | L'indicatore evidenzia la diffusione del piede diabetico come complicanza del diabete, l'efficacia della gestione terapeutica del paziente e del suo corretto stile di vita | N° pazienti diabetici di tipo 2 con piede diabetico/totale pazienti diabetici di tipo 2 in carico al diabetologo *100   | $\leq 5,5\%$ | Zang P., Annali di medicina 2017 | Diabetologo                 | Ufficio Qualità ASP       |                                       | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA DIABETE |  |   |  |   |  |                 |  |                           |  |                           |
|-------------------------|--|---|--|---|--|-----------------|--|---------------------------|--|---------------------------|
| N°                      | FASE E POPOLAZIONE                                 | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE  | CALCOLO   | STANDARD   | FORTE           | RESPONSABILITA' rilevazione  | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI  | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 15                      | <b>Diagnosi Pazienti incidenti</b>                 | Percentuale di pazienti diagnosticati nell'anno sottoposti ad esame del fundus oculi  | L'adeguatezza della visita diabetologica prevede l'esecuzione del fundus oculi che attualmente non sempre viene eseguito.  | Numero di pazienti diagnosticati nell'anno sottoposti ad esame del fundus oculi/ numero totale di pazienti diagnosticati nell'anno *100   | Stand. di accettabilità ≥50% - Stand. di desiderabilità à 90%  | Accordo interno | Diabetologo  | Ufficio Qualità ASP       |  | Annuale                   |
| 16                      | <b>Follow up Pazienti prevalenti</b>               | Percentuale di pazienti con fondo normale visitati nell'anno che vengono sottoposti ad esame del fundus oculi dopo 2 anni dall'ultima rilevazione   | L'adeguatezza della visita diabetologica prevede l'esecuzione del fundus oculi ogni 2 anni se l'esame precedente è normale. Ciò consente la diagnosi tempestiva di eventuali complicanze.  | Numero di pazienti con fondo normale visitati nell'anno che vengono sottoposti ad esame del fundus oculi dopo 2 anni dall'ultima rilevazione/ numero totale di pazienti con fondo normale visitati nell'anno *100 | Stand. di accettabilità ≥50% - Stand. di desiderabilità à 90%  | Accordo interno | Diabetologo  | Ufficio Qualità ASP       |  | Annuale                   |
| 17                      | <b>Follow up Pazienti prevalenti</b>               | Percentuale di pazienti visitati nell'anno che vengono sottoposti ad ecocolordoppler polidistrettuale e a valutazione neuropatia somatica   | L'adeguatezza della visita diabetologica prevede l'esecuzione del ecocolordoppler polidistrettuale e della valutazione neuropatia somatica in modo da consentire una diagnosi tempestiva di eventuali complicanze.   | Numero di pazienti visitati nell'anno che vengono sottoposti ad ecocolordoppler polidistrettuale e a valutazione neuropatia somatica/ numero totale di pazienti visitati nell'anno*100                            | Stand. di accettabilità ≥70% - Stand. di desiderabilità à 90%  | Accordo interno | Diabetologo  | Ufficio Qualità ASP       | Pazienti già in carico allo specialista per la presenza di una complicanza | Annuale                   |
| 18                      | <b>Trattamento e follow up Pazienti prevalenti</b> | Insieme di parametri biochimici, di terapia, di stile di vita che complessivamente forniscono un'indicazione dell'appropriatezza delle prestazioni rispetto alla prevenzione cardiovascolare e renale | Valutazione complessiva della qualità di cura per garantire che l'assistenza diabetologica offerta sia in linea con gli standard nazionale di cura<br><br>Score Q: (indicatore sviluppato nell'ambito dello studio QuED e successivamente applicato nello studio QUASAR ed è costituito da una somma di vari indicatori) | Valore dello Score Q annuo per ciascun Centro diabetologico   | ≥ 25   |                 | L'indicatore viene calcolato in automatico per ogni centro dalla cartella informatizzata |                           |  | Annuale                   |
| 19                      | <b>Trasversale Pazienti prevalenti</b>             | Percentuale di pazienti diabetici visitati nell'anno a cui viene somministrato il questionario psicologico dal diabetologo  | L'indicatore viene utilizzato per valutare se vengono presi in considerazione i bisogni complessivi del paziente diabetico   | N° pazienti visitati nell'anno a cui viene somministrato il questionario psicologico dal diabetologo/ N° di pazienti visitati nell'anno *100  | Stand. di accettabilità : Aumento del 10% rispetto all'anno precedente- Stand. di desiderabilità à 90% | Accordo interno | Diabetologo  | Ufficio Qualità ASP       |  | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA DIABETE |   |  |  |   |  |                 |                                   |                                     |           |                           |
|-------------------------|---|--|--|---|--|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------|---------------------------|
| N°                      | FASE E POPOLAZIONE  | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE  | CALCOLO   | STANDARD   | FONTE           | RESPONSABILITA' rilevazione       | RESPONSABILITA' elaborare           | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 20                      | Trasversale Pazienti prevalenti                               | Percentuale di pazienti che hanno raggiunto un punteggio ≤ 50 nel questionario psicologico, che vengono inviati allo psicologo | L'indicatore viene utilizzato per valutare se vengono presi in considerazione i bisogni complessivi del paziente diabetico | N° di pazienti che hanno raggiunto un punteggio ≤ 50 nel questionario psicologico, che vengono inviati allo psicologo/totale pazienti diabetici che hanno raggiunto un punteggio ≤ 50 nel questionario psicologico *100 | Stand. di accettabilità : Aumento del 10% rispetto all'anno precedente- Stand. di desiderabilità a 90% | Accordo interno | Diabetologo                       | Ufficio Qualità ASP                 |           | Annuale                   |
| 21                      | Trasversale- Pazienti incidenti e prevalenti Cure domiciliari | Percentuale pazienti diabetici di tipo 2 presi in carico dal servizio delle cure domiciliari entro 72 ore dalla richiesta      | Importante per la gestione complessiva dei bisogni a domicilio del paziente non autosufficiente in tempi congrui           | N. pazienti diabetici di tipo 2 presi in carico dalle cure domiciliari entro 72 ore dalla richiesta/n. pazienti diabetici di tipo presi in carico dalle cure domiciliari *100   | ≥ 90%  | Accordo interno | Infermiere delle cure domiciliari | Responsabile delle cure domiciliari |           | Annuale                   |
| 22                      | trasversale   | Frequenza incontri multidisciplinari e multiprofessionali realizzati nell'anno   | L'indicatore valuta l'attivazione del gruppo multidisciplinare e multiprofessionale come previsto dal pdta                 | N° di incontri multidisciplinari e multiprofessionali realizzati nell'anno  | ≥ 1  | Accordo interno |                                   |                                     |           | Annuale                   |
| 23                      | trasversale   | Frequenza incontri annui in cui ha partecipato il referente per ciascuna struttura inclusa nel pdta                            | L'indicatore valuta la partecipazione di ciascun referente di struttura e disciplina agli incontri multidisciplinari       | N° di incontri annui in cui ha partecipato il referente per ciascuna struttura inclusa nel pdta (Da calcolare per ciascuna struttura)   | ≥ 1  | Accordo interno |                                   |                                     |           | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO |  |   |   |  |  |   |                             |                           |           |                              |
|--|--|---|---|--|--|---|-----------------------------|---------------------------|-----------|------------------------------|
| N°   | FASE e POPOLAZIONE   | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE   | CALCOLO  | STANDARD   | FONTE   | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI | PERIODICITA' A' ELABORAZIONE |
| 1  | Inquadramento diagnostico Calcolato su tutti gli assistiti | Numero di pazienti in carico al MMG con diagnosi di scompenso cardiaco in base al range di età: -74; -109; -129 | Sapere quanti pazienti con scompenso cardiaco sono in carico al MMG consente di capire se i pazienti diagnosticati sono sottostimati e pertanto vanno meglio identificati | N° di pazienti in carico al MMG nel range di età 25-49 con diagnosi di scompenso cardiaco cronico / tot pazienti in carico al MMG nel range di età 25-49<br><br>N° di pazienti in carico al MMG nel range di età 50-59 con diagnosi di scompenso cardiaco cronico / tot pazienti in carico al MMG nel range di età 50-59 | ≤1.36 range età 25-49<br><br>≤2.93 range età 50-59 | Atti della Accademia Lancisiana Anno Accademico 2018-2019 Vol. LXIII, N. 3 Luglio-Settembre 2019 III: 293-297 | MMG                         | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                      |

| INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO |  |   |   |   |                        |               |                             |                           |           |                           |
|--|--|---|---|---|------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------|-----------|---------------------------|
| N°   | FASE e POPOLAZIONE   | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE   | CALCOLO   | STANDARD               | FONTE         | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|  |  |   |   | N° di pazienti in carico al MMG nel range di età 60-69 con diagnosi di scompenso cardiaco cronico / tot pazienti in carico al MMG nel range di età 60-69  | ≤7.63 range età 60-69  |               |                             |                           |           |                           |
|  |  |   |   | N° di pazienti in carico al MMG nel range di età 70-79 con diagnosi di scompenso cardiaco cronico / tot pazienti in carico al MMG nel range di età 70-79  | ≤12.67 range età 70-79 |               |                             |                           |           |                           |
|  |  |   |   | N° di pazienti in carico al MMG con età ≥ 80 anni con diagnosi di scompenso cardiaco cronico / tot pazienti in carico al MMG con età ≥ 80 anni  | ≤16.14% Età ≥ 80       |               |                             |                           |           |                           |
| 2  | Inquadramento diagnostico Calcolato su tutti gli assistiti non diagnostici | Percentuale di pazienti con le seguenti caratteristiche:<br>Ipertensione arteriosa senza o con danno d'organo<br>Diabete mellito con o senza complicanze<br>Obesità<br>Insufficienza renale cronica o severa<br>Aterosclerosi polidistrettuale<br>Assunzione prolungata di farmaci cardi tossici<br>Radioterapia<br>Familiarità per cardiomiopatie<br>Progresso infarto del miocardio<br>Malattia valvolare emodinamicamente rilevante<br>a cui il MMG rileva il BMI e calcola il | La rilevazione del BMI e del rischio cardio vascolare è importante perché consente di definire la stadiazione dello scompenso | N° di pazienti con una o più delle seguenti caratteristiche<br>Ipertensione arteriosa senza o con danno d'organo<br>Diabete mellito con o senza complicanze<br>Obesità<br>Insufficienza renale cronica o severa<br>Aterosclerosi polidistrettuale<br>Assunzione prolungata di farmaci cardi tossici<br>Radioterapia<br>Familiarità per cardiomiopatie<br>Progresso infarto del miocardio<br>Malattia valvolare emodinamicamente rilevante<br><br>a cui il MMG rileva il BMI e calcola il rischio cardiovascolare almeno 1 volta all'anno/ | ≥ 90 %                 | Health Search | MMG                         | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO |   |   |   |  |                                     |                 |  |                           |           |                           |
|--|---|---|---|--|-------------------------------------|-----------------|--|---------------------------|-----------|---------------------------|
| N°   | FASE e POPOLAZIONE  | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE   | CALCOLO  | STANDARD                            | FONTE           | RESPONSABILITA' rilevazione  | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|  |   | rischio cardiovascolare almeno 1 volta all'anno   |   | N° di pz in carico al MMG con le seguenti caratteristiche<br>Ipertensione arteriosa senza o con danno d'organo<br>Diabete mellito con o senza complicanze<br>Obesità<br>Insufficienza renale cronica o severa<br>Aterosclerosi polidistrettuale<br>Assunzione prolungata di farmaci cardiotossici<br>Radioterapia<br>Familiarità per cardiomiopatie<br>Pregresso infarto del miocardio<br>Malattia valvolare emodinamicamente rilevante *100 |                                     |                 |  |                           |           |                           |
| 3  | Inquadramento diagnostico Calcolato su pazienti incidenti | Percentuale di pazienti ambulatoriali con richiesta di visita cardiologica con priorità B che eseguono la visita entro 10 gg dalla data di prenotazione                             | Il rispetto dei tempi della visita cardiologica in elezione è fondamentale per evitare ritardi diagnostici  | N° pazienti ambulatoriali con richiesta di visita cardiologica per sospetto scompenso con priorità B che eseguono la visita entro 10 gg dalla data di prenotazione / N° pazienti ambulatoriali con richiesta di visita cardiologica per sospetto scompenso con priorità B *100   | ≥ 80 %                              | Accordo interno | Personale cup<br>N.B Dare al Cup i nominativi dei pazienti incidenti | Personale cup             |           | Annuale                   |
| 4  | Fase terapeutica Pazienti prevalenti                      | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico e BBsn   | L'indicatore è essenziale per definire terapie aggiuntive mirate  | Numero di pazienti con scompenso cardiaco cronico e BBsn a cui viene prescritta terapia non farmacologica/Numero di pazienti con scompenso cardiaco cronico e BBsn *100  | ≥70%                                | Accordo interno | Cardiologo ambulatorio dello scompenso                               | Ufficio qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 5  | Inquadramento diagnostico Pazienti incidenti              | Percentuale di pazienti inviati dal MMG a visita cardiologica per sospetto scompenso che arrivano alla visita con il documento stilato dal MMG contenente informazioni anamnestiche | Fondamentale visionare precedente documentazione clinica al fine di poter inquadrare clinicamente il paziente e pianificare il successivo iter diagnostico- terapeutico | N° di pazienti inviati dal MMG a visita cardiologica per sospetto scompenso che arrivano alla visita con il documento stilato dal MMG contenente informazioni anamnestiche / N° di pazienti inviati dal MMG a visita cardiologica per sospetto scompenso * 100   | ≥20% con incremento annuale del 10% | Accordo interno | Cardiologo ambulatorio dello scompenso                               | Ufficio qualità ASP       |           | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO |  |   |  |  |   |                 |  |   |  |                           |
|--|--|---|--|--|---|-----------------|--|---|--|---------------------------|
| N°   | FASE e POPOLAZIONE                               | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE  | CALCOLO  | STANDARD                                | FONTE           | RESPONSABILITA' rilevazione                            | RESPONSABILITA' elaborare                           | ECCEZIONI  | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 6  | Inquadramento eziologico Pazienti incidenti      | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico inquadrati eziologicamente entro 1 anno dalla diagnosi   | L'inquadramento eziologico permette una terapia più adeguata e mirata  | Numero di pazienti con scompenso cardiaco cronico inquadrati eziologicamente entro 1 anno dalla diagnosi/Numero di pazienti diagnosticati per scompenso cardiaco *100<br><b>Calcolare su popolazione dell'anno precedente</b>  | ≥70%                                    | Accordo interno | Cardiologo ambulatorio dello scompenso                 | Ufficio qualità ASP                                 |  | Annuale                   |
| 7  | Inquadramento eziologico Pazienti incidenti      | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco che eseguono ecocardiografia transesofagea entro 90 gg (Potenza) /30 gg (Lagonegro) dalla prenotazione                   | Il rispetto dei tempi dell'ecocardiografia transesofagea è fondamentale per evitare ritardi diagnostici                                | N° pazienti con scompenso cardiaco che eseguono ecocardiografia transesofagea entro 90 gg (Potenza) /30 gg (Lagonegro) dalla prenotazione / N° pazienti con scompenso cardiaco che eseguono l'ecocardiografia transesofagea *100   | ≥ 80 %                                  | Accordo interno | Cardiologo ambulatorio dello scompenso e Personale CUP | Personale cup                                       | Paziente che rifiuta l'appuntamento o lo annulla         | Annuale                   |
| 8  | Fase inquadramento eziologico Pazienti incidenti | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco e scintigrafia positiva che eseguono la coronarografia in elezione entro 30 gg dalla data di prenotazione                | Il rispetto dei tempi della coronarografia è fondamentale per evitare ritardi diagnostici  | N° pazienti con scompenso cardiaco cronico e scintigrafia positiva che eseguono la coronarografia in elezione entro 30 gg. dalla data di prenotazione / N° pazienti con scompenso cardiaco cronico e con scintigrafia positiva che eseguono coronarografia in elezione*100 | ≥ 70 %                                  | Accordo interno | Segreteria ricoveri programmati Ospedale di Potenza    | Segreteria ricoveri programmati Ospedale di Potenza |  | Annuale                   |
| 9  | Trattamento Pazienti prevalenti                  | Percentuale pazienti con scompenso cardiaco cronico e FE < 40% a cui è prescritto il gliclozine   | Permette di valutare l'utilizzo del gliclozine negli ambulatori dello scompenso cardiaco cronico (ASP e AOR) in pazienti con FE < 40 % | N° pazienti con scompenso cardiaco cronico e FE < 40% a cui è prescritto il gliclozine /totale pazienti con scompenso cardiaco cronico e FE < 40% * 100  | ≥ 75%                                   | Accordo interno | Cardiologo ambulatorio dello scompenso                 | Ufficio Qualità ASP                                 | Pazienti con gravi compromissioni renali GFR < 25 ml/m.  | Annuale                   |
| 10   | Trattamento Pazienti prevalenti                  | Percentuale di pazienti con HFmrEF e HFrEF, cui vengono prescritti tutti i seguenti farmaci:<br>-sacubipril /valsartan (ARNI) o ACE-i o sartani:<br>- antialdosteronici | Valuta l'applicazione delle ultime LG, ESC 2021 sul trattamento farmacologico dei pazienti con scompenso cardiaco cronico              | N° pazienti con HFmrEF e HFrEF a cui vengono prescritti tutti i seguenti farmaci:<br>-sacubipril /valsartan (ARNI) o ACE-i o sartani<br>-antialdosteronici   | ≥ 50% con un incremento annuale del 10% | Accordo interno | Cardiologo dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco   | Ufficio Qualità ASP                                 | Sono esclusi i pazienti che presentano controindicazioni | Annuale                   |



| INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO |   |  |  |  |          |                 |  |                           |  |                           |
|--|---|--|--|--|----------|-----------------|--|---------------------------|--|---------------------------|
| N°   | FASE e POPOLAZIONE                            | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE  | CALCOLO  | STANDARD | FONTE           | RESPONSABILITA' rilevazione                          | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI  | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|  |   | - betabloccanti  |  | -betabloccanti   |          |                 |  |                           |  |                           |
|  |   | -gliflozine  |  | -gliflozine / totale pazienti con HfmrEF e HFrEF * 100   |          |                 |  |                           |  |                           |
| 11   | <b>Fase trattamenti o Pazienti prevalenti</b> | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico, identificati per una o più comorbidità:<br>- ipertensione-cardiopatologia ischemica-arteriopatia periferica malattia cerebrovascolare (ateromasia TSA, degli arti inferiori e dell' aorta addominale)-aritmie-BPCO-obesità-apnee notturne-diabete mellito-disfunzione tiroidea (ipo o ipertiroidismo)-epatopatia da stasi-insufficienza renale cronico-anemia -post di stroke ischemico o emorragico-TIA | La precisa identificazione delle comorbidità favorisce la messa a punto di una terapia completa                  | N° di pazienti con scompenso cardiaco cronico, identificati per una o più comorbidità:- ipertensione-cardiopatologia ischemica-arteriopatia periferica malattia cerebrovascolare (ateromasia TSA, degli arti inferiori e dell'aorta addominale)-aritmie-BPCO-obesità-apnee notturne-diabete mellito-disfunzione tiroidea (ipo o ipertiroidismo)-epatopatia da stasi-insufficienza renale cronico -anemia-post di stroke ischemico o emorragico -TIA/ totale dei pazienti con scompenso cardiaco cronico *100 | ≥80%     | Accordo interno | Cardiologo ambulatorio dello scompenso               | Ufficio Qualità ASP       |  | Annuale                   |
| 12   | <b>Trattamenti o Pazienti prevalenti</b>      | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico, reospedalizzati (seconda ospedalizzazione) per riacutizzazioni e dello scompenso cardiaco entro 6 mesi dall'ultima visita di controllo clinico   | L'indicatore sulla reospedalizzazione valuta la capacità di presa in carico del paziente da parte del territorio | N° pazienti con riacutizzazione dello scompenso cardiaco cronico entro 6 mesi dalla visita di controllo che sono stati ospedalizzati/ N° pazienti con riacutizzazione dello scompenso cardiaco cronico entro 6 mesi dalla visita di controllo *100   | ≤ 30%    | Accordo interno | Cardiologo dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco | Ufficio qualità ASP       | Non sono eccezioni i pz ricoverati fuori provincia in quanto il dato viene rilevato dal cardiologo o dello scompenso | 12 mesi                   |

| INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO |   |  |  |  |  |                 |   |   |  |                           |
|--|---|--|--|--|--|-----------------|---|---|--|---------------------------|
| N°   | FASE e POPOLAZIONE                            | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE  | CALCOLO  | STANDARD                                       | FORTE           | RESPONSABILITA' rilevazione   | RESPONSABILITA' elaborare   | ECCEZIONI  | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 13   | Trattamenti o Pz prevalenti                   | Frequenza di pazienti con scompenso cardiaco ospedalizzati nell'anno   | Valuta l'adozione del trattamento farmacologico previsto dalla LG ESC 2021   | N° di pazienti con scompenso cardiaco ospedalizzati nell'anno  | riduzione percentuale del 5% annuo fino al 30% | Accordo interno | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria | pz non seguiti dai cardiologi dell'ambulatorio scompenso provinciali | Annuale                   |
| 14   | Fase di trattamento e follow-up               | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta /ridotta coperti per 12 mesi da prescrizione di Aceinibitori o Sartani o ARNI   | L'aderenza alla terapia farmacologica con Aceinibitori/sartani/ARNI rappresenta il caposaldo della terapia dello scompenso cardiaco cronico con frazione di eiezione lievemente ridotta /ridotta   | Numero di pazienti con scompenso e frazione di eiezione lievemente ridotta /ridotta coperti per 12 mesi da prescrizione di Aceinibitori o Sartani o ARNI/numero di pazienti con scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta /ridotta con prescrizione di Aceinibitori o Sartani o ARNI *100 <b>Da calcolare sulla popolazione prevalente dell'anno precedente</b>   | ≥ 75%  | Accordo interno | MMG   | Ufficio Qualità ASP   | Sono esclusi i pazienti che presentano controindicazioni             | Annuale                   |
| 15   | Fase di trattamento e follow-up Pz prevalenti | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta /ridotta coperti per 12 mesi da prescrizione di Betabloccanti   | L'aderenza alla terapia farmacologica con Betabloccanti rappresenta il caposaldo della terapia dello scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta /ridotta   | Numero di pazienti con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta /ridotta coperti per 12 mesi da prescrizione di betabloccanti/numero di pz con scompenso cardiaco e frazione di eiezione lievemente ridotta /ridotta con prescrizione di betabloccanti* 100 - <b>Da calcolare sulla popolazione prevalente dell'anno precedente</b>  | ≥50%   | Accordo interno | MMG   | Ufficio Qualità ASP   | Sono esclusi i pazienti che presentano controindicazioni             | Annuale                   |
| 16   | Fase di trattamento e follow-up Pz prevalenti | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta/ridotta in trattamento farmacologico o con aceinibitori o sartani o ARNI che hanno effettuato almeno una misurazione di azotemia, creatininemia e potassiemia | Il controllo regolare della funzionalità renale e del potassio è essenziale nel monitoraggio del trattamento farmacologico dello scompenso cardiaco cronico con frazione di eiezione lievemente ridotta/ridotta (≤49%) con aceinibitori, sartani o ARNI. | N. pazienti con scompenso cardiaco e frazione di eiezione lievemente ridotta/ridotta in trattamento farmacologico con aceinibitori o sartani o ARNI che hanno effettuato almeno una misurazione di azotemia, creatininemia e potassiemia nell'ultimo anno/ tot. pazienti con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta/ridotta in trattamento farmacologico con aceinibitori o sartani o ARNI in carico | ≥90%   | Accordo interno | MMG   | Ufficio Qualità ASP   |  | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO |  |   |  |   |          |                 |  |                           |   |                           |
|--|--|---|--|---|----------|-----------------|--|---------------------------|---|---------------------------|
| N°   | FASE e POPOLAZIONE                                   | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE  | CALCOLO   | STANDARD | FONTE           | RESPONSABILITA' rilevazione  | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI                                 | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|  |  | nell' ultimo anno.  |  | nell'anno *100 <b>Da calcolare sulla popolazione prevalente dell'anno precedente</b>  |          |                 |  |                           |   |                           |
| 17   | <b>Fase di trattamento e follow-up Pz prevalenti</b> | Percentuale di pazienti, con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta/ridotta a in trattamento farmacologico o con diuretici che hanno effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio nell' ultimo anno. | Il controllo degli elettroliti plasmatici è essenziale nel monitoraggio del trattamento farmacologico con diuretici nello scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta/ridotta (≤49%). | N° pazienti con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta/ridotta in trattamento farmacologico con diuretici che hanno effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio nell' ultimo anno / N° pazienti con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta/ridotta in trattamento farmacologico con diuretici in carico nell'anno *100- <b>Da calcolare popolazione prevalente dell'anno precedente</b> | ≥90%     | Accordo interno | MMG  | Ufficio Qualità ASP       |   | Annuale                   |
| 18   | <b>Follow up Pazienti prevalenti</b>                 | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico e FE <40% a cui entro 15 gg. dall'ultima visita viene effettuato il consulto telefonico.   | Il consulto telefonico permette di valutare l'appropriatezza della terapia fornita durante la visita.  | N° pazienti con scompenso cardiaco cronico e FE <40% a cui entro 15 gg. dall'ultima visita viene effettuato il consulto telefonico o via e-mail/ totale pazienti con scompenso cardiaco cronico e FE <40% *100  | ≥ 80%    | Accordo interno | Infermiere o cardiologo dell'ambulatorio dello SCC - Ospedale di Potenza e ambulatorio c/o poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta di Potenza | Ufficio qualità ASP       |   | annuale                   |
| 19   | <b>Trattamento Pazienti incidenti</b>                | Percentuale di pazienti con FE < 40%, ricoverati per scompenso cardiaco di nuova diagnosi ,presi in carico < 2 mesi dalla dimissione, presso uno degli ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco  | L'indicatore è essenziale per evitare la dispersione dei pazienti a due mesi dall'ospedalizzazione   | N° pazienti incidenti con FE < 40%, ricoverati per scompenso cardiaco cronico con visita presso l'ambulatorio scompenso entro < 2 mesi dalla dimissione / totale pazienti incidenti con FE < 40%, ricoverati per scompenso cardiaco *100  | ≥ 80%    | Accordo interno | Cardiologo ambulatorio dello scompenso cardiaco  | Ufficio Qualità ASP       | rinvio della visita da parte del paziente | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO |   |   |  |   |          |                 |  |                                     |                      |                           |
|--|---|---|--|---|----------|-----------------|--|-------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| N°   | FASE e POPOLAZIONE                                      | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE  | CALCOLO   | STANDARD | FONTI           | RESPONSABILITA' rilevazione            | RESPONSABILITA' elaborare           | ECCEZIONI            | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|  |   | cronico presenti nella provincia di Potenza   |  |   |          |                 |  |                                     |                      |                           |
| 20   | <b>Trasversale Pazienti prevalenti Cure domiciliari</b> | Percentuale pazienti, con scompenso cardiaco presi in carico dal servizio delle cure domiciliari <72 ore dalla richiesta                            | Importante per la gestione complessiva dei bisogni a domicilio del paziente non autosufficiente in tempi congrui | N° pazienti con scompenso cardiaco presi in carico dalle cure domiciliari <72 ore dalla richiesta/ N° pazienti con scompenso cardiaco presi in carico dalle cure domiciliari * 100  | ≥ 90%    | Accordo interno | Infermiere delle cure domiciliari      | Responsabile delle cure domiciliari |                      | Annuale                   |
| 21   | <b>Trasversale Pazienti prevalenti</b>                  | Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco cronico, ansia e/o depressione inviati al servizio di psicologia clinica per il sostegno psicologico | L'indicatore viene utilizzato per valutare i bisogni complessivi del paziente con scompenso cardiaco cronico     | N° pazienti con scompenso cardiaco cronico, ansia e/o depressione inviati dal cardiologo al servizio di psicologia clinica per il sostegno psicologico / tot pazienti con scompenso cardiaco cronico in carico al cardiologo *100 | ≥ 3%     | Accordo interno | Cardiologo ambulatorio dello scompenso | Ufficio Qualità ASP                 | rifiuto del paziente | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA B.P.C.O. |  |   |  |  |  |                 |                             |                              |           |                           |
|--------------------------|--|---|--|--|--|-----------------|-----------------------------|------------------------------|-----------|---------------------------|
| N°                       | FASE E POPOL.  | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE  | CALCOLO  | STANDARD                               | FONTI           | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborazione | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 1                        | <b>Fase diagnostica-Calcolato su tutti gli assistiti</b> | Percentuale di pazienti in carico al MMG di età > 40 anni con diagnosi di BPCO                              | Sapere quanti pazienti BPCO sono in carico al MMG consente di capire se i pz con BPCO sono sottostimati e pertanto vanno meglio identificati | N° di pazienti in carico al MMG di età ≥ 40 anni con diagnosi di BPCO / N° pazienti in carico al MMG di età ≥40 anni *100  | ≥ 3 %                                  | Accordo interno | MMG                         | Ufficio qualità ASP          |           | Annuale                   |
| 2                        | <b>Fase diagnostica -Calcolato sui pz incidenti</b>      | Percentuale pazienti con nuova diagnosi di BPCO per i quali il MMG ha registrato in C/C l'abitudine al fumo | L'individuazione dei fattori di rischio quale il fumo consente di fare diagnosi precoce  | N° pazienti con nuova diagnosi di BPCO per i quali il MMG ha registrato in C/C l'abitudine al fumo al momento della diagnosi/N° pazienti con nuova diagnosi di BPCO *100 | Per il primo anno di rilevazione ≥ 50% | Accordo interno | MMG                         | Ufficio qualità ASP          |           | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA B.P.C.O. |  |   |   |   |  |                 |                             |                              |           |                           |
|--------------------------|--|---|---|---|--|-----------------|-----------------------------|------------------------------|-----------|---------------------------|
| N°                       | FASE E POPOL.  | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE   | CALCOLO   | STANDARD                               | FORTE           | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborazione | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 3                        | Fase diagnostica -Calcolato sui pz incidenti   | Percentuale pazienti con nuova diagnosi di BPCO per i quali il MMG ha registrato in C/C i sintomi respiratori persistenti (dispnea, tosse, espettorato)                     | La rilevazione di sintomi che possono far sospettare un quadro di BPCO consente di fare diagnosi precoce  | N° pazienti con nuova diagnosi di BPCO per i quali il MMG ha registrato in C/C i sintomi respiratori persistenti (dispnea, tosse, espettorato) al momento della diagnosi / N° pazienti con nuova diagnosi di BPCO *100  | Per il primo anno di rilevazione ≥ 50% | Accordo interno | MMG                         | Ufficio qualità ASP          |           | Annuale                   |
| 4                        | Fase diagnostica-Calcolato sui pz incidenti  | Percentuale di pazienti con età > 40 anni e fumatori > 10 pack/years ai quali è stata prescritta la spirometria dal MMG prima dell'invio o unitamente a visita pneumologica | La prescrizione della spirometria come esame di 1° livello è fondamentale per individuare in modo appropriato i pz con BPCO   | N° pazienti incidenti con età ≥40 anni e fumatori >10 pack/years ai quali è stata prescritta la spirometria dal MMG prima dell'invio o unitamente a visita pneumologica/ N° pazienti incidenti con età ≥ 40 anni e fumatori 10 pack/years * 100                                 | Per il primo anno di rilevazione ≥ 30% | Accordo interno | MMG                         | Ufficio qualità ASP          |           | Annuale                   |
| 5                        | Fase diagnostica -Calcolato su dell'anno 2023 - tutti pazienti inviati con richiesta di visita pneumologica con sospetta BPCO con codice B | Percentuale pazienti a cui il MMG ha richiesto la visita pneumologica con priorità B per sospetta BPCO con insufficienza respiratoria acuta                                 | La selezione corretta del paziente è importante per un appropriato utilizzo della risorsa pneumologica e per individuare precocemente il paziente con possibile BPCO riacutizzata | N° pazienti a cui il MMG ha richiesto la visita pneumologica con priorità B per sospetta BPCO a cui viene riscontrata dallo pneumologo una insufficienza respiratoria acuta /N° pazienti a cui il MMG ha richiesto la visita pneumologica con priorità B per sospetta BPCO *100 | Per il primo anno di rilevazione ≥ 50% | Accordo interno | MMG                         | Ufficio qualità ASP          |           | Annuale                   |
| 6                        | Fase diagnostica -Calcolato su tutti pazienti inviati con richiesta di visita pneumologica con sospetta BPCO con codice B                  | Percentuale di pazienti ambulatoriali, con richiesta di visita pneumologica con priorità B che eseguono la visita entro 10 giorni dalla data di prenotazione                | Il rispetto dei tempi della visita pneumologica in elezione è fondamentale per evitare ritardi diagnostici  | N° pazienti ambulatoriali, con richiesta di visita pneumologica per sospetta BPCO con priorità B che eseguono la visita entro 10 giorni dalla data di prenotazione / N° pazienti ambulatoriali, con richiesta di visita pneumologica per sospetta BPCO con priorità B *100      | ≥ 80 %                                 | Accordo interno | Personale cup               | Personale cup                |           | Annuale                   |
| 7                        | Fase diagnostica -Pazienti con richiesta di visita pneumologica per sospetto BPCO  | Percentuale pazienti con BPCO accertata inviati precedentemente a visita pneumologica per sospetta BPCO   | La valutazione dell'accesso con BPCO sospetta è utile per ridurre gli accessi impropri  | N° pazienti inviati a visita pneumologica per sospetta diagnosi di BPCO, poi accertata/ N° pazienti inviati a visita pneumologica per sospetta  | ≥60%                                   | Accordo interno | Pneumologo                  | Ufficio Qualità ASP          |           | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA B.P.C.O. |  |   |  |   |          |                 |                             |                              |   |                           |
|--------------------------|--|---|--|---|----------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|---|---------------------------|
| N°                       | FASE E POPOL.  | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE  | CALCOLO   | STANDARD | FORTE           | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborazione | ECCEZIONI   | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|                          |  |   |  | diagnosi di BPCO * 100  |          |                 |                             |                              |   |                           |
| 8                        | <b>Fase diagnostica - Pazienti prevalenti</b>  | Percentuale di pazienti di pazienti con richiesta di RX torace in codice B che eseguono l'Rx entro 10 gg dalla data di prenotazione | Garantire una diagnosi tempestiva  | N° di pazienti con richiesta di RX torace in codice B che eseguono l'Rx entro 10 gg dalla data di prenotazione/ totale pazienti * di pazienti con richiesta di RX torace *100   | ≥80%     | Accordo interno | CUP                         | CUP                          |   | Annuale                   |
| 10                       | <b>Fase terapeutica -Pazienti prevalenti (Lo calcolo sulla popolaz di 2 anni precedenti)</b> | Percentuale pazienti con BPCO che aderiscono per 12 mesi dalla prescrizione di broncodilatatori e/o cortisonici per via topica      | La compliance dei pazienti alla terapia con broncodilatatori e/o cortisonici per via topica è importante affinché il trattamento sia efficace. Ciò è dovuto anche alla capacità degli operatori di informare e motivare il paziente. | N° pazienti con BPCO che aderiscono per 12 mesi dalla prescrizione di broncodilatatori e/o cortisonici per via topica/ totale pazienti con BPCO con prescrizione di broncodilatatori e/o cortisonici per via topica *100  | ≥ 50%    | Accordo interno | MMG                         | Ufficio Qualità ASP          | Pz con aggravamento delle condizioni preesistenti che necessita di cure alternative | Annuale                   |
| 11                       | <b>Fase terapeutica -Pazienti prevalenti</b>   | Percentuale di pazienti con BPCO di età ≥ 40 e ≤ 80 inviati all'ambulatorio di terapia riabilitativa dallo pneumologo               | L'indicatore è importante per valutare l'appropriatezza di invio a terapia riabilitativa   | N° pazienti con BPCO -di grado lieve-moderato con dispnea e ridotta tolleranza allo sforzo -e pazienti di grado severo con dispnea a riposo inviati a visita fisiatrica per terapia riabilitativa / N° pazienti con BPCO - di grado lieve-moderato con dispnea e ridotta tolleranza allo sforzo -e pazienti di grado severo con dispnea a riposo *100 | ≥ 50%    | Accordo interno | Pneumologo, MMG             | Ufficio Qualità ASP          | pazienti con compromissione cognitiva ed eccessiva compromissione psicomotoria      | Annuale                   |
| 12                       | <b>Fase follow up Pazienti prevalenti</b>  | Percentuale di pazienti che si presentano alla visita pneumologica senza documentazione clinica pregressa                           | Fondamentale visionare precedente documentazione clinica al fine di rivalutare i fattori di rischio e verificare se la BPCO è stabile  | N° pazienti che si presentano alla visita pneumologica senza documentazione clinica pregressa / totale pazienti visitati dallo pneumologo * 100   | ≤ 20%    | Accordo interno | Infermiere                  | Ufficio qualità ASP          |   | Annuale                   |
| 13                       | <b>Fase riacutizzazione - Pazienti prevalenti</b>  | Tasso annuale di mortalità dei pazienti per BPCO di età ≥ 40 anni   | Monitorare il tasso annuale di mortalità per BPCO contribuisce a conoscere le cause principali di morte della popolazione  | N° pazienti, residenti nella provincia di Potenza, di età ≥ 40, deceduti a causa di i di BPCO nell'anno / totale  | ≥ 10%    | Accordo interno | MMG                         | Ufficio Qualità ASP          |   | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA B.P.C.O. |   |  |   |   |                      |                 |   |   |   |                           |
|--------------------------|---|--|---|---|----------------------|-----------------|---|---|---|---------------------------|
| N°                       | FASE E POPOL.                                     | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE   | CALCOLO   | STANDARD             | FONTE           | RESPONSABILITA' rilevazione   | RESPONSABILITA' elaborazione  | ECCEZIONI   | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
|                          |   |  |   | popolazione di età ≥ 40 residenti nella provincia di Potenza, *1000   |                      |                 |   |   |   |                           |
| 14                       | <b>Fase riacutizzazione-Pazienti prevalenti</b>   | Percentuale di pazienti deceduti per BPCO ≤ 30 gg. dalla riacutizzazione   | Conoscere i pazienti deceduti per BPCO riacutizzata ≤ 30 gg. serve a valutare l'efficacia dell'intervento terapeutico territoriale e/o ospedaliero                                | N° pazienti deceduti a causa di BPCO entro 30 gg. dalla riacutizzazione di malattia/ Numero pazienti riacutizzati nell'anno *100  | ≤ 9,8 %              | PNE, 2017       | MMG   | Ufficio Qualità ASP   |   | Annuale                   |
| 15                       | <b>Fase ospedalizzazione -Pazienti prevalenti</b> | Percentuale pazienti con BPCO ospedalizzati per motivi legati alla BPCO nell'anno negli ospedali dell'AOR  | L'ospedalizzazione dei pazienti valuta la capacità di presa in carico del territorio e di limitare l'ospedalizzazione   | N° pazienti con BPCO ospedalizzati per motivi legati alla BPCO (cod.ICD9-CM 491.21) nell'anno negli ospedali dell'AOR/ N° pazienti con BPCO nell'anno * 100   | ≤ 50%                | Accordo interno | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria per il numeratore. MMG e Pneumologi per denominatore    | Ufficio Qualità ASP   |   | Annuale                   |
| 16                       | <b>Fase Ospedalizzazione -Pazienti prevalenti</b> | Frequenza pazienti, affetti da BPCO ricoverati in UTI in uno degli ospedali dell'AOR con insorgenza di lesioni da pressione                        | Standardizzare il processo assistenziale con procedure condivise e presidi adeguati   | N° pazienti affetti da BPCO ricoverati in UTI e in terapia sub intensiva ospedali dell'AOR con insorgenza di lesioni da pressione <b>(Stratificato per ospedale)</b>  | ≤ 3 anno             | Accordo interno | Numeratore: Coordinatore infermieristico UTI e terapia semintensiva   | Ufficio Qualità ASP   | Pz che presenta una lesione prima del ricovero in UTI | Annuale                   |
| 17                       | <b>Fase Ospedalizzazione -Pazienti prevalenti</b> | Percentuale pazienti con BPCO, ricoverati in terapia sub intensiva con insufficienza respiratoria severa, che necessitano di IOT trasferiti in UTI | L'indicatore Individua i pazienti che necessitano di cure intensive   | N° pazienti con riacutizzazione di BPCO ed insufficienza respiratoria severa, (cod. ICD 9 CM 491.21+518.84) che necessitano di IOT, ricoverati in terapia sub intensiva, trasferiti in UTI / totale pazienti con riacutizzazione di BPCO ed insufficienza respiratoria severa (cod. ICD9 CM 491.21+518.84) che necessitano di IOT, ricoverati in terapia sub intensiva *100 | 1                    | Accordo interno | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria   | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria |   | Annuale                   |
| 18                       | <b>Fase Ospedalizzazione -Pazienti prevalenti</b> | Percentuale di pazienti, ricoverati per BPCO in uno degli ospedali dell'AOR che manifestano durante il ricovero Nutrizione alterata                | Riconoscere i sintomi precoci di disagio psicologico malattia correlati, previene l'aggravarsi dello stato psicofisico dell'assistito e promuove l'aderenza alla terapia proposta | N° di ricoveri per BPCO per i quali l'infermiere registra in C/C la nutrizione alterata/ N° di ricoveri per BPCO (cod.ICD9-CM 491.21) negli ospedali AOR *100   | ≥ 50% per il 1° anno | Accordo interno | Numeratore: Coordinatore infermieristico /Denominatore: Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria | Ufficio Qualità ASP   |   | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA B.P.C.O. |  |   |   |  |          |                 |  |   |  |                           |
|--------------------------|--|---|---|--|----------|-----------------|--|---|--|---------------------------|
| N°                       | FASE E POPOL.                              | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE   | CALCOLO  | STANDARD | FONTI           | RESPONSABILITA' rilevazione  | RESPONSABILITA' elaborazione  | ECCEZIONI  | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 19                       | Fase Ospedalizzazione -Pazienti prevalenti | Percentuale pazienti ricoverati in uno degli ospedali dell'AOR per BPCO, con valore della dispnea alla dimissione inferiore rispetto a quello registrato all'ingresso   | La diminuzione della dispnea denota l'efficacia del trattamento   | N° pazienti ricoverati negli ospedali dell'AOR per BPCO, con valore della dispnea (verificato con la frequenza respiratoria) alla dimissione inferiore rispetto a quello registrato all'ingresso/N° pazienti ricoverati negli ospedali dell'AOR per BPCO * 100   | ≥ 20%    | Accordo interno | Numeratore:<br>Infermiere/Denominatore:<br>Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria | Ufficio Qualità ASP   |  | Annuale                   |
| 20                       | Fase ospedalizzazione Pazienti prevalenti  | Percentuale pazienti, ricoverati c/o ospedali dell'AOR con ricovero per BPCO entro 30 gg dalla dimissione precedente  | L'indicatore valuta l'esautività del precedente ricovero, i criteri di dimissione e la capacità di presa in carico del territorio | N° pazienti con ricovero in uno degli ospedali dell'AOR per BPCO (cod.ICD9-CM 491.1) entro 30 gg dalla dimissione precedente /N° pazienti, ricoverati per BPCO (cod.ICD9-CM 491.2) negli ospedali dell'AOR all'anno * 100  | ≤13,45%  | PNE, 2017       | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria  | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria |  | Annuale                   |
| 21                       | Fase ospedalizzazione Pazienti prevalenti  | Percentuale di pazienti con BPCO, ricoverati c/o ospedali dell'AOR con reospedalizzazione (seconda ospedalizzazione) per riacutizzazione della BPCO <12 mesi dalla data di dimissione dal precedente ricovero | L'indicatore sulla reospedalizzazione valuta la capacità di presa in carico del paziente da parte del territorio                  | N. pazienti con BPCO ricoverati c/o ospedali dell'AOR, con una seconda ospedalizzazione per riacutizzazione della BPCO (cod. ICD9 CM 491.1) <12 mesi dalla data di dimissione dal precedente ricovero/N. pazienti con riacutizzazione della BPCO (cod. ICD 9 CM 491.1) *100 <b>Calcolarlo su 2 anni precedenti</b> | ≤3%      | Accordo interno | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria  | Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria |  | Annuale                   |
| 22                       | Fase ospedalizzazione Pazienti prevalenti  | Percentuale pz ricoverati in riabilitazione con cod. 56 o 60 con progetto riabilitativo formalizzato entro 48 ore dall'ingresso in riabilitazione   | La stesura del progetto riabilitativo individuale in tempo congruo è necessaria per una efficace riabilitazione del paziente      | N° pz ricoverati in riabilitazione con cod. 56 o 60 con progetto riabilitativo formalizzato entro 48 ore dall'ingresso in riabilitazione / n° pazienti ricoverati in riabilitazione con cod. 56 o 60 * 100   | ≥ 80 %   | Accordo interno | Numeratore:Medico Fisiatra/Denominatore:Unità operativa di epidemiologia clinica e programmazione sanitaria    | Ufficio Qualità ASP   |  | Annuale                   |
| 23                       | Trasversale - Pazienti prevalenti          | Percentuale di pazienti con esacerbazione di BPCO che aderiscono al programma vaccinale   | Le vaccinazioni antipneumococcica, antinfluenzale, antipertosse, anticovid riducono le riacutizzazioni della BPCO                 | N° pazienti, con esacerbazione di BPCO vaccinati per antipneumococcica, antinfluenzale, antipertosse, anticovid / numero pazienti, con esacerbazione di BPCO * 100   | ≥ 30 %   | Accordo interno | MMG  | Ufficio Qualità ASP   | Pz allergico ad una componente del vaccino, pz che hanno già avuto la pertosse, covid (nei | Annuale                   |



| INDICATORI PDTA B.P.C.O. |   |   |   |   |          |                 |                                   |                                     |                    |   |
|--------------------------|---|---|---|---|----------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|---|
| N°                       | FASE E POPOL.                                       | DESCRIZIONE INDICATORE  | RAZIONALE   | CALCOLO   | STANDARD | FORTE           | RESPONSABILITA' rilevazione       | RESPONSABILITA' elaborazione        | ECCEZIONI          | PERIODICITA' ELABORAZIONE                         |
|                          |   |   |   |   |          |                 |                                   |                                     | 4 mesi precedenti) |   |
| 24                       | Trasversale - Pazienti prevalenti- Cure domiciliari | Percentuale pazienti con BPCO presi in carico dal servizio delle cure domiciliari <72 ore dalla richiesta   | Importante per la gestione complessiva dei bisogni a domicilio del paziente non autosufficiente in tempi congrui  | n. pazienti con BPCO presi in carico dalle cure domiciliari <72 ore dalla richiesta/ n. pazienti con BPCO presi in carico dalle cure domiciliari*100  | ≥ 90%    | Accordo interno | Infermiere delle cure domiciliari | Responsabile delle cure domiciliari |                    | Annuale   |
| 25                       | Trasversale - Pazienti prevalenti                   | Percentuale di pazienti con BPCO, fumatori afferenti al centro antifumo di Melfi, inviati dallo pneumologo o dal MMG per la disassuefazione da fumo                             | L'accesso al centro antifumo per il paziente con la BPCO, fumatore, rappresenta l'opportunità per avviare un percorso strutturato di disassuefazione dal fumo | n. pazienti con BPCO fumatori afferenti al centro antifumo di Melfi, inviati dallo pneumologo o MMG, che avviano il percorso di cura per la disassuefazione da fumo / n. pazienti con BPCO, afferenti al centro antifumo di Melfi inviati dallo pneumologo o MMG *100 | ≥30%     | Accordo interno | Responsabile Centro Antifumo ASP  | Ufficio Qualità ASP                 |                    | Annuale   |
| 26                       | Trasversale - Pazienti prevalenti                   | Percentuale di pazienti, con BPCO fumatori che accedono al centro antifumo e portano a termine il trattamento di disassuefazione entro 12 mesi dall'avvio                       | Seguire il percorso clinico terapeutico per tutta la sua durata è fondamentale per l'utente ai fini della disassuefazione dal fumo                            | N. pazienti con BPCO fumatori che accedono al centro antifumo e portano a termine il trattamento di disassuefazione dal fumo entro 12 mesi dall'avvio/ n. pazienti con BPCO che accedono al centro antifumo *100 (Popolazione 2 anni prima)                           | ≥30%     | Accordo interno | Responsabile Centro Antifumo ASP  | Ufficio Qualità ASP                 |                    | Annuale (12 mesi dall'avvio del percorso di cura) |
| 27                       | Trasversale   | Percentuale di pazienti ambulatoriali con BPCO e depressione e/o ansia inviati dallo pneumologo/MMG per il sostegno psicologico al servizio di psicologia clinica territoriale/ | L'indicatore viene utilizzato per valutare i bisogni complessivi del paziente affetto da BPCO   | N° di pazienti ambulatoriali con BPCO e depressione e/o ansia inviati dallo pneumologo/MMG per il sostegno psicologico al servizio di psicologia clinica territoriale/totale pazienti ambulatoriali con BPCO *100   | ≥ 3 %    | Accordo interno | Pneumologo, MMG                   | Ufficio Qualità ASP                 |                    | Annuale   |

| INDICATORI PDTA DOPPIA DIAGNOSI |  |  |   |   |          |                 |   |                           |           |                           |
|---------------------------------|--|--|---|---|----------|-----------------|---|---------------------------|-----------|---------------------------|
| N°                              | FASE E POLAZIONE   | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE   | CALCOLO   | STANDARD | FONTI           | RESPONSABILITA' rilevazione   | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 1                               | Inquadramento Diagnostico Calcolato su pz incidenti 2022 | Percentuale di pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in elezione al CSM che eseguono il colloquio di accettazione entro 3 gg/30 gg per CSM Lauria e Vulture Melfese dalla richiesta | Il colloquio di accettazione è un momento fondamentale per intervenire sul pz con doppia diagnosi   | N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in elezione al CSM che eseguono il colloquio di accettazione entro 3 gg /30 gg per CSM Lauria e Vulture Melfese dalla richiesta / N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in elezione al CSM *100 | ≥ 70%    | Accordo interno | CSM Lauria Potenza, Villa D'agri e Vulture-Melfese: infermiere  | Ufficio Qualità ASP       |           | Semestrale                |
| 2                               | inquadramento Diagnostico Calcolato su pz incidenti 2022 | Percentuale di pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in urgenza al CSM/NPI che ricevono il colloquio di accettazione il giorno in cui accedono                                      | La tempestività del colloquio è un aspetto fondamentale per poter intervenire precocemente sul pz con doppia diagnosi                                     | N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in urgenza al CSM/NPI che ricevono il colloquio di accettazione il giorno in cui accedono / N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in urgenza al CSM/NPI *100                                    | ≥ 95%    | Accordo interno | CSM Lauria Potenza, Villa D'agri e Vulture-Melfese: infermiere - NPI distretto di Melfi-Venosa e Lagonegro: psicologo   | Ufficio Qualità ASP       |           | Semestrale                |
| 3                               | inquadramento Diagnostico Calcolato su pz incidenti 2022 | Percentuale di pazienti con sospetto di doppia diagnosi che accedono in elezione per il colloquio di accettazione al SER.D entro 3 gg dalla richiesta  | La tempestività del colloquio è un aspetto fondamentale per poter intervenire precocemente sul pz con doppia diagnosi                                     | N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi che accedono in elezione per il colloquio di accettazione al SER.D entro 3 gg dalla richiesta / N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi che accedono in elezione per il colloquio di accettazione al SER.D*100                        | ≥ 70%    | Accordo interno | SERD Potenza: assistente sociale; SERD Lagonegro: assistente sociale; SERD Villa D'Agri; Melfi: educatore professionale | Ufficio Qualità ASP       |           | Semestrale                |
| 4                               | inquadramento Diagnostico Calcolato su pz incidenti 2022 | Percentuale di pazienti con sospetto di doppia diagnosi che eseguono la prima visita medica entro 3 gg dalla richiesta.  | La tempestività della visita medica è fondamentale per poter intervenire precocemente (anche dal punto di vista farmacologico) sul pz con doppia diagnosi | N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi che eseguono la prima visita medica entro 3 gg dalla richiesta/ N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi che hanno effettuato la prima visita medica al Ser.D. *100  | ≥ 70%    | Accordo interno | Ser.D. Potenza, Melfi, Villa D'Agri, Lagonegro: Medico  | Ufficio Qualità ASP       |           | Semestrale                |
| 5                               | Trattamento Calcolato su pazienti incidenti              | Percentuale di pazienti con doppia diagnosi a cui è stata confermata la doppia diagnosi dall'équipe multidisciplinare  | Essenziale per valutare l'invio improprio all'équipe multidisciplinare  | N° di pazienti con doppia diagnosi inviati all'équipe multidisciplinare ai quali è confermata la doppia diagnosi / N° di pazienti con doppia diagnosi inviati all'équipe multidisciplinare *100   | ≥ 90%    | Accordo interno | Assistente sociale-NPI psicologo  | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA DOPPIA DIAGNOSI |   |  |   |   |                  |                 |                             |                           |           |                           |
|---------------------------------|---|--|---|---|------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------|-----------|---------------------------|
| N°                              | FASE E POLAZIONE                            | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE   | CALCOLO   | STANDARD         | FONTI           | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 6                               | Trattamento Calcolato su pazienti incidenti | Percentuale di pazienti con doppia diagnosi inviati all'équipe multidisciplinare entro 15 gg. dalla diagnosi                                     | Fondamentale per valutare la tempistica di accesso alla valutazione multidisciplinare   | N° di pazienti con doppia diagnosi discussi la prima volta dall'équipe multidisciplinare entro 15 gg dalla richiesta/ N° totale di pazienti con doppia diagnosi discussi la prima volta dall'équipe multidisciplinare *100                            | ≥ 70%            | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 7                               | Trattamento Calcolato su pazienti incidenti | Percentuale di progetti individualizzati elaborati per pazienti con doppia diagnosi entro 30 gg dal primo incontro multidisciplinare dell'équipe | Fondamentale per valutare la tempistica della stesura del progetto individualizzato   | N° di progetti individualizzati per pazienti con doppia diagnosi elaborati entro 30 gg dal primo incontro multidisciplinare dell'équipe/N° di progetti individualizzati per pazienti con doppia diagnosi elaborati dall'équipe multidisciplinari *100 | ≥ 70%            | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 9                               | Trattamento Calcolato su pz prevalenti      | Percentuale pazienti adulti con doppia diagnosi che accedono al SER.D e CSM per seguire il programma concordato                                  | Individua i pazienti che accettano il programma terapeutico   | N° di pazienti con doppia diagnosi che accedono al primo incontro presso il SER.D e CSM dopo la sottoscrizione del PTAI /n. pazienti adulti con doppia diagnosi *100 - <b>Stratificato per distretto</b>  | ≥ 70%            | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 10                              | Trattamento Calcolato su pz prevalenti      | Frequenza di pazienti con doppia diagnosi in carico all'équipe multidisciplinare che abbandonano la comunità entro 1 anno dall'ingresso          | Fondamentale per valutare l'appropriatezza del percorso riabilitativo individuato   | N° di pazienti con doppia diagnosi in carico all'équipe multidisciplinare che abbandonano la Comunità entro 1 anno dall'ingresso  | ≤2 per distretto | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 11                              | Trattamento Calcolato su pz incidenti 2022  | Frequenza di pazienti con Doppia Diagnosi che hanno effettuato un accesso in SPDC nell'anno  | L'indicatore valuta la capacità di presa in carico del territorio e di limitare l'ospedalizzazione  | N° pazienti con Doppia Diagnosi che hanno effettuato un accesso in SPDC nell'anno   | ≤2               | Accordo interno | Infermiere del Ser.d        | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 12                              | Trattamento Calcolato su pz incidenti       | Percentuale di incontri programmati e rinviati dall'équipe multidisciplinare   | E' utile per conoscere se si opera secondo un approccio integrato e coordinato coinvolgendo tutti i livelli di assistenza al fine di ridurre la frammentazione della cura | N° incontri programmati e rinviati dall'équipe multidisciplinare / n° incontri programmati dall'équipe multidisciplinare *100   | ≤ 20%            | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |

| INDICATORI PDTA DOPPIA DIAGNOSI |   |  |  |   |   |                 |                             |                           |           |                           |
|---------------------------------|---|--|--|---|---|-----------------|-----------------------------|---------------------------|-----------|---------------------------|
| N°                              | FASE E POLAZIONE  | DESCRIZIONE INDICATORE   | RAZIONALE  | CALCOLO   | STANDARD  | FORNTE          | RESPONSABILITA' rilevazione | RESPONSABILITA' elaborare | ECCEZIONI | PERIODICITA' ELABORAZIONE |
| 13                              | Trasversale a tutte le fasi<br>Calcolato su pz prevalenti   | frequenza di aggressioni fisiche di operatori dell'equipe multidisciplinare da parte di pazienti con Doppia Diagnosi presi in carico dalla stessa in un anno | Il monitoraggio di eventi critici è utile per la programmazione di aggiornamenti formativi sulla prevenzione e gestione di eventi relativamente a pazienti potenzialmente aggressivi | N° di aggressioni fisiche ad operatori dell'equipe multidisciplinare da parte di pazienti con Doppia Diagnosi presi in carico dalla stessa in un anno   | ≤ 3 aggressioni/anno                                    | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 14                              | Trasversale a tutte le fasi<br>Calcolato su pz prevalenti   | Frequenza di pazienti con Doppia Diagnosi in carico che si sono suicidati nell'anno  | Importante per valutare l'efficacia delle attività dell'equipe multidisciplinare   | N° di pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che si sono suicidati nell'anno   | ≤ 2 (calcolato complessivamente per tutta la provincia) | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 15                              | Trasversale a tutte le fasi<br>Calcolato su pz prevalenti   | Frequenza di pazienti con Doppia Diagnosi in carico che hanno tentato il suicidio nell'anno  | Importante per valutare l'efficacia delle attività dell'equipe multidisciplinare   | N° di pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che hanno tentato il suicidio nell'anno   | ≤ 4 (calcolato complessivamente per tutta la provincia) | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       | /         | Annuale                   |
| 16                              | Trattamento e follow up<br>Calcolato su pz prevalenti       | Percentuale di pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che vengono ricoverati per motivi legati alla Doppia Diagnosi nell'anno   | La valutazione dell'efficacia del PTAI è importante per limitare i ricoveri in SPDC  | N° di pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che vengono ricoverati per motivi legati alla Doppia Diagnosi nell'anno/ N° pazienti con Doppia Diagnosi in carico al all'equipe multidisciplinare *100 | <15%  | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 17                              | Trattamento e Follow up<br>Pazienti incidenti               | La percentuale dei pazienti con doppia che non raggiunge gli obiettivi prefissati dal PTAI nei tempi stabiliti   | L'indicatore valuta l'adeguatezza del PTAI in riferimento ai bisogni del paziente in carico  | N° pazienti con Doppia Diagnosi che non raggiunge gli obiettivi prefissati dal PTA nei tempi stabiliti/totale pazienti con Doppia Diagnosi e PTA  | ≤20%  | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |
| 18                              | Trattamento e Follow up<br>Calcolato su pazienti prevalenti | Percentuale di pazienti con doppia diagnosi e progetto individualizzato, che hanno abbandonato il percorso nell'anno   | Fondamentale per valutare il coinvolgimento relazionale paziente-équipe e l'appropriatezza del programma   | N° di pazienti con doppia diagnosi e progetto individualizzato che hanno abbandonato il percorso nell'anno/totale pazienti con doppia diagnosi e progetto individualizzato in carico nell'anno *100                               | ≤30%  | Accordo interno | Case manager                | Ufficio Qualità ASP       |           | Annuale                   |

## Ciclo di gestione della Performance: il processo e le azioni di miglioramento del ciclo.

- Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano;
- Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio;
- Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance;
- Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance;
- Collegamento tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance;
- Dalla Pianificazione Strategica alla Performance Organizzativa;
- Dalla Performance Organizzativa alla Performance Individuale;
- Prospettive: La valutazione partecipativa;
- Comunicazione del Piano della Performance.

### Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della sottosezione Performance

Nell'ASP di Potenza la Performance viene misurata a livello aziendale rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici complessivi aziendali (performance aziendale), principalmente derivati dagli obiettivi regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale, a livello di singola Unità Operativa, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa) e a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale) secondo le procedure ed i criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, al fine dello sviluppo professionale e anche ai del riconoscimento della premialità. Il ciclo della Performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- Pianificazione e Programmazione: definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il bilancio aziendale;
- Controllo: monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Rendicontazione dei risultati;
- Utilizzo dei sistemi premianti.

Il Ciclo della Performance, quale processo aziendale, prevede quindi:

- La definizione e la negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché la definizione e l'assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti (Sezione Performance del PIAO);
- Il monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi degli indicatori stessi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive nonché eventuali valutazioni individuali infra-annuali (Monitoraggio infra-annuale della Performance);
- La misurazione e la valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (Valutazione Performance Organizzativa) che dei singoli professionisti (Valutazione Performance Individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. La programmazione annuale si realizza attraverso la definizione del Budget Operativo che rappresenta lo strumento che consente di tradurre i piani ed i programmi aziendali pluriennali, frutto della pianificazione, in obiettivi annuali, assegnati a specifici centri di

responsabilità (C.d.R.). Con riferimento ai soggetti coinvolti per giungere alla definizione dei contenuti della sezione Performance, la U.O.C Controllo di Gestione predispone la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica e del Comitato di Budget, coinvolgendo diversi attori, quali la UOC Gestione delle Risorse Umane, la UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del Personale, la U.O.C. Economico Patrimoniale, la UOSD Formazione, la UOSD Flussi Informativi, il Responsabile Qualità, URP e Comunicazione, il CUG, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

#### Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance

L'adozione della sezione Performance rappresenta il punto di partenza del Ciclo di gestione della Performance dell'ASP. Il documento è dinamico e, difatti, può essere aggiornato anche in corso d'anno, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance, in maniera tale da definire eventuali nuovi obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria aziendali o adeguare gli obiettivi e i target già assegnati sulla base di nuovi obiettivi individuati in corso d'anno dalla Regione o delle evidenze emerse nel corso del monitoraggio infra annuale che impongano eventuali correttivi. Affinché la procedura del Ciclo di Gestione della Performance possa migliorare la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione sono state intraprese le seguenti azioni:

- è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per garantire la correttezza e il regolare funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- è stato adottato il Manuale delle procedure operative della Pianificazione, Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo;
- è stato approvato 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; consolidamento del Sistema di Contabilità analitica per Centri di Costo;
  - acquisizione di un software per la gestione del processo di valutazione.

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 di UU.OO. che hanno negoziato il budget e il personale operante nelle strutture, consente 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, con Delibera del Commissario n. 53 del 29/01/2018 è stato approvato il 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. E’ in corso l’aggiornamento del sistema con l’adozione di un sistema organico di misurazione e valutazione che ricomprenda sia il personale dirigenziale che quello del comparto

Si riporta, di seguito, il prospetto di sintesi dei principali documenti del ciclo di gestione della Performance:

| DOCUMENTO  | DATA DI APPROVAZIONE        | DATA DI PUBBLICAZIONE | DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO | LINK DOCUMENTO   |
|--|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|--|
| <b>Sistema Premiante: Approvazione Regolamento di budget e schema tipo della scheda di budget</b>  | DDG n.526 del 05/06/2009    | 5.06.2009             | 29.01.2018                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| <b>Sistema Premiante: Approvazione regolamento aziendale per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali</b>  | DDG n.836 del 11.8.2010     | 11.08.2010            | 29.01.2018                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| <b>Sistema Premiante: Parziali modifiche ed integrazioni all'accordo sul sistema premiante (comparto).</b>   | DDG n.682 del 18.11.2013    | 18.11.2013            | 18.11.2013                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| <b>Sistema di valutazione: Adozione delle schede di valutazione di I^ istanza della performance individuale del personale dirigenziale</b>   | DDG n.783 del 27.12.2013    | 27.12.2013            | 29.01.2018                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| <b>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.</b> | DDG n. 783 del 17.11.2015   | 17.11.2015            | 04.11.2021                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| <b>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</b>   | DDG n.784 del 17.11.2015    | 17.11.2015            | 04.11.2021                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| <b>SMVP: Adozione Regolamento nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance individuale delle aree dirigenziali".</b>   | D. Comm. n.53 del 29.1.2018 | 29.01.2018            | 29.01.2018                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| <b>Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023</b>  | DDG n. 247 del 31.03.2021   | 31.03.2021            | 31.03.2021                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |

| 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                    | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| Piano triennale della performance 2021-2023 : adeguamento del piano e del documento delle direttive anno 2021 a seguito dell'adozione della dgr 287/2021.                   | DDG n.447 del 12/07/2021  | 12/07/2021            | 12/07/2021                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| Ciclo della performance 2022: budget operativo dei cdr aziendali. provvedimenti nelle more di approvazione del piao (piano integrato di attività e organizzazione).         | DDG n.006 del 04.01.2022  | 04.01.2022            | 04.01.2022                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| Relazione annuale sulla Performance - anno 2020: Approvazione   | DDG 2022/00163            | 04.03.2022            | 04.03.2022                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| Regolamento per la valutazione della Dirigenza approvato con Deliberazione n.53/2018 - Art. 4- Procedure di Conciliazione - Nomina Collegio di Conciliazione -              | DDG 223 28/03/2022        | 28/03/2002            | 28/03/2002                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| Adozione del Piano Triennale della Performance 2022-2024. Annualità 2022.   | DDG 2022/00296            | 28.04.2022            | 28.04.2022                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| 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). | DDG 2022/00469            | 29.06.2022            | 29.06.2022                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |
| Oggetto: Adozione Piano Integrativo di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022 -2024  | DDG 2022/00470            | 29.06.2022            | 29.06.2022                   | <a href="http://www.aspbasilicata.it">www.aspbasilicata.it</a> |

### Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito della sezione Performance avviene in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale e pluriennale, attraverso:

- l'inclusione all'interno della sezione Performance degli obiettivi strategici declinati nella Relazione al Bilancio preventivo;
- l'attenzione a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utili al loro conseguimento. Elemento di particolare valore nella gestione del ciclo della performance è dato proprio dalla sua stretta integrazione col ciclo della



programmazione economico-finanziaria e di bilancio anche al fine di correlare quanto prodotto in termini di impiego delle risorse con i relativi risultati raggiunti.

Il budget operativo è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne.

Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione strategica ed annuale aziendale e regionale.

Gli obiettivi di budget sono riferiti alle risorse finanziarie, umane e strumentali gestite dall'Azienda e sono coerenti con la programmazione economico finanziaria. Gli indicatori di risultato previsti dalla metodica di budget consentono di misurare il contributo delle singole unità operative. La sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta la base per la programmazione del bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso.

Questo passaggio avviene attraverso la responsabilizzazione anche dei gestori di spesa, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per linea di fattore produttivo. Ciò per garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione.

Il monitoraggio infra-annuale attivo su entrambe le dimensioni consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli obiettivi di budget da parte delle strutture così come il rispetto dei budget di spesa da parte dei gestori di fabbisogno.

#### Coerenza della sottosezione Performance con la sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance è anche strumento fondamentale attraverso cui trasparenza e prevenzione della corruzione si realizzano.

La corruzione trova terreno fertile nella scarsa qualità della burocrazia, in sistemi sanzionatori percepiti come inefficaci, nell'eccesso di norme ed oneri burocratici, nella scarsa diffusione della cultura della trasparenza nell'azione amministrativa.

E' necessario perciò che il Ciclo di gestione della Performance sia pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) individua, seguendo le indicazioni dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione, gli obiettivi, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati nel PTPCT vigente nell'anno di riferimento.

In tale ottica la Performance deve coordinarsi con la prevenzione della corruzione (art. 10, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.), in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative,

definendo gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Con riferimento alla metodologia utilizzata dall'Azienda ASP per la definizione degli obiettivi e la valutazione della performance organizzativa, gli obiettivi previsti per l'anticorruzione saranno declinati alle articolazioni aziendali Centro di Responsabilità come "adempimento", nel caso di mantenimento delle attività già in atto in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ovvero come "obiettivo" nel caso di attività incrementali di sviluppo o di miglioramento della qualità della prestazione.

L'ASP già in sede di elaborazione dei precedenti documenti di Performance e di negoziazione dei budget operativi (ivi compreso il budget operativo 2022) ha previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance organizzativa e individuale dei dirigenti nel campo della prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza.

Nell'ottica della integrazione e coerenza dei predetti strumenti programmatori, richiamata anche nel Piano Nazionale Anticorruzione, nella presente sottosezione Performance sono stati previsti obiettivi, indicatori e target che trovano piena corrispondenza nelle principali misure di gestione del rischio corruttivo e di trasparenza.

#### Coerenza del Ciclo di P&C con il Ciclo di gestione della Performance

Il processo di pianificazione, programmazione e controllo ha l'obiettivo di organizzare in modo efficace ed efficiente il complesso delle attività finalizzate a definire gli obiettivi strategici e della gestione aziendale, individuare e monitorare le azioni che consentono di conseguirli, controllare i risultati conseguiti rispetto a quanto pianificato e programmato. Attivare e gestire un processo di pianificazione, programmazione e controllo significa, in sostanza, inserire un tracciato risolutivo nella gestione di aziende pubbliche, in particolare nel settore sanità. In questo modo il processo sarà di sostegno a decisori politici, amministrativi e dirigenti.

Da tali considerazioni emerge il nesso stretto che esiste tra Ciclo di P&C e Ciclo di gestione della Performance. Infatti, l'ASP - nell'ambito della realizzazione del Percorso attuativo di certificabilità definito dalla Regione Basilicata in attuazione del D.M. Salute 1/3/2013 - con Del. n. 775/2013, ha approvato il Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo in cui sono descritte le procedure strategiche di pianificazione e programmazione aziendale. Tra le procedure sistematizzate nel Manuale si ritrovano anche quelle relative all'elaborazione del Piano Triennale della Performance, all'adozione del budget generale e operativo, alla definizione del sistema di controllo e monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

#### **Obiettivi correlati alla promozione delle pari opportunità sul lavoro all'interno dell'Azienda e recepiti nel Piano della Performance**

Questa Azienda ha approvato con DDG ASP n. 85/2022 il Piano Triennale di Azioni Positive (PAP) 2022/2024, predisposto dal CUG secondo le linee illustrate nella Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e il sottosegretario delegato alle Pari Opportunità "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche";

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) 2023-2025, elaborato in aggiornamento al contenuto del PAP 2022/2024, definisce il programma di interventi che un'Azienda intende mettere in atto, nell'arco temporale di tre anni, per contribuire a realizzare un ambiente di lavoro in cui siano garantiti l'applicazione dei principi di parità, pari opportunità, di non discriminazione e il benessere di chi lavora. Tali aspetti sono considerati ormai fondamentali per raggiungere livelli ottimali di produttività ed efficienza in una Pubblica Amministrazione ed in una Azienda Sanitaria si traducono in una migliore qualità dei servizi offerti alle persone nel rispondere ai loro bisogni di salute.

In aggiornamento al contenuto del PAP 2022/2024, su impulso della comunicazione inviata dalla Consigliera Regionale di Parità in data 29/12/2022 prot. n. 127025, si propone con il presente documento il Piano di Azioni Positive elaborato dal Comitato Unico di Garanzia dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza relativo al triennio 2023-2025.

Si individuano di seguito gli obiettivi generali, e talora i sottobiettivi, le azioni da realizzare, i soggetti coinvolti, i tempi di realizzazione.

| <b>OBIETTIVO- Formazione e implementazione delle attività del C.U.G.</b> |   |
|--|---|
| <b>AZIONI</b>  | 1. Eventi formativi sul ruolo del C.U.G. effettuati anche di concerto con le Consigliere Regionale e Nazionale di Parità;   |
|  | 2. Informare il personale aziendale sulle attività del Comitato con diverse modalità: email, sito istituzionale, brochure informativa ecc   |
|  | 3. Implementazione delle attività del C.U.G. mediante destinazione di un budget per le attività del Comitato.   |
| <b>Soggetti coinvolti</b>  | Direzione Generale, Direzione Strategica, C.U.G., UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, U.O.S.D. Formazione, U.O.S.D. Comunicazione, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, U.O.S.D. Responsabile della Trasparenza e del Sito Aziendale. |
| <b>Tempi di realizzazione</b>  | 2023-2025   |

| <b>OBIETTIVO- Formazione e promozione dell'inclusione e della conciliazione/condivisione vita privata e familiare con vita lavorativa (L. n. 81/2017 e art. 14 della L. n. 124/2015 e successiva Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 giugno 2017, L. n. 4/2021 di ratifica della convenzione ILO)</b> |  |
|---|--|
| <b>AZIONI</b>   | 1. Introduzione di percorsi formativi sul lavoro agile (smart working);  |
|   | 2. Introduzione di percorsi formativi di diversity management (disabilità);  |
|   | 3. Sensibilizzazione, formazione e sostegno sul tema della disabilità;   |
|   | 4. Potenziamento e promozione del ricorso al lavoro agile quale strumento di conciliazione tempi di vita e di lavoro;  |
|   | 5. Incentivare la flessibilità oraria del personale impegnato nella cura di minori, disabili e anziani anche alla luce delle previsioni in materia di "Work life balance" di cui al D.Lgs. n. 105/2022;                |
|   | 6. Facilitare l'inserimento di persone fragili nel contesto lavorativo ed accrescerne l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità;   |
|   | 7. Promuovere la rivisitazione dei luoghi di lavoro con adeguamento degli spazi al fine di agevolare l'accessibilità e la socialità del suddetto personale   |
| <b>Soggetti coinvolti</b>   | Direzione Generale, Direzione Strategica, C.U.G., U.O.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, U.O.S.D. Comunicazione, U.O.S.D. Formazione, UOC Distretto della Salute, Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP). |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>OBIETTIVO- Formazione e promozione dell'inclusione e della conciliazione/condivisione vita privata e familiare con vita lavorativa (L. n. 81/2017 e art. 14 della L. n. 124/2015 e successiva Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 giugno 2017, L. n. 4/2021 di ratifica della convenzione ILO)</b> |           |
| <b>Tempi di realizzazione</b>   | 2023-2025 |

|   |  |
|---|--|
| <b>OBIETTIVO: Promozione della cultura di genere.</b> |  |
| <b>SOTTOBIETTIVI</b>                                  | <b>A. Valorizzare la differenza di genere;</b>   |
|   | <b>B. Sensibilizzare sul tema delle violenze, molestie e molestie sessuali</b>   |
|   | <b>C. Sensibilizzare e formare sul tema del contrasto alle discriminazioni di genere sui luoghi di lavoro.</b>   |
| <b>AZIONI</b>   | 1. Introduzione di percorsi formativi rivolti sia al personale femminile che a quello maschile, di concerto con l'Ufficio della Consigliera Regionale di Parità, sulle discriminazioni di genere sui posti di lavoro;  |
|   | 2. Introduzione di un modulo nei percorsi di formazione del personale sul Codice di condotta, sulle Pari opportunità e sul tema delle molestie sessuali;   |
|   | 3. Istituzione Sportello di Ascolto;   |
|   | 4. Adesione e partecipazione al progetto "ARTEMIDE: CENTRO SERVIZI LUCANO LGBTQI+", con la collaborazione come partner esterno per la realizzazione del progetto, al fine di consolidare sul territorio una rete più efficace ed efficiente nella promozione e tutela dei diritti LGBTQI+. |
| <b>Soggetti coinvolti</b>                             | Direzione Generale, Direzione Strategica, CUG, UOC GRU, SPP, Medico Competente, UOSD Attività Consultoriali, DSM, Associazioni di volontariato   |
| <b>Tempi di realizzazione</b>                         | 2023-2025  |

|  |   |
|--|---|
| <b>OBIETTIVO: Promozione del benessere organizzativo e prevenzione dello stress lavoro correlato</b> |   |
| <b>AZIONI</b>  | 1. Rilevazione di fragilità organizzative in seguito alla somministrazione nel mese di dicembre 2022 del questionario sul "Benessere lavorativo", al fine di predisporre un programma di interventi in funzione correttiva dei disagi rilevati; |
|  | 2. Valutazione dei risultati del questionario sul benessere lavorativo, comunicazione e divulgazione degli esiti mediante giornata formativa;   |
|  | 3. Rendere periodica la rilevazione della salute fisica e psicoemotiva dei lavoratori.  |
| <b>Soggetti coinvolti</b>  | Direzione Generale, Direzione Strategica, CUG, UOC Gestione Risorse Umane, OIV, UOSD Comunicazione, UOC SIA, UOSD Responsabile Trasparenza e del sito aziendale, Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP).                                    |
| <b>Tempi di realizzazione</b>  | 2023-2025   |

|   |   |
|---|---|
| <b>OBIETTIVO: Analisi della Organizzazione aziendale in funzione al genere.</b> |   |
| <b>SOTTOBIETTIVI</b>  | <b>A. Rispetto delle pari opportunità sul luogo di lavoro;</b>  |
|   | <b>B. Contrasto alle discriminazioni lavorative in particolare nelle progressioni di carriera;</b>        |
|   | <b>C. Contrasto alle molestie e molestie sessuali nei posti di lavoro</b>                                 |
| <b>AZIONI</b>   | 1. Analisi dei dati del personale dipendente in ottica di genere e d'età;                                 |
|   | 2. Rilevazione di eventuali criticità rispetto alle differenze di genere, età e disabilità;               |
|   | 3. Rilevazione di dati relativamente alla carriera e alla copertura di ruoli apicali distinti per genere; |
|   | 4. Adozione del Bilancio di genere;   |

| <b>OBIETTIVO: Analisi della Organizzazione aziendale in funzione al genere.</b> |   |
|---|---|
| <b>SOTTOBIETTIVI</b>  | <b>A. Rispetto delle pari opportunità sul luogo di lavoro;</b>  |
|   | <b>B. Contrasto alle discriminazioni lavorative in particolare nelle progressioni di carriera;</b>  |
|   | <b>C. Contrasto alle molestie e molestie sessuali nei posti di lavoro</b>   |
|   | 5. Prevedere procedure selettive che attribuiscono vantaggi specifici ovvero evitino o compensino svantaggi nelle carriere al genere meno rappresentativo, in applicazione del D.L. n. 36/2022;                             |
|   | 6. Promuovere procedure selettive al fine di valorizzare le competenze e le capacità avendo cura di motivare congruamente scelte che non valorizzino il genere meno rappresentativo per rompere il c.d. tetto di cristallo. |
| <b>Soggetti coinvolti</b>   | Direzione Generale, Direzione Strategica, CUG, UOC Gestione Risorse Umane; UOC Economico Finanziaria, UOSD Valutazione e trattamento giuridico del personale  |
| <b>Tempi di realizzazione</b>   | 2023-2025   |

Le attività formative descritte saranno attivate di concerto con le Consigliere Regionale e Nazionale di Parità e con il coinvolgimento e il supporto dell'UOSD Formazione ASP, e il sostegno del Comitato Unico di Garanzia, che fornirà il proprio contributo alla realizzazione delle azioni programmate.

Quale misura trasversale a tutte quelle illustrate si auspica la diffusione della digitalizzazione come mezzo di inclusione e facilitazione dei processi

### Dalla Pianificazione Strategica alla Performance Organizzativa

Criteria e valori di riferimento per la definizione degli obiettivi

La necessità di individuare delle priorità tra i molteplici problemi e bisogni del contesto sociosanitario da una parte, e le risorse necessariamente limitate dall'altra, richiede la definizione di criteri e valori, largamente condivisi, sulla cui base orientare le scelte e che non vadano intesi come mera enunciazione di buoni propositi ma che si traducano in stili di comportamento e in modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi fissati.

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

anche imparando a leggere come l'operato di ciascun sottosistema e/o gruppo si interseca con l'operato degli altri sottosistemi per il raggiungimento degli obiettivi generali oltre che degli obiettivi specifici a ciascuna articolazione aziendale;

- Capacità di leadership e orientamento ai risultati, che si traduce nella capacità del Responsabile di CDR di creare chiarezza e unità d'intenti all'interno della propria struttura, di coinvolgere i propri collaboratori, di sviluppare condivisione e confronto continuo, e di monitorare costantemente il grado di conseguimento degli obiettivi assunti, anche segnalando con tempestività alla Direzione Strategica gli eventuali ostacoli che si frappongono al pieno raggiungimento dei risultati attesi;
- Gestione per processi, vale a dire la capacità di comprendere le diverse attività correnti come fasi interrelate di un processo, intervenendo in quei segmenti del processo stesso che presentino rischi e/o disfunzioni.

➤ Il processo di budget operativo

Gli obiettivi strategici, come riportati nella «Tabella degli outcome» allegata al presente Piano, danno origine a obiettivi aziendali annuali, garantendo il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. La programmazione annuale si realizza attraverso il processo di Budgeting.

Il Budget operativo rappresenta lo strumento che consente di tradurre i piani ed i programmi aziendali pluriennali, frutto della pianificazione, in obiettivi annuali, assegnati a specifici centri di responsabilità (CdR.).

Le risorse, gli obiettivi, gli indicatori per il monitoraggio e le soglie da raggiungere sono definiti nella scheda budget di ciascuna unità operativa e unità semplice dipartimentale, che verrà negoziata in appositi incontri che si tengono successivamente all'approvazione del Piano della Performance e che segnano l'avvio del processo di definizione del budget operativo.

Il Controllo di Gestione e il Comitato di Budget predispongono le schede di budget per CdR, anche sulla base dei risultati conseguiti nell'anno precedente.

Le schede, oltre a recepire gli obiettivi e gli indicatori di cui all'allegato «*Tabella degli outcome*», espliciteranno gli ulteriori obiettivi che la Direzione riterrà utili al fine del pieno sviluppo delle attività aziendali.

Nelle schede di budget, ai fini della valutazione e misurazione dei risultati, si farà ricorso agli indicatori individuati annualmente dalla Giunta Regionale ed anche, qualora necessario, ad ulteriori indicatori che presentino i requisiti di pertinenza rispetto ai fenomeni da misurare, affidabilità, e fattibilità rispetto alla disponibilità dei dati necessari per il calcolo.

Alla fase di predisposizione delle schede di budget fa seguito la fase di negoziazione con i Responsabili dei Centri di Responsabilità (CdR). Il processo di budget si conclude con l'approvazione del Budget Operativo dei CdR nel quale si formalizzano l'attribuzione delle responsabilità di gestione e di risultato, mediante l'individuazione dei risultati da conseguire, delle attività da svolgere e delle risorse assegnate.

La scheda di budget dovrà essere condivisa con tutto il personale dirigente (non firmatario di scheda di budget), con le posizioni organizzative e con i titolari di Incarichi di coordinamento ai quali saranno

assegnati gli obiettivi individuali che dovranno essere chiari, precisi e sintetici e, nella loro assegnazione, il responsabile del CdR dovrà tener conto dei compiti affidati al valutato, improntando l'assegnazione ai principi della partecipazione e della trasparenza.

La copia della scheda di budget, sottoscritta per condivisione dal personale assegnato alla struttura, sarà conservata agli atti per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I<sup>a</sup> o II<sup>a</sup> istanza o del CdG.

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

### Dalla Performance Organizzativa alla Performance Individuale

Al fine di orientare efficacemente l'operato dei collaboratori, il responsabile del CDR, in primo luogo, illustrerà ai propri collaboratori gli obiettivi di budget della struttura e, successivamente avvierà una discussione sufficientemente analitica sugli obiettivi individuali da raggiungere, affinché gli stessi siano il frutto di un confronto sul contenuto dell'obiettivo, sulle modalità attuative e sulle condizioni alle quali l'obiettivo si considera conseguito; dovranno essere comunicati anche i parametri di valori target negoziati espressi in termini numerici (assoluti o percentuali) intesi come valori tendenziali ottimali. Pertanto, nel caso in cui i già menzionati valori non fossero raggiunti al 100% il valutatore potrà considerare l'obiettivo parzialmente conseguito e applicare una decurtazione del relativo punteggio.

La Direzione aziendale potrà, nel corso dell'anno, rimodulare e/o integrare gli obiettivi di budget e i relativi indicatori qualora riconosca importanti, motivate e oggettive modificazioni di contesto che saranno tempestivamente comunicati al dirigente responsabile del CdR.

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

Sempre in corso d'anno, il Controllo di Gestione, al fine di verificare l'andamento della performance di struttura, produrrà dei report di monitoraggio (almeno uno) che verranno condivisi con le unità operative.

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

#### ➤ La valutazione della performance

L'Azienda ASP, come tutte le amministrazioni pubbliche, valuta annualmente la performance organizzativa e individuale alla luce delle regole fissate nel "Sistema di misurazione e valutazione della performance". Essa, come previsto dall'art. 18 del decreto legislativo n. 150/2009 e s.m e i., promuove il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti, secondo logiche meritocratiche, e valorizza il proprio personale, attraverso

l'attribuzione selettiva di incentivi economici a coloro che conseguono le migliori performance. La valutazione della performance organizzativa avviene in due momenti distinti:

- il primo riguarda le singole unità organizzative dell'Azienda ASP, che saranno valutate in ordine al livello di raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati.
- il secondo riguarda la valutazione complessiva dell'Azienda che sarà fatta dalla Giunta regionale in ragione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente ai Direttori Generali. La valutazione della performance individuale riguarda tutti i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato. Ha periodicità annuale ed è il presupposto per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei premi correlati alla performance, rispettivamente al personale dirigenziale ed al personale del comparto. La valutazione della performance individuale è di responsabilità del superiore gerarchico e viene effettuata attraverso apposite schede individuali, differenti per il personale della dirigenza e del comparto. Lo sviluppo di un set di misure di output e di processo in ambito amministrativo, costituiscono un'area di interesse e di innovazione per il servizio sanitario pubblico, per il quale, storicamente, sono state sviluppate misure per le attività sanitarie. La correlazione tra gli obiettivi definiti nelle schede di budget ed il sistema premiante viene garantita dalla pesatura degli obiettivi, il cui raggiungimento incide sulla valutazione del direttore di unità operativa e del responsabile di unità semplice dipartimentale e su ciascun dipendente afferente a ciascuna di essa.

Gli altri fattori oggetto di valutazione, relativi al personale dirigenziale e distinti a seconda di incarichi che prevedano o meno la gestione di risorse, riguardano oltre alla partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, l'efficacia dei modelli gestionali adottati, le capacità manageriali e/o professionali, l'osservanza dell'orario di lavoro e delle direttive, la gestione e valutazione del personale, il rispetto del processo di valutazione ed il rapporto con l'utenza.

A garanzia del regolare svolgimento del ciclo della performance, l'O.I.V sarà informato in ogni fase, dall'assegnazione al monitoraggio e alla valutazione.

I fattori di valutazione per il personale del comparto, differenziati tra dipendenti titolari di incarichi di funzione e di coordinamento e dipendenti non titolari, riguarderanno oltre alla partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, le competenze e i comportamenti professionali, i comportamenti organizzativi e le capacità relazionali.

Il direttore compila, quindi, le schede di valutazione finale, determinando il punteggio di realizzazione di ciascun ambito di valutazione. Le schede di valutazione devono essere sottoscritte dal valutatore di I<sup>a</sup> istanza e, per presa visione del contenuto, dal valutato.

I soggetti valutatori sono differenti a seconda che i dipendenti rivestano profili dirigenziali o meno, in particolare:

- i Direttori di Struttura complessa ed i responsabili di unità operative semplici Dipartimentali vengono valutati dal Direttore di Dipartimento di riferimento;



- i responsabili delle Unità Operative Semplici, articolazione interna di UOC, sono valutati dal direttore della Struttura Complessa di riferimento;
- i dirigenti con incarico professionale e senza incarico sono valutati dal direttore della Struttura Complessa, della Struttura Semplice dipartimentale e della Struttura Semplice di riferimento;
- il personale del comparto viene valutato dal direttore della Struttura Complessa, della Struttura Semplice dipartimentale e della Struttura Semplice di riferimento. In caso di mancanza, la valutazione viene effettuata dal Direttore di Dipartimento di riferimento.
- la valutazione positiva consentirà l'erogazione della retribuzione di risultato per il personale dirigente o dei premi correlati alla performance per il personale del comparto.

#### Prospettive: La Valutazione Partecipativa

##### ➤ Cosa è la valutazione partecipativa

La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della performance che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, coinvolge non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti. All'interno di tale rapporto, il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) o dai cittadini (valutazione civica). Molti metodi di valutazione, anche sofisticati, non riconoscono agli stakeholders autonomia nella valutazione. Il punto di vista dei cittadini è considerato oggetto di indagine, ovvero uno dei tanti punti di vista da tenere in considerazione durante la valutazione. Nella valutazione partecipativa, invece, tale prospettiva si ribalta. Il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività e dei servizi di cui beneficia, anche ai fini del miglioramento organizzativo. La valutazione partecipativa è svolta in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili aventi anche lo scopo di ridurre l'asimmetria informativa, per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono dunque i cittadini e/o gli utenti stessi, dotati di adeguati strumenti, a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati standard quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti. La valutazione partecipativa ha come principale finalità l'integrazione dell'azione amministrativa con il punto di vista dei cittadini e/o degli utenti. Le informazioni raccolte a valle del processo di partecipazione sono rilevanti ai fini della programmazione futura e utili al miglioramento delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione.

##### ➤ Finalità e principi

La valutazione partecipativa mira a:

- ✓ migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici, avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti;
- ✓ promuovere processi di innovazione amministrativa;

✓ mobilitare risorse e capitale sociale presenti sul territorio, attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini;

✓ gestire e ridurre i conflitti, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il deficit di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica;

✓ integrare la performance management nei processi decisionali, collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di performance. È fondamentale identificare i principi più rilevanti che sono alla base della valutazione partecipativa:

1. lavoro in collaborazione tra amministrazioni pubbliche e attori sociali, ovvero cittadini attivi e organizzazioni di promozione e di tutela dei diritti; per essere efficace, tale legame deve ispirarsi alla condivisione degli obiettivi di miglioramento che si vogliono perseguire, mettendo insieme diversi tipi di risorse;

2. piena consapevolezza (sia da parte dell'amministrazione che dei cittadini) della necessità di superare l'autoreferenzialità nell'affrontare gli aspetti connessi alla qualità dei servizi e/o delle attività oggetto di valutazione;

3. valutazione partecipativa quale strumento aperto a tutti coloro che intendono fornire il proprio apporto costruttivo e concreto senza secondi fini; il concetto alla base dell'apertura agli stakeholder è che il loro coinvolgimento possa spingere le amministrazioni pubbliche a migliorare le attività e i servizi erogati.

➤ Comunicazione del Piano della Performance

La comunicazione della Sottosezione Performance 2023-2025 - Annualità 2023 segue le seguenti modalità:

• Avviso Consultazione preventiva per l'aggiornamento della Sezione Performance (Piano Triennale della Performance 2023-2025 - annualità 2023 e pubblicazione sul sito internet aziendale in data 28/12/2022 con scadenza 12.01.2023. Tutti coloro che hanno interesse, in particolare i cittadini, le associazioni dei consumatori e le altre realtà che operano nel territorio della provincia di Potenza e sono rappresentative di interessi specifici, sono stati invitati dalla Direzione Strategica aziendale ad inviare osservazioni e/o proposte da sottoporre al vaglio del Controllo di Gestione aziendale al fine di poterne tener conto in sede di predisposizione del presente Piano.

➤ Monitoraggio

Il monitoraggio della sezione Performance viene effettuato secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1 lett. b del decreto legislativo n. 150 del 27/10/2009, con la redazione da parte del Controllo di Gestione dei rapporti infra annuali e della Relazione sulla Performance che a sua volta viene validata dall'O.I.V.

## 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

### Il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza dell’Azienda Sanitaria di Potenza

La presente sottosezione rimodula, per il triennio 2023-2025, i contenuti del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell’Azienda Sanitaria di Potenza, tenuto conto delle indicazioni fornite dall’ANAC in occasione della recente adozione del PNA 2022 di cui alla delibera n. 7 del 17/01/2023, nonché dal D. Lgs. 24 del 10/03/2023 attuativo della Direttiva Whistleblowing.

La sottosezione è stata elaborata tenendo conto dell'evoluzione del contesto esterno e interno in cui l'Amministrazione opera, degli esiti delle attività poste in essere nel precedente periodo di applicazione, nonché delle attività istruttorie poste in essere dal RPC a seguito dell’adozione del PNA 2022 (nota prot. n. 27313 del 13/03/2023).

### Struttura della presente sezione 2.3

La sezione si articola in tre parti:

- Parte Prima: nella quale sono illustrati l’oggetto e la finalità, gli attori coinvolti nella sua attuazione, gli obiettivi strategici per il triennio ed i raccordi con i principali documenti di programmazione strategico-gestionale dell’ASP;
- Parte Seconda: illustra il processo di gestione del rischio e le misure anticorruzione;
- Parte Terza: è dedicata alle azioni di prevenzione della corruzione per le aree di rischio di carattere generale e specifiche, queste ultime riportate dettagliatamente nell’allegato “Misure di gestione del rischio corruttivo di carattere specifico programmate per il triennio 2023-2025 – Responsabili – Tempistica e risultati attesi”.

La “*Relazione annuale ASP 2022*”, pubblicata sul sito aziendale nella sezione “Prevenzione della Corruzione”, rendiconta le attività svolte e i risultati conseguiti nell’anno 2022.

- Parte prima - Quadro generale

Gli attori del sistema di prevenzione del rischio corruzione:

- Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

L’art. 1, comma 7, come novellato dall’art. 41, lett. f), del d.lgs. n. 97/2016, prescrive che “l’organo di indirizzo politico individua, di norma tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio, il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell’incarico con piena autonomia ed effettività”. Tuttavia, l’ANAC ha fornito chiarimenti in relazione all’art. 1, co. 7, l. n. 190/2012 - PNA 2019, Parte IV, Premessa - delibera ANAC n. 1310/2016, Parte Prima, § 2, specificando che “*Il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), di norma, anche la funzione di Responsabile della trasparenza (RT). È possibile mantenere separate le due figure solo laddove esistano obiettive difficoltà organizzative (da motivare nei provvedimenti di nomina) tali da giustificare la distinta attribuzione dei due ruoli. Ad esempio, in organizzazioni particolarmente complesse ed estese sul territorio, e al solo fine di facilitare l’applicazione effettiva e sostanziale della*

*disciplina sull'anticorruzione e sulla trasparenza. È comunque necessario che le amministrazioni chiariscano espressamente le motivazioni di questa eventuale scelta nei provvedimenti di nomina del RPC e RT e garantiscano il coordinamento delle attività svolte dai due responsabili, anche attraverso un adeguato supporto organizzativo".* L'Azienda Sanitaria ha individuato il Responsabile per la prevenzione della corruzione nella persona della Dott.ssa Leonilde Nobile.

E' in fase di nomina, invece, il Responsabile della Trasparenza, atteso che con l'assunzione della DD n. 2737 del 26/10/2022 della UOSD Valutazione e Trattamento giuridico del personale 26/10/2022 si è disposto il collocamento a riposo con decorrenza 1° Febbraio 2022 del titolare dell'incarico "UOSD Responsabile della Trasparenza e del Sito Aziendale ASP".

- La Direzione strategica

Al Direttore Generale compete la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (ai sensi dell'art. 1, comma 7 della L.190/2012), e l'adozione, entro il 31 gennaio di ogni anno, del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (in applicazione dell'art. 1, comma 5 della L.190/2012) ormai sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, partecipa attivamente sia alla fase di individuazione delle misure di gestione del rischio sia alla fase di attuazione delle misure. Il pieno coinvolgimento della Direzione Strategica è imprescindibile stante il carattere organizzativo di dette misure, la cui attuazione non può non avere un forte impatto sull'organizzazione aziendale.

Il Direttore Generale garantisce che il RPC partecipi a corsi di aggiornamento annuali di alto livello formativo.

In considerazione, inoltre, della complessità dei compiti derivanti dalla normativa in materia, il Direttore Generale dispone l'assegnazione al RPC di risorse professionali adeguate, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, da formare sistematicamente al fine di fornire un efficace supporto al RPC nello svolgimento delle sue molteplici funzioni.

- L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

I compiti dell'OIV aziendale in materia di prevenzione della corruzione sono declinati nel PNA e normati dall'art.1, comma 8 bis della L.190/2012 e ss.mm. ii.

In particolare, l'OIV:

- ✓ verifica la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e gli obiettivi di prevenzione della corruzione;
- ✓ valida in sede di valutazione dei risultati conseguiti nell'anno di riferimento, l'apporto dato dalle diverse UU.OO. assegnatarie di budget alla piena attuazione delle misure previste nel PTPC 2023-2025.

Dalla lettura del D.lgs. n. 97/2016 si rileva l'intento di creare maggiore comunicazione tra le attività del RPC e quelle dell'OIV, ciò al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione. Vedasi art. 41, comma 1, lettera h) e lettera l) del suddetto decreto.

Inoltre:

- ✓ esprime parere obbligatorio sulla conformità della procedura adottata per l'adozione del Codice di comportamento aziendale verificando che il codice sia conforme a quanto previsto nelle linee guida della Anac, in specie quelle di settore;
- ✓ vigila, anche sulla base dei dati rilevati dall'UPD e delle informazioni trasmesse dal Responsabile per la prevenzione della corruzione, sull'applicazione dei Codici di comportamento riferendone nella Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni;
- ✓ verifica i contenuti della Relazione annuale del RPC e del RT recante i risultati dell'attività svolta in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine può chiedere al RPC e al RT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti; segnala al Direttore Generale e all'OIV *"le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza"*.
- ✓ riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ✓ risponde all'ANAC in caso di richiesta di ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente

- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

Altro punto di riferimento importante nell'ambito dell'ASP è costituito dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari, il cui ruolo è stato ulteriormente rafforzato a seguito dell'entrata in vigore del Codice di comportamento nazionale (DPR n.62/2013) e alla modifica apportata dal D. Lgs.75/2017 all'art. 55bis D. Lgs. n.165/2001. In materia di prevenzione della corruzione l'ufficio riveste un ruolo di rilievo n quanto:

- ✓ cura l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, insieme al RPC e all'OIV;
- ✓ svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- ✓ provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- ✓ provvede alle comunicazioni obbligatorie al Responsabile Anticorruzione;
- ✓ esamina le segnalazioni di eventuali violazioni del Codice di Comportamento.

- I Dirigenti

Come disposto anche dalla legge n. 135 del 2012, ai dirigenti sono attribuite specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione, affidando agli stessi poteri propositivi e di controllo nonché obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta per il contrasto della corruzione. Nello specifico, ai Dirigenti, compete:

- collaborare con il RPC nella gestione del rischio corruttivo contribuendo all'individuazione e valutazione del rischio corruttivo;
- adottare le misure di prevenzione individuate in fase di programmazione che costituiscono altresì parte integrante degli obiettivi dirigenziali, cui è connessa l'indennità di risultato e dunque la valutazione della performance;
- assicurare obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
- l'individuazione dei dipendenti da indirizzare ai percorsi formativi ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza e nel suggerire argomenti e temi ritenuti di particolare rilevanza o

interesse al fine di aggiornare e formare i dipendenti per sensibilizzarli ai temi dell'etica e della legalità;

- vigilare sul rispetto del Codice di comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla U.O. In tema di trasparenza, tutti i dirigenti responsabili degli uffici dell'Azienda sono tenuti a garantire il tempestivo e il regolare flusso delle informazioni da pubblicare e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico.

- Il Personale

Tutti i dipendenti osservano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, ciascun dipendente, ai sensi degli artt. 1, comma 14, L. n. 190/2012, 54, comma 3, D. Lgs. n. 165/2001, 8 e 16 del DPR n. 62/2013, 10 del Codice di comportamento dell'Istituto, è tenuto a:

- rispettare le prescrizioni contenute nel presente PTPCT, la cui violazione determina responsabilità disciplinare ed eventuale responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile;
- prestare la sua collaborazione al RPC E al RT;
- segnalare illeciti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, viene tutelato secondo quanto disposto dal comma 51 dell'art.1 della legge n. 190/2012. Maggiori tutele per il dipendente che segnala illeciti sono state introdotte dalla legge n. 179 del 30 novembre 2017 *"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico dell'ASP"*.

### Le Responsabilità

- Responsabilità del RPC e del RT

A fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2021 prevede anche consistenti responsabilità in capo al RPC e al RT. In particolare, in caso di commissione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il comma 12 dell'art. 1 prevede una più generale forma di responsabilità in capo al soggetto responsabile e, nello specifico, una responsabilità disciplinare, erariale e dirigenziale, salvo che quest'ultimo riesca a provare tutta una serie di circostanze in grado di escludere la sussistenza di tale responsabilità. A tal riguardo, infatti, la norma, al comma prima citato, prevede che "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il responsabile della prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;
- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano." Per ciò che concerne la sanzione disciplinare, il comma 13 della norma in esame, prevede che "La sanzione disciplinare a carico del responsabile della prevenzione della corruzione non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi", ponendo, in questo modo, un limite sanzionatorio al di sopra del quale l'Amministrazione deve attenersi

nell'applicazione della sanzione medesima. Infine, il comma 14 dell'art. 1 della Legge n. 190/2012, configura un altro caso di responsabilità dirigenziale, laddove egli ponga in essere "ripetute violazioni delle misure di prevenzione" nonché un tipo di responsabilità disciplinare in caso di "omesso controllo", salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

- Responsabilità dei dirigenti

Ai sensi dell'art. 1, comma 33 della L. n. 190/2012 i dirigenti in caso di mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31 rispondono a titolo di Fonte: Responsabile per la Prevenzione della Corruzione Oggetto: Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Triennio 2022-2024 Rev. 0 Pag. 10 | 36 responsabilità dirigenziale. La medesima responsabilità si configura in capo ai dirigenti di struttura individuati quali "titolari del rischio" in caso di omessa attuazione delle misure previste dal Piano, se non adeguatamente motivata.

- Responsabilità del personale

La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel PTPCT è fonte di responsabilità disciplinare (L. 190/2012, art. 1, c. 14). Tale previsione è confermata all'art. 1, c. 44 della L.190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del PTPCT, è fonte di responsabilità disciplinare. Tra queste, a titolo esemplificativo, rileva la partecipazione ai percorsi di formazione previsti dal RPC e dal RT che costituiscono misure di carattere obbligatorio. Responsabilità dei dipendenti ed obbligo di collaborazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione sono declinati anche nel Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP, in particolare si rimanda all'art. 8 "Prevenzione della corruzione" e all'art. 9 "Trasparenza e tracciabilità".

- Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici del PTPCT 2023-2025, in continuità con il precedente Piano sono di seguito indicati:

- ✓ Formazione sul nuovo Codice di Comportamento adottato con DDG n. 660/2022;
- ✓ incrementare il livello di qualità della formazione in materia di legalità, trasparenza e anticorruzione. Al conseguimento di tali obiettivi concorrono tutti i dipendenti dell'ASP;
- ✓ adeguamento delle procedure operative in essere al D. Lgs. 24 del 10/03/2023, attuativo della Direttiva Whistleblowing;
  - Parte Seconda - La valutazione del rischio

Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

- ✓ analisi del contesto finalizzata ad ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa insinuarsi all'interno dell'amministrazione, tenuto conto della specificità dell'ambiente esterno in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali e dei rapporti con gli stakeholder (contesto esterno), nonché delle caratteristiche organizzative interne in termini di strutture e di mappatura dei processi (contesto interno);

- ✓ mappatura dei processi costituisce lo strumento principale ai fini dell'identificazione delle attività dell'amministrazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. La mappatura dei processi prende le mosse dalla loro necessaria identificazione, ossia dalla rilevazione e classificazione di tutte le attività interne al fine di effettuare una catalogazione, in macro-aggregati, delle aree di attività e dei processi ad esse sottese;
- ✓ valutazione del rischio è la fase del processo del rischio finalizzata ad individuare gli eventi rischiosi, l'analisi ed il confronto degli stessi al fine di definire le priorità di trattamento;
- ✓ trattamento del rischio, finalizzato ad individuare, a seguito delle precedenti fasi, le misure idonee a neutralizzarle o ridurlo.

- Il Contesto di riferimento

Come fortemente raccomandato dall'ANAC nella determinazione n. 12/2015 di aggiornamento 2015 al PNA, il processo di gestione del rischio di corruzione deve tener conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione.

L'analisi del contesto è il processo conoscitivo che l'Amministrazione pubblica deve realizzare al fine di "ottenere informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne."

- La Mappatura dei processi

Per realizzare efficacemente la gestione del rischio corruttivo, la mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi, è il presupposto per l'adozione delle misure di prevenzione della corruzione.

Per il triennio 2023/2025 si è ripreso il processo di mappatura effettuato nella fase istruttoria prodromica all'adozione del PTPCT 2022/2024. In considerazione dei risultati delle verifiche effettuate dal RPC in sede di monitoraggio e controllo, sulle misure generiche e specifiche previste per l'annualità 2022, sulla base delle relazioni dei Responsabili delle strutture aziendali, si è rimodulato, per alcuni processi, il grado di esposizione a rischio e rimodulato in maniera più puntuale qualche indicatore di attuazione delle misure.

Le misure di gestione del rischio corruttivo individuate e programmate, con l'indicazione del Responsabile dell'attuazione della misura, dei risultati attesi distinti per anno e dell'indicatore scelto per la valutazione del risultato sono riportate nell'allegato. "Misure di gestione del rischio corruttivo di carattere specifico programmate per il triennio 2023-2025 – Responsabili – Tempistica e risultati attesi".

Dette misure di gestione del rischio vengono assunte altresì come obiettivi da assegnare con le schede di budget che saranno approvate per l'anno 2023.

- Parte Terza – Le misure di prevenzione della corruzione

- Misure di carattere generale (triennio 2023-2025)

Nei paragrafi che seguono sono descritte in forma tabellare le misure di carattere generale, le azioni da attuare per la loro realizzazione, l'indicatore di risultato e la tempistica di realizzazione.



## Codice di comportamento

| MISURA   | CODICE DI COMPORTAMENTO  |
|--|--|
| RIFERIMENTI<br>NORMATIVI                             | Art. 54 del d.lgs, come modificato dall'art 1 comma 44 della Legge 190/2012, DPR 62/2013, Delibera Anac 358 del 29/03/2017, deliberazione n. 756 del 18/12/2013, Delibera Anac n..358 del 29/03/2017 e linee guida n. 177/2020   |
| STATUS QUO   | L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ha provveduto ad aggiornare il Codice di comportamento ASP (DDG n. 660/2022)   |
| ATTIVITÀ<br>PROGRAMMATE<br>NEL TRIENNIO<br>2023-2025 | -Diffusione e attività di sensibilizzazione del Codice; -inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di gara, contratti e convenzioni per i collaboratori e dipendenti delle ditte fornitrici dei servizi e delle strutture private convenzionate;<br>-comunicazioni al RPC delle violazioni alle norme del Codice di Comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva; - trasmissione al RPC della reportistica su: violazioni contestate ai dipendenti; procedimenti disciplinari attivati e conclusi; sanzioni erogate, e archiviazioni disposte. |
| TIPOLOGIA<br>DELLA MISURA                            | Controllo  |
| RESPONSABILI   | RPC, Dirigenti di struttura, UPD.  |
| TEMPI DI<br>ATTUAZIONE                               | 2023-2024-2025   |
| INDICATORI DI<br>MONITORAGGIO                        | VERIFICA ANNUALE SULL'INSERIMENTO NEI CONTRATTI INDIVIDUALI DI LAVORO E NEGLI ATTI DI GARA DELLA CONDIZIONE DI OSSERVANZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO (Relazione dei Responsabili delle Strutture interessate)<br>N. SEGNALAZIONI RELATIVE ALLA VIOLAZIONE DEL CODICE CHE HANNO DATO LUOGO A PROCEDIMENTO DISCIPLINARE   |

## Le misure di disciplina del conflitto di interessi (ex art. 6 e 7 dpr 62/2013)

| MISURA                                      | CONFLITTO DI INTERESSE   |
|---|--|
| RIFERIMENTI NORMATIVI                       | Legge 190/2012, PNA Sanità 2016, Art. 6 bis della Legge 241/90, DPR 62/2013, linee guida Anac 15 del 2019, Delibera Anac 25/2020   |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | -compilazione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse da parte del personale di nuova assegnazione alla struttura e/o nell'ipotesi di modifica della situazione del dipendente. La verifica di eventuale sussistenza di conflitto di interesse è rimessa al Responsabile della Struttura a cui è assegnato il dipendente ed è riferibile anche ai singoli procedimenti, fermo restando il supporto del RPC. |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Misure di disciplina del conflitto di interessi  |
| RESPONSABILI                                | Dirigenti di struttura   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | 2023-2024-2025   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | Valutazione delle dichiarazioni di conflitto di interesse in relazione alla sussistenza effettiva del conflitto e adozione delle opportune misure.   |

## Inconferibilità ed incompatibilità (ex art. art.20 d.lgs. 39/2013)

| MISURA                                      | INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'  |
|---|---|
| RIFERIMENTI NORMATIVI                       | Art. 20 del d.lgs. 39/2013, Linee guida in materia, approvate con Deliberazione n. 833 del 2016, delibera 818/2019, Delibera 1146/2019, Delibera 713/2020   |
| DESCRIZIONE DELLA MISURA                    | Con riferimento al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, il Responsabile della prevenzione della corruzione cura, ai sensi dell'art.15 del suddetto decreto, che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi contenute nel suddetto decreto. Per "inconferibilità" (comma 2, lettera g) dell'art.1 del decreto legislativo n. 39/2013) s'intende la preclusione, permanente o temporanea, al conferimento degli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni, incarichi dirigenziali esterni ed incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico: -a coloro che abbiano riportato condanne penali per reati contro la Pubblica Amministrazione, di cui al capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, anche in presenza di sentenza non passata in giudicato; -a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da PP.AA. o svolto attività professionali a favore di questi ultimi; - a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico. La violazione della disciplina comporta la nullità dell'atto di conferimento degli incarichi e la risoluzione del relativo contratto (Art. 17 D.Lgs. n. 39/2013). Per "incompatibilità" (comma 2, lettera h dell'art.1) s'intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e: -l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico; - l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | In materia di inconferibilità: - preventiva acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico (valido solo per la Direzione Strategica e per i Dirigenti non sanitari); - successiva verifica entro un congruo arco temporale (di norma entro la stipulazione del contratto); - pubblicazione, a carico del responsabile della Trasparenza, della deliberazione di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013, e delle dichiarazioni di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'Art. 20 del   |

| MISURA                     | INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'  |
|----------------------------|---|
|                            | D.Lgs. 39/2013, secondo le modalità sopra dichiarate; In materia di incompatibilità: - acquisizione, con cadenza annuale, delle autodichiarazioni di non sussistenza di cause di incompatibilità; pubblicazione a cura del Responsabile della Trasparenza delle dichiarazioni rese dai dirigenti. |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA     | Controllo e Trasparenza   |
| RESPONSABILI               | Tutti i Dirigenti, Ufficio del Personale, Responsabile della Trasparenza  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE        | Per incompatibilità: 31 dicembre di ogni anno di validità del Piano Per inconferibilità: all'atto del conferimento di incarico  |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO | N. Dichiarazioni Richieste / N. Incarichi Conferiti = 100%<br>N. Dichiarazioni Pubblicate / N. Dichiarazioni Acquisite = 100%<br>N. Dichiarazioni Di Inconferibilità Verificate / N. Dichiarazioni Acquisite Di Inconferibilità (= 100%)  |

La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici a seguito di condanna penale per delitti contro la p.a (ex art. 35 bis del d.lgs. 165/01).

| MISURA                                      | ART. 35 BIS COSTITUZIONE COMMISSIONI DI GARA E CONCORSO   |
|---|---|
| RIFERIMENTI NORMATIVI                       | Legge n. 190/2012; D.lgs. n. 165/2001, art. 35bis, Delibera 25 del 15/01/2020   |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | acquisizione della dichiarazione dell'assenza di precedenti penali all'atto della formazione di commissioni di concorso; - acquisizione della dichiarazione dell'assenza di precedenti penali all'atto della formazione di commissioni di gara. |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Controllo   |
| RESPONSABILI                                | Ufficio Personale, Ufficio Provveditorato Economato, Ufficio Attività Tecniche  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | All'atto della composizione delle Commissioni di gara e di concorso   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | n. dichiarazioni acquisite / n. componenti commissioni costituite = 100%  |

#### Incarichi extraistituzionali

| MISURA                                      | INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI  |
|---|---|
| RIFERIMENTI NORMATIVI                       | art. 53 d.lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla L. n. 190/2012, D.lgs. n. 33/2013  |
| DESCRIZIONE DELLA MISURA                    | Il rapporto di pubblico impiego è sottoposto al regime di incompatibilità dal momento che i dipendenti pubblici non possono svolgere altri rapporti di lavoro o svolgere attività lavorativa che presenti carattere di abitualità. Ciò nonostante, il divieto di svolgere incarichi extraistituzionali non opera in maniera assoluta. L'art. 53 D.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle PP.AA. prevedendo un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione La misura è disciplinata dal Regolamento aziendale sugli incarichi extra istituzionali, approvato con deliberazione n. 521 del 2013, come successivamente integrata/modificata dalla deliberazione 453 del 09.09.2014. |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | Aggiornamento del Regolamento in materia  |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Regolamentazione  |
| RESPONSABILI                                | Ufficio Del Personale   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | Nel triennio di vigenza del Piano   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | Adozione Regolamento Vers.1   |

#### Attività successive alla cessazione dal lavoro (Pantouflage)

| Misura                   | incompatibilità' successiva  |
|--------------------------|--|
| RIFERIMENTI NORMATIVI    | D.lgs. n. 165/2001 – Art. 53, comma 16ter; Legge n. 190/2012 - Art. 1, c. 42, lett. I), delibera ANAC n. 448 del 27 maggio 2020 di proposta di modifica normativa, PNA 2022  |
| DESCRIZIONE DELLA MISURA | L'art. 1, c. 42, lett. I) della legge anticorruzione, ha contemplato l'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (pantouflage), ovvero "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2 non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Trattasi di un divieto finalizzato a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, il quale, durante il periodo di servizio, potrebbe precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose con soggetti esterni alla PA, con cui è venuto in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Specularmente, il divieto è anche volto a ridurre il rischio che il soggetto privato, dal canto suo, possa esercitare pressioni o condizionamenti, prospettando al dipendente pubblico una opportunità di assunzione di incarichi, una volta cessato il servizio. Il PNA 2022 in esito alla ricognizione delle indicazioni già fornite da ANAC nel PNA 2019, e alla luce dell'esperienza maturata dall'Autorità nell'ambito della propria attività consultiva, ha inteso suggerire alle amministrazioni/enti e ai RPCT alcune misure di prevenzione, specificando l'ambito di applicazione rispetto al PNA 2019. Gli aspetti sostanziali, fatta eccezione di quelli strettamente connessi alla definizione di suddette misure inserite nel PNA, saranno oggetto di successive Linee Guida e/o atti che l'Autorità intenderà adottare. Con riferimento ai soggetti che le amministrazioni reclutano al fine di dare attuazione ai progetti del |

| Misura                                      | incompatibilita' successiva   |
|---|---|
|   | PNRR il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di pantouflage gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione per i quali non trovano applicazione i divieti previsti dall'art. 53, co.16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. L'esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali  |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento  |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | -inserimento di apposita clausola negli atti di assunzione del personale con ruoli di responsabilità del divieto di pantouflage; -previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio per trattamento di quiescenza, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma; |
| RESPONSABILI                                | Ufficio Del Personale,  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | Come sopra indicato (all'atto della sottoscrizione del contratto, all'atto della cessazione del servizio etc.)  |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | n. clausole inserite nei contratti individuali/contratti di lavoro sottoscritti=100%<br>n. dichiarazioni sottoscritte / n. dipendenti cessati per trattamento di quiescenza = 100%  |

## Patti di integrità

| MISURA                                      | PATTI DI INTEGRITA  |
|---|---|
| RIFERIMENTI NORMATIVI                       | Art. 1 comma 17 Legge 190/2021 e Deliberazione ASP n. 617 del 23.09.2019. D.L. 76/2020 convertito con legge 120 del 11/09/2020  |
| DESCRIZIONE DELLA MISURA                    | Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara. la norma è volta ad assicurare che i rapporti economici instaurati con la P.A siano delimitati alle sole imprese meritevoli di fiducia. |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento   |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | Sottoscrizione del Patto di Integrità.<br>Aggiornamento del Patto di Integrità attualmente in vigore  |
| RESPONSABILI                                | UOC. Attività tecniche, provveditorato  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | triennio di vigenza del piano   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | n. patti sottoscritti/n.contratti=100%  |

## Rotazione del personale (rotazione ordinaria)

| MISURA                                      | ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE  |
|---|--|
| RIFERIMENTI NORMATIVI                       | Legge 190/2012 - Art. 1, comma 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b); D.lgs. 165/2001 - Art. 16, comma 1, lettera l-quater) "Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali; Linee guida Anac in materia Delibera n. 215/2019   |
| DESCRIZIONE DELLA MISURA                    | "Nelle articolazioni aziendali maggiormente esposte al rischio di corruzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione concorda con la Direzione Strategica e con i Responsabili di tali articolazioni aziendali la rotazione dei dipendenti addetti ai procedimenti e ai controlli, compatibilmente con le risorse disponibili e con la competenza richiesta da detti procedimenti e controlli". Dall'esame del quadro normativo, è evidente che la misura della rotazione del personale addetto alle aree ritenute a rischio è una misura che tende ad evitare il consolidamento di posizioni di "privilegio" nella gestione diretta di alcune attività legate alla circostanza che il medesimo dipendente prenda in carico personalmente per lungo tempo lo stesso tipo di procedura e si interfacci sempre con lo stesso utente. Per poter procedere ad un'adeguata rotazione del personale, occorrerà sempre tener conto delle specifiche professionalità esistenti nell'ambito delle diverse articolazioni di cui si compone l'ASP, oltre che della preminente esigenza di assicurare la continuità dell'azione amministrativa. In particolare, bisognerà verificare l'esistenza o meno di figure cd "infungibili", l'organizzazione dei diversi servizi e/o strutture aziendali e valutare la difficoltà od impossibilità di applicazione concreta di tale misura, secondo quanto stabilito nelle Linee Guida della Conferenza Unificata Stato/Regioni, del 24 luglio 2013 che dispone: "ove le condizioni organizzative degli enti non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dare conto nel piano anticorruzione con adeguata motivazione". |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | In un'ottica di gradualità nella implementazione della misura della rotazione, si prevede che nell'anno 2022 i Direttori delle UU.OO. Gestione del Personale, Provveditorato Economato, Attività tecniche, Cure Primarie, Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate, il Dipartimento Sanità e Benessere Animale ed il Dipartimento Salute Umana, entro il 30 settembre di ogni anno di validità del Piano, trasmettano alla Direzione Strategica e al Responsabile della prevenzione della corruzione un piano di rotazione dei responsabili dei procedimenti. Il RPC richiederà alle suddette UU.OO.CC. una relazione sulla effettiva rotazione dei dipendenti responsabili dei procedimenti al 30 dicembre.   |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Rotazione del personale  |
| RESPONSABILI                                | Gestione del Personale, Provveditorato Economato, Attività tecniche, Cure Primarie, Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate, il Dipartimento Sanità e Benessere Animale ed il Dipartimento Salute Umana   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | 30 settembre e 31 dicembre di ogni anno di vigenza del Piano   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piano Di Rotazione</li> <li>▪ Relazione Sull'attuazione Della Misura</li> </ul>   |

## Rotazione del personale (rotazione straordinaria)

| MISURA                                      | ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE  |
|---|--|
| DESCRIZIONE DELLA MISURA                    | <p>L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d. lgs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". a misura trova applicazione con riferimento ai dipendenti e Dirigenti che hanno un rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato con l'amministrazione. Presupposto oggettivo è l'avvio nei confronti dei suddetti soggetti:</p> <p>a) di un procedimento penale per uno dei reati previsti dagli artt. 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale, di cui all'art. 7 della L. 69/2015, l'adozione del provvedimento da parte dell'Amministrazione è obbligatoria;</p> <p>b) di un procedimento penale per uno degli altri reati di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfiribilità ai sensi dell'art. 3 D.lgs. 39/2013, dell'art. 35 bis D.Lgs.165/2001 e del D.Lgs. 235/2012: l'adozione del suddetto provvedimento motivato in questi casi è solo facoltativa. Il provvedimento eventualmente adottato deve precisare le motivazioni che spingono l'amministrazione alla rotazione, con particolare riguardo alle esigenze di tutela dell'immagine di imparzialità dell'ente.</p> <p>L'Anac, con la delibera 345/2020, ha fornito chiarimenti sugli organi competenti all'adozione del provvedimento motivato di rotazione straordinaria</p> |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | provvedimento motivato di rotazione straordinaria nelle ipotesi di reati presupposto   |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Rotazione del personale  |
| RESPONSABILI                                | UOC Gestione Del Personale, Direzione Strategica   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | Relazione sulla attuazione della misura  |

## Formazione del personale

| MISURA                                      | FORMAZIONE DEL PERSONALE  |
|---|---|
| RIFERIMENTI NORMATIVI                       | art.1, co. 4,7 e 10 Legge n. 190/2012, Delibere ANAC  |
| DESCRIZIONE DELLA MISURA                    | <p>La formazione sui temi della legalità e della trasparenza assume una veste continuativa e pianificata in raccordo con il Piano Annuale di Formazione. Il personale operante nelle articolazioni aziendali che presentano un grado di esposizione al rischio di corruzione di livello rilevante e critico, parteciperà annualmente ad un programma formativo sui temi dell'etica, della legalità, della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione in materia di appalti, programma formativo da attuare entro il 30 novembre di ogni anno. La selezione del personale che dovrà partecipare in via obbligatoria a tale percorso formativo e che, con cadenza annuale, sarà coinvolto anche per i successivi anni nei programmi di formazione in materia, sarà effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Responsabili delle articolazioni aziendali interessate, entro il 30 aprile di ciascun anno. Inoltre saranno assicurate specifiche attività di formazione del Responsabile della prevenzione della corruzione, attività da prevedersi con cadenza annuale.</p> |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | Realizzazione di percorsi formativi al personale operante alle aree a rischio e alle altre figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione. Per l'anno 2023 la formazione sarà dedicata, ove possibile, all'approfondimento delle tematiche relative alla materia del pantouflage e del whistleblowing  |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Formazione  |
| RESPONSABILI                                | RPC E Responsabili delle articolazioni aziendali interessate  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | TEMPI DI ATTUAZIONE   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | Partecipazione Agli Eventi Formativi Programmati = 90%  |

## Tutela del whistleblowing

| MISURA                   | TUTELA DEL WHISTEBLOWING   |
|--------------------------|--|
| RIFERIMENTI NORMATIVI    | Art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 come modificato dalla Legge n. 179 del 30/11/2017, Delibera ANAC n. 690 del 01/07/2020, Legge delega n. 53/2021 per il recepimento, mediante decretollegge, della Direttiva europea n. 1937/2019, Delibera 469 del 9/06/2021. Decreto Legislativo 24/2023   |
| DESCRIZIONE DELLA MISURA | <p>L'art.1, comma 51 della L. 190/2012 ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del D.Lgs. n. 165/2012, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il cosiddetto whistleblower, che prevede la tutela del dipendente che segnala tali fatti all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti o al superiore gerarchico, fatti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Si tratta della introduzione di una misura di tutela, già in uso in altri ordinamenti, del soggetto che segnala finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito. Ferma la responsabilità correlata alle ipotesi di calunnia e diffamazione, i dipendenti sono tenuti a segnalare l'esistenza di comportamenti che possano integrare, anche solo potenzialmente, casi di corruzione ed illegalità. Le misure di tutela già previste dal legislatore sono state ulteriormente rafforzate con la Legge 30 novembre n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di</p> |

| MISURA                                      | TUTELA DEL WHISTEBLOWING  |
|---|---|
|   | segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto pubblico o privato". Come rappresentato nel PNA, la norma della tutela dell'anonimato è volta ad evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli e, sicuramente, non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | Implementazione della piattaforma informatica per il whistleblowing per gestire le segnalazioni in ottemperanza a quanto previsto dal decreto legislativo 24/2023 di recepimento della Direttiva UE 1937/2019   |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Segnalazione e protezione   |
| RESPONSABILI                                | RPC   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | Al verificarsi della segnalazione   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | Relazione Annuale Sul Monitoraggio Della Misura   |

### Monitoraggio dei tempi procedurali

| MISURA                                      | MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI   |
|---|---|
| RIFERIMENTI NORMATIVI                       | art. 1 comma 9, lett. d) e comma 28 della L. 190/2012   |
| DESCRIZIONE DELLA MISURA                    | "Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione".   |
| ATTIVITÀ PROGRAMMATE NEL TRIENNIO 2023-2025 | I Responsabili delle articolazioni aziendali effettuano il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza e, entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ciascun anno, trasmettono al Responsabile della prevenzione della corruzione apposito report recante gli esiti del monitoraggio. A seguito dell'abrogazione dell'art. 24 del D.lgs 33/13 ad opera dell'art. 43 del D.lgs 97/16, è stato soppresso l'adempimento relativo alla pubblicazione dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, ciò nonostante, esso costituisce atto interno al fine di comprendere le eventuali anomalie procedurali, apportando le doverose contromisure. Nel report devono essere riportati i dati relativi al numero di procedimenti conclusi, al numero di procedimenti per i quali sono rispettati i termini, al numero di procedimenti per i quali si è verificato un ritardo con la relativa esplicitazione delle problematiche occorse in caso di ritardo e gli adempimenti correttivi adottati. Il Responsabile della prevenzione della corruzione vigila sulla effettiva realizzazione da parte dei responsabili delle articolazioni aziendali del monitoraggio del rispetto dei termini -per la conclusione dei procedimenti. Con cadenza semestrale il RPC trasmette al Responsabile per la Trasparenza le tabelle ricevute dalle UU.OO. recanti la descrizione della tipologia dei procedimenti di competenza (con l'indicazione anche del responsabile del procedimento e dei suoi numeri telefonici di contatto), tanto al fine di darne pubblicazione sul sito aziendale. |
| TIPOLOGIA DELLA MISURA                      | Trasparenza   |
| RESPONSABILI                                | I Responsabili Delle Articolazioni Aziendali, Rpc E Responsabile Per La Trasparenza   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE                         | 30 giugno e 31 dicembre di ogni anno di scorrimento del PTPCT   |
| INDICATORI DI MONITORAGGIO                  | L'attuazione Della Misura Sarà Rendicontata Nella Relazione Semestrale  |

- Misure di carattere specifico previste per il triennio 2023-2025

Le misure di gestione del rischio corruttivo di carattere specifico, individuate e programmate, con l'indicazione del Responsabile dell'attuazione della misura, dei risultati attesi distinti per anno e dell'indicatore scelto per la valutazione del risultato ed infine sono riportate nell'allegato "Misure di gestione del rischio corruttivo programmate per il triennio 2023- 2025 – Responsabili – Tempistica e risultati attesi"

- Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

La "Trasparenza" è intesa come "accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle

funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1, comma 1, D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016), è uno degli assi portanti della politica di prevenzione e di lotta alla corruzione.

Rappresenta, altresì, lo strumento per garantire ai cittadini la conoscenza dei servizi resi dall'amministrazione, delle loro caratteristiche e delle modalità di erogazione delle prestazioni. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), era finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione.

*Con il PIAO vengono ridefiniti gli strumenti di pianificazione integrando tra loro le differenti azioni "in un'ottica di semplificazione e futura integrazione, le amministrazioni tenute alla adozione del PIAO che non abbiano ancora approvato il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024, potranno deliberare la proroga della durata del PTPCT 2021/2023 qualora ritengano le previsioni ivi contenute ancora attuali ed efficaci, anche tenuto conto dell'eventuale impegno in progetti legati all'attuazione del PNRR. Fermo restando che, anche al fine di adeguare la programmazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza agli altri piani destinati a confluire nel PIAO, le amministrazioni potranno procedere a tali adattamenti anche quando saranno predisposti i piani ulteriori che confluiranno nel PIAO".*

Nel PIAO le scadenze in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione continuano ad essere coerenti con il sistema degli obblighi di trasparenza previsti da ANAC, che oltre che facilitare la diffusione delle informazioni, consentendo all'organizzazione di attivare azioni di monitoraggio e di miglioramento continuo della qualità dei processi organizzativi.

Punto centrale della Trasparenza è la pubblicazione di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

La promozione dei massimi livelli di trasparenza nello svolgimento delle attività sanitarie ed amministrative, rappresenta uno degli obiettivi strategici che l'Azienda Sanitaria intende perseguire nel triennio 2023 - 2025. Sono stati individuati gli obiettivi aziendali di trasparenza, (vedi allegato) necessari a garantire l'accesso alle informazioni e le fasi di individuazione /elaborazione/ aggiornamento/ trasmissione/ pubblicazione dei dati per il biennio 2023 - 2025.

Gli obblighi di pubblicazione, sono riportati nell'allegato dove vengono indicate le specifiche sezioni e i responsabili della pubblicazione dei dati. La violazione degli obblighi di pubblicazione può dar luogo ad una sanzione amministrativa a carico del responsabile della violazione, che viene direttamente comminata dall'ANAC.

Per favorire la fruibilità delle informazioni i soggetti responsabili della produzione dei dati sono tenuti ad osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013:

- ✓ *integrità;*
- ✓ *costante aggiornamento;*
- ✓ *completezza;*
- ✓ *tempestività;*
- ✓ *semplicità di consultazione*
- ✓ *comprensibilità;*
- ✓ *omogeneità;*
- ✓ *accessibilità;*

- ✓ *conformità ai documenti originali;*
- ✓ *esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione;*
- ✓ *indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione;*
- ✓ *pubblicazione dei dati in formato aperto (vedi delibera ANAC n. 50/2013).*

Particolare attenzione viene rivolta ai portatori di interessi (*stakeholder*), attraverso della gestione la comunicazione e i rapporti con il pubblico (UOSD URP Comunicazione), ponendo centrali la trasparenza e l'accessibilità, migliorando la comunicazione soprattutto delle strategie aziendali, per rendere evidente e comprensibile la finalità di soddisfare i bisogni dell'utenza. La trasparenza amministrativa viene intesa come diritto dei cittadini a conoscere dati ulteriori rispetto a quelli già pubblicati sul sito istituzionale, con lo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Gli adempimenti di trasparenza dovranno essere compatibili con la tutela della privacy garantendo il rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti, anche con la collaborazione del DPO aziendale. Questa azione è stata portata avanti mediante confronti quotidiani con gli stakeholder esterni/interni sui temi del Piano. Gli stakeholders di riferimento sono:

- ✓ *I cittadini/utenti e le loro associazioni;*
- ✓ *L'Università;*
- ✓ *I Sindacati;*
- ✓ *Gli ordini professionali;*
- ✓ *I fornitori di beni, di servizi e di lavori dell'azienda per il tramite delle loro associazioni di categoria;*
- ✓ *I fornitori di tecnologia (beni durevoli) dell'azienda per il tramite delle loro associazioni di categoria;*
- ✓ *Le amministrazioni comunali.*

#### ▪ L'integrazione tra la trasparenza e il Ciclo della Performance

La sottosezione "Performance", predisposta in base a quanto stabilito dal Decreto Legge n. 80 del 2021 convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e ss.mm.ii. "Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e delle direttive emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

L'ASP di Potenza definisce, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si è basata la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

L'A.N.A.C. ha ribadito la necessità di integrare il ciclo della performance con gli altri strumenti di programmazione e in particolare con il Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. Per rendere evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, all'interno del Piano della performance è presente una sub area strategica in cui vengono considerati e perseguiti obiettivi di trasparenza e integrità sviluppati in base ai contenuti del redigendo piano anticorruzione.

#### ▪ Il monitoraggio della Trasparenza e i rischi corruttivi

Così come indicato negli Orientamenti ANAC del 2 febbraio 2022 (Vademecum) il monitoraggio della trasparenza e dei fattori di rischio corruttivi sono da considerarsi attività fondamentali per la verifica

dell'attuazione del PIAO. Il monitoraggio della sezione Trasparenza del PIAO, va programmato evidenziando:

- ✓ *i processi e le attività oggetto del monitoraggio;*
- ✓ *la periodicità delle verifiche;*
- ✓ *le modalità di svolgimento della verifica.*

Sarà garantito il coordinamento fra il RPC, Trasparenza e chi si occupa più specificamente delle altre sezioni del PIAO vigente, quali appunto quelle relative al capitale umano e allo sviluppo organizzativo. Le risultanze del monitoraggio vanno utilizzate per la migliore programmazione delle misure, secondo una logica sequenziale e ciclica che favorisca il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio.

Infatti, come anche precisato dal PNA vigente, la logica sequenziale e ciclica con cui viene condotto il monitoraggio consente, in un'ottica migliorativa, di tener conto e ripartire dalle risultanze del ciclo precedente ed utilizzare l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione adottata. Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è l'attività di riesame periodico, volta a valutare il funzionamento del sistema della trasparenza e prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una prospettiva più ampia.

Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e quelli sulla Trasparenza e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono, in ogni caso, utilizzati per effettuare il riesame.

L'Azienda Sanitaria prevede il monitoraggio delle Misure previste nel PTPC e Trasparenza, con cadenza periodica (annuale, semestrale, trimestrale) per valutare e la funzionalità complessiva del sistema e procedere ad eventuali modifiche.

Saranno valutate tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, d'intesa con il responsabile aziendale della Corruzione, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Tale attività sarà coordinata da RPC e R.T. e realizzata con il contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance: OIV e Controllo di Gestione.

Gli elementi essenziali che devono essere contenuti nella parte dedicata al monitoraggio e al riesame sono i seguenti:

- *il monitoraggio sull'attuazione delle misure;*
- *il monitoraggio sull'idoneità delle stesse ai fini degli oneri di trasparenza e al trattamento del rischio;*
- *il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione.*
- *le fasi, le modalità di verifica*

Nelle tabelle di seguito riportate, vengono indicate le **azioni di monitoraggio circa gli obblighi di pubblicazione delle informazioni nella sezione di Amministrazione Trasparente del sito aziendale**, in base ai dirigenti responsabili cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, i tempi di aggiornamento delle informazioni, le sanzioni previste in caso di mancato rispetto degli obblighi di trasmissione, le misure organizzative adottate per favorire l'attuazione delle misure tese a migliorare e rafforzare la Trasparenza amministrativa. In corso d'anno viene distribuita, con cadenza semestrale, la reportistica. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) valuta il grado di raggiungimento degli indicatori negoziati e la coerenza degli obiettivi di performance con quelli del Piano.



Allegato A - Area Strategica Trasparenza, obiettivi, indicatori e operatività

| AREA STRATEGICA TRASPARENZA                            | OBIETTIVO   | INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO   | OPERATIVITA'  |
|--|---|---|---|
| Sub Area Promozione di maggiori livelli di trasparenza | Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio e delle spese di personale | <i>Pubblicazione dei dati richiesti nelle modalità previste.</i>                    | <i>L'obiettivo attiene alla pubblicazione sul sito istituzionale - con modalità tali da rendere la pubblicazione di immediata comprensione e consultazione per il cittadino - dei dati relativi alle spese sia in forma analitica che in forma aggregata.</i> |
|  | Rispetto della normativa in materia di trasparenza  | <i>Rispetto di almeno il 95% degli obiettivi previsti secondo le direttive ANAC</i> | <i>Rispetto degli obblighi di pubblicazione con le responsabilità individuate nel d.lgs 33/2013 e smi. Monitoraggio semestrale obblighi Verifica del rispetto della normativa sulla Tutela dei dati</i>   |
|  | Incarichi e nomine  | <i>Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche</i>                      | 80%   |
|  | Gestione della trasmissione dei dati  | <i>Report annuale</i>   | <i>Verifica sulla corretta applicazione del Piano e delle inadempienze e delle relative misure adottate</i>   |
|  | Codice di Comportamento   | <i>Rispetto scadenza di approvazione e di monitoraggio</i>                          | <i>Diffusione dei contenuti del Codice Aziendale di Comportamento e sull'applicazione del Codice (d'intesa con l'RpC)</i>   |
|  | Formazione  | <i>n. di dipendenti formati sulle tematiche di trasparenza, etica e legalità</i>    | <i>Organizzazione corsi su codice aziendale di comportamento, Trasparenza e misure di prevenzione dei rischi di corruzione (d'intesa con il responsabile Formazione)</i>  |
|  | Informatizzazione e semplificazione dei processi amministrativi   | <i>Avvio di almeno il 60% dei nuovi processi integrati previsti nel PIAO</i>        | <i>Avvio nel triennio di almeno il 60% dei nuovi processi integrati previsti nel PIAO (d'intesa con il SIA – Sistema Informativo Aziendale)</i>   |
|  | Digitalizzazione dei processi rivolti al cittadino con il supporto del Responsabile Transizione Digitale                            | <i>Incremento della tipologia dei processi consultabili on line dai cittadini</i>   | <i>Avvio a regime nuove procedure individuate nel PIAO (d'intesa con il SIA)</i>  |
|  | Trasparenza e rispetto delle procedure nelle Attività di gestione Contratti di appalto  | <i>Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche</i>                      | <i>Rispetto degli obiettivi previsti nelle aree specifiche (d'intesa con il RpC)</i>  |

| AREA STRATEGICA TRASPARENZA                               | OBIETTIVO  | INDICATORE/MODALITA' DI CALCOLO  | OPERATIVITA'  |
|---|--|--|---|
| Sub Area strategica Flussi informativi sulla Trasparenza: | Miglioramento Flussi informativi   | Rispetto dei parametri per ciascun flusso in relazione a: Copertura (completezza nella rilevazione); Qualità (nei dati inviati, nell'integrazione di eventuali scarti, nella correzione delle anomalie e di errori); tempistica dell'invio (rispetto delle scadenze) | Gestione dei Flussi informativi secondo le disposizioni nazionali e di Anac |
|   | Trasmissione completa dei dati entro le scadenze previste e contestuale chiusura | Corretta e tempestiva compilazione e trasmissione dei dati entro il V giorno del periodo successivo; chiusura contestuale degli oneri di pubblicazione   | Obiettivo attribuito al fine di rispettare le scadenze previste             |

Allegato B - Monitoraggio grado di raggiungimento annuali degli obiettivi di Trasparenza (espresso in percentuale)

| DIPARTIMENTO                | UNITA' OPERATIVA   | OBIETTIVO   | DESCRIZIONE OBIETTIVO-RISULTATO  | RISULTATO RAGGIUNTO PER ANNUALITA' (in %) |
|-----------------------------|--|---|--|---|
| STRUTTURE DI STAFF          | UOC Affari Legali e Contenzioso                                  | Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016  | Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al Responsabile della Trasparenza i dati secondo la tempistica indicata da Anac |   |
|                             | UOSD Farmacologia clinica  |   |  |   |
|                             | UOSD Flussi informativi  |   |  |   |
|                             | UOSD trasparenza S.A.  |   |  |   |
|                             | UOSD URP Comunicazione   |   |  |   |
|                             | UOSD Medicina Legale e Rischio Clinico                           |   |  |   |
|                             | UOC Sistema Informativo Aziendale                                |   |  |   |
| DIPARTIMENTO AMMISTRATIVO   | UOC Provveditorato Economato                                     | Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016. | Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al Responsabile della Trasparenza i dati secondo la tempistica indicata da Anac |   |
|                             | UOC Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio                  |   |  |   |
|                             | UOC Economico Finanziaria  |   |  |   |
|                             | UOC Gestione Attività Amministrative dei Presidi e dei Distretti |   |  |   |
|                             | UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane                            |   |  |   |
|                             | UOC Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate       |   |  |   |
|                             | UOC Segreteria Direzionale e Affari Generali                     |   |  |   |
|                             | UOSD Formazione  |   |  |   |
|                             | UOSD Valutazione e Trattamento Giuridico del Personale           |   |  |   |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | UOC Centro Salute Mentale Lauria                                 | Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs.   | Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al Responsabile della Trasparenza i dati  |   |
|                             | UOC Servizio per le Dipendenze Melfi                             |   |  |   |

| DIPARTIMENTO   | UNITA' OPERATIVA  | OBIETTIVO  | DESCRIZIONE OBIETTIVO-RISULTATO   | RISULTATO RAGGIUNTO PER ANNUALITA' (in %)        |
|--|---|--|---|--|
|  | UOC Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura Villa d'Agri                      | <i>33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016</i>            | <i>secondo la tempistica indicata da Anac</i>   |  |
|  | UOSD Centro Salute Mentale Potenza  |  |   |  |
|  | UOSD Centro Salute Mentale Rionero  |  |   |  |
|  | UOSD CSM Villa d'Agri   |  |   |  |
|  | UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare_ Chiaromonte                   |  |   |  |
|  | UOSD SER D_ e CRA   |  |   |  |
|  | UOSD SER. D_Villa D'Agri  |  |   |  |
|  | UOSD SER.D Potenza  |  |   |  |
|  | UOSD SPDC_Potenza   |  |   |  |
|  | UOSD Psichiatria Chiaromonte  |  |   |  |
|  | UOSD Strutture Psichiatriche per Attività Residenziali e Semiresidenziali |  |   |  |
|  | <b>DIPARTIMENTO POST-ACUZIE</b>   |  |   | UOC Area Medica di Assistenza Post Acuzie Lauria |
| UOC CEIMI-Nucleo Alzheimer   |   |  |   |  |
| UOC Medicina Fisica e Riabilitazione Venosa                          |   |  |   |  |
| UOC Oncologia Critica Territoriale Cure Domiciliari e Palliative ADI |   |  |   |  |
| UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Potenza                          |   |  |   |  |
| UOSD Lungodegenza Riabilitativa Chiaromonte                          |   |  |   |  |
| UOSD Per. Int. di Cura Patol.Endoc. e Met.Lauria                     |   |  |   |  |
| UOSD Riabilitazione Distrettuale Lauria                              |   |  |   |  |
| UOSD Servizio Ambulatorio di Cardiologia Venosa                      |   |  |   |  |
| UOSD Epato-Bilio -Pancreatica  |   |  |   |  |
| UOSD Unità Scopenso Cardiaco Melfi                                   |   |  |   |  |
| <b>DEU 118</b>   | Dipartimento DEU 118  | <i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed</i> | <i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al Responsabile della</i> |  |

| DIPARTIMENTO                               | UNITA' OPERATIVA   | OBIETTIVO  | DESCRIZIONE OBIETTIVO-RISULTATO   | RISULTATO RAGGIUNTO PER ANNUALITA' (in %) |
|--|--|--|---|---|
|  | UOSD Gestione e Coordinamento dei PP.TT.S                        | <i>estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016</i>  | <i>Trasparenza i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>  |   |
| <b>DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO</b>         | UOC Area Assistenza Primaria Potenza Venosa Melfi                | <i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.</i> | <i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al Responsabile della Trasparenza i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i> |   |
|  | UOC Assistenza Primaria Lauria Senise Villa d'Agri               |  |   |   |
|  | UOC Distretto della Salute di Potenza                            |  |   |   |
|  | UOC Distretto della Salute di Melfi                              |  |   |   |
|  | UOC Distretto della Salute Senise                                |  |   |   |
|  | UOC Distretto della Salute Lauria                                |  |   |   |
|  | UOC Distretto della Salute Villa d'Agri                          |  |   |   |
|  | UOC Distretto della Salute Venosa                                |  |   |   |
|  | UOC Pneumologia Territoriale                                     |  |   |   |
|  | UOSD C.F di Venosa   |  |   |   |
|  | UOSD C.F. Lagonegro  |  |   |   |
|  | UOSD C.F. Potenza  |  |   |   |
|  | UOSD Coord. Strut_Res_e Semires_Anz e Disab e Cure Domiciliare   |  |   |   |
|  | UOSD Servizio Territoriale e Pediatria Sociale                   |  |   |   |
|  | UOSD Psicologia Clinica  |  |   |   |
|  | UOSD Attività di Nefrologia e Dialisi Villa d'Agri e Muro Lucano |  |   |   |
|  | UOSD Attività di Nefrologia e Dialisi Venosa                     |  |   |   |
| UOSD Nefrologia e Dialisi Chiaromonte      |  |  |   |   |
| UOSD Nefrologia e Dialisi Lauria e Maratea |  |  |   |   |
| <b>DIPARTIMENTO DEI SERVIZI</b>            | UOC Farmaceutica Territoriale                                    | <i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016</i>  | <i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al Responsabile della Trasparenza i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i> |   |
|  | UOC Laboratorio Analisi Melfi-Venosa                             |  |   |   |
|  | UOC Radiologia Potenza-Villa d'Agri                              |  |   |   |
|  | UOSD Neuroradiologia Potenza                                     |  |   |   |
|  | UOSD Senologia Potenza   |  |   |   |
| <b>DIPARTIMENTO SALUTE UMANA</b>           | UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione                           | <i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal</i>   | <i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al</i>  |   |

| DIPARTIMENTO                        | UNITA' OPERATIVA   | OBIETTIVO  | DESCRIZIONE OBIETTIVO-RISULTATO  | RISULTATO RAGGIUNTO PER ANNUALITA' (in %) |
|-------------------------------------|--|--|--|---|
|                                     | UOC Igiene Epidemiologica e Sanità Pubblica                      | <i>D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016</i>  | <i>Responsabile della Trasparenza i dati secondo la tempistica indicata da Anac</i>  |   |
|                                     | UOC Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro     |  |  |   |
|                                     | UOSD Coordinamento attività di Igiene e Sanità Pubblica ASP      |  |  |   |
|                                     | UOSD Dietetica Preventiva Territoriale                           |  |  |   |
|                                     | UOSD Epidemiologia e Malattie Rare                               |  |  |   |
|                                     | UOSD Medicina dello Sport  |  |  |   |
|                                     | UOSD Valutazione Coperture Vaccinali e Monitoraggio Vaccinazioni |  |  |   |
|                                     | UOC Prevenzione Protezione Impiantistica nei Luoghi di Lavoro    |  |  |   |
| <b>DIPARTIMENTO SANITA' ANIMALE</b> | UOC Veterinaria - Area B   | <i>Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n. 97/2016.</i> | <i>Attuare le misure previste dal PIAO vigente per l'annualità. Trasmettere al Responsabile della Trasparenza i dati secondo la tempistica indicata da Anac.</i> |   |
|                                     | UOSD Interarea Banche dati e flussi LEA                          |  |  |   |
|                                     | UOSD Interarea Sicurezza Alimentare                              |  |  |   |
|                                     | UOC Veterinaria - Area C   |  |  |   |
|                                     | UOC Veterinaria- Area A  |  |  |   |

#### Allegato D - Monitoraggio griglia annuale accesso civico (Semplice e Generalizzato)

| N. richieste di Accesso Civico | Numero Strutture Sanitarie coinvolte nei procedimenti di Accesso Civico | Tipologia Accesso Civico:<br>S= Semplice<br>G=Generalizzato<br>A = Altro | Stato delle risposte:<br>Numero di accesso civico presentate nel periodo/numero di accesso civico che hanno ricevuto una risposta (in percentuale) |
|--------------------------------|---|--|--|
|                                |   |  |  |

#### Allegato E - (Rif. Circolare Ministero P.A. n. 2 del 30/12/2019) monitoraggio annuale consultazione del portale istituzionale - (numero di accessi medi giornalieri)

| Totale accessi unici al Portale web ASP | Media accessi giornalieri sezione Amministrazione Trasparente | Media accessi giornalieri al Portale web |
|---|---|--|
|   |   |  |

numeratore: \_\_\_\_\_ numero di accessi unici annuali al Portale web istituzionale

denominatore: \_\_\_\_\_ 365

Allegato F -(Rif. Circolare Ministero P.A. n. 2 del 30/12/2019) Grado di Trasparenza annuale dell'Amministrazione (attestata dall'OIV).

| Denominazione sottosezione livello 1 (macrofamiglie verificate da OIV su direttiva Anac) | * Voci relative alla pubblicazione on line nella sezione Amministrazione Trasparente (da 0 a 2)<br><br>Voce completa/totale voci | * Punteggi su completezza del contenuto (il dato pubblicato riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative (da 0 a 3)<br><br>Voce completa/totale voci | * Punteggi su completezza rispetto agli uffici – il dato pubblicato è riferito a tutti gli uffici (da 0 a 3)<br><br>Voce completa/totale voci | * Punteggi su aggiornamento – la pagina web e i documenti pubblicati risultano aggiornati (da 0 a 3)<br><br>Voce completa/totale voci | * Punteggi su apertura formato – il formato è aperto ed elaborabile (da 0 a 3)<br><br>Voce completa/totale voci | Note |
|--|--|--|---|---|---|------|
|  |  |  |   |   |   |      |
|  |  |  |   |   |   |      |
| <b>TOTALE</b>  |  |  |   |   |   |      |

\* numeratore: *si considera la somma dei punteggi assegnati ad ogni singola cella della griglia di rilevazione OIV*

denominatore: *si considera la somma dei punteggi massimi conseguibili per ciascuna cella*

## SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3.1 Organizzazione del lavoro agile

- Programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (di seguito POLA), come previsto dalla normativa vigente, è lo strumento di programmazione del Lavoro Agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo.

Con Delibera del Direttore Generale n. 613 del 14 settembre 2022 si è provveduto all'approvazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2022/2024 nell'ambito del quale sono stati declinati i livelli di attuazione di tale nuova modalità di estrinsecazione dell'attività lavorativa (con particolare riferimento al periodo pandemico e alle discipline normative che ne hanno stimolato, se non resa dovuto, l'accesso a tale schema lavorativo) nonché gli obiettivi finalizzati ad una sua migliore declinazione, con anche una più strutturata procedura di autorizzazione e controllo.

Il presente documento costituisce un ulteriore tassello nella definizione del programma di sviluppo del Lavoro Agile da perseguirsi presso l'Azienda Sanitaria di Potenza.

L'approccio su cui si basa l'impostazione di questo documento segue quanto indicato:

- nelle Linee Guida adottate con il Decreto del 9 dicembre 2020;
- nel "template ordinario POLA" pubblicato dal Dipartimento della Funzione Pubblica (di seguito DFP);

Esso copre i contenuti minimi richiesti e prevede una struttura articolata in cinque sezioni, di seguito elencate:

- Livello di attuazione e sviluppo del Lavoro Agile
- Modalità attuative del Lavoro Agile
- Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile
- Programma di sviluppo del Lavoro Agile
- Indicatori di misurazione

E' da rilevare che la L. 29 dicembre 2022 n. 197, all'art. 1 comma 306 ha stabilito che *“Fino al 31 marzo 2023, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11, il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro, ove più favorevoli”*.

▪ Livello di attuazione e sviluppo - Monitoraggio anno 2022

L'Azienda Sanitaria di Potenza, in attuazione dell'art. 87 del D.L. 18/2020 (convertito in legge n. 27/2020) ha tempestivamente attivato il c.d. lavoro agile o smart working emergenziale per tutto il personale coinvolto in attività smartabili.

Tale avvio, imposto dallo stato emergenziale e, quindi, dall'esigenza di evitare contatti forieri di trasmissione del virus, è stato disciplinato con la nota prot. n. 26929 del 10 marzo 2020, recante *“Disposizioni temporanee in materia di lavoro agile”*; peraltro, per il periodo emergenziale, la disposizione sopra citata stabiliva *“il lavoro agile è una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni”*; conseguentemente le necessità e finalità sottese all'art. 87 del D.L. n. 18/2020 hanno determinato sia la semplificazione dei percorsi e delle procedure presupposte al lavoro agile che un accesso più ampio allo stesso, come dimostra la tabella di seguito riportata:

| ANNO 2020                 |                |               |               |                           |
|---------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------------------|
| AREA CONTRATTUALE         | RUOLO          | N. DIPENDENTI | N. GIORNATE   | MEDIA GIORNATE PRO CAPITE |
| Comparto                  | Amministrativo | 80            | 5.353         | 66,91                     |
|                           | Sanitario      | 47            | 2.260         | 48,09                     |
|                           | Tecnico        | 38            | 2.137         | 56,24                     |
|                           | <b>TOTALI</b>  | <b>165</b>    | <b>9.750</b>  | <b>59,09</b>              |
| Dirigenza                 | Amministrativo | 4             | 137           | 34,25                     |
|                           | Professionale  | 3             | 172           | 57,33                     |
|                           | Sanitario      | 20            | 853           | 42,65                     |
|                           | Tecnico        | 7             | 281           | 40,14                     |
|                           | <b>TOTALI</b>  | <b>34</b>     | <b>1.443</b>  | <b>42,44</b>              |
| <b>TOTALI COMPLESSIVI</b> |                | <b>199</b>    | <b>11.193</b> | <b>56,25</b>              |

Già nel corso del 2021, con un allentamento delle misure di contrasto al COVID, si è assistito ad una progressiva riduzione del personale che ha richiesto di svolgere presso il domicilio indicato la propria prestazione lavorativa.

La tabella di seguito riportata rende chiara la riduzione intervenuta:

| ANNO 2021                 |                |               |              |                           |
|---------------------------|----------------|---------------|--------------|---------------------------|
| AREA CONTRATTUALE         | RUOLO          | N. DIPENDENTI | N. GIORNATE  | MEDIA GIORNATE PRO CAPITE |
| Comparto                  | Amministrativo | 80            | 4.553        | 56,91                     |
|                           | Sanitario      | 32            | 1.630        | 50,94                     |
|                           | Tecnico        | 17            | 1.230        | 72,35                     |
|                           | <b>TOTALI</b>  | <b>129</b>    | <b>7.413</b> | <b>57,47</b>              |
| Dirigenza                 | Amministrativo | 3             | 48           | 16,00                     |
|                           | Professionale  | 3             | 46           | 15,33                     |
|                           | Sanitario      | 7             | 655          | 93,57                     |
|                           | Tecnico        | 1             | 8            | 8,00                      |
|                           | <b>TOTALI</b>  | <b>14</b>     | <b>757</b>   | <b>54,07</b>              |
| <b>TOTALI COMPLESSIVI</b> |                | <b>143</b>    | <b>8.170</b> | <b>57,13</b>              |

Se si considera che i dati riferiti all'anno 2020 sono relativi al solo periodo aprile/dicembre, riproporzionando i dati sull'intera annualità si rileva una contrazione pari a circa il 45% sia in riferimento al numero di personale che ha fruito di tale modalità lavorativa che in riferimento al numero complessivo di giornate di lavoro svolte in smart working.

I dati riferiti all'anno 2022 vedono una ulteriore contrazione dei dipendenti che hanno richiesto e avuto accesso al lavoro agile, come reso chiaro dalla tabella che segue:

| ANNO 2022                 |                |               |              |                           |
|---------------------------|----------------|---------------|--------------|---------------------------|
| AREA CONTRATTUALE         | RUOLO          | N. DIPENDENTI | N. GIORNATE  | MEDIA GIORNATE PRO CAPITE |
| Comparto                  | Amministrativo | 12            | 918          | 76,50                     |
|                           | Sanitario      | 13            | 450          | 34,62                     |
|                           | Tecnico        | 6             | 218          | 36,33                     |
|                           | <b>TOTALI</b>  | <b>31</b>     | <b>1.586</b> | <b>51,16</b>              |
| Dirigenza                 | Amministrativo | 1             | 12           | 12,00                     |
|                           | Professionale  | 0             | 0            | 0,00                      |
|                           | Sanitario      | 5             | 244          | 48,80                     |
|                           | Tecnico        | 0             | 0            | 0,00                      |
|                           | <b>TOTALI</b>  | <b>6</b>      | <b>256</b>   | <b>42,67</b>              |
| <b>TOTALI COMPLESSIVI</b> |                | <b>37</b>     | <b>1.842</b> | <b>49,78</b>              |



Nel mentre la media delle “giornate pro capite” del personale autorizzato al lavoro agile non ha subito rilevanti scostamenti, il numero complessivo dei dipendenti che hanno richiesto e fruito della modalità lavorativa in smart working si è decisamente ridotto nell’anno 2022, con una contrazione rispetto al 2021 del 79% e con una ancor più evidente riduzione rispetto al 2020 (- 81%).

In riferimento alla verifica e al monitoraggio dell’impatto delle misure adottate in termini di efficienza ed efficacia dell’azione amministrativa, qualità dei servizi erogati, benessere organizzativo, organizzazione del lavoro e produttività, appare opportuna, onde consentirne il miglioramento, la partecipazione dei Dirigenti autorizzanti; tanto induce ad apportare la modifica alla “*Dichiarazione del Dirigente autorizzante lo svolgimento di attività in lavoro agile*”.

Per quanto concerne la verifica centralizzata e operata sulla base dei dati disponibili, i dati evidenziati nelle precedenti tabelle evidenziano una scarsa adesione per l’anno 2022 a tale modalità di svolgimento dell’attività lavorativa.

In ragione dello scarso numero di personale che ha richiesto di svolgere la propria attività lavorativa in modalità agile nell’anno 2022, può affermarsi che non siano rilevabili impatti significativi sull’efficienza, sull’efficacia e sulla qualità dei servizi.

Nelle relazioni finali dei Dirigenti (Allegato 3 al P.O.L.A 2022/2024) si rileva comunque che le attività svolte in lavoro agile hanno sempre consentito il mantenimento o miglioramento degli standard quali/quantitativi delle prestazioni lavorative del dipendente.

#### ▪ Modalità attuative

Con il P.O.L.A. riferito 2022/2024 sono state adottate le nuove modalità autorizzatorie al lavoro agile (Allegati 1, 2 e 3); il citato Piano è stato trasmesso alle OO.SS., al C.U.G. e all’O.I.V., che non hanno ritenuto di esprimere indicazioni operative ulteriori ed atte a integrare/modificare quanto previsto.

Si ritiene di modificare parzialmente la procedura come di seguito:

##### ➤ Accesso al Lavoro Agile - Priorità.

L’adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria.

Possono aderire sia i dipendenti assunti a tempo determinato che a tempo indeterminato, sia personale in regime di tempo pieno che in regime di tempo parziale, in virtù del principio di non discriminazione e di pari opportunità.

L’istanza di adesione deve essere trasmessa dal/la dipendente al Dirigente/Responsabile della Struttura di appartenenza. Ciascun Dirigente valuta la compatibilità dell’istanza presentata dal dipendente rispetto:

- ✓ all’attività svolta dal dipendente;
- ✓ ai requisiti previsti dal presente disciplinare;
- ✓ alla regolarità, continuità ed efficienza dell’erogazione dei servizi rivolti all’utenza, nonché al rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Qualora le richieste di lavoro agile risultino in numero ritenuto dal Dirigente di riferimento organizzativamente non sostenibili, viene data priorità alle seguenti categorie, secondo l’ordine di elencazione:

- ✓ Lavoratori fragili: soggetti in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico- legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ivi inclusi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell’articolo 3, c. 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ✓ Lavoratori/trici con figli e/o altri conviventi in condizioni di disabilità certificata ai sensi dell’art.

- 3, c. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ✓ Lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del T.U. delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al D.lgs. 26 marzo 2001, n. 151;
  - ✓ Lavoratrici in stato di gravidanza;
  - ✓ Lavoratori/trici residenti o domiciliati in comuni al di fuori della sede di servizio, tenuto conto della distanza tra la zona di residenza o di domicilio e la sede di lavoro;
  - ✓ Lavoratori/trici con figli conviventi nel medesimo nucleo familiare minori di quattordici anni. Le suindicate condizioni dovranno essere, all'occorrenza, debitamente certificate o documentate.

➤ Procedura Autorizzativa - Accordo Individuale

L'attivazione del lavoro agile è conseguente alla presentazione di apposita istanza del dipendente ed è subordinata alla sottoscrizione dell'Accordo individuale tra il dipendente e il Dirigente della Struttura cui quest'ultimo è assegnato, al quale è necessariamente allegata l' "Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma 1, L. n. 81/2017".

L'accordo individuale, in caso di assenso da parte del Dirigente, è sottoscritto, entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, tra il dipendente ed il Dirigente/Responsabile della Struttura di assegnazione.

Copia dell'accordo individuale sottoscritto è prontamente inviata all'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane per le dovute comunicazioni di cui all'art. 23 della L 81/2017.

Durante la fase di svolgimento della prestazione in lavoro agile è possibile, previa intesa tra le parti, modificare le condizioni previste nell'accordo individuale, sia per motivate esigenze espresse dal lavoratore, sia per necessità organizzative e/o gestionali dell'Azienda.

Di tali modifiche è data comunicazione all'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

➤ Prestazione Lavorativa

La prestazione lavorativa è svolta dal dipendente senza vincoli di orario e sempre nel rispetto delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dalla contrattazione collettiva.

La prestazione può essere svolta in parte all'interno della sede di lavoro ed in parte o esclusivamente all'esterno.

La prestazione lavorativa non può essere effettuata nelle giornate di sabato (tranne diverso accordo), domenica o festive infrasettimanali.

La prestazione lavorativa in "modalità agile" deve essere espletata nella fascia giornaliera dalle ore 7,30 e non oltre le 19,00.

Fuori dalle predette ore il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa.

Tali periodi comprendono la fascia di disconnessione, nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende in ogni caso il periodo di 11 ore di riposo consecutivo.

Il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi di cui all'art. 33 della legge 104/1992.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, né è possibile la maturazione di orario aggiuntivo che dia

diritto a riposo compensativo.

Le indennità di disagio e altre indennità giornaliere legate alle modalità di svolgimento della prestazione non sono riconosciute, fatto salvo quanto potrà essere eventualmente disposto in sede di contratti collettivi nazionali di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite. Al fine di assicurare un'efficace ed efficiente interazione con l'Ufficio di appartenenza ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il dipendente, nell'arco della giornata di lavoro agile, deve garantire la sua contattabilità da parte dell'Ufficio (a mezzo e-mail, telefono, messaggi ecc..) secondo quanto di seguito indicato:

- ✓ una fascia di contattabilità della durata di almeno tre ore continuative nel periodo dalle ore 8.00 alle ore 13.00;
- ✓ un ulteriore fascia di contattabilità (oltre a quella mattutina) nelle giornate di rientro pomeridiano, della durata di almeno 90 minuti continuativi nel periodo dalle ore 15.30 alle ore 18.30.

La/le fascia/e di contattabilità devono essere specificate nell'accordo individuale.

Il diritto alla disconnessione si applica, tranne diverso accordo, negli orari in cui il lavoratore non avrebbe dovuto essere presente sul luogo di lavoro nei consueti orari di attività lavorativa per esso prevista.

Pertanto, il lavoratore ha il diritto di non leggere e non rispondere a email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare, di non inviare e-mail e messaggi di qualsiasi tipo inerenti all'attività lavorativa nel periodo di disconnessione. Il diritto alla disconnessione si applica in senso verticale e bidirezionale (verso i propri responsabili e viceversa), oltre che in senso orizzontale, cioè anche tra colleghi.

Nel caso in cui al lavoratore agile non sia consegnato un dispositivo telefonico mobile da parte dell'Azienda, il dipendente, ai fini della contattabilità, indica nell'accordo individuale il numero del telefono fisso o mobile cui potrà essere contattata/o dall'Ufficio.

Le parti, inoltre, possono concordare di attivare sul numero indicato dal dipendente la deviazione delle telefonate in entrata sul numero di ufficio interno assegnato al lavoratore.

In ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione all'Ufficio SIA e al proprio dirigente al fine di poter trovare possibile soluzione al problema. Qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, il dipendente potrà essere richiamato a lavorare in presenza.

Le spese connesse, riguardanti i consumi elettrici e di connessione, o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile sono, in ogni ipotesi, a carico del dipendente.

Ai dipendenti che si avvalgono delle modalità di lavoro agile, sia per gli aspetti normativi sia per quelli economici, si applica la disciplina vigente prevista dalla contrattazione collettiva, ivi comprese le disposizioni in tema di malattia e ferie.

Il lavoratore agile conserva il diritto a fruire dei medesimi istituti di assenza giornaliera previsti per la generalità di tutti i dipendenti dell'Amministrazione.

- Dichiarazione finale del Dirigente

Al termine del periodo di lavoro agile stabilito nell'Accordo il Dirigente rende la "*Dichiarazione del Dirigente autorizzante lo svolgimento di attività in lavoro agile*", che costituisce anche idoneo strumento di monitoraggio circa:

- la regolarità, continuità ed efficienza dell'erogazione dei servizi rivolti all'utenza;
- il rispetto della tempistica dei procedimenti trattati;
- l'impatto del lavoro agile sui processi produttivi aziendali;
- l'incidenza del lavoro agile sul benessere organizzativo.

- Dotazione tecnologica e utilizzo dei sistemi informativi aziendali

L'Azienda deve, di norma, fornire il lavoratore di idonea dotazione tecnologica. Per le attività da remoto devono essere utilizzate le postazioni di lavoro fornite dall'Azienda, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui il lavoratore deve accedere. L'amministrazione deve assicurare il costante aggiornamento dei meccanismi di sicurezza, nonché il monitoraggio del rispetto dei livelli minimi di sicurezza.

In alternativa, possono essere utilizzate anche dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza di cui al periodo precedente. In questo caso le procedure aziendali abilitate /abilitabili sono tutte quelle che presentano un'interfaccia di comunicazione WEB, fruibile tramite browser, al fine di garantire la sicurezza informatica di server della LAN Aziendale.

Per l'utilizzazione da remoto delle procedure informatiche aziendali si utilizzeranno il "Modulo richiesta credenziali per l'accesso al sistema informatico tramite VPN" da compilarsi e firmarsi da parte del Dirigente e il "Modulo richiesta accesso al sistema informatico", da compilarsi e firmarsi a cura del Dipendente; i moduli, già in uso da tempo, sono disponibili presso il SIA

In riferimento all'accesso da remoto alle procedure informatiche aziendali si allega il documento "*Procedure a supporto dello Smart Working*" che è comunque pubblicato sul sito internet aziendale, Portale del Dipendente, ove comunque saranno pubblicati anche eventuali futuri aggiornamenti al Documento stesso.

- I Ruoli e gli sviluppi del Lavoro Agile

- I Dirigenti

Si conferma, anche per il 2023 e le successive annualità il ruolo centrale svolto dai Direttori/Responsabili di struttura nell'organizzazione del Lavoro Agile, secondo quanto indicato dall'art. 3 del Decreto 19 ottobre 2020 e ribadito dall'art. 1, comma 4 del Decreto 8 ottobre 2021.

Lo sviluppo del lavoro agile nell'Azienda non può quindi prescindere dal fondamentale apporto di essi in riferimento:

- ✓ all'individuazione delle specifiche tipologie di attività che possono essere svolte da remoto, anche in un'ottica di sviluppo ed ampliamento futuro delle stesse;
- ✓ alla definizione di parametri oggettivi, nei limiti possibili in riferimenti alle singole procedure "smartabili", utili alla misurazione delle prestazioni;
- ✓ alla ridefinizione dell'organizzazione interna per consentire l'accesso al lavoro agile anche a dirigenti e personale sanitario, nonché ai dipendenti a tempo determinato e in comando;

- ✓ all'individuazione delle modalità più consone ai fini della conciliazione dei tempi di vita e tempi di lavoro, per non creare discriminazioni e/o isolamento e ponendo particolare attenzione alla componente femminile, ai lavoratori fragili, al diritto di disconnessione etc.;
- ✓ alla garanzia, per quanto possibile in relazione alle singole competenze dei processi lavorativi smartabili, della rotazione dei dipendenti, ferma restando l'adesione volontaria del lavoratore alle attività da svolgersi in lavoro agile;
- ✓ al monitoraggio degli impatti del lavoro agile.

In tale ottica si è quindi proceduto alla modifica della *“Dichiarazione del Dirigente autorizzante lo svolgimento di attività in lavoro agile”* che consentirà svolgere a livello centrale, da parte dell'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane una migliore analisi degli esiti del lavoro agile per l'anno 2023 e successivi.

Rimane altresì in capo agli stessi Dirigenti l'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile.

➤ Comitato Unico Di Garanzia

Contribuisce alla definizione dei criteri necessari per consentire all'Azienda di organizzare ed attuare il Lavoro Agile e degli aspetti della prestazione lavorativa che hanno un diretto impatto sul benessere organizzativo dei dipendenti.

➤ Organismo Indipendente Di Valutazione

E' coinvolto nel processo di definizione di una metodologia adeguata per la selezione degli indicatori necessari per il monitoraggio dell'attuazione del Lavoro Agile e della performance organizzativa, direttamente incisa da questa nuove modalità di lavoro;

➤ Responsabile Della Transizione Digitale (RTD) *(per l'ASP il Sia)*

Ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell'Amministrazione e nell'individuazione dei percorsi di evoluzione tecnologica volti alla semplificazione e abilitazione del Lavoro Agile nella modalità ordinaria.

➤ Rappresentanza sindacale unitaria

Insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile e alle quali l'Azienda deve attenersi per l'implementazione della modalità di Lavoro Agile.

➤ Le strutture aziendali

✓ U.O.C. Controllo di Gestione

Ha funzioni di coordinamento delle varie strutture aziendali coinvolte nella elaborazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) che è chiamato a ricomprendere molti dei documenti di programmazione che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente, quali performance, fabbisogni del personale, lavoro agile, anticorruzione etc.;

✓ U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Predisporre annualmente e per quanto di competenza, il P.O.L.A. da inserire nel

P.I.A.O.. Nell'ambito del P.O.L.A. predisposto monitora e verifica, in relazione ai dati conosciuti dalla Struttura (n. personale autorizzato o non autorizzato, numero di giornate in lavoro agile, elaborazione dei dati traibili dall'Allegato D), lo stato di attuazione del lavoro agile e i suoi effetti sull'organizzazione aziendale;

✓ U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali

Pianifica – in relazione alle risorse disponibili – l'acquisizione di dotazioni tecnologiche da assegnarsi ai dipendenti in smart working. Anche nel suo ruolo di RTD, presiede i processi finalizzati all'accesso al sistema informatico tramite VPN, elabora e controlla le procedure informatiche a supporto del lavoro agile;

✓ U.O.S.D. Formazione

Sostiene e organizza le azioni formative volte a favorire sia una transizione culturale, soprattutto per i dirigenti, orientata al raggiungimento dei risultati sia lo sviluppo di un set di competenze (manageriali, tecniche e digitali) in aggiunta a quelle già possedute dai dipendenti, Dirigenti e non.

▪ **Attività smartabili**

L'individuazione delle attività che possono essere svolte in lavoro agile è di competenza dei Dirigenti che autorizzano lo svolgimento della prestazione lavorativa in smart working.

In merito si rappresenta che con nota prot. n. 90258 del 14.09.2022 ai Dirigenti è stato richiesto di procedere a implementare e dettagliare i processi di lavoro "smartabile".

La nota è stata riscontrata solo da alcuni di essi e, quindi e allo stato, le attività "smartabili" preindicate sono di seguito individuate.

Tanto, comunque, non esclude l'autorizzabilità di altre attività in lavoro agile, previa verifica della compatibilità, anche in termini di adeguatezza rispetto all'orario di lavoro da svolgersi giornalmente, da parte del dirigente autorizzante.

|   |
|---|
| <i>U.O.C. Sistema Informativo Aziendale</i> |
| - Help Desk interno                         |
| - Help Desk esterno                         |
| - Gestione rete                             |
| - Attività sistemistica per esterni         |
| - Attività sistemistica su DC               |
| - Attività sistemistica su PDL              |
| - Attività di configurazione nuove PDL      |
| - Liquidazione fatture                      |
| - Predisposizione documenti e procedure     |
| - Predisposizione flussi Regionali          |
|   |

|  |
|--|
| <i>U.O.C. Affari Legali</i>  |
| – Predisposizione atti difensivi e redazione di pareri legali, sia nella fase giudiziale che stragiudiziale  |
| – Istruzione e predisposizione dei provvedimenti amministrativi di competenza dell'U.O.C.  |
| <i>U.O.S.D. Formazione</i>   |
| – Accreditemento presso AGENAS dei Corsi ECM, trasferimento dati su piattaforma ITLAV, elaborazione dati discenti e docenti, trasmissione all'AGENAS del tracciato recordo consuntivo ECM  |
| – Trasferimento informazioni a soggetti interni ed esterni all'ASP su attività aziendali curate dalla U.O.S.D. Formazione  |
| – Verifica e liquidazione fatture  |
| <i>U.O.C. Controllo di Gestione</i>  |
| – Predisposizione e proposta di approvazione del Piano della Performance e le sue eventuali modificazioni  |
| – Elaborazione della proposta di budget operativo da assegnare ai CdR, supporto alle attività di negoziazione dello stesso e formulazione della proposta di approvazione del budget negoziato alla Direzione Strategica  |
| – Valutazione dei risultati di performance organizzativa conseguiti dai responsabili UOSD/UOC (budget operativo)   |
| – Predisposizione e proposta di approvazione Relazione sulla Performance   |
| – Supporto istruttorio ai valutatori di I istanza dell'OIV nel processo di valutazione a budget delle UU.OO.CC. E nelle validazioni delle relazioni sulla performance  |
| – Rendicontazione obiettivi di Piano alla Regione, ai fini del riparto del FSR e individuazione dei costi delle attività extraLEA in collaborazione con UO Econ Fin e monitoraggio-verifica infrannuale sullo stato di conseguimento degli obiettivi regionali assegnati all'ASP |
| – Supporto alla predisposizione del bilancio preventivo (budget generale e piano delle azioni). Predisposizione della relazione sulla gestione (allegato bilancio consuntivo) previa acquisizione da parte della UO EcoFin del Mod CE di esercizio della nota illustrativa       |
| – Elaborazione e trasmissione (NSIS e Regione) dei Mod LA e CP a consuntivo annuali, in collaborazione con la UOSD Flussi Informativi  |
| – Supporto all'elaborazione del modello CE COVID (se ricorre)  |
| – Attuazione degli adempimenti previsti in capo al CdG nel Manuale delle procedure di Controllo di Gestione e suo eventuale aggiornamento  |
| – Monitoraggio e reporting dei costi e ricavi aziendali  |
| – Analisi dell'andamento economico/gestionale, anche mediante attività di auditing con gli uffici interessati  |
| – Gestione aziendale del budget  |
| – Elaborazione della relazione del Direttore Generale al Bilancio Economico Preventivo e della relazione sulla gestione al Bilancio di Esercizio   |
| – Verifica dello stato di avanzamento/conseguimento degli obiettivi di salute e programmazione economico finanziaria aziendale   |
| – Coordinamento attività di predisposizione di PIAO  |
| – Ogni altro adempimento chiesto dalla Direzione Generale nei confronti della quale l'ufficio è posto in posizione di staff  |

|   |
|---|
| <i>U.O.S.D. Consultorio di Venosa</i>   |
| - Counseling (sociale, psicologico, ginecologico, ostetrico);   |
| - Sostegno psicologico e sostegno alla genitorialità  |
| - Stesura di relazioni, rapporti con le scuole di ogni ordine e grado, videoconferenze, raccordi telefonici con enti territoriali, percorsi disposti con decreto del Tribunale per i Minorenni  |
| - Formazione a distanza   |
| - Programmazione attività e attività relazionale con l'utenza   |
| - Creazione di contenuti multimediali, ideazione e realizzazione materiali informativi  |
| <i>Dipartimento di Salute Mentale</i>   |
| - Attività amministrative in genere   |
| - Attività di psicoterapia a distanza (da alternarsi necessariamente con prestazioni in presenza)   |
| <i>U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane</i>   |
| - Attività propedeutiche (indizioni, pubblicazioni, Commissioni, ammissioni candidati etc.) e successive (presa d'atto verbali, verifiche dichiarazioni, formazione graduatorie etc.) riferite a procedure assunzionali, comandi e mobilità |
| - PEO e PEV (indizioni, ammissioni, verifiche dichiarazioni, formazione graduatorie etc.)   |
| - Predisposizione di provvedimenti riferiti allo stato giuridico del personale (aspettative, comandi, nulla osta, trattenimenti in servizio, incarichi gratuiti etc.);  |
| - Trattamento economico del personale mediante accesso, da domicilio, ai sistemi in uso presso l'U.O.C. (inserimenti riferiti ai trattamenti accessori, missioni, etc.)   |
| - Predisposizione di protocolli e regolamenti aziendali da sottoporre al confronto sindacale  |
| <i>U.O.C. Economico Finanziaria</i>   |
| - Ogni attività da svolgersi mediante utilizzazione dei sistemi in uso (reversali, mandati, verifiche estratti conto fornitori, rilevazioni in contabilità generale con documentazione digitale a supporto, etc.)                           |

L'elencazione di cui sopra, ripetesì, non è esaustiva e rimane nella responsabilità del Dirigente Responsabile l'individuazione delle attività smartabili e la verifica a consuntivo dell'adeguatezza delle stesse.

▪ Programmazione 2023/2025

Anno 2023

U.O.C. GSRU - Nuova modulistica per autorizzazione e accordo lavoro agile

U.O.C. GSRU - Nuovo schema di Dichiarazione finale di Dirigente– U.O.C. GRSU

U.O.C. GSRU -Trasmissione e acquisizione di eventuali proposte di integrazione del presente POLA a OIV, RSU, CUG, Dirigenti autorizzanti

U.O.S.D. Formazione – Avvio di attività formative

U.O.C. SIA - Acquisizioni e sviluppi informatici

Anno 2024

U.O.C. GSRU – Verifica eventuali miglioramenti alla modulistica



U.O.C. GSRU – POLA 2024/2026

- con adeguamenti alle proposte ricevute;
- adeguamenti derivanti da eventuali innovazioni legislative;
- con indicazione dello stato di attuazione e analisi e sistematizzazione dei dati risultanti dalle Dichiarazioni dei Dirigenti

U.O.S.D. Formazione – Attivazione di ulteriori eventi formativi, in base alle necessità rilevate dallo stato di attuazione

U.O.C. SIA - Acquisizioni e sviluppi informatici, in base alle necessità rilevate dallo stato di attuazione

Anno 2025

Come per l'anno 2024.

### **3.2 Piano triennale dei fabbisogni di personale**

Piano triennale dei fabbisogni di personale (P.T.F.P.) 2022-2024

#### ▪ Le Fonti

✓ D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165

Si richiamano, in particolare, l'art. 6:

1. *Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.*
2. *Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzioni previste a legislazione vigente.*
3. *In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.*

e l'art. 6 ter che, ai commi di seguito riportati, prevede:

1. *Con decreti di natura non regolamentare adottati dal ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le*

*amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogno di personale ai sensi dell'art.6 comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali"*

2. (...)

3. *Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale e agli enti locali, i decreti di cui al comma 1 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Con riguardo alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, i decreti di cui al comma 1 sono adottati di concerto anche con il Ministro della salute.*

Le modificazioni e integrazioni apportate complessivamente dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75 al T.U. alla fonte principale dell'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche (D.Lgs. n. 165/2001) hanno introdotto significative innovazioni in tema di programmazione definizione delle attività sottese alla provvista di personale. Tali novità posso così sintetizzarsi:

- la determinazione dei fabbisogni di personale è assoggettata e derivata da specifici atti di programmazione che rifuggono dagli automatismi precedenti e relativi alla sussistenza di necessità complessivamente previste nella, ormai superata, dotazione organica;
- vi è una sostanziale inversione del tradizionale rapporto tra piani delle assunzioni e dotazione organica; la dotazione organica non rappresenta più l'atto ricognitivo originario delle necessità di personale rispetto a linee di attività individuate ex ante e scisse dalle concrete fasi attuative della programmazione delle attività, ma piuttosto è divenuta il portato e l'esito della definizione del piano dei fabbisogni;
- vi è quindi una traslazione da uno strumento programmatico statico, come la dotazione organica, ad uno strumento di natura gestionale e dinamica, che definisce le necessità in base a due essenziali parametri: il budget di spesa disponibile e le concrete esigenze da soddisfare. Sono quindi rimossi gli "aprioristici" limiti posti dalla dotazione organica;
- tale nuova impostazione determina un processo di maggiore responsabilizzazione delle amministrazioni, chiamate ad operare una redistribuzione del personale e scelte allocative delle nuove immissioni di personale, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, tenendo conto delle effettive esigenze e non più di precostituite determinazioni di fabbisogni;
- la maggiore elasticità del sistema ha lo scopo precipuo di orientare le risorse verso quegli ambiti di azione ritenuti maggiormente rispondenti alle esigenze espresse dai fruitori nonché di sviluppo dei servizi offerti e di miglioramento della qualità.

Pur nella consapevolezza che la nuova impostazione ben si attaglia ad un nuovo sistema che tende a dare migliore coerenza al rapporto tra le risorse assegnate, la programmazione aziendale (piani della performance) e la verifica dei risultati, occorre comunque sottolineare che le forti limitazioni poste alla possibilità di spesa incidono in maniera fondamentale, se non esclusiva, sulla capacità delle nuove regole di impattare in maniera determinante sul miglioramento dei servizi.

Invero, ed in particolare nei servizi sanitari, le risorse spendibili in base all'innovato quadro normativo di riferimento (art. 11 del D.L. 30 aprile 2019 n. 35, convertito in L. 30 giugno 2019 n. 60) consentono esclusivamente di soddisfare le necessità nascenti dal turn over, senza però tener conto sia delle progressive (e dovute all'utenza) implementazioni dei servizi sia del graduale depauperamento dell'essenziale fattore della produzione rappresentato dal personale, dovuto alla

pregressa applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 584, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

In particolare quest'ultima previsione ha avuto un impatto particolarmente rilevante per il Servizio Sanitario Regionale, atteso che alla data di riferimento del valore di costo da contenere (1,4% del costo per il personale sostenuto nell'anno 2004) non erano attivi due fondamentali strutture quali il 118 e il CROB di Rionero; conseguentemente, nel periodo dal 2006 al 2018 l'intero sistema ha dovuto "recuperare" nell'ambito delle strutture già attive nel 2004 i maggiori costi (e rilevanti) di personale conseguenti all'avvio delle attività riferite all'Emergenza/Urgenza 118 e all'I.R.C.C.S..

✓ Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – 8 maggio 2018

Il Decreto, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27 luglio 2018, reca le "Linee di Indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" e individua la metodologia che le amministrazioni pubbliche debbono seguire nell'organizzazione e nella definizione del proprio fabbisogno di personale.

Occorre precisare che dette linee di indirizzo:

- prevedono uno specifico punto (punto 7) per le aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale sono formulate alcune indicazioni in merito sia alle valutazioni organizzative che alle modalità di concreta individuazione delle risorse umane da assumersi;
- richiamano la doverosità del rispetto dei limiti finanziari, precisando che è la Regione a dover presidiare il rispetto dei vincoli posti dalla normazione nazionale e che, quindi, è il "consolidato" regionale a rappresentare l'elemento di valutazione ai fini della verifica di adempimento circa l'effettivo conseguimento degli obiettivi di spesa;
- sotto il profilo procedurale si prevede che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia.

✓ D. L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019, n. 60

Il D.L. citato ha facultizzato le Regioni ad individuare un livello di finanziamento diverso rispetto alla precedente previsione normativa.

In particolare l'art. 11, intitolato "*Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale*", al comma 1 ha stabilito quanto segue:

*"A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per*

*garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall'anno 2021, il predetto incremento di spesa del 5 per cento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e con l'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145."*

✓ Deliberazioni di Giunta Regionale

- n. 798 del 6 novembre 2019, con la quale la Giunta Regionale, in applicazione dell'art. 11 del D.L. 30 aprile 2019 n. 35, convertito in L. 30 giugno 2019 n. 60 ha indicato, in linea con le risultanze trasmesse anche al Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa 23 marzo 2002, in € 104.637.000,00 il limite di spesa, per l'Azienda Sanitaria di Potenza, per l'annualità 2019;
- n. 799 del 6 novembre 2019, con la quale la Giunta Regionale ha adottato specifica Direttiva relativa a indicazioni operative sulle modalità di redazione, da parte degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP), nonché precisate le modalità di approvazione degli stessi;
- n. 456 dell'11 giugno 2021 con la quale la Regione Basilicata ha reso ulteriori indicazioni, apportando modificazioni in riferimento al tetto di spesa di cui alla DGR n. 798/2019.

▪ Il Budget e le sue modalità di determinazione

Il sistema di determinazione delle risorse disponibili ai fini assunzionali consente il mantenimento dei relativi costi nell'ambito dell'importo complessivo indicato dalla DGR n. 798 del 6 novembre 2019, per come integrata e modificata dalla successiva DGR n. 456/2021.

E' stato necessario, in primis, verificare il rispetto del tetto imposto (anno 2018, con un valore complessivo di € 72.170.256,95, derivante da un totale di personale in servizio nello stesso anno pari a n. 1.861 unità, valorizzato secondo gli "standard" valoriali assegnati a ciascuna figura professionale) in riferimento ai costi derivanti dalla rimodulazione del PTFP anno 2021 (come da DDG n. 712/2021 (trasmessa per l'approvazione alla Regione) e sostenuti nell'anno 2021; tanto perché nelle successive annualità l'andamento assunzionale è stabilito con riferimento alla precedente annualità e il relativo budget è conseguenza dei minori costi derivanti da intervenute o previste cessazioni dal servizio.

E' opportuno rilevare che la proiezione di spesa per l'anno 2021, ricavata dai dati di bilancio a tutto il mese di ottobre 2021, evidenzia un andamento del costo che indica un sostanziale e sensibile mantenimento della spesa strutturalmente riferibile al personale sotto il valore-limite della spesa 2018; gli scostamenti dal tetto sono integralmente imputabili a costi sopportati per effetto delle assunzioni poste in essere per fronteggiare l'emergenza epidemiologica e che trovano specifiche fonti di finanziamento, ulteriori rispetto al tetto di spesa.

La metodologia di determinazione dei costi per singola figura professionale è stata mantenuta nelle misure già precedentemente concordate tra le Aziende del SSR per i Piani delle precorse annualità (valore base delle competenze fisse, comprensivo di OO.RR. e IRAP, senza tener conto delle competenze accessorie che comunque trovano il proprio limite di attribuzione entro il valore dei Fondi contrattuali).

Tanto dedotto, ai fini della redazione del PTFP 2022/2024, si è considerato, quale dato "acquisito", il costo sostenuto nell'annualità 2018 (in linea con la previsione contenuta nell'art. 11 del DL 35/2019 convertito con la Legge 60/2019) e, quindi, si è proceduto, per tutte le tre annualità considerate, come di seguito riportato:

- a) indicazione del limite di spesa anno 2018 dato dal numero e dalla qualità del personale operante in tale annualità e dal relativo costo standard, che riporta un costo complessivo (limite di spesa) di € 72.170,256,95;
- b) individuazione dei costi sostenuti nell'anno precedente (esclusivamente riferibili al personale "strutturato" e, quindi, al netto dei costi COVID);
- c) verifica della compatibilità della spesa annua derivante dal personale in servizio (ovvero in fase di assunzione) nell'annualità precedente con il limite di spesa;
- d) individuazione dei minori costi da sopportarsi per cessazioni dal servizio; le figure professionali cessate o cessande sono partitamente indicate in appositi elenchi per matricola. Tali elenchi sono allegati alla presente come di seguito:
  - ✓ All. 1: cessati anno 2020;
  - ✓ All. 2: cessati anno 2021;
  - ✓ All. 3: cessandi anno 2022;
  - ✓ All. 4: cessandi anno 2023;
  - ✓ All. 5: cessandi anno 2024;
- e) individuazione dell'impatto dei minori costi, sull'annualità di riferimento, derivanti dalle previste cessazioni e dei costi (su base annua) da sopportarsi per le assunzioni previste;
- f) alla verifica della coerenza tra i costi "di riferimento" (anno 2018, pari a 72.170,256,95) e i costi complessivi derivanti nelle annualità considerate dalle assunzioni previste e dalle cessazioni dal servizio prospettate.

- Le richieste dei dipartimenti e delle strutture

L'art. 16, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 stabilisce che *"I dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, nell'ambito di quanto stabilito dall'articolo 4 esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri: (...) a-bis) propongono le risorse e i profili professionali necessari allo svolgimento dei compiti dell'ufficio cui sono preposti anche al fine dell'elaborazione del documento di programmazione triennale del fabbisogno di personale di cui all'articolo 6, comma 4"*.

Tale disposizione, pur costituendo mera norma di indirizzo per le amministrazioni diverse da quelle dello Stato, evidenzia una condivisibile necessità di sinergia tra la Direzione e i Dirigenti apicali delle varie strutture aziendali, volta a favorire la migliore adeguatezza del fabbisogno di personale rappresentato nel PTFP e quello indicato da chi opera giornalmente per l'attuazione degli obiettivi strategici di sviluppo e, quindi, è concretamente a conoscenza delle necessità e delle effettive esigenze di personale.

Ritenendo quindi necessario tale apporto è stato richiesto a tutti i Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici Dipartimentali di far pervenire formalmente alla Direzione le loro motivate richieste di personale; le note di riscontro pervenute hanno prospettato necessità assunzionali, per l'annualità 2022 pari a circa € 17.200.000, riferite essenzialmente e per la parte più rilevante, alle seguenti figure professionali:

- C.P.S. Infermieri (n. 115 unità, precisandosi però che un buon numero di tali figure professionali ha trovato considerazione della rimodulazione al PTFP anno 2021, adottata con la DDG n. 712/2021);
- C.P.S. Tecnici della Prevenzione (n. 17 unità);
- Collaboratori Amministrativi (n. 47 unità);
- Assistenti Amministrativi (n. 31 unità);
- Autisti di ambulanza (n. 47 unità);

- C.P. Assistenti Sociali (n. 13 unità)
- Personale medico e veterinario (n. 61 unità, nell'ambito delle quali le richieste numericamente più rilevanti sono riferibili a dirigenti medici psichiatri, igienisti e nefrologi).

Devesi inoltre, in riferimento ai vari medici specialisti nelle diverse branche, fin d'ora sottolinearsi che alle difficoltà derivanti dalla scarsità di risorse disponibili si aggrega anche il fenomeno (vieppiù evidente negli ultimi anni) di reperire personale specializzato disponibile ad assumere servizio anche a tempo indeterminato; tanto, come meglio si dirà oltre, impone di ricercare soluzioni diverse atte a superare anche tale difficoltà.

- Personale dirigente sanitario (n. 16 unità, di cui n. 10 psicologi).

- La dotazione organica

La c.d. Riforma Madia ha sostanzialmente disposto il superamento di fatto della dotazione organica per lasciare il posto, essenzialmente, ad una determinazione della numerosità del personale necessario per lo svolgimento delle attività istituzionali delle PP.AA. costituita dalla somma del personale in servizio e di quello di cui viene programmata l'assunzione.

Appare quindi evidente un'ottica che se da un lato e nella sua componente fondamentale l'innovazione introdotta si basa su considerazioni e finalità essenzialmente finanziarie, dall'altro consente una maggiore flessibilità circa le tipologie delle figure necessarie oltre che un necessario rafforzamento di misure tese ad incrementare i tassi di efficienza.

Sul punto specifico il Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8.5.2018 ha rilevato l'introduzione di *"elementi significativi tesi a realizzare il superamento del tradizionale concetto di dotazione organica"*, che *"cede il passo ad un paradigma flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze, quale il PTFP"*; sicché la predetta dotazione dovrebbe risolversi in *"un valore finanziario di spesa potenziale massima sostenibile"*, nell'ambito del quale le Amministrazioni devono poter procedere annualmente *"alla rimodulazione qualitativa e quantitativa della propria consistenza di personale, in base ai fabbisogni programmati... Tale rimodulazione individuerà quindi volta per volta la dotazione di personale che l'amministrazione ritiene rispondente ai propri fabbisogni e che farà da riferimento per l'applicazione di quelle disposizioni di legge che assumono la dotazione o la pianta organica come parametro di riferimento"*.

Il nuovo impianto normativo tende, pertanto, a favorire il radicamento di *"cambiamenti organizzativi che superino i modelli di fabbisogno fondati su logiche delle dotazioni organiche storicizzate, a loro volta discendenti dalle rilevazioni dei carichi di lavoro superate sul piano dell'evoluzione normativa e dell'organizzazione del lavoro e delle professioni"*.

La magistratura contabile ha rimarcato, in sede di analisi dell'innovativo art. 6 ter del D.Lgs. n. 165/2001, che vi è un significativo superamento della dotazione organica, intesa come *"un contenitore rigido con funzione programmatoria delle risorse umane, suddivise per categoria e profilo professionale necessarie allo svolgimento dell'attività dell'Ente, per il conseguimento degli obiettivi"*, affermando altresì che il nuovo Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale tende al superamento della *"rigidità insita nel concetto di dotazione organica attraverso uno strumento programmatico, modulabile e flessibile e finalizzato a rilevare realmente le effettive esigenze sulla base dell'ottimale impiego delle risorse pubbliche"*, superando quindi *"l'automatismo nel mantenimento dei posti in"*

*organico anche nel momento della cessazione dei dipendenti”* (Corte dei Conti, Sezione di Controllo Veneto, Deliberazione n. 548/2018).

Ad ogni modo si evidenzia che l'ultima Dotazione Organica è stata definita dall'Azienda con la DDG n. 274 del 26 aprile 2016, approvata con DGR n. 834 del 19 luglio 2016.

E' chiaro come tale atto risulti superato dalle fondamentali innovazioni poste dalla L.R. n. 2/2017 che, per l'ASP in particolare (in ragione del conferimento all'AOR "San Carlo" dei Presidi di Lagonero, Melfi e Villa d'Agri), ha determinato una manifesta distinzione tra le funzioni di committenza da quelle di produzione.

Nel contempo occorre anche rilevare che nel precedente sistema era dato rinvenire una stretta correlazione tra attività ospedaliere e territoriali che non consente, sic et simpliciter, di ridefinire la dotazione organica con il mero stralcio di quelle unità di personale che, pur a valenza prettamente ospedaliera, possono considerarsi anche quali fattori rilevanti per l'offerta di prestazioni a carattere più tipicamente territoriale; allo stato la Dotazione Organica ASP è ridefinita espungendo il personale transitato all'AOR e aggiungendo quello (nel valore necessario a garantire la funzionalità) derivante dall'ASM per le Postazioni territoriali afferenti al sistema di emergenza-urgenza 118.

Nel contempo occorre però considerare che la necessaria rideterminazione della D.O., utile essenzialmente a fornire ex ante un riscontro di coerenza tra le risorse necessarie e quelle disponibili, può correttamente intervenire solo a valle del percorso destinato a produrre il nuovo Atto Aziendale, conseguente alle scelte e agli indirizzi di competenza regionale (art. 14 L.R. n. 39/2001).

- Le priorità nel PTFP 2022/2024

A fronte di una richiesta complessiva di assunzioni quantificata in oltre 17 milioni di euro, le necessità assunzionali evidenziate non possono essere soddisfatte con le risorse disponibili per le varie annualità del Piano.

E' altresì da rilevare che le richieste assunzionali svolte dalle varie strutture aziendali non tengono conto di un fattore essenziale per la corretta gestione ed imputazione delle conseguenti riferibilità e responsabilità, ossia delle carenze presenti nelle apicalità di più strutture complesse aziendali; la copertura di tali posti vacanti assume rilevanza strategica che impone la pronta definizione delle relative procedure. Ad oggi e comunque nel breve termine sono o diverranno vacanti ben 13 posti di Direttore di Struttura complessa, la cui copertura è stata prevista sia nell'anno 2022. Tanto determina un "impatto" aggiuntivo rispetto alla spesa prospettata dalle sole richieste di personale provenienti dai Dipartimenti di oltre € 1.100.000.

Altra priorità è rappresentata dal personale Autista di Ambulanza operante nell'ambito del DEU/118 (a completamento di una azione di complessivo rafforzamento di tale fondamentale settore dell'Azienda) e di, almeno, mantenimento dell'attuale dotazione infermieristica dello stesso servizio; tra il completamento del PTFP anno 2021 e le previsioni assunzionali per l'anno 2022 risultano da assumere n. 32 autisti; il Concorso Unico previsto per tale figura (ASP Capofila) è in *stand by* in quanto si attendono determinazioni da parte della Conferenza Stato/Regioni circa i requisiti per l'ammissione alle conseguenti procedure concorsuali. Attualmente il fabbisogno risulta, sia pur non integralmente, garantito tramite il ricorso al lavoro interinale.

Tale costo, esposto nella Tabella ALL. 9 e pari a 1 mln, costituirà il risparmio di spesa utile proprio per procedere alle previste assunzioni di tale tipologia di personale.

Una attenzione particolare è stata posta anche sul personale amministrativo.

Al di là delle endemiche carenze di personale infermieristico e del ruolo sanitario in genere nonché della figura di Autista di ambulanza, è stato evidenziato dai responsabili delle varie strutture aziendali

un elevato fabbisogno complessivo di personale del ruolo amministrativo.

E', una tale esigenza, il portato delle limitazioni assunzionali poste dalla legislazione nazionale; invero le scarse risorse disponibili nel tempo sono state orientate verso le attività sanitarie che rappresentano il *core* delle Aziende sanitarie. Tanto ha determinato nel corso degli ultimi dieci/dodici anni limitatissime assunzioni di personale del ruolo amministrativo, che solo in minima parte hanno colmato i sempre più ampi divari rispetto alle numerose cessazioni dal servizio.

E' da aggiungere che anche tali carenze, pur in un ambito di mero supporto e di complementarietà rispetto alle attività sanitarie, determinano incidenze sulla qualità dei servizi offerti all'utenza e, comunque, impattano in maniera rilevante su aspetti pure essenziali per il corretto andamento di procedure e processi aziendali fondamentali (ad es. tempi di pagamento, capacità di acquisizioni di beni e servizi caratterizzati da celerità, acquisizione delle stesse risorse umane in tempi contenuti, controlli aventi rilevante incidenza sulle dinamiche di bilancio, procedure autorizzative e sottese alle prestazioni sanitarie e alla protesica etc.).

Sempre in ambito amministrativo è previsto un, sia pur limitato e pari a n. 3 dirigenti amministrativi, incremento del personale dirigenziale; invero a fronte di n. 19 dirigenti amministrativi previsti nella "dotazione organica" (per come declinata nel precedente paragrafo), risultano in servizio solo n. 12 dirigenti.

Le ulteriori assunzioni previste, sia pur non bastevoli, tendono – unitamente a diversi assetti organizzativi interni alle singole strutture e pur a fronte della limitatezza delle risorse disponibili – almeno al mantenimento dello status quo e, quindi, a mitigare vuoti di organico verificatisi nel corso degli anni.

Devesi, infine, rilevare che le assunzioni previste, nei limiti dei budget annuali determinati rebus sic stantibus, non elidono le possibilità assunzionali derivati da cessazioni dal servizio per varie ed intervenute cause non già previste o prevedibili (dimissioni, mobilità verso altri Enti etc.). In tali casi l'Azienda, in attuazione di quanto stabilito dall'art. 20, comma 8, della L.R. n. 8 agosto 2012 n. 16 e s.m.i., nei limiti e per le figure in essa previsti, l'Azienda procederà alle conseguenti assunzioni.

Gli esiti di tali opzioni, condivisi nell'ambito del Collegio di Direzione e in apposite riunioni sindacali con i rappresentanti della Dirigenza e del Comparto sono riportati, per ciascuna delle annualità del P.T.F.P. 2021/2023 negli allegati di seguito riportati:

- ✓ All. 6: Piano assunzionale anno 2022;
- ✓ All. 7: Piano assunzionale anno 2023;
- ✓ All. 8: Piano assunzionale anno 2024.
- ✓ Sono altresì allegate alla presente relazione i seguenti:
- ✓ All. 9: Scheda 1\_Contratti flessibili 2021/2023;
- ✓ All. 10: Scheda 2\_Altre informazioni e costi COVID 2021/2023

▪ Il personale a tempo determinato

E' precisa scelta aziendale quella di limitare a casi estremamente limitati assunzioni con rapporti di lavoro a tempo determinato, evitando per tal guisa fenomeni di precariato; al di là delle assunzioni a tempo determinato per fronteggiare l'emergenza COVID (che come detto, trovano in specifici finanziamenti le loro risorse di riferimento), le assunzioni a tempo determinato che l'Azienda pone in essere sono essenzialmente quelle che "anticipano" assunzioni a tempo indeterminato già previste



nel PTFP riferito all'annualità di riferimento.

E' in merito da evidenziare che tutti i posti ricoperti con rapporti temporanei in essere alla data di stesura della presente relazione sono stati considerati nella rimodulazione al PTFP per l'annualità 2021 come personale da assumere a tempo indeterminato, con ciò, di fatto, azzerando (in attesa delle assunzioni in via definitiva) le presenze di personale a tempo determinato.

Pare opportuno precisare che, nel caso in cui sussistano situazioni di difficoltà nell'erogazione dei servizi derivanti dalla carenza di personale per il quale è prevista l'assunzione a tempo indeterminato, nelle more della definizione della relativa procedura di provvista potrà farsi luogo ad assunzioni a tempo determinato, utilizzando in tal caso le risorse all'uopo destinate alle assunzioni a tempo indeterminato. Invero tali assunzioni troveranno pur sempre le loro risorse in una contestuale e pari contrazione dei costi previsti per le relative assunzioni a tempo indeterminato.

Peraltro, ove abbiano a presentarsi necessità assunzionali di tale tipologia, la previsione "su base annua" delle assunzioni da svolgersi (e che certamente non potranno avverarsi con decorrenza dal gennaio di ciascun anno, ma si definiranno gradualmente, consentendo quindi risparmi di spesa anche notevoli) consente una certa flessibilità che permette immissioni in servizio – previa verifica dei risparmi derivanti delle mancate assunzioni a tempo indeterminato – anche per altre ragioni (ad es. gravidanze).

#### ▪ Le altre forme di lavoro flessibile

Nell'anno 2021, fermi restando più precisi dati alla chiusura dell'anno finanziario, i costi sostenuti per le altre forme di lavoro flessibile (Circ. R.G.S. n. 9/2006) hanno avuto una consistenza sensibilmente superiore rispetto alle scorse annualità 2019 e 2020. Tanto è principalmente derivante da varie assunzioni effettuate tramite lavoro interinale destinato a colmare inadeguatezze numeriche di personale in alcuni settori strategici e, in primis, nell'ambito del DEU/118 per le figure di autisti di ambulanza.

Il Concorso Unico per tale figura professionale è ad oggi sospeso (come precedentemente rilevato) in attesa di determinazioni da parte della Conferenza Stato/Regioni circa i requisiti per l'ammissione allo stesso; pertanto si è reso necessario acquisire tale professionalità dall'Agenzia di lavoro interinale aggiudicataria di una gara gestita dalla SUA/RB.

Nel PTFP, in riferimento alle assunzioni di personale autista di ambulanza, il relativo costo sarà compensato dalla contestuale cessazione dei lavoratori interinali.

I costi per lavoro interinale sono così di seguito riportati.

| COSTI SU BASE ANNUA    |             |                 |                 |                 |  |
|------------------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| FIGURA PROFESSIONALE   | COSTI COVID | COSTO ANNO 2020 | COSTO ANNO 2021 | COSTO ANNO 2022 | NOTE   |
| AUTISTI (21 unità)     | NO          | 74.363,00 €     | 909.097,09 €    | 975.479,31 €    | Il costo 2021 è calcolato sulla base dello speso ad agosto, aggiungendo anche il rateo di 13^) Il costo 2022 |
| OSS (5 unità)          | SI          | 22.036,55 €     | 202.454,38 €    | 214.294,21 €    |  |
| MAGAZZINIERE (1 unità) | SI          | 0               | 35.104,76 €     | 39.860,21 €     |  |
| DATA ENTRY (16 unità)  | SI          | 0               | 305.921,61 €    | 432.413,67 €    |  |

| COSTI SU BASE ANNUA                    |             |                    |                     |                       |   |
|--|-------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---|
| FIGURA PROFESSIONALE                   | COSTI COVID | COSTO ANNO 2020    | COSTO ANNO 2021     | COSTO ANNO 2022       | NOTE  |
| COLLABORATORE AMMINISTRATIVO (1 unità) | NO          | 0                  | 26.405,23 €         | 50.635,78 €           | è calcolato moltiplicando per 13 (numero mensilità) il costo di settembre 2021. |
|  |             |                    |                     |                       |   |
| <b>TOTALE COSTI COVID</b>              |             | <b>22.036,55 €</b> | <b>543.480,75 €</b> | <b>686.568,09 €</b>   |   |
| <b>TOTALE COSTI NO COVID</b>           |             | <b>74.363,00 €</b> | <b>935.502,32 €</b> | <b>1.026.115,09 €</b> |   |

- Le consulenze sanitarie

Trattasi delle attività aggiuntive richieste a propri dipendenti ovvero a dipendenti di altre Aziende del Servizio sanitario, finalizzate a mantenere l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni e remunerate secondo quanto previsto dagli artt. 14 (commi 1 e 6) e 18 (comma 1) del C.C.N.L. del 3 novembre 2005 dell'Area della Dirigenza Medica nonché di quanto stabilito con le Linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa (in applicazione dell'art. 7 e ss.mm.ii. del C.C.N.L. del 19 aprile 2004) del personale del Comparto Sanità, concordate presso la Regione Basilicata nel 2009.

Anche in tale caso la relativa spesa riferita all'anno 2021 mostra, allo stato, un trend in sensibile diminuzione, anche per effetto dei blocchi temporanei di attività imposti dall'emergenza epidemiologica.

Nel contempo deve sottolinearsi che il ricorso a prestazioni aggiuntive nel corso del 2021 è stato particolarmente consistente in riferimento allo svolgimento di attività COVID (tamponi, processazione degli stessi, vaccinazioni etc.); tale voce di spesa (tendenzialmente pari a 3,5 mln) trova specifici e propri finanziamenti, anche nella rifinalizzazione delle risorse COVID posta dall'art. 26 del D.L. n. 73/2021).

Nel contempo si rappresenta che, stanti le notorie difficoltà di reperimento di varie professionalità (ad es. anestesisti per le attività di elisoccorso e psichiatri), una serie di attività continueranno necessariamente ad essere acquistate da altre Aziende, come da tabella allegata sub. 9, per circa 1,1 mln..

Un'ultima, finale annotazione in merito alla specificazione dei costi COVID per l'annualità 2022 e successive, riportata nella tabella ALL. 10; si è ritenuta l'opportunità di prevedere per l'intero anno 2022 un valore di spesa sostanzialmente pari a quella sostenuta e da sostenersi nell'anno 2021, in ragione della prevedibile necessità di dover fronteggiare anche nel prossimo anno attività rilevanti per il contenimento del contagio; invece per gli anni 2023 e 2024 si è auspicata una riduzione del fenomeno e, quindi, anche per mezzo di una standardizzazione dei processi e dell'organizzazione, una progressiva riduzione dei costi.

- La specialistica ambulatoriale

Tale modalità di acquisizione di prestazione continuerà a rappresentare, in ragione della maggiore attrattività (per alcuni professionisti) di essa rispetto al rapporto di lavoro dipendente, una rilevante parte della spesa sostenuta per mantenere o ampliare l'offerta di prestazioni all'utenza.

I costi sostenuti nell'anno 2018 per i cc.dd. Sumaisti (risultanze consuntivo 2018) ammontavano ad € 5.126.622,00; tale dato risulta nel tempo in crescita, con un tendenziale incremento nell'anno 2021

fino a € 5,9 mln; è però da considerare che tale ultima cifra è ricompreso l'adeguamento posto dal rinnovo contrattuale che, fatti salvi maggiori approfondimenti a chiusura di annualità, riduce notevolmente l'incremento esposto.

In ogni caso tale maggiore costo nella corrente annualità e ai fini della tenuta complessiva di bilancio è già compensato con i minori costi rinvenibili dall'andamento per la spesa di personale, conseguente alle scarse assunzioni svolte sia nell'anno 2020 che nell'anno 2021 (al netto dei costi riferibili alle speciali assunzioni effettuate per fronteggiare l'emergenza COVID); per dette annualità, invero, l'azione assuntiva è stata mirata essenzialmente al reperimento di personale da adibire alle attività di contrasto all'emergenza epidemiologica (che, come ampiamente già riferito, riceve finanziamenti specifici).

In ragione della maggiore facilità di acquisizione di specialisti con tale tipologia di rapporto di lavoro e delle finalità proprie della specialistica ambulatoriale (concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali) si ritiene che la spesa conseguente nel corso delle annualità considerate nel P.T.F.P. possa subire un ulteriore incremento, cui saranno dedicate le maggiori risorse derivanti dall'incremento complessivo del Fondo Sanitario.

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |   |                                   |  |                  |                         |                            | ALL. 7   |                      |
|--|---|-----------------------------------|--|------------------|-------------------------|----------------------------|--|----------------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |   |                                   |  |                  |                         |                            |  |                      |
| ANNO 2023  |   |                                   |  |                  |                         |                            |  |                      |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022                             |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                  | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |                      |
|  | Posti coperti<br>anno 2022                                  | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi  | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi                |
| <b>DIRIGENZA</b>   | <b>BUDGET (PERSONALE IN SERVIZIO E COSTI AL 31/12/2018)</b> |                                   |  |                  |                         |                            | <b>1861</b>  | <b>72.170.256,95</b> |
| <b>DIRIGENZA RUOLO SANITARIO</b>                                 |   |                                   |  |                  |                         |                            |  |                      |
| <b>DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA</b>                            |   |                                   |  |                  |                         |                            |  |                      |
| Dirigente Farmacista SC "Farmaceutica Territoriale"              | 1   | 84.979,02                         | 1  | 84.979,02        | 1                       | 84.979,02                  | 1  | 84.979,02            |
| Dirigente Professioni Sanitarie SC "S.I.T.R.A."                  | 0   | -                                 | 0  | -                | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| Dirigente Biologo  | 9   | 622.321,56                        | 0  | -                | 1                       | 69.146,84                  | 10   | 691.468,40           |
| Dirigente Farmacista   | 12  | 829.762,08                        | 0  | -                | 0                       | -                          | 12   | 829.762,08           |
| Dirigente Fisico   | 0   | -                                 | 0  | -                | 0                       | -                          | 1  | 69.146,84            |
| Dirigente Professioni Infermieristiche                           | 1   | 69.146,84                         | 0  | -                | 0                       | -                          | 1  | 69.146,84            |
| Dirigente Professioni Tecniche della Prevenzione                 | 0   | -                                 | 0  | -                | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| Dirigente Psicologo  | 25  | 1.728.671,00                      | 0  | -                | 0                       | -                          | 25   | 1.728.671,00         |
| <b>TOTALE DIRIGENZA NON MEDICA</b>                               | <b>48</b>   | <b>3.334.880,50</b>               | <b>1</b>   | <b>84.979,02</b> | <b>2</b>                | <b>154.125,86</b>          | <b>50</b>  | <b>3.473.174,18</b>  |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                 |                         |                            | ALL. 7   |           |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------|----------------------------|--|-----------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |           |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |           |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                 | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |           |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi     |
| <b>DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA</b>                            |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |           |
| S.C. "A.M.A.P.A. Lauria"   | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Assistenza Primaria Lauria/Senise/Villa d'Agri"            | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Assistenza Primaria Potenza/Venosa/Melfi"                  | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "C.S.M. Lauria"   | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Distretto della Salute di Lauria"                          | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Distretto della Salute di Melfi"                           | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Distretto della Salute di Potenza"                         | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Distretto della Salute di Senise"                          | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. Distretto della Salute di Venosa"                           | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Distretto della Salute di Villa d'Agri"                    | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Igiene degli Alimenti e Nutrizione"                        | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica"                   | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                 |                         |                            | ALL. 7   |           |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------|----------------------------|--|-----------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |           |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |           |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                 | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |           |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi     |
| S.C. "Laboratorio Analisi Melfi/Venosa"                          | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Medicina Ambientale Villa d'Agri"                          | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -         |
| S.C. "Medicina del Lavoro e Sicurezza ambienti di lavoro"        | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Medicina Fisica e Riabilitazione Venosa"                   | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Oncologia Critica Terr.le, Cure Domiciliari e Palliative"  | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Pneumologia Territoriale"                                  | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "Qualità, Accreditamento, Risk Management"                  | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -         |
| S.C. "Radiologia"  | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "S.P.D.C. Villa D'Agri"                                     | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. Farmacologia e Tossicologia "SerD Melfi"                    | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. "CEIMI Venosa"  | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. Veterinaria - Area A  | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |
| S.C. Veterinaria - Area B  | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02 |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  | ALL. 7       |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------|----------------------------|--|--------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |              |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |              |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                 | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |              |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi        |
| S.C. Veterinaria - Area C  | 1                               | 84.979,02                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 84.979,02    |
| S.C. Interaziendale "Assistenza Protetica"                       | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Anestesia e Rianimazione   | 2                               | 143.743,28                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 2  | 143.743,28   |
| Cardiologia  | 6                               | 431.229,84                        | 3  | 215.614,92      | 1                       | 71.871,64                  | 4  | 287.486,56   |
| Chirurgia Generale   | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Cure Palliative  | 1                               | 71.871,64                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 71.871,64    |
| Dermatologia e Venerologia                                       | 1                               | 71.871,64                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 71.871,64    |
| Direzione Medica di Presidio Ospedaliero                         | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Ematologia   | 1                               | 71.871,64                         | 1  | 71.871,64       | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Emergenza Sanitaria/118  | 25                              | 1.796.791,00                      | 3  | 215.614,92      | 3                       | 215.614,92                 | 25   | 1.796.791,00 |
| Endocrinologia   | 7                               | 503.101,48                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 7  | 503.101,48   |
| Farmacologia e Tossicologia Clinica                              | 4                               | 287.486,56                        | 1  | 71.871,64       | 0                       | -                          | 3  | 215.614,92   |
| Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva                           | 1                               | 71.871,64                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 71.871,64    |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  | ALL. 7     |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------|----------------------------|--|------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |            |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |            |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                 | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |            |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi      |
| Geriatria  | 4                               | 287.486,56                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 4  | 287.486,56 |
| Ginecologia e Ostetricia   | 4                               | 287.486,56                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 4  | 287.486,56 |
| Igiene degli Alimenti e della Nutrizione                         | 8                               | 574.973,12                        | 2  | 143.743,28      | 2                       | 143.743,28                 | 8  | 574.973,12 |
| Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica                          | 9                               | 646.844,76                        | 2  | 143.743,28      | 4                       | 287.486,56                 | 11   | 790.588,04 |
| Malattie dell'Apparato Respiratorio                              | 5                               | 359.358,20                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 5  | 359.358,20 |
| Medicina del Lavoro e Sicurezza ambienti di lavoro               | 2                               | 143.743,28                        | 1  | 71.871,64       | 1                       | 71.871,64                  | 2  | 143.743,28 |
| Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza                  | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -          |
| Medicina Fisica e Riabilitazione                                 | 8                               | 574.973,12                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 8  | 574.973,12 |
| Medicina Interna   | 9                               | 646.844,76                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 9  | 646.844,76 |
| Medicina Legale  | 2                               | 143.743,28                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 2  | 143.743,28 |
| Medicina Trasfusionale   | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -          |
| Nefrologia   | 5                               | 359.358,20                        | 1  | 71.871,64       | 3                       | 215.614,92                 | 7  | 503.101,48 |
| Neonatologia   | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -          |



| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  | ALL. 7       |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------|----------------------------|--|--------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |              |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |              |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                 | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |              |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi        |
| Neurologia   | 1                               | 71.871,64                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 71.871,64    |
| Neuropsichiatria Infantile                                       | 2                               | 143.743,28                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 2  | 143.743,28   |
| Odontostomatologia   | 1                               | 71.871,64                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 71.871,64    |
| Oftalmologia   | 5                               | 359.358,20                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 5  | 359.358,20   |
| Oncologia  | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Organizzazione Servizi Sanitari di Base                          | 7                               | 503.101,48                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 7  | 503.101,48   |
| Ortopedia e Traumatologia  | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Otorinolaringoiatria   | 1                               | 71.871,64                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 71.871,64    |
| Patologia Clinica  | 0                               | -                                 | 0  | -               | 1                       | 71.871,64                  | 1  | 71.871,64    |
| Pediatria  | 4                               | 287.486,56                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 4  | 287.486,56   |
| Psichiatria  | 18                              | 1.293.689,52                      | 0  | -               | 0                       | -                          | 18   | 1.293.689,52 |
| Radiodiagnostica   | 8                               | 574.973,12                        | 1  | 71.871,64       | 1                       | 71.871,64                  | 8  | 574.973,12   |
| Reumatologia   | 1                               | 71.871,64                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 71.871,64    |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                     |                         |                            | ALL. 7   |                      |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|-------------------------|----------------------------|--|----------------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                     | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |                      |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi     | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi                |
| Urologia   | 0                               | -                                 | 0  | -                   | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| Scienza dell'Alimentazione e Dietetica                           | 1                               | 71.871,64                         | 0  | -                   | 0                       | -                          | 1  | 71.871,64            |
| Veterinario - Area A   | 25                              | 1.796.791,00                      | 3  | 215.614,92          | 2                       | 143.743,28                 | 24   | 1.724.919,36         |
| Veterinario - Area B   | 10                              | 718.716,40                        | 0  | -                   | 0                       | -                          | 10   | 718.716,40           |
| Veterinario - Area C   | 14                              | 1.006.202,96                      | 0  | -                   | 0                       | -                          | 14   | 1.006.202,96         |
| <b>TOTALE DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA</b>                     | <b>226</b>                      | <b>16.557.567,76</b>              | <b>18</b>  | <b>1.293.689,52</b> | <b>18</b>               | <b>1.293.689,52</b>        | <b>226</b>   | <b>16.557.567,76</b> |
| <b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO</b>                          | <b>274</b>                      | <b>19.892.448,26</b>              | <b>19</b>  | <b>1.378.668,54</b> | <b>20</b>               | <b>1.447.815,38</b>        | <b>276</b>   | <b>20.030.741,94</b> |
|  |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                  |                         |                            |  | ALL. 7            |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|------------------|-------------------------|----------------------------|--|-------------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                  |                         |                            |  |                   |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                  |                         |                            |  |                   |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                  | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |                   |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi  | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi             |
| <b>DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO</b>                            |                                 |                                   |  |                  |                         |                            |  |                   |
| Dirigente Amministrativo, di cui n. 7 con incarico di SS.CC.     | 15                              | 897.331,35                        | 1  | 59.822,09        | 1                       | 59.822,09                  | 15   | 897.331,35        |
| <b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO</b>                             | <b>15</b>                       | <b>897.331,35</b>                 | <b>1</b>   | <b>59.822,09</b> | <b>1</b>                | <b>59.822,09</b>           | <b>15</b>  | <b>897.331,35</b> |
| <b>DIRIGENZA RUOLO TECNICO</b>                                   |                                 |                                   |  |                  |                         |                            |  |                   |
| Dirigente Analista SC "Sistema Informativo Aziendale"            | 1                               | 59.822,09                         | 0  | -                | 0                       | -                          | 1  | 59.822,09         |
| Dirigente Analista   | 1                               | 59.822,09                         | 0  | -                | 0                       | -                          | 1  | 59.822,09         |
| Dirigente Sociologo  | 5                               | 299.110,45                        | 1  | 59.822,09        | 0                       | -                          | 4  | 239.288,36        |
| Dirigente Statistico   | 1                               | 59.822,09                         | 0  | -                | 0                       | -                          | 1  | 59.822,09         |
| Dirigente Ruolo Tecnico  | 0                               | -                                 | 0  | -                | 0                       | -                          | 0  | -                 |
| <b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO</b>                            | <b>8</b>                        | <b>478.576,72</b>                 | <b>1</b>   | <b>59.822,09</b> | <b>0</b>                | <b>-</b>                   | <b>7</b>   | <b>418.754,63</b> |
| <b>DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE</b>                             |                                 |                                   |  |                  |                         |                            |  |                   |
| Dirigente Ruolo Professionale con incarico di SS.CC.             | 3                               | 179.466,27                        | 0  | -                | 0                       | -                          | 3  | 179.466,27        |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  | ALL. 7               |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|-------------------------|----------------------------|--|----------------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                     | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |                      |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi     | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi                |
| Dirigente Architetto   | 0                               | -                                 | 0  | -                   | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| Dirigente Ingegnere  | 3                               | 179.466,27                        | 0  | -                   | 0                       | -                          | 3  | 179.466,27           |
| Dirigente Avvocato   | 4                               | 239.288,36                        | 0  | -                   | 0                       | -                          | 4  | 239.288,36           |
| <b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO PROF.LE</b>                            | <b>10</b>                       | <b>598.220,90</b>                 | <b>0</b>   | <b>-</b>            | <b>0</b>                | <b>-</b>                   | <b>10</b>  | <b>598.220,90</b>    |
| <b>TOTALE DIRIGENZA TUTTI I RUOLI</b>                            | <b>307</b>                      | <b>21.866.577,23</b>              | <b>21</b>  | <b>1.498.312,72</b> | <b>21</b>               | <b>1.507.637,47</b>        | <b>308</b>   | <b>21.945.048,82</b> |
| <b>COMPARTO</b>  |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| <b>COMPARTO RUOLO SANITARIO</b>                                  |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| Operatore Prof.le Sanitario - Infermiere<br>Psichiatrico - BS    | 0                               | -                                 | 0  | -                   | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| Operatore Prof.le Sanitario - Infermiere Generico<br>Esperto - C | 1                               | 31.350,98                         | 0  | -                   | 0                       | -                          | 1  | 31.350,98            |
| Operatore Prof.le Sanitario - Puericultrice Esperta<br>- C       | 1                               | 31.350,98                         | 0  | -                   | 0                       | -                          | 1  | 31.350,98            |
| C.P.S. - Infermiere - D  | 680                             | 23.148.070,40                     | 4  | 136.165,12          | 6                       | 204.247,68                 | 682  | 23.216.152,96        |
| C.P.S. - Infermiere Pediatrico - D                               | 0                               | -                                 | 0  | -                   | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| C.P.S. - Fisioterapista - D                                      | 43                              | 1.463.775,04                      | 0  | -                   | 0                       | -                          | 43   | 1.463.775,04         |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                 |                         |                            | ALL. 7   |              |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------|----------------------------|--|--------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |              |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |              |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                 | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |              |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi        |
| C.P.S. - Ostetrica - D   | 12                              | 408.495,36                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 12   | 408.495,36   |
| C.P.S. - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico - D          | 12                              | 408.495,36                        | 0  | -               | 1                       | 34.041,28                  | 13   | 442.536,64   |
| C.P.S. - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica - D              | 19                              | 646.784,32                        | 1  | 34.041,28       | 1                       | 34.041,28                  | 19   | 646.784,32   |
| C.P.S. - Tecnico della Prevenzione - D                           | 41                              | 1.395.692,48                      | 2  | 68.082,56       | 3                       | 102.123,84                 | 42   | 1.429.733,76 |
| C.P.S. - Assistente Sanitario - D                                | 5                               | 170.206,40                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 5  | 170.206,40   |
| C.P.S. - Tecnico Audioprotesista/Audiometrista - D               | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| C.P.S. - Dietista - D  | 12                              | 408.495,36                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 12   | 408.495,36   |
| C.P.S. - Educatore Professionale - D                             | 28                              | 953.155,84                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 28   | 953.155,84   |
| C.P.S. - Igienista Dentale - D                                   | 2                               | 68.082,56                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 2  | 68.082,56    |
| C.P.S. - Logopedista - D   | 13                              | 442.536,64                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 13   | 442.536,64   |
| C.P.S. - Massaggiatore non vedente - D                           | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| C.P.S. - Ortottista - D  | 12                              | 408.495,36                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 12   | 408.495,36   |
| C.P.S. - Tecnico Neuro e Psicomotricità dell'Età evolutiva - D   | 4                               | 136.165,12                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 4  | 136.165,12   |
| C.P.S. - Tecnico Fisiopatologia cardiocircolatoria perfus - D    | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                   |                         |                            |  | ALL. 7               |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------|-------------------------|----------------------------|--|----------------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                   |                         |                            |  |                      |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                   |                         |                            |  |                      |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                   | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |                      |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi   | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi                |
| C.P.S. Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica                 | 2                               | 68.082,56                         | 0  | -                 | 0                       | -                          | 2  | 68.082,56            |
| C.P.S. - Tecnico di Neurofisiopatologia - D                      | 1                               | 34.041,28                         | 0  | -                 | 0                       | -                          | 1  | 34.041,28            |
| C.P.S. - Animatore di Comunità - D                               | 0                               | -                                 | 0  | -                 | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| C.P.S. - Terapista Occupazionale - D                             | 1                               | 34.041,28                         | 0  | -                 | 0                       | -                          | 1  | 34.041,28            |
| C.P.S. Senior - Infermiere - DS                                  | 6                               | 220.263,42                        | 1  | 36.710,57         | 0                       | -                          | 5  | 183.552,85           |
| C.P.S. Senior - Ostetrica - DS                                   | 0                               | -                                 | 0  | -                 | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| C.P.S. Senior - Tecnico Sanitario di Lab. Biomedico - DS         | 0                               | -                                 | 0  | -                 | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| C.P.S. Senior - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica - DS      | 0                               | -                                 | 0  | -                 | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| C.P.S. Senior - Fisioterapista - DS                              | 0                               | -                                 | 0  | -                 | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| C.P.S. Senior - Tecnico della Prevenzione - DS                   | 1                               | 36.710,57                         | 0  | -                 | 0                       | -                          | 1  | 36.710,57            |
| <b>TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO</b>                           | <b>896</b>                      | <b>30.514.291,31</b>              | <b>8</b>   | <b>274.999,53</b> | <b>11</b>               | <b>374.454,08</b>          | <b>899</b>   | <b>30.613.745,86</b> |
| <b>COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO</b>                             |                                 |                                   |  |                   |                         |                            |  |                      |
| Commesso - A (di cui n. 34 part-time 50%)                        | 41                              | 1.037.769,45                      | 2  | 50.622,90         | 3                       | 75.934,35                  | 42   | 1.063.080,90         |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                   |                         |                            |  | ALL. 7              |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------|-------------------------|----------------------------|--|---------------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                   |                         |                            |  |                     |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                   |                         |                            |  |                     |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                   | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |                     |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi   | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi               |
| Coadiutore Amministrativo - B                                    | 40                              | 1.094.104,80                      | 4  | 109.410,48        | 0                       | -                          | 36   | 984.694,32          |
| Coadiutore Amministrativo Esperto - BS                           | 20                              | 566.799,20                        | 1  | 28.339,96         | 0                       | -                          | 19   | 538.459,24          |
| Assistente Amministrativo - C                                    | 65                              | 2.037.813,70                      | 3  | 94.052,94         | 1                       | 31.350,98                  | 63   | 1.975.111,74        |
| Collaboratore Amministrativo Prof.le - D                         | 50                              | 1.702.064,00                      | 0  | -                 | 2                       | 68.082,56                  | 52   | 1.770.146,56        |
| Collaboratore Amministrativo Professionale -<br>Avvocato - D     | 0                               | -                                 | 0  | -                 | 0                       | -                          | 0  | -                   |
| Collaboratore Amministrativo Professionale<br>Senior - DS        | 4                               | 146.842,28                        | 0  | -                 | 0                       | -                          | 4  | 146.842,28          |
| <b>TOTALE COMPARTO RUOLO AMM.VO</b>                              | <b>220</b>                      | <b>6.585.393,43</b>               | <b>10</b>  | <b>282.426,28</b> | <b>6</b>                | <b>175.367,89</b>          | <b>216</b>   | <b>6.478.335,04</b> |
| <b>COMPARTO RUOLO TECNICO</b>                                    |                                 |                                   |  |                   |                         |                            |  |                     |
| Ausiliario Specializzato - A                                     | 19                              | 480.917,55                        | 1  | 25.311,45         | 0                       | -                          | 18   | 455.606,10          |
| Operatore Tecnico - B vari profili                               | 54                              | 1.477.041,48                      | 2  | 54.705,24         | 0                       | -                          | 52   | 1.422.336,24        |
| Operatore Tecnico Autista - B                                    | 0                               | -                                 | 0  | -                 | 0                       | -                          | 0  | -                   |
| Operatore Tecnico - Addetto Assistenza - B                       | 3                               | 82.057,86                         | 0  | -                 | 0                       | -                          | 3  | 82.057,86           |
| Operatore Tecnico Specializzato - Autista<br>ambulanze - BS      | 238                             | 6.744.910,48                      | 1  | 28.339,96         | 4                       | 113.359,84                 | 241  | 6.829.930,36        |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                 |                         |                            | ALL. 7   |              |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------|----------------------------|--|--------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |              |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                 |                         |                            |  |              |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                 | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |              |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi        |
| Operatore Tecnico Specializzato (vari) - BS                      | 2                               | 56.679,92                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 2  | 56.679,92    |
| Operatore Socio Sanitario - BS                                   | 82                              | 2.323.876,72                      | 0  | -               | 0                       | -                          | 82   | 2.323.876,72 |
| Operatore Tecnico Specializzato esperto - C                      | 1                               | 31.350,98                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 31.350,98    |
| Assistente Tecnico - Sistemista - C                              | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Assistente Tecnico - (vari) - C                                  | 18                              | 564.317,64                        | 1  | 31.350,98       | 0                       | -                          | 17   | 532.966,66   |
| Programmatore - C  | 2                               | 62.701,96                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 2  | 62.701,96    |
| Collaboratore Tecnico Professionale - Settori Vari - D           | 8                               | 272.330,24                        | 0  | -               | 0                       | -                          | 8  | 272.330,24   |
| Collaboratore Tecnico Professionale - Sociologo - D              | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Collaboratore Tecnico Professionale - Programmatore - D          | 1                               | 34.041,28                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 34.041,28    |
| Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere Clinico - D      | 1                               | 34.041,28                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 1  | 34.041,28    |
| Collaboratore Tecnico Professionale - Ingegnere - D              | 2                               | 68.082,56                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 2  | 68.082,56    |
| Collaboratore Tecnico Professionale - Architetto - D             | 2                               | 68.082,56                         | 0  | -               | 0                       | -                          | 2  | 68.082,56    |
| Collaboratore Tecnico Prof.le - Addetto Comunicazione - D        | 0                               | -                                 | 0  | -               | 0                       | -                          | 0  | -            |
| Collaboratore Professionale Assistente Sociale - D               | 23                              | 782.949,44                        | 4  | 136.165,12      | 4                       | 136.165,12                 | 23   | 782.949,44   |



| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                     |                         |                            | ALL. 7   |                      |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|-------------------------|----------------------------|--|----------------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                     | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |                      |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi     | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi                |
| Collaboratore Professionale Assistente Sociale Senior - DS       | 2                               | 73.421,14                         | 1  | 36.710,57           | 0                       | -                          | 1  | 36.710,57            |
| Collaboratore Tecnico Professionale Senior - DS                  | 0                               | -                                 | 0  | -                   | 0                       | -                          | 0  | -                    |
| <b>TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO</b>                             | <b>458</b>                      | <b>13.156.803,09</b>              | <b>10</b>  | <b>312.583,32</b>   | <b>8</b>                | <b>249.524,96</b>          | <b>456</b>   | <b>13.093.744,73</b> |
| <b>COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE</b>                              |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| Collaboratore Professionale - Assistente Religioso - D           | 1                               | 34.041,28                         | 0  | -                   | 0                       | -                          | 1  | 34.041,28            |
| <b>TOTALE COMPARTO RUOLO PROF.LE</b>                             | <b>1</b>                        | <b>34.041,28</b>                  | <b>0</b>   | <b>-</b>            | <b>0</b>                | <b>0</b>                   | <b>1</b>   | <b>34.041,28</b>     |
| <b>TOTALE COMPARTO TUTTI I RUOLI</b>                             | <b>1575</b>                     | <b>50.290.529,11</b>              | <b>28</b>  | <b>870.009,13</b>   | <b>25</b>               | <b>799.346,93</b>          | <b>1572</b>  | <b>50.219.866,91</b> |
| <b>TOTALE COMPLESSIVO DIRIGENZA E COMPARTO</b>                   | <b>1882</b>                     | <b>72.157.106,34</b>              | <b>49</b>  | <b>2.368.321,85</b> | <b>46</b>               | <b>2.306.984,40</b>        | <b>1880</b>  | <b>72.164.915,73</b> |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |   |                                   |   |                 |                                     |                            | ALL. 7   |               |
|--|---|-----------------------------------|---|-----------------|-------------------------------------|----------------------------|--|---------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |   |                                   |   |                 |                                     |                            |  |               |
| ANNO 2023  |   |                                   |   |                 |                                     |                            |  |               |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022             |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021)      |                 | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023             |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |               |
|  | Posti coperti<br>anno 2022                  | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste   | Totale risparmi | Totale teste                        | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi         |
| <b>RIEPILOGO<br/>PERSONALE COMPLESSIVO</b>                       | Personale al 31/12/2022<br>e relativi costi |                                   | Cessazioni 2023 previste al<br>31/10/2021<br>e relativi costi |                 | Assunzioni 2023<br>e relativi costi |                            | Personale al 31/12/2023 e relativi<br>costi                    |               |
| <b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>                                    | 1170  |                                   | 27  | 1.653.668,07    | 31                                  | 1.822.269,46               | 1175   | 50.644.487,80 |
| <b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>                               | 235   |                                   | 11  | 342.248,37      | 7                                   | 235.189,98                 | 231  | 7.375.666,39  |
| <b>TOTALE RUOLO PROFESSIONALE</b>                                | 11  |                                   | 0   | -               | 0                                   | -                          | 11   | 632.262,18    |
| <b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>                                      | 466   |                                   | 11  | 372.405,41      | 8                                   | 249.524,96                 | 463  | 13.512.499,36 |
| <b>TOTALE DIRIGENZA</b>  | 307   |                                   | 21  | 1.498.312,72    | 21                                  | 1.507.637,47               | 308  | 21.945.048,82 |
| <b>TOTALE COMPARTO</b>   | 1575  |                                   | 28  | 870.009,13      | 25                                  | 799.346,93                 | 1572   | 50.219.866,91 |

| AZIENDA SANITARIA DI POTENZA                                     |                                 |                                   |  |                     |                         |                            | ALL. 7   |                      |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|-------------------------|----------------------------|--|----------------------|
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE - TRIENNIO 2022/2024 |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| ANNO 2023  |                                 |                                   |  |                     |                         |                            |  |                      |
| Profilo professionale / Disciplina                               | Posti coperti e costi anno 2022 |                                   | Cessazioni T.I. 2023<br>(rilevazione al 30 ottobre 2021) |                     | ASSUNZIONI<br>ANNO 2023 |                            | Totale personale in servizio al<br>31/12/2023 e relativi costi |                      |
|  | Posti coperti<br>anno 2022      | Costi<br>complessivi<br>anno 2022 | Totale<br>teste  | Totale risparmi     | Totale teste            | Costo base<br>annuo totale | Teste  | Costi                |
| <b>TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE</b>                   | <b>1882</b>                     |                                   | <b>98</b>  | <b>2.368.321,85</b> | <b>46</b>               | <b>2.306.984,40</b>        | <b>1880</b>  | <b>72.164.915,73</b> |
|  |                                 |                                   |  |                     |                         |                            | <b>MINORI COSTI RISPETTO ALL'ANNO 2018</b>                     | <b>5.341,22</b>      |

- Formazione del personale

Relativamente alla formazione del personale, nel periodo 2023-2025, si provvederà ad organizzare:

1. l'accesso del personale dirigente ai moduli formativi predisposti dal Dipartimento della Funzione Pubblica indirizzati al personale delle pubbliche amministrazioni preposto alla redazione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), così come previsto dall'art. 12 del DM del 24.06.2022 – Monitoraggio: U.O.S.D. Formazione - organizzazione degli accessi alla formazione a seguito delle indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica;
2. formazione obbligatoria in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale prevenzione della corruzione. Detta formazione sarà rivolta a RPCT, Responsabili di aree di rischio, Dirigenti e a tutto il personale realizzando specifici eventi sulla mappatura integrata dei processi e la stima del livello di esposizione al rischio degli stessi, sulle indicazioni operative per l'identificazione delle misure di prevenzione della corruzione e sulla costruzione del sistema di monitoraggio, pantouflage, conflitto di interesse. L'ASP, inoltre, in linea con quanto previsto nel D.L. n.36/2022 (Decreto PNRR 2) assicurerà lo svolgimento di cicli formativi obbligatori, sia a seguito di assunzione, sia in occasione di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale, sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico. Monitoraggio: La U.O.S.D. Formazione curerà la realizzazione di almeno un evento formativo ogni anno secondo le indicazioni e le tematiche individuate dal RPCT aziendale che provvederà altresì a concordare con la U.O.S.D. Formazione i moduli formativi da predisporre e somministrare al personale neoassunto/trasferito;
3. formazione sul lavoro agile con moduli specifici per la dirigenza e percorsi formativi indirizzati a tutto il personale. Detta formazione sarà finalizzata all'approfondimento delle tematiche riguardanti la disciplina normativa, contrattuale, regolamentare e di prassi sul lavoro agile, con particolare attenzione ai recentissimi provvedimenti in materia di semplificazione nella gestione dello smart working, lavoro agile riservato ai lavoratori fragili, criteri per destinare alcuni lavoratori a fruire prioritariamente dello smart working – Monitoraggio: La U.O.S.D. Formazione provvederà alla attivazione di n. 1 corso nell'anno 2023 e n. 1 corso nel 2024 finalizzati all'acquisizione di competenze direzionali su sw rivolti a dirigenti; e alla attivazione di n. 1 corso nell'anno 2023 e n. 1 corso nel 2024 finalizzati all'acquisizione di competenze organizzative su sw rivolti a lavoratori agili; n. 1 corso nell'anno 2023 e n. 1 corso nel 2024 finalizzati all'acquisizione di competenze digitali per sw rivolti a lavoratori agili (sulla base di dati forniti dalla U.O.C. Gestione e sviluppo risorse umane e indicazioni del POLA).
4. formazione rivolta a tutto il personale sanitario della dirigenza e del comparto prevista dal PNRR Componente 2 - Investimento 2.2:
  - ✓ Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Subinvestimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Il programma verrà sviluppato, in accordo con le altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Basilicata, sulla base delle indicazioni nazionali, valorizzando le competenze dei vari stakeholders presenti sul territorio, anche attraverso la collaborazione con le Università, gli IRCSS, l'Agenas e l'Istituto Superiore di Sanità.

## **SEZIONE 4 - MONITORAGGIO**

Il monitoraggio della Sezione Performance avviene secondo quanto stabilito dall'art. 6 e 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., mentre il monitoraggio della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni dell'ANAC.

La Sezione Organizzazione e Capitale Umano e la coerenza con gli obiettivi di performance vengono monitorati dall'O.I.V. su base triennale.

A questo proposito si allega la Tabella degli OUTCOME - Obiettivi della sottosezione Performance.

- Tabella outcome-obiettivi - indicatori-target- annualità 2023

## **SEZIONE ALLEGATI**

### **Sottosezione Anticorruzione:**

Allegato 1 – Misure di prevenzione specifiche rispetto ai processi mappati 2023-2025

### **Sottosezione organizzazione e capitale umano:**

All. 1 - Cessati anno 2020

All. 2 - Cessati anno 2021

All. 3 - Cessandi anno 2022

All. 4 - Cessandi anno 2023

All. 5 - Cessandi anno 2024

All. 6 - PTFP Anno 2022

All. 7 - PTFP 2023 (riportato da pag. 147 a pag.161)

All. 8 - PTFP anno 2024

All. 9 - Contratti flessibili

All. 10 - Altre informazioni