



**PIANO DELLA PERFORMANCE  
AZIENDA U.S.L. 1  
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA  
Anni 2017-2019**



Regione Abruzzo

## I N D I C E

1.	Presentazione .....	3
2.	Sintesi delle Informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni .....	5
	2.1.Chi siamo .....	5
	2.2.Cosa facciamo e come operiamo.....	9
3.	Identità.....	12
	3.1.L'Amministrazione in cifre.....	12
	3.1.1.Assistenza ospedaliera - Posti letto e prestazioni erogate .....	12
	3.1.2.Assistenza Territoriale .....	14
	3.2.Dati di Attività.....	16
	3.2.1.Assistenza ospedaliera .....	16
	3.2.2.Assistenza territoriale.....	19
4.	Mandato Istituzionale e Missione .....	26
5.	Albero della performance.....	29
6.	Analisi del contesto.....	30
	6.1.Analisi del contesto esterno.....	30
	6.2.Analisi del contesto interno .....	32
7.	Le aree strategiche .....	37
8.	Obiettivi strategici e obiettivi operativi .....	38
	8.1.Il Sistema di Budget .....	39
	8.2.Dal sistema di budget alla performance organizzativa ed individuale. Il Sistema premiante.....	40
9.	Ciclo di Gestione della Performance: fasi, coerenza con la programmazione economico- finanziaria e azioni di miglioramento .....	41
10.	Obiettivi Anno 2017 .....	45

## 1. Presentazione

Il Piano della Performance viene redatto in linea con quanto previsto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e ss.mm.ii. e dalle direttive emanate in materia con delibere n. 112/2010 e n.6/2013 dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, nonché in coerenza con il processo di programmazione economico – finanziaria e di bilancio della ASL 1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila.

Rappresenta il documento strategico programmatico di durata triennale con il quale l'Azienda USL, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio (Decreti Commissariali n. 55/2016 e n. 79/2016 e Deliberazioni di G.R. n. 505/2016, n. 576/2016 e n.741/2016), si prefigge di perseguire gli obiettivi e i risultati attesi dagli stessi documenti regionali delineati: pertanto i contenuti del presente piano sono strettamente correlati ad essi per la gestione aziendale.

Il Piano della Performance dà avvio al ciclo di gestione della performance, integrandosi quindi con gli strumenti aziendali di Pianificazione, Programmazione e Valutazione della Performance, con il Programma Triennale per l'Integrità e la Trasparenza, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, con i documenti di Bilancio Aziendale.

Le finalità del presente documento sono:

1. diffondere gli obiettivi che la ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila intende realizzare nel triennio 2017-2019, rendendo altresì trasparenti i risultati raggiunti e le modalità di valutazione;
2. garantire l'attuazione degli indirizzi della pianificazione strategica aziendale, definita in funzione degli indirizzi indicati dalla Regione e dei vincoli imposti dagli stessi;
3. valorizzare il processo di budget, di valutazione incentivazione del personale in coerenza con la programmazione di bilancio;
4. integrare il Piano della Performance con il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e con il Programma Triennale della Trasparenza;
5. individuare i percorsi di miglioramento continuo della performance, soprattutto in funzione delle direttive regionali indicate dai Programmi Operativi emanati dalla Regione e annualmente aggiornati.

Il Piano della Performance discende dal Piano Strategico aziendale e dagli strumenti di programmazione annualmente emanati dalla Azienda.

La ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila ha adottato gli strumenti di programmazione per il triennio 2017-2019 ed ha contestualmente redatto il Piano Strategico 2017-2019.

Detti strumenti di programmazione sono stati elaborati in funzione sia di quanto previsto dal Piano di Riquilificazione del Servizio Sanitario Regionale approvato dalla Regione Abruzzo, sia di quanto previsto dagli "Indirizzi per la programmazione triennale 2017-2019 delle Aziende Sanitarie Regionali. Integrazioni dei Dirigenti del Dipartimento per la Salute e il Welfare", di cui alla D.G.R.n.741/2016.

---

L'Azienda, partendo da questi presupposti, ha individuato gli obiettivi strategici da raggiungere, nonché le azioni da porre in essere volte al loro raggiungimento ed ha definito, per ognuno di essi, uno o più indicatori al fine di consentirne la misurazione, nonché la valutazione della performance.

Il Piano della Performance contiene:

1. una sintetica descrizione dell'attività svolta e della missione perseguita;
2. una rappresentazione delle minacce e delle opportunità offerte dall'ambiente, dei punti di forza e di debolezza interni e delle principali decisioni strategiche adottate;
3. la descrizione del processo di definizione degli obiettivi e di valutazione della performance.

Si rappresenta, comunque che, a seguito del passaggio del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo dalla gestione commissariale alla gestione ordinaria regionale, il presente Piano della Performance potrebbe essere soggetto ad aggiornamenti nel corso del 2017 conformemente a quanto verrà definito dalle emanande linee guida per la redazione degli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo e dai documenti relativi alla riorganizzazione dell'Assistenza Riabilitativa e della Rete Territoriale in corso di definizione. Detti documenti andranno ad integrare quanto già stabilito con Decreti Commissariali n. 55/2016 e n. 79/2016 dalla Regione Abruzzo in materia di riordino della rete ospedaliera regionale.

Alla luce di quanto sopra esposto, pertanto, si precisa che il contesto organizzativo, gestionale e assistenziale rappresentato nel presente Piano si riferisce all'assetto aziendale definito con deliberazione del Direttore Generale n.1740/2013 e ss.mm.ii., ad oggi vigente e conforme a quanto determinato dalla normativa nazionale e regionale (Deliberazioni del Commissario ad Acta n.44 e n. 45 del 2010 del 3 agosto 2010; Decreti del Commissario ad Acta n. 5 e n. 15 del 2011; Documento del Comitato LEA "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse dell'SSN ex art. 12, comma 1, lettera b), Patto per la Salute 2010-2012" approvato nella seduta del 26.03.2012; Decreto del Commissario ad Acta n. 49/2012).

Si precisa, altresì, che al momento della redazione del presente Piano non si dispone ancora dei dati consolidati relativi all'anno 2016 e riferiti all'Assistenza ospedaliera – Posti Letto e prestazione erogate - e all'Assistenza territoriale, per le quali vengono esplicitati dati del 2015 e precedenti. Vengono indicate, invece, le prestazioni ambulatoriali aziendali aggiornate con i dati di attività disponibili per l'anno 2016.

## 2. Sintesi delle Informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

### 2.1. Chi siamo

La ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila (nel prosieguo indicata anche semplicemente con il termine "Azienda") è stata istituita con Delibera di Giunta Regionale n. 796 del 28.12.2009, come risultato della fusione della ex Azienda U.S.L. 1 di Avezzano-Sulmona e della ex Azienda U.S.L. 4 di L'Aquila, già commissariate con Delibera di Giunta Regionale n. 555 del 29.09.2009.

L'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art.3 comma 1-bis del D.Lgs 30.12.1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, ed ha sede legale a L'Aquila in Via Saragat, località Campo di Pile.

Il logo ufficiale aziendale è il seguente:



Il sito internet ufficiale dell'Azienda è all'indirizzo web:

<http://www.asl1abruzzo.it>

e l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) è:

[protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it)

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

La ASL 1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila opera sul territorio coincidente con la provincia di L'Aquila, con una popolazione complessiva di n. 303.239 abitanti (dati ISTAT - gennaio 2016), distribuita in n. 108 comuni che, secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1740 del 2.12.2013 e ss.mm.ii. , sono raggruppati in tre distretti sanitari, coincidenti con le aree territoriali in cui è storicamente suddiviso il territorio della provincia di L'Aquila:

1. Distretto Sanitario 1 - Area L'Aquila (Popolazione residente: n. 103.610 abitanti );
2. Distretto Sanitario 2 - Area Marsica (Popolazione residente: n. 131.313 abitanti);
3. Distretto Sanitario 3 - Area Peligno-Sangrina (Popolazione residente: n. 68.316 abitanti).

I 108 comuni, 37 dei quali afferenti all'area "L'Aquila", 35 all'area "Marsica" e 36 all'area "Peligno-Sangrina", sono distribuiti come di seguito riportato nelle tabelle 1,2 e 3.

**Tabella 1:** Elenco dei Comuni appartenenti all'area "L'Aquila"

AREA	COMUNE
L'AQUILA	L'AQUILA
L'AQUILA	ACCIANO
L'AQUILA	BARETE
L'AQUILA	BARISCIANO
L'AQUILA	CAGNANO AMITERNO
L'AQUILA	CALASCIO
L'AQUILA	CAMPOTOSTO
L'AQUILA	CAPESTRANO
L'AQUILA	CAPITIGNANO
L'AQUILA	CAPORCIANO
L'AQUILA	CARAPELLE CALVISIO
L'AQUILA	CASTEL DEL MONTE
L'AQUILA	CASTELVECCHIO CALVISIO
L'AQUILA	COLLEPIETRO
L'AQUILA	FAGNANO ALTO
L'AQUILA	FONTECCHIO
L'AQUILA	FOSSA
L'AQUILA	LUCOLI
L'AQUILA	MONTEREALE
L'AQUILA	NAVELLI
L'AQUILA	OCRE
L'AQUILA	OFENA
L'AQUILA	PIZZOLI
L'AQUILA	POGGIO PICENZE
L'AQUILA	PRATA D'ANSIDONIA
L'AQUILA	ROCCA DI CAMBIO
L'AQUILA	ROCCA DI MEZZO
L'AQUILA	S. BENEDETTO IN PERILLIS
L'AQUILA	S. DEMETRIO NE' VESTINI
L'AQUILA	S. EUSANIO FORCONESE
L'AQUILA	S. PIO DELLE CAMERE
L'AQUILA	S. STEFANO DI SESSANIO
L'AQUILA	SCOPPITO
L'AQUILA	TIONE DEGLI ABRUZZI
L'AQUILA	TORNIMPARTE
L'AQUILA	VILLA S. ANGELO
L'AQUILA	VILLA S. LUCIA

**Tabella 2:** Elenco dei Comuni appartenenti all'area "Marsica"

AREA	COMUNE
MARSICA	AVEZZANO
MARSICA	AIELLI
MARSICA	BALSORANO
MARSICA	BISEGNA
MARSICA	CANISTRO
MARSICA	CAPISTRELLO
MARSICA	CAPPADOCIA
MARSICA	CARSOLI
MARSICA	CASTELLAFIUME
MARSICA	CELANO
MARSICA	CERCHIO
MARSICA	CIVITA D'ANTINO
MARSICA	CIVITELLA ROVETO
MARSICA	COLLARMELE
MARSICA	COLLELONGO
MARSICA	GIOIA DEI MARS
MARSICA	LECCE NEI MARS
MARSICA	LUCO DEI MARS
MARSICA	MAGLIANO DE' MARS
MARSICA	MASSA D'ALBE
MARSICA	MORINO
MARSICA	ORICOLA
MARSICA	ORTONA DEI MARS
MARSICA	ORTUCCHIO
MARSICA	OVINDOLI
MARSICA	PERETO
MARSICA	PESCINA
MARSICA	ROCCA DI BOTTE
MARSICA	SAN BENEDETTO DEI MARS
MARSICA	SAN VINCENZO VALLE ROVETO
MARSICA	SANTE MARIE
MARSICA	SCURCOLA MARSICANA
MARSICA	TAGLIACOZZO
MARSICA	TRASACCO
MARSICA	VILLAVALLELONGA

**Tabella 3:** Elenco dei Comuni appartenenti all'area "Peligno-Sangrino"

AREA	COMUNE
PELIGNO-SANGRINA	SULMONA
PELIGNO-SANGRINA	CASTEL DI SANGRO
PELIGNO-SANGRINA	ALFEDENA
PELIGNO-SANGRINA	ANVERSA DEGLI ABRUZZI
PELIGNO-SANGRINA	ATELETA
PELIGNO-SANGRINA	BARREA
PELIGNO-SANGRINA	BUGNARA
PELIGNO-SANGRINA	CAMPO DI GIOVE
PELIGNO-SANGRINA	CANSANO
PELIGNO-SANGRINA	CASTEL DI IERI
PELIGNO-SANGRINA	CASTELVECCHIO SUBEQUO
PELIGNO-SANGRINA	CIVITELLA ALFEDENA
PELIGNO-SANGRINA	COCULLO
PELIGNO-SANGRINA	CORFINIO
PELIGNO-SANGRINA	GAGLIANO ATERNO
PELIGNO-SANGRINA	GORIANO SICOLI
PELIGNO-SANGRINA	INTRODACQUA
PELIGNO-SANGRINA	MOLINA ATERNO
PELIGNO-SANGRINA	OPI
PELIGNO-SANGRINA	PACENTRO
PELIGNO-SANGRINA	PESCASSEROLI
PELIGNO-SANGRINA	PESCOCOSTANZO
PELIGNO-SANGRINA	PETTORANO SUL GIZIO
PELIGNO-SANGRINA	PRATOLA PELIGNA
PELIGNO-SANGRINA	PREZZA
PELIGNO-SANGRINA	RAIANO
PELIGNO-SANGRINA	RIVISONDOLI
PELIGNO-SANGRINA	ROCCA PIA
PELIGNO-SANGRINA	ROCCACASALE
PELIGNO-SANGRINA	ROCCARASO
PELIGNO-SANGRINA	SCANNO
PELIGNO-SANGRINA	SCONTRONE
PELIGNO-SANGRINA	SECINARO
PELIGNO-SANGRINA	VILLALAGO
PELIGNO-SANGRINA	VILLETTA BARREA
PELIGNO-SANGRINA	VITTORITO

La superficie della ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, con una estensione pari a 5047 Km<sup>2</sup>, copre il 47% del territorio della intera regione, corrispondente alle zone interne e montuose della stessa.

La struttura aziendale opera in una realtà caratterizzata da collegamenti non agevoli. La rete viaria è, infatti, in gran parte costituita da strade statali e provinciali strette e ad una corsia che rendono lenti e pericolosi gli spostamenti, soprattutto nei periodi invernali.

La dispersione della popolazione sul territorio della ASL 1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila, inoltre, assume particolare rilievo, espressa da una densità media pari a 60,1 abitanti/Km<sup>2</sup> a fronte del corrispondente dato regionale pari a 122,5 abitanti/Km<sup>2</sup>.

Al fine della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) non si può non tenere conto quindi degli aspetti territoriali e demografici che caratterizzano la Azienda USL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila.

L'erogazione delle prestazioni afferenti ai tre Livelli Essenziali di Assistenza viene garantita, per il rispetto del principio dell'equità, in modo omogeneamente diffuso sul territorio della Azienda, attraverso le seguenti strutture:

- **per l'assistenza ospedaliera:**
  - il Presidio Ospedaliero "San Salvatore" di L'Aquila;
  - il Presidio Ospedaliero "SS Filippo e Nicola" di Avezzano;
  - il Presidio Ospedaliero "dell'Annunziata" di Sulmona;
  - il Presidio Ospedaliero di Castel di Sangro;

- 
- il Presidio Ospedaliero "Umberto I" di Tagliacozzo, con componente riservata alla riabilitazione post acuzie.

Oltre i cinque presidi a gestione diretta l'Azienda opera mediante sei strutture di cura convenzionate, quali:

- la Casa di Cura privata "Villa Letizia" di L'Aquila;
  - la Casa di Cura "N. Di Lorenzo" di Avezzano;
  - la Casa di Cura "L'Immacolata" di Celano;
  - la Casa di Cura "San Raffaele" di Sulmona;
  - l'INI di Canistro;
  - la Nova Salus srl di Trasacco.
- **per l'assistenza territoriale:**
    - il Distretto Sanitario area L'Aquila;
    - il Distretto Sanitario area Marsica;
    - il Distretto Sanitario area Peligno-Sangrino;
    - il Presidio Territoriale di Assistenza di Pescina (P.T.A.);
    - il Presidio Territoriale di Assistenza di Tagliacozzo(P.T.A.);
    - l'Ospedale di Comunità di Pescina sede nel P.T.A. ;
    - l'Ospedale di Comunità di Tagliacozzo sede nel P.T.A.;
    - l'Associazione Medici di Medicina Generale (MMG) H12 con sede nel P.T.A. di Pescina;
    - l'Associazione Medici di Medicina Generale (MMG) H12 con sede nel P.T.A. di Tagliacozzo;
    - l'Oncologia Territoriale;
    - l'Hospice "Serafino Rinaldi" di Pescina sede nel P.T.A. ;
    - l'Hospice "Casa Margherita" di L'Aquila;
    - l'R.S.A. di Montereale;
    - il Dipartimento di Salute Mentale (allo stesso è affidata la gestione organizzativa e assistenziale delle sotto indicate strutture di tipo psichiatrico);
      - la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1) (L'Aquila);
      - la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo(SRP.2) (Avezzano);
      - la Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi (SRP.3) (L'Aquila);
      - le Strutture Abitative Supportate (n. 7 L'Aquila e n. 1 Avezzano)
      - i Centri Diurni Psichiatrici;
      - il Centro Diurno per l'Autismo;
      - la Struttura della REMS (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza)
    - la Centrale Operativa-Servizio di emergenza territoriale 118;
    - Punti di Primo Intervento con sedi nei Presidi Territoriali di Assistenza di Pescina e di Tagliacozzo.

Nei distretti è assicurata la gestione delle linee di attività riguardanti le **cure primarie, la riabilitazione territoriale, i consultori, l'accesso e la**



**valutazione per i percorsi socio sanitari e la psicologia adolescenziale.** Nel distretto trovano inoltre collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento di Prevenzione, del Servizio delle Dipendenze, del Servizio di Medicina Legale, rispetto ai quali il distretto stesso svolge una funzione di committenza.

• **per l'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro:**

- il Dipartimento di Prevenzione tramite i seguenti servizi:
- il Servizio Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica (SIESP);
  - il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);
  - il Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL);
  - il Servizio Tutela Salute Attività Sportive;
  - il Servizio Veterinario – area A;
  - il Servizio Veterinario – area B;
  - il Servizio Veterinario – area C;
  - il Servizio Fauna Selvatica e Monitoraggio Ambientale;
  - il Servizio Miglioramento, Proceduralizzazione e Monitoraggio dei Sistemi Informativi della Sanità Veterinaria;
  - il Servizio Verifiche Impiantistiche;

E' stata, altresì, istituita la U.O.S. Epidemiologia e Piani di Prevenzione per l'attuazione dei programmi di screening ed il raggiungimento degli obiettivi indicati nella griglia dei LEA.

In considerazione dell'estensione del territorio della ASL 1, ogni servizio afferente al Dipartimento di Prevenzione ha una sede operativa in ciascuna delle tre macroaree che costituiscono l'Azienda (Area L'Aquila, Area Marsica, Area Peligno-Sangrina).

## **2.2. Cosa facciamo e come operiamo**

L'Azienda ha definito l'attuale assetto organizzativo, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 1740 del 02.12.2013 e ss.mm.ii., conformandosi a quanto indicato dalla normativa nazionale e regionale (Deliberazioni del Commissario ad Acta n.44 e n. 45 del 2010 del 3 agosto 2010; Decreti del Commissario ad Acta n. 5 e n. 15 del 2011; Documento del Comitato LEA "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse dell'SSN ex art. 12, comma 1, lettera b), Patto per la Salute 2010-2012" approvato nella seduta del 26.03.2012; Decreto del Commissario ad Acta n. 49/2012).

Nel delineare la propria organizzazione l'Azienda ha inteso superare il gap esistente tra l'offerta territoriale, caratterizzata da fabbisogni non soddisfatti o solo parzialmente soddisfatti, e l'offerta ospedaliera, caratterizzata da servizi spesso frammentati, a volte inappropriati e in alcuni casi sovradimensionati rispetto agli standard nazionali.

Al fine di garantire la completa integrazione funzionale tra le diverse strutture produttive ospedaliere e territoriali e delle stesse con strutture accreditate esterne all'Azienda o con professionisti convenzionati, è stato adottato il modello della rete integrata di assistenza, con l'intento di pervenire:

- 
- alla localizzazione delle strutture afferenti alla rete secondo una logica che privilegi le esigenze dei cittadini e che tenga in secondo piano le esigenze degli addetti ai lavori;
  - alla piena cooperazione delle singole unità costituenti la rete (tra due o più dipartimenti, tra dipartimenti e distretti, tra dipartimenti e/o distretti e servizi aziendali, tra strutture aziendali e privato accreditato, tra strutture aziendali e Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Convenzionati ecc.);
  - alla progettazione di un sistema in cui tutte le unità coinvolte nella rete siano ugualmente importanti per garantire pienamente l'obiettivo di assicurare la salute della popolazione in modo efficace, efficiente e, ovviamente, compatibile con le risorse disponibili.

In tale ottica l'Azienda attualmente assicura, attraverso le **reti integrate di assistenza**, le attività riabilitative, oncologiche, delle cure palliative e terapia del dolore, oculistiche e farmaceutiche.

Inoltre, al fine di garantire in ambito dipartimentale o distrettuale o di servizio aziendale l'omogeneità di linee specialistiche o di linee di attività rivolte a particolari categorie di pazienti, l'Azienda USL 1 ha adottato il modello del coordinamento per l'attività specialistica. Allo stato attuale sono attive, in ambito territoriale, il coordinamento aziendale delle linee di attività riferite alle Cure Primarie, alle Cure Domiciliari, alla Riabilitazione territoriale, alle Cure residenziali e semiresidenziali, alle attività Consultoriali.

In ambito ospedaliero, per quei settori caratterizzati da una forte interazione tra i diversi professionisti coinvolti nei processi sanitari, da una elevata tecnologia e da un'elevata complessità assistenziale, sono attive strutture di Coordinamento.

L'Azienda nel triennio 2017-2019, intensificherà tutte le azioni volte all'integrazione dell'attività ospedaliera con quella territoriale attraverso le reti per patologie e saranno attivati i processi di "continuità assistenziale" che collegheranno fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. Ciò avverrà anche con il potenziamento delle strutture territoriali al fine di agevolare la dimissione e di ridurre al minimo la degenza non necessaria e, al tempo stesso, favorire il precoce reinserimento nell'ambiente di vita con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza.

A tale fine con deliberazione del Direttore Generale n.595 del 22.04.2016 si è approvata la procedura per l'esecuzione di prestazioni sanitarie ai pazienti in ADI, con la quale si sono definite modalità, omogenee a livello aziendale, per l'accesso dei pazienti assistiti con le Cure domiciliari ai servizi aziendali ospedalieri e territoriali, per l'esecuzione di prestazioni sanitarie.

L'offerta sanitaria sul territorio, già garantita in modo soddisfacente grazie anche all'attivazione di n. 2 Ospedali di Comunità (Pescina e Tagliacozzo) e di n. 2 Hospice (L'Aquila e Pescina), sarà quindi ulteriormente incrementata, al fine di continuare nell'azione di decongestionamento degli ospedali e di consentire l'erogazione di un appropriato setting assistenziale per quegli utenti (persone anziane o disabili) affetti da malattie croniche e da patologie oncologiche, per i quali i bisogni assistenziali risultano essere più complessi, tali da non consentire una idonea assistenza a domicilio e che non necessitano di ricovero in ospedale per acuti. A tal fine

L'Azienda intensificherà tutte le azioni volte al potenziamento delle Cure Intermedie, in particolare delle Cure Domiciliari, attraverso azioni di coinvolgimento maggiore con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, con i quali verrà condivisa la presa in carico dei pazienti in modalità di più facile gestione (utilizzo di sistemi informatici, gestione condivisa di dati e informazioni). Provvederà altresì a predisporre protocolli operativi con le UU.OO. Ospedaliere per incentivare il ricorso alla dimissione programmata; completare e mettere in uso il regolamento aziendale che disciplina tutte le modalità assistenziali offerte dalle Cure Intermedie per i diversi livelli di complessità dei pazienti.

Al fine di implementare l'assistenza domiciliare ed ambulatoriale oncologica ed evitare il ricorso improprio al ricovero, oltre che superare la frammentarietà e la non omogeneità delle prestazioni sanitarie oncologiche, la ASL con deliberazione n. 1563/2016 ha proceduto alla ridefinizione dell'organizzazione della Unità Operativa di Oncologia Territoriale a valenza aziendale ed ha approvato le procedure operative di funzionamento della stessa, nonché le modalità assistenziali per la continuità delle cure a livello ambulatoriale e domiciliare.

Sono stati attivati ambulatori oncologici territoriali presso i Distretti Sanitari area L'Aquila, Marsica e Peligno-Sangrino per visite di controllo periodiche in pazienti potenzialmente curati. E' stata realizzata l'integrazione delle attività clinico-assistenziali tra Unità Oncologiche e di Cure Intermedie (residenziali e domiciliari). L'Azienda partecipa alla rete italiana Tumori Rari ed ha realizzato il percorso innovativo delle prestazioni ambulatoriali complesse di terapia oncologica attraverso l'integrazione dei sistemi informatici attivi presso la ASL 1 di CUP di I e II Livello (SIS WEB), di esami di laboratorio (DNA WEB) di preparazione dei farmaci oncologici.

Con l'avvento delle nuove forme organizzative per l'erogazione delle cure primarie garantite tramite le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Convenzionata, integrate con personale dipendente del SSN, è possibile addivenire ad un concreto sviluppo dell'assistenza territoriale strutturata in un sistema integrato di servizi, che con la collaborazione e l'integrazione tra professionisti e operatori sanitari, socio sanitari e sociali, nonché con la condivisione e l'applicazione di percorsi assistenziali, concorre alla presa in carico dei bisogni di salute della popolazione di riferimento e ad erogare adeguati livelli assistenziali. In ottemperanza di quanto stabilito dai DD.CC.AA. n.16/2016, n.17/2016 e n. 56/2016, la ASL, con deliberazione del Direttore Generale n. 891/2016 successivamente modificata ed integrata con deliberazione del Direttore Generale n.1675/2016, ha proceduto ad approvare la proposta di individuazione, nell'ambito del territorio aziendale, delle AFT per la Medicina Generale (MMG) e Pediatria di Libera scelta (PLS), con le relative sedi e orari di apertura; con deliberazione del Direttore Generale n. 892/2016 successivamente modificata ed integrata con deliberazione del Direttore Generale n.1674/2016, ha proceduto ad individuare le UCCP, distinte per area territoriale; con deliberazione del Direttore Generale n. 1676/2016, ha proceduto ad individuare una AFT della Medicina Specialistica Ambulatoriale (SUMAI).

L'Azienda intensificherà, nel triennio, tutte le azioni volte allo sviluppo delle nuove forme organizzative assistenziali e al potenziamento delle attività territoriali, attraverso l'implementazione anche di specifici percorsi assistenziali condivisi, al fine di fornire un'adeguata risposta assistenziale ai bisogni dell'utenza, e di conseguenza giungere ad un utilizzo appropriato dell'assistenza ospedaliera per acuti.

L'assetto strutturale aziendale è stato definito, sulla base delle direttive regionali e nazionali, tenendo anche conto delle esigenze connaturate alla presenza della Facoltà di Medicina dell'Università di L'Aquila, con la quale l'AUSL 1 intrattiene rapporti in regime di convenzionamento, ed avendo cura di ricercare intese sinergiche nel rispetto delle reciproche necessità e obiettivi, nell'interesse primario di soddisfare in maniera adeguata ed appropriata la domanda di salute proveniente dall'ambito territoriale di riferimento.

Nell'ambito dei rapporti ASL - Università degli Studi di L'Aquila, nelle more della redazione del nuovo Protocollo d'Intesa tra la Regione e le Università abruzzesi, l'Azienda ha prorogato l'Atto Aggiuntivo al Protocollo d'Intesa Preliminare tra l'ASL 1 e Università. Nel medesimo ambito la Commissione Consultiva Paritetica Permanente tra l'Università degli Studi di L'Aquila e la ASL 1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila ha intensificato la propria attività, riunendosi ripetutamente.

### 3. Identità

#### 3.1.L'Amministrazione in cifre

##### 3.1.1. Assistenza ospedaliera - Posti letto e prestazioni erogate

L'azienda USL Avezzano, Sulmona, L'Aquila, come in precedenza già esplicitato, opera mediante cinque Presidi a gestione diretta e sei Case di Cura convenzionate.

**Tabella 4:** Distribuzione dei posti letto dei Presidi Ospedalieri Pubblici della Azienda, previsti dalla delibera commissariale n. 45/2010.

PRESIDI OSPEDALIERI ASL	DETTAGLIO POSTI LETTO PREVISTI dalla delibera commissariale 45/2010				
	PO L'AQUILA	PO AVEZZANO	PO SULMONA	PO CASTEL di SANGRO	PO TAGLIACOZZO
MEDICA	171	71	46	20	
CHIRURGICA	126	82	65	20	
MATERNO INFANTILE	38	30	25		
TERAPIA INTENSIVA	8	8	8		
PSICHIATRIA SPDC	15	15			
DETENUTI	2				
<i>subtotale</i>	<b>360</b>	<b>206</b>	<b>144</b>	<b>40</b>	<b>0</b>
RIABILITAZIONE	20				40
LUNGODEGENZA	20	20	20		
<i>subtotale</i>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>40</b>
<b>TOTALE STRUTTURA</b>	<b>400</b>	<b>226</b>	<b>164</b>	<b>40</b>	<b>40</b>

Il piano di riordino dei posti letto ospedalieri pubblici, stabilito dalla deliberazione commissariale n. 45/2010, è stato ed è fortemente condizionato dalle caratteristiche logistico-strutturali dei singoli Presidi (esistenza di reparti dimensionati a 30 o a 15 pl, dislocazione degli stessi in aree non contigue o addirittura su piani diversi ecc.). Inoltre ha inciso ed incide in maniera decisiva, per la soluzione della stessa problematica, lo stato di avanzamento dei lavori di consolidamento, ripristino e/o ristrutturazione di alcune delle strutture (PO di L'Aquila ripristino, consolidamento post-sisma, PO di

Sulmona e PO di Castel di Sangro, consolidamento, ristrutturazione ecc.). Nonostante le difficoltà sopra rappresentate e le conseguenti difficoltà nel conciliare le esigenze di razionalizzazione con quelle assistenziali della popolazione residente nel territorio di riferimento, al fine del conseguimento delle conformità, rispetto a quanto previsto dai provvedimenti regionali, la ASL ha intrapreso una serie di iniziative volte all'attuazione di quanto determinato a livello aziendale in materia di riordino dei posti letto pubblici, attestandosi positivamente entro lo standard fissato dai provvedimenti regionali e nazionali in materia di posti letto.

Nel corso del triennio 2017-2019 la ASL n.1, alla luce delle indicazioni scaturite dall'approvazione del DM n.70/2015, dei Decreti Commissariali n. 55/2016 e n.79/2016 e delle deliberazioni di Giunta Regionale n.505/2016, n.576/2016 e 741/2016, provvederà ad attuare gli interventi connessi alla razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera, conformemente anche a quanto verrà definito nelle emanande linee guida per la redazione degli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo e nei documenti relativi alla riorganizzazione dell'assistenza riabilitativa in corso di definizione da parte della Regione Abruzzo.

Il Presidio Ospedaliero di L'Aquila è la struttura dotata del maggior numero di PP.LL., quella di riferimento aziendale e la più complessa sia per il numero di unità operative sia per le discipline altamente specialistiche - a direzione ospedaliera e universitaria - in essa presenti, così come evidenziato dalla tabella sottostante, in cui è riportata l'attività espletata nei cinque presidi aziendali e nel PTA di Pescina (componente ospedaliera) durante il 2015.

**Tabella 5:** Prestazioni erogate dai presidi ospedalieri aziendali a gestione diretta - Anno 2015

COD_IST	STRUTTURA	RICOVERI		PRESTAZIONI INTERNE		PRESTAZIONI ESTERNE		DRG AMBULATORIALI		TOTALE VALRE DELLA PRODUZIONE
		N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE	
130001	PO L'AQUILA	20.642	59.868.116,63	1.417.864	13.608.816,26	1.800.738	25.808.933,62	2.656	1.995.701,46	101.281.567,96
130002	PO SULMONA	5.670	17.965.631,29	618.903	3.559.550,58	596.811	6.438.206,65	597	509.290,20	28.472.678,72
130003	PO AVEZZANO	15.476	45.273.573,23	1.188.751	13.521.611,76	1.055.508	11.421.903,35	1.392	1.009.606,11	71.226.694,45
130005	PO CASTEL di SANGRO	1.891	5.020.227,96	181.376	1.217.135,50	200.058	1.696.392,89	75	44.145,00	7.977.901,35
130006	PO TAGLIACCOZZO	457	2.528.239,49	52.556	234.483,85	245.452	1.705.501,16			4.468.224,50
	PTA PEScina componente ospedaliera			15.390	93.017,35	229.278	1.230.507,72			1.323.525,07
	<b>TOTALI</b>	<b>44.136</b>	<b>130.655.788,60</b>	<b>3.474.840</b>	<b>32.234.615,29</b>	<b>4.127.845</b>	<b>48.301.445,39</b>	<b>4.720</b>	<b>3.558.742,77</b>	<b>214.750.592,05</b>

Attualmente risultano in corso le procedure per l'accreditamento definitivo delle strutture ospedaliere pubbliche nel loro insieme, ai sensi delle norme vigenti, mentre per alcune unità operative, come ad es. la UOC Laboratorio Analisi e la UOSD Microchirurgia Oculare del PO di L'Aquila, dette procedure, unitamente a quelle di certificazione di qualità, sono state già completate.

I posti letto direttamente gestiti nell'anno sono, mediamente, pari a n. 812,67 unità (Tab. 6), quelli convenzionati sono risultati essere n. 330 unità (Tab. 7).

**Tabella 6:** Distribuzione dei PP.LL. dei presidi ospedalieri aziendali a gestione diretta - Anno 2015

COD IST	PRESIDIO	PL DH	PL DS	PL ORD	TOT
130001	PO L'AQUILA	36,75	20,00	307,00	<b>363,75</b>
130002	PO SULMONA	6,00	6,00	134,00	<b>146,00</b>
130003	PO AVEZZANO	22,00	12,00	189,67	<b>223,67</b>
130005	PO CASTEL DI SANGRO	1,00	2,00	36,25	<b>39,25</b>
130006	PO TAGLIACOZZO			40,00	<b>40,00</b>
<b>TOTALE ASL</b>		<b>65,75</b>	<b>40,00</b>	<b>706,92</b>	<b>812,67</b>

Fonte Dati: modelli HSP.22bis mensili

**Tabella 7:** Distribuzione dei PP.LL. delle strutture accreditate - Anno 2015

Codice struttura	Codice disciplina	Degenza ordinaria (accreditata)	Day hospital (accreditata)	Day surgery (accreditata)	TOTALE
130010	CASA DI CURA 'N. DI LORENZO'	65	2	3	<b>70</b>
130012	CASA DI CURA L'IMMACOLATA	67	1	2	<b>70</b>
130013	CDC S. RAFFAELE	55	0	0	<b>55</b>
130039	INI CANISTRO SRL	33	1	1	<b>35</b>
130040	CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	64	2	4	<b>70</b>
130041	NOVA SALUS SRL	30	0	0	<b>30</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>314</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>330</b>

Fonte Dati: modelli HSP.13 - Quadro E

### 3.1.2. Assistenza Territoriale

L'Azienda opera anche mediante n. 102 presidi a gestione diretta e 44 strutture convenzionate, così come indicato nelle seguenti tabelle 8 e 9.

**Tabella 8:** Strutture territoriali a gestione diretta: distribuzione per tipo e tipologia di assistenza erogata. Anno 2015

TIPO STRUTTURA	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	TOTALE
AMBULATORIO E LABORATORIO						38		15	7	<b>60</b>
STRUTTURA RESIDENZIALE	1	3	2		2					<b>8</b>
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					3					<b>3</b>
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				3	5	6	17			<b>31</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>102</b>

Fonte Dati: modelli STS11

**Tabella 9:** Strutture territoriali convenzionate: distribuzione per tipo e tipologia di assistenza erogata. Anno 2015

Tipo struttura	ASSISTENZ A AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZ A AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTIC A STRUMENTAL E E PER IMMAGINI	TOTALE
AMBULATORIO E LABORATORIO					13	10	6	29
STRUTTURA RESIDENZIALE	9	2	2	2				15
<b>TOTALE</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>44</b>

Fonte Dati: modelli STS11

In attuazione del processo di riforma della medicina penitenziaria e di quanto previsto dalla Legge 30 maggio 2014 n. 81 circa il superamento e la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e delle case di cura e di custodia (CCC), è stata inaugurata la struttura della REMS (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) ubicata presso il Comune di Barete. E' una struttura residenziale socio-sanitaria dotata di n. 20 posti letto e deputata all'accoglienza di uomini e donne delle Regioni Abruzzo e Molise.

Gli istituti o centri di riabilitazione a gestione diretta ex art. 26, L. n. 833/1978, sono n.2 e non sono dotati di posti letto.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L. n. 833/1978, come esplicitati nella seguente tabella 10 sono n. 11, per complessivi n. 155 posti letto residenziali e n. 50 posti letto semiresidenziali.

Risultano in corso le procedure per l'accreditamento definitivo delle strutture pubbliche su descritte, ai sensi delle norme vigenti.

Per quanto riguarda la medicina generale l'Azienda opera mediante n. 249 medici di base che assistono complessivamente una popolazione pari a n. 265.538 unità e n. 35 pediatri che assistono complessivamente una popolazione pari a n. 30.508 unità.

**Tabella 10:** Istituti o Centri di Riabilitazione convenzionati ex art. 26 (L. 833/78) - Anno 2015

Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza residenziale Posti letto	Assistenza semiresidenziale Posti letto	Assistenza Ambulatoriale	Anno apertura	Mese apertura	Anno chiusura	Mese chiusura
130087	ANESIS S.R.L.	0	0	si	2007	07	0000	00
130093	CENTRO FISIOT.RIAB.MEDICAL MAR	0	0	si	2000	01	0000	00
130091	CENTRO MEDISALUS S.R.L.	0	0	si	2007	08	0000	00
130148	CENTRO RIAB VILLA DOROTEA	120	0		2006	05	0000	00
130083	CENTRO SAN VENANZIO	0	0	si	2005	03	0000	00
130043	CONSORZIO SAN STEF.AR.	0	0	si	2012	08	0000	00
130104	CONSORZIO SAN STEF.AR.	0	0	si	2012	08	0000	00
130073	FOND.P.ALBERTO MILENO ONLUS	0	25		1997	01	0000	00
130097	FOND.P.ALBERTO MILENO ONLUS	0	25		2005	06	0000	00
130099	NOVA SALUS SRL	35	0		1995	10	0000	00
130144	SAN RAFFAELE SPA	0	0	si	1980	07	0000	00
<b>TOTALE</b>		<b>155</b>	<b>50</b>					

Fonte Dati: modelli RIA11

### 3.2. Dati di Attiv--ità

#### 3.2.1. Assistenza ospedaliera

Si rileva una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri: nella tabella successiva (Tab.11) si evidenzia come l'indice di inapproprietezza passa dal 10,00% del 2014 al 9,85% del 2015, facendo evidenziare un decremento anche rispetto agli anni 2010, 2011 e 2012 nei quali si erano registrati dei valori pari, rispettivamente, al 13,84%, all'11,95% e al 10,75%.

I dati di attività relativi all'assistenza ospedaliera anno 2016, al momento, sono in fase di consolidamento: non appena disponibili gli stessi saranno esplicitati ad integrazione del piano della performance

**Tabella 11:** Distribuzione dei ricoveri per acuti complessivi e a rischio di inapproprietezza per Presidio Ospedaliero. Anni2014-2015

COD_IST	PRESIDIO	ANNO 2014			ANNO 2015		
		RIC ORD PER ACUTI DRG LEA (N)	TOTALE RIC ORD PER ACUTI (N)	RIC ORD PER ACUTI DRG LEA (%)	RIC ORD PER ACUTI DRG LEA (N)	TOTALE RIC ORD PER ACUTI (N)	RIC ORD PER ACUTI DRG LEA (%)
130001	L' AQUILA	1.159	12.794	9,06%	1.099	12.863	8,54%
130002	SULMONA	647	4.819	13,43%	651	4.482	14,52%
130003	AVEZZANO	919	10.503	8,75%	852	10.292	8,28%
130005	CASTEL DI SANGRO	220	1.339	16,43%	261	1.437	18,16%
<b>TOTALE</b>		<b>2.945</b>	<b>29.455</b>	<b>10,00%</b>	<b>2.863</b>	<b>29.074</b>	<b>9,85%</b>

La distribuzione dei ricoveri dei residenti ASL per struttura di ricovero (pubbliche e private aziendali, regionali ed extraregionali) è bene rappresentata nelle seguenti tabelle 12 e 13, dalle quali si evidenzia una riduzione degli stessi per riabilitazione e lungodegenza.

Tali tabelle fanno riferimento agli anni 2012 e 2013 in quanto non sono ancora disponibili i dati relativi alla mobilità passiva 2014.

**Tabella 12:** Distribuzione dei ricoveri dei residenti per struttura e tipologia di ricovero. Anno 2012

STRUTTURE	Reparti per acuti	Riabilitazione	Lungodegenza	TOTALI
Presidi Pubblici ASL	35.113	557	551	36.221
Presidi Pubblici altre ASL Regione Abruzzo	3.798	41	6	3.845
Presidi Pubblici e Privati altre Regioni	9.021	436	49	9.506
Strutture Private Accreditate Regionali	6.527	644	92	7.263
<b>TOTALE</b>	<b>54.459</b>	<b>1.678</b>	<b>698</b>	<b>56.835</b>

**Tabella 13:** Distribuzione dei ricoveri dei residenti per struttura e tipologia di ricovero – Anno 2013

STRUTTURE	Reparti per acuti	Riabilitazione	Lungodegenza	TOTALI
Presidi Pubblici ASL	35.097	519	748	36.364
Presidi Pubblici altre ASL Regione Abruzzo	3.876	28	3	3.907
Presidi Pubblici e Privati altre Regioni	9.033	348	79	9.460
Strutture Private Accreditate Regionali	6.814	671	86	7.571
<b>TOTALE</b>	<b>54.820</b>	<b>1.566</b>	<b>916</b>	<b>57.302</b>



**Tabella 14:** Mobilità passiva ricoveri extra ed intra regionale. Anni 2012 e 2013.

	ANNO 2013		ANNO 2012	
	N RIC	VALORE	N RIC	VALORE
EXTRAREGIONALE	9,272	30,365,711.62	9,329	30,716,775.92
INTRAREGIONALE	4,448	16,777,099.76	4,381	15,774,608.38
<b>TOTALE</b>	<b>13,720</b>	<b>47,142,811.38</b>	<b>13,710</b>	<b>46,491,384.30</b>

**Tabella 15:** Mobilità passiva ricoveri extra ed intra regionale anni 2012 e 2013 per area di provenienza.

AREA DI PROVENIENZA	ANNO 2013		ANNO 2012	
	N RIC	VALORE	N RIC	VALORE
L'Aquila	3,841	13,333,880.27	4081	14,108,482.32
Marsica	5,585	19,664,493.10	5366	18,550,716.34
Peligno - sangrina	4,294	14,144,438.01	4263	13,832,185.64
	<b>13,720</b>	<b>47,142,811.38</b>	<b>13,710</b>	<b>46,491,384.30</b>

**Tabella 16:** Mobilità passiva ricoveri extraregionale anni 2012 e 2013 - Distribuzione dei ricoveri per regione di destinazione.

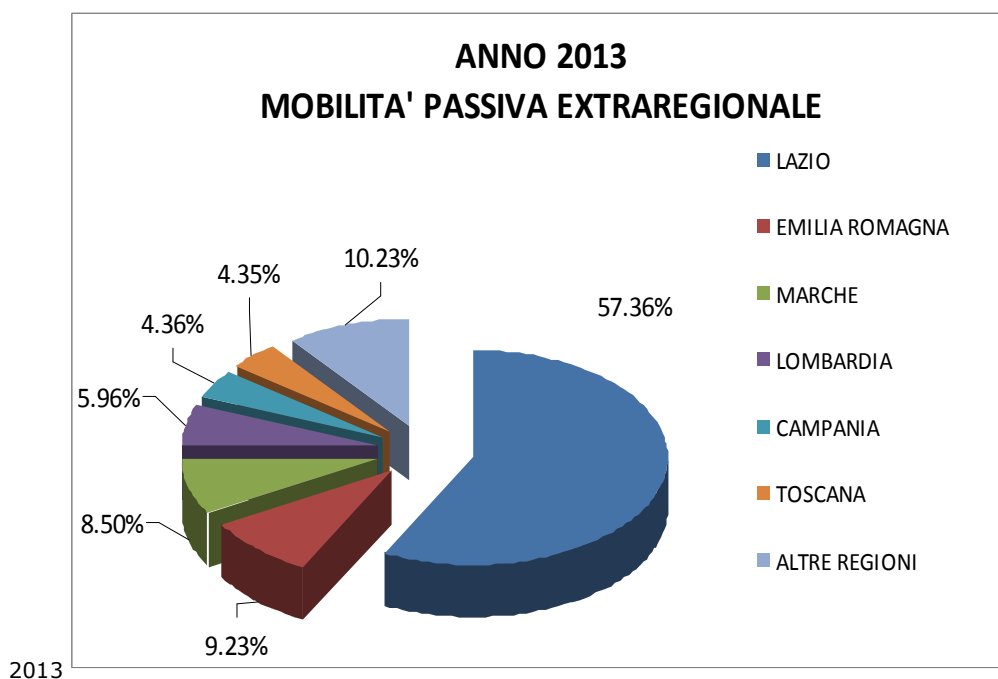
REGIONE	ANNO 2013		ANNO 2012	
	N RIC	VALORE	N RIC	VALORE
LAZIO	5,852	17,418,219.17	6,127	18,656,854.34
EMILIA ROMAGNA	563	2,802,445.72	506	2,454,825.09
MARCHE	711	2,581,843.29	634	2,509,159.54
LOMBARDIA	364	1,810,426.80	381	2,028,936.74
CAMPANIA	502	1,324,704.49	425	1,016,608.36
TOSCANA	369	1,322,014.95	379	1,194,211.79
ALTRE REGIONI	911	3,106,057.20	877	2,856,180.06
	<b>9,272</b>	<b>30,365,711.62</b>	<b>9,329</b>	<b>30,716,775.92</b>

fonte dati file "A" mobilita' passiva 1°invio

**Tabella 17:** Mobilità passiva ricoveri extraregionale anno 2013 - Distribuzione dei ricoveri per regione di destinazione

REGIONE	%	ANNO 2013
LAZIO	57.36%	17,418,219.17
EMILIA ROMAGNA	9.23%	2,802,445.72
MARCHE	8.50%	2,581,843.29
LOMBARDIA	5.96%	1,810,426.80
CAMPANIA	4.36%	1,324,704.49
TOSCANA	4.35%	1,322,014.95
ALTRE REGIONI	10.23%	3,106,057.20
		<b>30,365,711.62</b>

**Figura 1.** Distribuzione della mobilità passiva extra regionale per regione di destinazione Anno



Fonte dati file "A" mobilita' passiva 1°invio

Particolare rilevanza la funzione del pronto soccorso, sia dal punto di vista clinico-assistenziale, sia per il ruolo di filtro che lo stesso svolge tra i bisogni di salute territoriali e l'offerta di degenza ospedaliera, la tabella che segue evidenzia gli accessi ai pronto soccorso aziendali ed il relativo valore filtro anni 2013-2014-2015-2016.

**Tabella 18.** Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso.

Codice struttura	struttura	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
		N° ACCESSI	N° ACCESSI	N° ACCESSI	N° ACCESSI	N° ACCESSI	CAPACITA' DI FILTRO	CAPACITA' DI FILTRO	CAPACITA' DI FILTRO	CAPACITA' DI FILTRO	CAPACITA' DI FILTRO
130001	PO L'AQUILA PS PEDIATRICO	7.228	9.491	8.654	8.783	8.676	ND	6,27%	6,36%	6,69%	7,69%
130001	PO L'AQUILA	35.381	35.715	34.964	33.735	33.961	16,26%	17,50%	17,69%	20,34%	21,27%
130002	PO SULMONA	22.092	22.418	22.977	20.514	19.021	16,89%	15,92%	15,49%	14,79%	13,89%
130003	PO AVEZZANO	46.926	36.657	39.845	38.597	38.817	15,94%	15,53%	13,85%	14,56%	14,10%
130004	PO PESCHINA	6.589	7.379	8.254	7.380	7.772	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
130005	PO CASTEL DI SANGRO	10.304	9.453	9.298	9.661	10.124	9,94%	11,37%	10,15%	9,61%	8,54%
130006	PO TAGLIACOZZO	6.843	7.550	7.567	6.569	6.482	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
		<b>135.363</b>	<b>128.663</b>	<b>131.559</b>	<b>125.239</b>	<b>124.853</b>	<b>14,04%</b>	<b>13,35%</b>	<b>12,74%</b>	<b>13,60%</b>	<b>13,51%</b>

Fonte dati NSIS modello HSP 24

**Tabella 19:** Confronto dati di attività degli esercizi 2014-2015

**DATI DA FILE "ASDO" NSIS**

ANNO 2014

COD IST	PRESIDIO	RICOVERI TOTALI		RESIDENTI ASL		RESIDENTI INTRAREGIONE		RESIDENTI EXTRAREGIONE	
		NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI
130001	PO L'AQUILA	20.493	57.308.317,74	15.157	42.989.827,94	2.269	5.475.876,23	3.067	8.842.613,57
130002	PO SULMONA	5.787	17.940.322,10	4.767	14.802.923,61	595	1.779.009,69	425	1.358.388,80
130003	PO AVEZZANO	15.064	41.495.889,31	11.993	32.511.359,17	276	784.749,62	2.795	8.199.780,52
130005	PO CASTEL DI SANGRO	1.901	4.780.044,50	863	2.160.242,98	284	755.263,80	754	1.864.537,72
130006	PO TAGLIACOZZO	474	2.533.880,97	347	1.802.748,39	5	29.088,37	122	702.044,21
<b>TOTALI</b>		<b>43.719</b>	<b>124.058.454,62</b>	<b>33.127</b>	<b>94.267.102,09</b>	<b>3.429</b>	<b>8.823.987,71</b>	<b>7.163</b>	<b>20.967.364,82</b>
<b>TOTALI con DRG 391</b>		<b>45.574</b>	<b>125.062.452,86</b>	<b>34.755</b>	<b>95.148.061,33</b>	<b>3.485</b>	<b>8.854.063,91</b>	<b>7.334</b>	<b>21.060.327,62</b>

DRG 391

COD IST	PRESIDIO	RICOVERI TOTALI		RESIDENTI ASL		RESIDENTI INTRAREGIONE		RESIDENTI EXTRAREGIONE	
		NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI
130001	L'AQUILA	767	412.317,36	677	363.648,60	37	19.686,24	53,00	28.982,52
130002	SULMONA	187	102.259,08	163	89.134,92	16	8.749,44	8,00	4.374,72
130003	AVEZZANO	901	489.421,80	788	428.175,72	3	1.640,52	110,00	59.605,56
<b>TOTALI</b>		<b>1.855</b>	<b>1.003.998,24</b>	<b>1.628</b>	<b>880.959,24</b>	<b>56</b>	<b>30.076,20</b>	<b>171</b>	<b>92.962,80</b>

**DATI DA FILE "ASDO" NSIS**

ANNO 2015

COD IST	PRESIDIO	RICOVERI TOTALI		RESIDENTI ASL		RESIDENTI INTRAREGIONE		RESIDENTI EXTRAREGIONE	
		NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI
130001	PO L'AQUILA	19.871	59.447.049,83	14.772	44.788.045,43	2.221	5.804.668,36	2.878	8.854.336,04
130002	PO SULMONA	5.542	17.902.397,14	4.542	14.587.940,51	616	2.072.481,18	384	1.241.975,45
130003	PO AVEZZANO	14.469	44.723.452,19	11.445	34.707.103,28	256	984.093,96	2.768	9.032.254,95
130005	PO CASTEL DI SANGRO	1.891	5.020.227,96	929	2.503.442,29	231	637.165,21	731	1.879.620,46
130006	PO TAGLIACOZZO	457	2.528.239,49	342	1.852.161,64	2	4.902,00	113	671.175,85
<b>TOTALI</b>		<b>42.230</b>	<b>129.621.366,61</b>	<b>32.030</b>	<b>98.438.693,15</b>	<b>3.326</b>	<b>9.503.310,71</b>	<b>6.874</b>	<b>21.679.362,75</b>
<b>TOTALI con DRG 391</b>		<b>44.145</b>	<b>130.667.471,53</b>	<b>33.667</b>	<b>99.332.776,55</b>	<b>3.382</b>	<b>9.533.933,75</b>	<b>7.096</b>	<b>21.800.761,23</b>

DRG 391

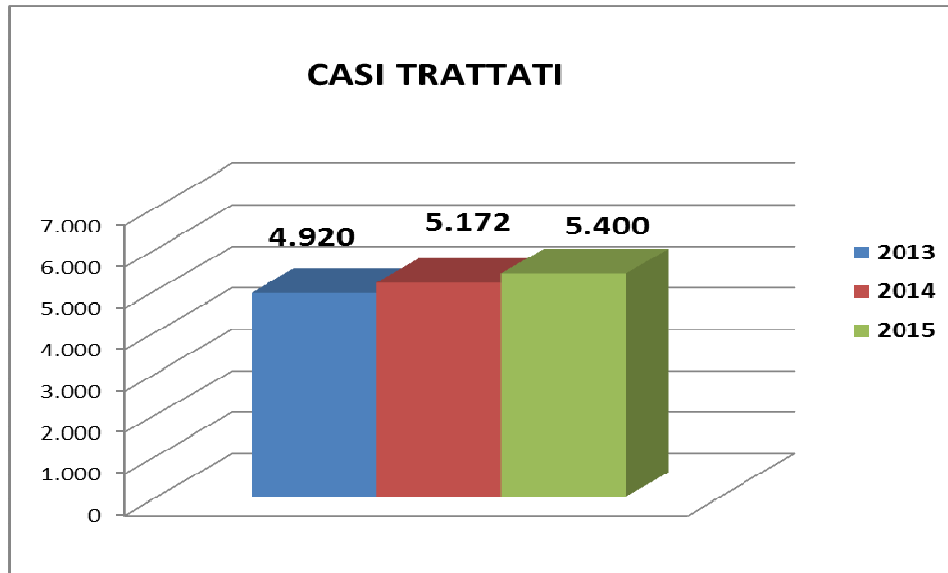
COD IST	PRESIDIO	RICOVERI TOTALI		RESIDENTI ASL		RESIDENTI INTRAREGIONE		RESIDENTI EXTRAREGIONE	
		NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI	NUMERO RICOVERI	VALORE RICOVERI
130001	L'AQUILA	771	421.066,80	664	362.554,92	42	22.967,28	65	35.544,60
130002	SULMONA	137	74.917,08	125	68.355,00	9	4.921,56	3	1.640,52
130003	AVEZZANO	1.007	550.121,04	848	463.173,48	5	2.734,20	154	84.213,36
<b>TOTALI</b>		<b>1.915</b>	<b>1.046.104,92</b>	<b>1.637</b>	<b>894.083,40</b>	<b>56</b>	<b>30.623,04</b>	<b>222</b>	<b>121.398,48</b>

### 3.2.2. Assistenza territoriale

I dati di attività riportati nelle sottostanti figure 2 e 3, evidenziano lo sviluppo nel corso degli anni della linea di attività territoriale riferita all'Assistenza Domiciliare Integrata; ciò in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale e nell'ottica di offrire un servizio sempre più integrato e flessibile a garanzia della continuità del percorso assistenziale e a beneficio degli utenti più fragili. Tale modello assistenziale ha visto il coinvolgimento di diverse figure professionali che, in maniera integrata, hanno concorso al soddisfacimento dei bisogni dei pazienti attraverso adeguati e specifici interventi sanitari.

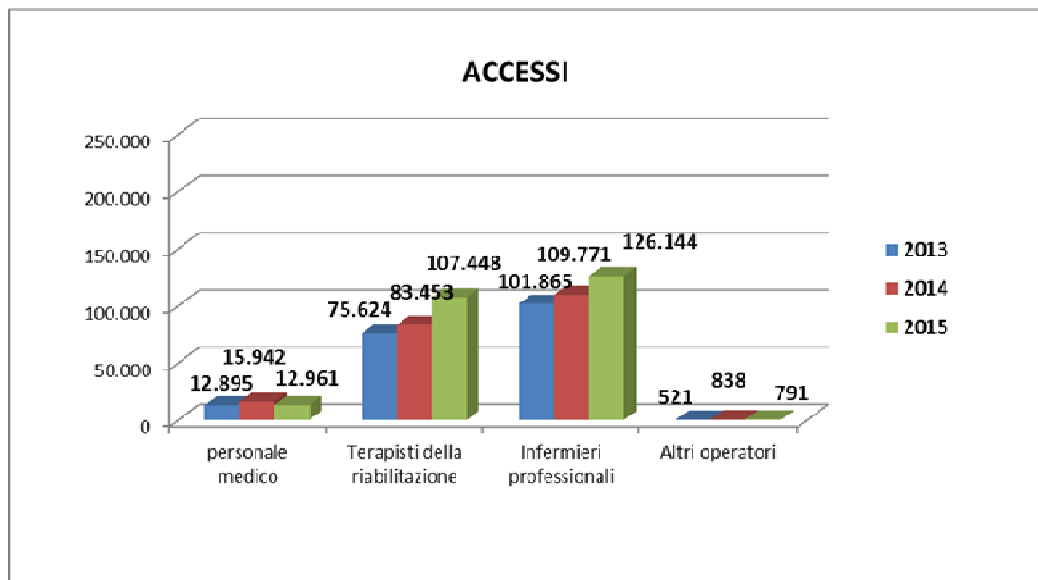
I dati relativi all'anno 2016, al momento, sono in fase di elaborazione da parte dei competenti servizi aziendali: non appena disponibili gli stessi saranno esplicitati ad integrazione del piano della performance.

**Figura 2:** Distribuzione dei casi trattati in ADI. Anni 2013-2014-2015



Fonte dati modello FLS21 NSIS

**Figura 3:** Distribuzione degli accessi in ADI per figura professionale. Anni 2013-2014-2015



Accanto a questa tipologia di attività, l'Azienda ha intrapreso iniziative tese all'implementazione delle attività necessarie a caratterizzare Presidi Territoriali di Assistenza, tenendo conto della logistica e della adeguatezza degli spazi in rapporto alle funzioni previste (ambulatori specialistici, Ospedale di Comunità e Hospice) ed ha definito in tale ambito, tra l'altro, l'organizzazione delle attività del Punto di

Primo Intervento, del Servizio di Emergenza Sanitaria 118, del Servizio di Radiologia e della Diagnostica di Laboratorio.

Si rappresenta che l'eventuale processo di adeguamento dell'organizzazione delle attività dei Punti di Primo Intervento aziendali, avverrà secondo quanto disciplinato dal Decreto commissariale n. 18/2016 e Deliberazioni di Giunta Regionale (DGR) n. 646/2016 così come rettificata dalla DGR 689/2016 della Regione Abruzzo o da indicazioni che verranno impartite dalla stessa.

Per quanto attiene il modello organizzativo "Ospedale di Comunità" la ASL n. 1, alla luce di quanto disciplinato dai DD.CC.AA n. 20/2016, n.55/2016 e n.79/2016, porrà in essere le azioni volte alla completa attuazione di quanto negli stessi definito, al fine della maggiore efficienza e appropriatezza delle prestazioni erogate. Con deliberazione del Direttore Generale n. 1773 del 03.11.2016 ha già proceduto all'ampliamento dei posti letto nell'Ospedale di Comunità del Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) di Pescina, che sono stati aumentati da n. 10 a n. 15.

Sono di seguito riportati i dati di attività rilevati presso il PTA di Pescina e il PTA di Tagliacozzo.

### **ATTIVITA' del PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA (PTA) PESCINA**

**Tabella 20:** Punto di Primo Intervento (PPI) - Periodo 01.01.2016 - 31.12.2016

<b>Accessi</b>	
<b>Fascia Oraria</b>	<b>N° Accessi</b>
8,00 - 20,00	6158
20,00 - 24,00	1107
24,00 - 8,00	540
<b>Totale</b>	<b>7805</b>

<b>Trasferimenti ad altri Presidi</b>	
<b>Presidio</b>	<b>N°</b>
P.O. S. Filippo e Nicola Avezzano	685
PP.OO. ASL	10
PP.OO. altre ASL Regione	
PP.OO. ASL Extraregione	5
Case di Cura Private accreditate ASL	
<b>Totale</b>	<b>700</b>

<b>Pazienti che hanno rifiutato la proposta di ricovero</b>	<b>50</b>
---	-----------

**Tabella 21: Emergenza Territoriale "118"- Periodo 01.01.2016 - 31.12.2016**

INTERVENTI RICHIESTI	<b>1134</b>	dei quali <b>884</b> con trasporto al PS di Avezzano, <b>33</b> con trasporto al PPI di Pescina, <b>22</b> ad altri ospedali e <b>195</b> casi risolti in loco*.
INTERVENTI EFFETTUATI CON TRASPORTO PAZIENTE	<b>939</b>	

*N.B.: 615 degli interventi effettivamente conclusi con trasporto del paziente a PP.OO. e PPI sono stati effettuati nella fascia oraria 8-20, il restante 324 nella fascia oraria 20-8*

*(\*) Il numero comprende: annullamento di missione da parte della Centrale Operativa; constatazione di decesso; trattamento in loco senza ricovero; paziente non reperito; attività di supporto ad elicottero.*

**Tabella 22: Ospedale di Comunità (P.L. n.10 fino al 02.11.2016 – PL n.15 dal 03.11.2016) – Periodo 01.01.2016 - 31.12.2016**

PAZIENTI TRATTATI e DIMESSI	<b>173</b>	dei quali <b>145</b> sono stati dimessi, <b>11</b> sono stati ricoverati in Struttura Ospedaliera per riabilitazione della patologia, <b>17</b> sono deceduti
-----------------------------	------------	---

*Degenza media = 19 gg.*

**Tabella 23:**

DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE NEL PTA DI PESCINA NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2016

AMBULATORIO	N° PRESTAZIONI	VALORE
ALLERGOLOGIA	532	12.141,97
ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE	622	4.807,04
CARDIOLOGIA (visite + esami strumentali)	4.266	78.449,42
LABORATORIO ANALISI (prelievi)	15.051	38.844,02
CHIRURGIA	18	271,14
CHIRURGIA DELLA PELLE	808	10.506,00
CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	4	82,64
DERMATOLOGIA	743	13.870,63
DIABETOLOGIA	704	9.886,89
DIAGNOSTICA TRADIZIONALE - PESCINA	4.608	82.190,87
ECOGRAFIA - PESCINA	2.340	97.030,40
ENDOCRINOLOGIA	484	7.496,19
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	448	32.751,05
EPATOLOGIA	407	10.377,16
FISIOTERAPIA	641	9.585,43
GERIATRIA	558	10.796,77
MAMMO - PESCINA	760	26.362,92
MEDICINA	1.585	64.078,66
MEDICINA DELLO SPORT	1.585	22.420,00
MOC (PESCINA)	3.972	125.129,88
NEUROLOGIA	381	7.599,12
OCULISTICA	568	9.344,37
ODONTOIATRIA	181	3.104,22
ORTOPEDIA	1.072	22.214,44
OTORINO	1.268	19.818,03
PNEUMOLOGIA (visite + esami strumentali)	960	25.358,22
PRELIEVI ADI	65	167,70
PUNTO DI PRIMO INTERVENTO	14	54,18
PSICHIATRIA	73	1.274,39
RIABILITAZIONE TERAPIE	10.370	44.582,10
SENOLOGIA CHIRURGIA	88	1.632,08
SERVIZIO MEDICINA LEGALE	398	6.165,02
U.O. SCREENING AZIENDALE	9	100,44
UROLOGIA	694	15.323,78
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE OSPEDALE DI COMUNITA'	201	3.674,70
	<b>56.478</b>	<b>817.491,87</b>

## PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA (PTA) TAGLIACOZZO

**Tabella 24:** Punto di Primo Intervento (PPI) - Periodo 01.01.2016 - 31.12.2016

Accessi	
Fascia Oraria	N° Accessi
8,00 - 20,00	5432
20,00 - 24,00	788
24,00 - 8,00	377
<b>Totale</b>	<b>6597</b>

Trasferimenti ad altri Presidi	
Presidio	N°
P.O. S. Filippo e Nicola Avezzano	304
PP.OO. ASL	10
PP.OO. altre ASL Regione	3
PP.OO. ASL Extraregione	1
Case di Cura Private accreditate ASL	33
<b>Totale</b>	<b>351</b>

<b>Pazienti che hanno rifiutato la proposta di ricovero</b>	<b>192</b>
---	------------

**Tabella 25: Emergenza Territoriale "118"- Periodo 01.01.2016 - 31.12.2016**

INTERVENTI RICHIESTI	<b>749</b>	dei quali <b>618</b> con trasporto al PS di Avezzano, <b>35</b> con trasporto al PPI di Tagliacozzo, <b>17</b> ad altri ospedali e <b>79</b> casi risolti in loco*.
INTERVENTI EFFETTUATI CON TRASPORTO PAZIENTE	<b>670</b>	

*N.B.: 470 degli interventi effettivamente conclusi con trasporto del paziente a PP.OO. e PPI sono stati effettuati nella fascia oraria 8-20, il restante 200 nella fascia oraria 20-8*

*\*: Il numero comprende: annullamento di missione da parte della Centrale Operativa; constatazione di decesso; trattamento in loco senza ricovero; paziente non reperito; attività di supporto ad elicottero.*

**Tabella 26: Ospedale di Comunità (P.L. n.8)- Periodo 01.01.2016 - 31.12.2016**

PAZIENTI TRATTATI e DIMESSI	<b>104</b>	dei quali <b>90</b> sono stati dimessi, <b>11</b> sono stati ricoverati in Struttura Ospedaliera per riacutizzazione della patologia, <b>3</b> sono deceduti
-----------------------------	------------	--

*Degenza media = 17 gg.*

**Tabella 27:**

DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE NEL PTA DI TAGLIACOZZO

NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2016

AMBULATORIO	N° PRESTAZIONI	VALORE
AMBULATORIO INFERMIERISTICO	92	464,54
CARDIOLOGIA (Visite+esami strumentali)	4.581	134.908,76
CHIRURGIA	544	10.029,42
DERMATOLOGIA	498	9.459,43
DIABETOLOGIA	522	6.790,78
ENDOCRINOLOGIA	1.314	28.727,88
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	367	27.141,01
LABORATORIO ANALISI (prelievi)	14.136	36.487,82
MEDICINA DELLO SPORT	1.774	20.820,00
MEDICINA INTERNA	1.907	35.166,27
MEDICINA LEGALE	682	10.884,41
NEFROLOGIA	4.091	160.495,87
NEUROLOGIA	263	4.720,58
OCULISTICA	1.594	27.084,14
ODONTOIATRIA	159	2.652,31
ORTOPEDIA	255	4.974,74
OTORINO	500	8.557,98
PRELIEVI OSPEDALE DI COMUNITÀ	312	804,96
PRELIEVI DOCILIARI ADI	672	1.733,76
PSICHIATRIA	61	1.111,72
RIABILITAZIONE	1.077	15.017,89
RX - RADIOLOGIA TRADIZIONALE (TA)	6.391	114.885,85
ECOGRAFIA (TA)	3.795	144.666,08
MOC (TA)	484	15.246,00
UROLOGIA	523	9.131,18
	<b>46.594</b>	<b>831.963,38</b>

Di seguito, nelle tabelle 28 a, 28b e 28 c, si riportano i dati aziendali sull'attività ambulatoriale relativi agli anni 2014, 2015 e 2016.



**Tabella 28 a:** Dati di attività dell'Assistenza Territoriale

**ANNO 2014**

STRUTTURA	PRESTAZIONI	VALORE
PO AVEZZANO	1.098.697	12.976.726,24
PO CASTEL di SANGRO	194.843	1.695.164,20
PO L'AQUILA	1.798.029	26.618.538,92
PO SULMONA	602.957	7.337.076,17
PO TAGLIACOZZO	229.472	1.660.549,63
PTA PEScina componente ospedaliera	215.088	1.091.890,59
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	17.650	142.417,63
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE non attivato	78.894	464.632,83
SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE	6.688	109.108,23
SERVIZIO DI MEDICINA PENITENZIARIA	95	245,10
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	6.923	86.135,18
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	222.493	144.530,82
DISTRETTO L'AQUILA	155.098	3.739.269,76
DISTRETTO MARSICA	252.713	2.282.803,20
DISTRETTO PELIGNO-SANGRINO	125.950	1.496.673,86
<b>TOTALE</b>	<b>5.005.590</b>	<b>59.845.762,36</b>

**Tabella 28 b:** Dati di attività dell'Assistenza Territoriale **ANNO 2015**

STRUTTURA	PRESTAZIONI	VALORE
PO AVEZZANO	1.030.633	11.072.783,72
PO CASTEL di SANGRO	188.459	1.513.877,77
PO L'AQUILA	1.558.297	21.199.590,70
PO SULMONA	559.997	5.580.958,30
PO TAGLIACOZZO	237.042	1.319.893,02
PTA PEScina componente ospedaliera	227.953	1.076.127,30
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	8.245	135.149,37
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	549	6.934,67
SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE	7.683	124.164,37
SERVIZIO MEDICINA PENITENZIARIA	100	262,62
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	7.723	92.413,42
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	10.013	141.421,16
MEDICI COMPETENTI E AUTORIZZATI	2	40,03
AREA DISTRETTUALE	1.403	18.879,98
DISTRETTO AREA L'AQUILA	36.524	552.671,57
DISTRETTO AREA MARSICA	129.988	1.318.936,06
DISTRETTO AREA PELIGNO-SANGRINA	94.470	812.802,42
<b>TOTALE</b>	<b>4.099.081</b>	<b>44.966.906,48</b>

**Tabella 28 c:** Dati di attività dell'Assistenza Territoriale **ANNO 2016**

STRUTTURA	PRESTAZIONI	VALORE
PO AVEZZANO	970.703	11.139.610,81
PO CASTEL di SANGRO	176.613	1.535.803,07
PO L'AQUILA	1.594.854	23.994.671,77
PO SULMONA	548.800	6.162.741,57
PO TAGLIACOZZO	225.441	1.340.297,97
PTA PEScina componente ospedaliera	217.375	1.093.913,89
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	579	8.358,50
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	12.351	171.791,58
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	8.864	144.820,80
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	8.546	112.561,76
MEDICI COMPETENTI E AUTORIZZATI	56	1.126,00
SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE	7.188	115.897,74
SERVIZIO MEDICINA PENITENZIARIA	10	27,34
AREA DISTRETTUALE - ASSISTENZA TERRITORIALE ONCOLOGICA	3.745	158.742,34
DISTRETTO AREA L'AQUILA	34.096	525.883,94
DISTRETTO AREA MARSICA	137.409	1.431.515,51
DISTRETTO AREA PELIGNO-SANGRINA	93.615	823.742,10
	<b>4.040.245</b>	<b>48.761.506,69</b>

#### 4. Mandato Istituzionale e Missione

La ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, in virtù di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, provvede alla promozione, al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute per la propria popolazione di riferimento e per i cittadini presenti nel territorio di competenza qualora bisognosi di assistenza.

Bada altresì a garantire i livelli essenziali di assistenza definiti dal DPCM 28.04.2008, che sostituisce integralmente il precedente Decreto del 29.11.2001, in un contesto che - nel rispetto delle compatibilità finanziarie previste dalla programmazione regionale e attraverso la partecipazione e il coinvolgimento degli Enti Locali di riferimento, delle formazioni sociali impegnate nel campo dell'assistenza, delle Organizzazioni Sindacali degli operatori, nonché delle strutture private accreditate - assicuri uno sviluppo omogeneo del Servizio Sanitario Regionale che garantisca equità nell'accesso e continuità nei percorsi assistenziali.

L'Azienda, nel perseguimento della propria mission e nello svolgimento della propria attività, si ispira ai **cinque principi** di seguito riportati:

1. la **centralità della persona**, intesa come soggetto autonomo, responsabile e considerato in costante riferimento alla comunità locale; le linee strategiche della politica sanitaria che l'Azienda persegue hanno possibilità di essere realizzate solamente se il processo vede in ogni momento del suo evolvere il pieno coinvolgimento del cittadino-utente, che da oggetto dell'assistenza del Servizio Sanitario diventa sempre più soggetto competente, in grado di determinarla e di parteciparvi attivamente: la partecipazione è infatti necessaria

- per la definizione degli obiettivi di salute e consente scelte programmatiche condivise, tanto più necessarie con l'evolversi dei rischi, col moltiplicarsi e col progressivo differenziarsi dei bisogni di salute, che determinano la necessità, sempre più pregnante, di un utilizzo oculato di risorse disponibili limitate;
2. la **sostenibilità del sistema**, volta a garantire una buona assistenza nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Abruzzo, assicurando la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, secondo criteri di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale nell'assistenza sanitaria collettiva di ambiente di vita e di lavoro, nell'assistenza distrettuale e nell'assistenza ospedaliera;
  3. la **sussidiarietà** che deve costituire il principio ispiratore di ogni azione, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato, anche con le professionalità, gli enti e le strutture accreditate presenti sul territorio, la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e del dolore, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed a quelle al termine della vita;
  4. la **qualità** dei servizi offerti, per garantire ad ogni utente servizi affidabili, appropriati e personalizzati in relazione con le sue esigenze; l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane, devono essere sostenuti attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale, soprattutto avvalendosi dell'integrazione tra ospedale e territorio;
  5. l'**etica**, perché ogni azione deve essere ispirata al rispetto della dignità umana, della trasparenza nei processi decisionali, nelle modalità di erogazione ed accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

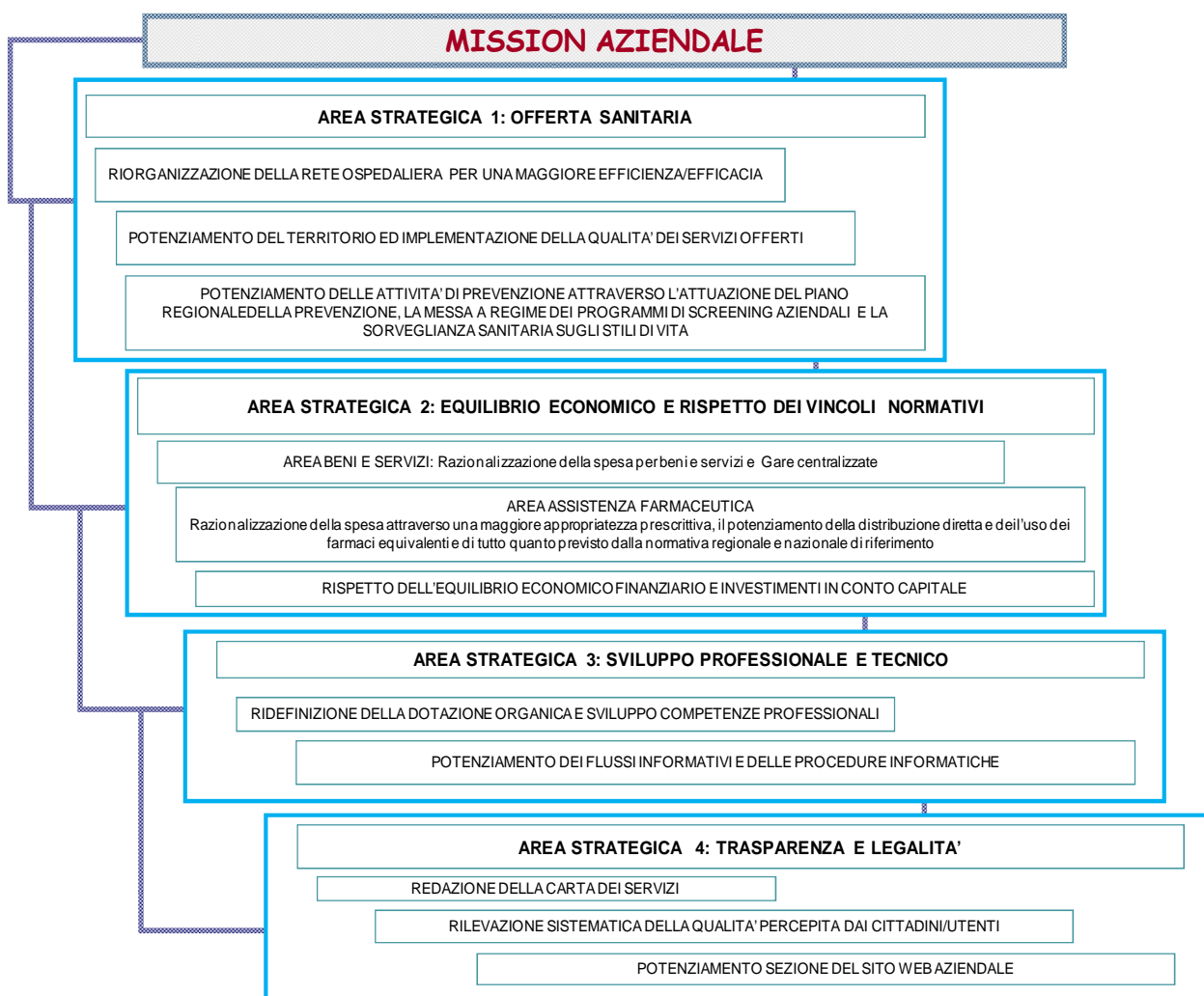
1. qualificare l'offerta di azioni di carattere prevenzionale e quella clinico-assistenziale, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta; prevenire il malessere dei cittadini, intervenire precocemente e riabilitare tempestivamente, evitando quanto più possibile il ricovero degli utenti nelle strutture ospedaliere, rappresenta un obiettivo strategico prioritario dell'Azienda, a tutela del benessere del cittadino e della sua stabilità sociale, della qualificazione e motivazione delle risorse professionali e del miglior utilizzo delle stesse (**conoscenza dei bisogni e capacità di governare la domanda**);
2. potenziare l'offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità di salute della popolazione e compatibilmente con le risorse disponibili; razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute; perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'EBM, dell'EBPH dell'appropriatezza e dell'efficacia; (**migliorare l'efficienza e qualità dei servizi erogati con costi di produzione sostenibili**);

- 
3. assicurare a tutti i cittadini la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, servizi e prestazioni comprese nei LEA, intervenire sulle patologie di particolare impegno assistenziale (**sussidiarietà come metodo per affrontare i bisogni della persona**);
  4. salvaguardare la dignità della persona, la sua intimità e la riservatezza, rispettandone anche la tutela della privacy, nell'ottica della protezione dei dati personali. L'umanizzazione dell'assistenza nel perseguimento della soddisfazione del cittadino è uno degli obiettivi primari che l'Azienda si prefigge (**rispetto della persona**);
  5. promuovere un sistema clinico-assistenziale di base, relativo ai bisogni di salute più diffusi e frequenti, a "pianta" larga, capillare, integrato e "vicino" al cittadino, rinforzando e qualificando ulteriormente le strutture periferiche e assegnando loro precise competenze decisionali, per incrementarne l'efficacia e la tempestività; allargare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e interistituzionali, in particolare con gli enti locali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi (**diritto della persona ad una valida assistenza**);
  6. garantire la libera circolazione delle informazioni relative alle procedure, alle risorse ed ai risultati, rendendo più comprensibili le attività sia all'interno sia all'esterno dell'Azienda e favorendo la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, (**trasparenza**);
  7. rivolgere la propria attenzione a tutti i cittadini in modo che siano assicurate uguali opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dall'Azienda (**diritto all'uguaglianza**);
  8. perseguire l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento attraverso l'individuazione delle priorità d'intervento e lo sviluppo di una gestione per obiettivi basata sul coordinamento e sull'integrazione piuttosto che sulla rigida separazione delle competenze (**efficienza ed efficacia nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi**).

## 5. Albero della performance

Si riporta di seguito l'Albero della Performance aziendale

**Figura 4:** Albero della Performance aziendale



---

## 6. Analisi del contesto

### 6.1. Analisi del contesto esterno

La superficie della ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, con una estensione pari a 5047 Km<sup>2</sup>, copre il 47% del territorio della intera regione, corrispondente alle zone interne e montuose della stessa.

La struttura aziendale opera in una realtà caratterizzata da collegamenti non agevoli. La rete viaria è infatti, in gran parte, costituita da strade statali e provinciali strette e ad una corsia che rendono lenti e pericolosi gli spostamenti, soprattutto nei periodi invernali.

Per quanto riguarda le caratteristiche della popolazione, assumono particolare rilievo la dispersione della stessa sul territorio, espressa da una densità media, pari a 60,1 abitanti/Km<sup>2</sup> a fronte della media regionale pari a 122,5 abitanti/Km<sup>2</sup>, e la composizione per età, efficacemente rappresentata dalla piramide della età (Fig.5).

Dalla figura è possibile rilevare alcuni eventi che hanno avuto significativi impatti sulla popolazione che, al 1° gennaio 2016, risulta composta da 303.239 residenti, di cui 149.122 (49,2%) uomini e 154.117 (50,8%) donne.

E' evidente, inoltre, come l'andamento piramidale sia rintracciabile solamente se si guarda la porzione superiore della figura, quella che ha come base ideale la popolazione intorno ai 50-54 anni, vale a dire le generazioni nate intorno agli anni 60, in pieno boom economico e demografico.

Dallo stesso grafico è altresì possibile cogliere come e quanto va modificandosi nel tempo la popolazione in ordine alla distribuzione per età. All'incremento delle fasce più anziane si contrappone una sensibile diminuzione delle fasce di popolazione più giovane, con conseguente e prevedibile invecchiamento generale.

Le variazioni nella struttura della popolazione, utilmente descritte dalla piramide delle età, sono quantificate dall'indice di vecchiaia che, confrontando direttamente il numero degli anziani oltre i 65 anni con la consistenza dei bambini e ragazzi fino ai 14 anni, ne rappresenta una misura sufficientemente sensibile.

Nella ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila tale indicatore, determinato sulla popolazione al 1° gennaio 2016, è pari a 189,7 anziani circa ogni 100 giovani, è maggiore sia del valore regionale (circa 180 anziani ogni 100 giovani) sia di quello nazionale (161 anziani ogni 100 giovani).

Lo stesso andamento si rileva se si considera l'indice di invecchiamento<sup>(1)</sup>, pari al 23%, al di sopra sia del valore regionale (22,94%) sia di quello nazionale (22,04%).

L'incidenza degli ultrasettantaquattrenni sulla popolazione generale è del 12,27% e risulta più elevata nelle donne (13,65%) che negli uomini (9,71%).

Ad ulteriore conferma della particolare anzianità della popolazione residente in tale contesto territoriale depone il valore del rapporto tra terza età e bambini (numero di persone in età compresa tra i 60 e 74 anni diviso il numero di bambini di età compresa tra 0 e 9 anni) che mette in evidenza come in tale ambito per ogni bambino in età 0-9 ci siano circa 2 persone anziane

La situazione demografica, così come riscontrata nei territori dell'Azienda al 1° gennaio 2016 manifesta una tendenza di fondo verso il progressivo invecchiamento della popolazione accompagnata da una riduzione progressiva delle nascite.

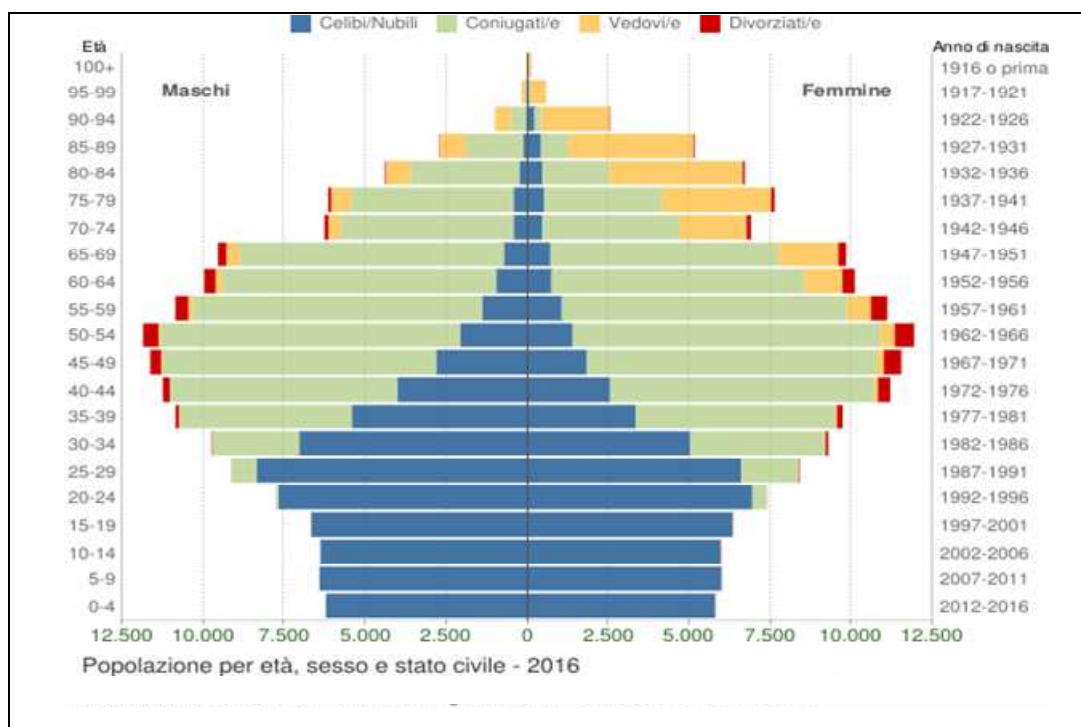
---

(1) L'indice di invecchiamento è determinato dal rapporto tra la popolazione residente con età maggiore o uguale di 65 anni e il totale della popolazione residente

Purtroppo, l'evoluzione prevista non lascia spazio all'ipotesi di un recupero della popolazione nei prossimi anni. Infatti, parallelamente a quanto previsto in campo nazionale e a parte possibili deviazioni di traiettoria attribuibili ad eventi al momento non prevedibili, il progressivo invecchiamento della popolazione avrà un grosso impatto su diverse sfere di interesse dell'Azienda USL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila (stato di salute della popolazione, sistema previdenziale, ecc.) e sulla necessità di incrementare e migliorare i servizi sociali, assistenziali geriatrici e sanitari in genere nell'ambito di un complesso processo programmatico.

Le particolari caratteristiche della Azienda provinciale appena esposte evidenziano un quadro epidemiologico caratterizzato da stati di morbosità legati soprattutto alle malattie cardiovascolari, alle patologie croniche dell'anziano e ai tumori: su tali patologie è difficile fornire, per singola area dell'Azienda USL, dati di frequenza esaustivi e precisi.

**Figura 5:** ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila. Piramide dell'età - Anno 2016



Fonte dati: [www.tuttitalia.it](http://www.tuttitalia.it)

La distribuzione della popolazione per fasce di età nelle aree distrettuali è quella riportata nella seguente tabella 29.

**Tabella 29:** Distribuzione della popolazione per Distretto e classe di età al 1° gennaio 2016

AREA DISTRETTUALE	0	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	>74	TOT	>64	<15
AREA L'AQUILA	817	3.498	8.232	9.390	27.669	29.964	11.201	12.839	103.610	24.040	12.547
AREA MARSICA	1078	4.358	11.252	12.682	35.072	38.614	13.179	15.078	131.313	28.257	16.688
AREA PELIGNO-SANGRINA	387	1.869	5.270	6.072	16.853	20.426	8.156	9.283	68.316	17.439	7.526
<b>TOTALE ASL</b>	<b>2.282</b>	<b>9.725</b>	<b>24.754</b>	<b>28.144</b>	<b>79.594</b>	<b>89.004</b>	<b>32.536</b>	<b>37.200</b>	<b>303.239</b>	<b>69.736</b>	<b>36.761</b>

---

Fonte Dati: Elaborazione UOSD Controllo di Gestione e Budget su dati ISTAT 2016

Tale dato risulta superiore alla numerosità della popolazione residente assistita nella ASL provinciale che, molto probabilmente, sebbene risieda nella provincia aquilana, per ragioni ancora legate all'evento sismico del 2009 è domiciliata altrove e, quindi, assistita presso altre aziende regionali ed extra regionali. Nell'anno 2016, infatti, il numero dei residenti assistibili è risultato pari a n. 295.741 unità (fonte dati TS ex art.50 – SOGEI).

La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2016, è stata di n.148.697 unità (n. 67.757 per motivi di età e reddito , n. 80.940 per altri motivi).

## **6.2. Analisi del contesto interno**

L'assetto organizzativo dell'Azienda si conforma a quanto indicato:

1. nella normativa nazionale vigente;
2. nella Deliberazione del Commissario ad Acta n.44 del 3 agosto 2010 (Piano Operativo 2010);
3. nella Deliberazione del Commissario ad Acta n. 45 del 5 agosto 2010, con la quale venivano approvati:
  - la metodologia di definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere e dei posti letto correlati;
  - la disattivazione dei presidi per acuti non coerenti col fabbisogno individuale e cronoprogramma delle riconversioni;
  - i criteri di definizione della rete integrata dei servizi, dell'assetto organizzativo e del dimensionamento delle unità operative, delle funzioni e delle principali reti cliniche, hub e spoke;
4. nel Decreto del Commissario ad Acta n. 5 del 28 febbraio 2011 con il quale venivano approvate le Linee Guida per la redazioni degli Atti Aziendali;
5. nel Decreto Commissariale n. 15 del 14 aprile 2011, con il quale veniva approvato il documento tecnico recante "Razionalizzazione delle UU.OO.CC. e Dipartimenti Strutturali";
6. nel Decreto del Commissario ad Acta n. 30/2012 del 27/07/2012 con il quale veniva espresso parere di conformità dell'Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 156/2012 dalla ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, alle Linee Guida per la redazione degli Atti Aziendali di cui al Decreto Commissariale n. 5/2011 e si determinava che "la ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila riorganizzerà le proprie UU.OO. Semplici e Complesse sulla base delle direttive che, nel termine stabilito dalla circolare ministeriale 185-P del 17 luglio 2012, saranno impartite dal Commissario ad Acta in conformità al Documento relativo allo "Standard per l'individuazione di strutture Semplici e complesse del SSN ex art.12 comma 1 lett. B) Patto per la Salute 2010-2012" approvato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012";
7. nel documento del Comitato LEA "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse dell'SSN ex art. 12, comma 1, lettera b), Patto per la Salute 2010-2012" approvato nella seduta del 26.03.2012;
8. nel Decreto del Commissario ad Acta n. 49 dell'8 ottobre 2012 concernente le "Linee d'indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL";



9. nel Decreto del Commissario ad Acta n.53/2013, con il quale veniva stabilito che l'Azienda USL Avezzano, Sulmona, L'Aquila dovesse provvedere a conformare integralmente i contenuti dell'Atto Aziendale adottato e parzialmente modificato ed integrato rispettivamente con deliberazioni del Direttore Generale n. 97/2012, n.156/2012 e n.914/2013 agli standard approvati dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012.

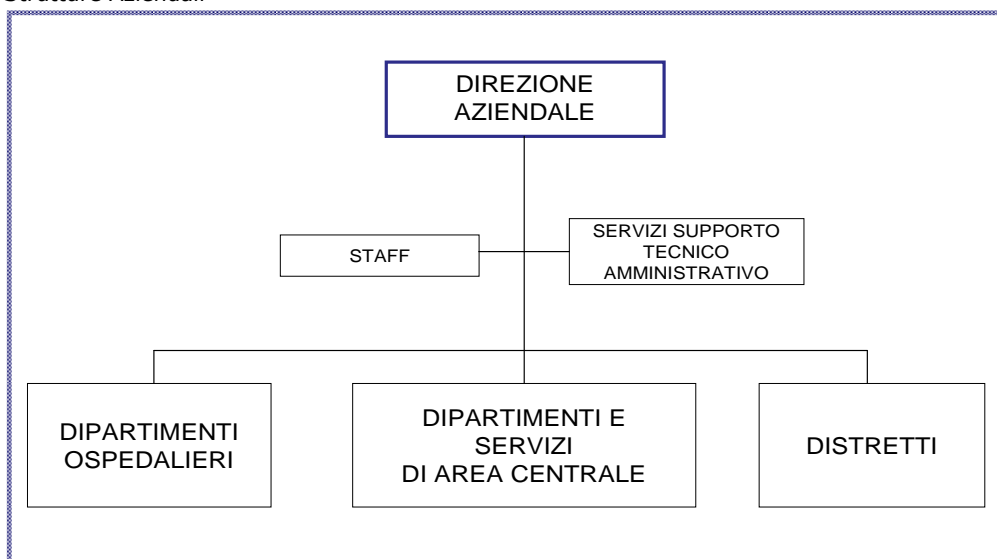
L'Azienda USL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, al fine di garantire un efficace governo delle attività, in linea con i riferimenti normativi, ha adottato un modello organizzativo fondato sulle seguenti componenti:

- Strutture di Staff;
- Strutture di Supporto Tecnico Amministrative;
- Strutture produttive (Dipartimenti e Servizi di Area Centrale, Dipartimenti Ospedalieri, Distretti).

Al fine di favorire il funzionamento del sistema nella sua complessità ed in particolare:

- l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale;
- l'adozione di metodologie di lavoro collegiali e flessibili che assicurino la partecipazione, il confronto e lo sviluppo delle conoscenze/competenze e la responsabilità dei vari professionisti nella realizzazione di processi coerenti agli obiettivi generali dell'Azienda, il modello aziendale ha previsto lo sviluppo di "linee di produzione (o di attività)" trasversali alle strutture produttive (Dipartimenti, Servizi e Distretti), progettate per fornire risposte efficaci a categorie di domanda e capaci di garantire una visione unitaria del processo clinico assistenziale.

**Figura 6:** Strutture Aziendali



Per poter pervenire alla definizione del Atto Aziendale, attualmente ancora vigente, è stato necessario procedere a diverse successive elaborazioni (deliberazioni del Direttore Generale n. 97/2012, n. 156/2012, n. 265/2013, n.914/2013, n.1740/2013), in considerazione delle indicazioni, succedutesi nel tempo sulla base, in una prima fase, delle linee guida regionali di cui al Decreto n. 5/2011 e del

Decreto n.15/2011, che stabilivano il numero e la tipologia delle unità operative ospedaliere e territoriali prevedibili e, successivamente, sulla base delle indicazioni riportate nel verbale del Comitato LEA del 26.03.2012. In ultimo, l'Atto Aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 1740/2013) ha ricevuto il previsto parere di conformità da parte dei competenti servizi Regionali.

Le riformulazioni dell'Atto Aziendale hanno comportato diverse e successive elaborazioni (deliberazioni del Direttore Generale n. 265/2013, n. 1107/2013, n. 454/2014 e n.471/2014) della dotazione organica, anch'essa, in ultimo, ratificata nella versione definitiva di cui alle deliberazioni DG n. 454/2014, n. 471/2014 e ss.mm.ii. in quanto ritenuta conforme alle indicazioni del Decreto del Commissario ad Acta n.49/2012 (nota regionale prot. n. RA/111942/COMM-DG12 del 22.04.2014).

L'Azienda procederà alla definizione del nuovo Atto Aziendale, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, non appena la Regione Abruzzo emanerà le linee guida per la redazione degli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo e darà le direttive in materia.

Nella tabella sottostante si riportano i dati riferiti ai posti previsti nella vigente dotazione organica aziendale.

**Tabella 30:** Dotazione Organica Aziendale - Distribuzione dei posti per profilo professionale

PROFILO PROFESSIONALE	DOTAZIONE ORGANICA POSTI PREVISTI
DIRIGENZA MEDICA (MV)	826
DIRIGENZA MEDICA UNIVERSITARIA	66
DIRIGENZA NON MEDICA (SPTA)	101
DIRIGENZA NON MEDICA UNIVERSITARIA	5
DIRIGENZA MEDICA (IST PENITENZIARIO)	4
MEDICO CONDOTTO	10
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.432
PERSONALE TECNICO RIABILITAZIONE	160
PERSONALE TECNICO SANITARIO	232
PERSONALE TECNICO	748
PERSONALE AMMINISTRATIVO	411
PERSONALE DI VIGILANZA E ASSISTENTE SANITARIO	56
	<b>4.051</b>

Sulla base delle indicazioni regionali in ordine alla sostituzione del personale a tempo determinato e di quello cessato (turn over) si è proceduto ad indire le procedure di mobilità, di concorso e ad effettuare le conseguenti assunzioni a tempo indeterminato.

Di seguito la tabella riferita al personale in servizio a tempo indeterminato negli anni 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016.

**Tabella 31:** Distribuzione del personale a tempo indeterminato per profilo professionale

PROFILO PROFESSIONALE	TEMPO INDETERMINATO (personale in servizio)					DOTAZIONE ORGANICA POSTI PREVISTI
	2012	2013	2014	2015	2016	
DIRIGENZA MEDICA (MV)	674	688	720	720	705	<b>826</b>
DIRIGENZA MEDICA UNIVERSITARIA	62	57	59	58	58	<b>66</b>
DIRIGENZA NON MEDICA (SPTA)	61	59	65	63	65	<b>101</b>
DIRIGENZA NON MEDICA UNIVERSITARIA	5	5	5	5	5	<b>5</b>
DIRIGENZA MEDICA (IST PENITENZIARIO)	2	2	3	3	3	<b>4</b>
MEDICO CONDOTTO	17	14	10	8	7	<b>10</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.392	1.376	1.353	1.315	1.293	<b>1.432</b>
PERSONALE TECNICO RIABILITAZIONE	126	122	123	120	120	<b>160</b>
PERSONALE TECNICO SANITARIO	173	169	171	179	195	<b>232</b>
PERSONALE TECNICO	567	551	539	524	657	<b>748</b>
PERSONALE AMMINISTRATIVO	373	366	355	343	333	<b>411</b>
PERSONALE DI VIGILANZA E ASSISTENTE SANITARIO	45	47	51	49	48	<b>56</b>
	<b>3.497</b>	<b>3.456</b>	<b>3.454</b>	<b>3.387</b>	<b>3.489</b>	<b>4.051</b>

Nel settore dell'Acquisizione di Beni e Servizi L'Azienda, nel porre in essere le azioni previste, ha dato priorità alla soddisfazione dei fabbisogni emergenti contingenti non arrecando nocimento all'utenza e/o interruzione di prestazioni sanitarie e, al contempo, ha avuto riguardo all'ottenimento di costi minori ponendo la dovuta attenzione nei percorsi e nei processi di approvvigionamento ai seguenti principi:

1. definizione precisa del fabbisogno in vista dell'indizione delle procedure d'acquisto centralizzate programmate e anche al fine di una riduzione dei volumi ed evitare sprechi;
2. trasmissione della documentazione occorrente al Soggetto Aggregatore e all'Azienda capofila;
3. rinegoziazione dei contratti nelle more delle gare;
4. verifica di congruità e allineamento prezzi sia per le rinegoziazioni che per le basi d'asta;
5. attivazione nuove gare e procedure di approvvigionamento con priorità definite dagli importi;
6. acquisti con procedure regionali centralizzate, SUAA e ARIC, per quanto di competenza;
7. acquisti con adesioni e convenzioni CONSIP, ove presenti e attive;
8. acquisti sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), per prodotti ivi presenti.

Le azioni poste in essere per l'ottenimento dei risultati attesi sia qualitativi che economici relativamente ai punti sopra elencati, hanno dato soddisfacenti risultati; occorre tuttavia avere ben presente che il contenimento della spesa per acquisti di beni e servizi trova un limite nella necessità di garantire i servizi sanitari esistenti e, a meno di riduzione di servizi o di non incremento degli stessi, si arriva ad una

---

situazione di equilibrio a cui sarà possibile derogare solo per diminuzione dei prezzi di mercato.

La ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, comunque, nel rispetto di quanto stabilito a livello nazionale e regionale, continua a ricercare, ove possibile, eventuali riduzioni della spesa sui contratti in essere, nonché il riallineamento dei costi d'acquisto dei beni monitorati dall'ANAC entro i prezzi di riferimento, al fine di consentire il contenimento della spesa, tenendo ovviamente conto che, con il procedere delle aggiudicazioni di nuove gare e lo scadere delle precedenti forniture di beni e servizi, vengono ridotti i margini per le rinegoziazioni le quali, pertanto, presentano un carattere decrescente negli importi migliorativi annuali lasciando spazio ai minori prezzi conseguiti nelle nuove gare.

Nell'anno 2016 la ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila, relativamente alla rinegoziazione dei contratti, alla verifica di congruità e riallineamento dei prezzi, ha continuato l'intensa attività di analisi dei contratti d'appalto al fine di comprendere quali fossero gli ambiti di rinegoziazione degli stessi, sia in termini di volumi che di prezzi. Ha continuato, inoltre, ad applicare la procedura di rinegoziazione dei contratti attuata nei precedenti anni agendo:

- sulla riconfigurazione dell'oggetto contrattuale quando lo stesso non sia risultato più aderente e pienamente coerente con i fabbisogni aziendali;
- sulla revisione dei prezzi attraverso richieste di sconto, rinuncia alla revisione dei prezzi, rinuncia agli interessi legali e moratori;
- sul potenziamento dell'analisi di mercato per verificare, attraverso azioni di benchmark, la congruità dei prezzi applicati alla Azienda; detta attività è risultata molto complessa nel settore dei dispositivi, poiché risulta più complesso stabilire la congruità dei prezzi a causa della grande varietà e specificità degli stessi;
- sull'attivazione di uno strumento di verifica del mercato, volto ad accertare se uno specifico prodotto goda dei requisiti della dichiarata esclusività: ogni qualvolta le unità operative sanitarie chiedono di acquistare un prodotto con dichiarazione di esclusività viene pubblicato, per almeno 10 giorni, sul sito aziendale un avviso di informazione al mercato in cui si chiede di far conoscere se ci siano prodotti equivalenti a quelli oggetto di negoziazione, che saranno poi sottoposti alla valutazione del clinico utilizzatore.

Nel corso del triennio 2017-2019 la ASL continuerà, per i contratti rispetto ai quali non si è ancora provveduto, con l'attività di rinegoziazione degli stessi e provvederà a potenziare le attività di negoziazione con la ditta produttrice.

E' intenzione, inoltre, della ASL n. 1 continuare nel triennio 2017-2019 nella totale adesione a convenzioni CONSIP e ad acquisti sul MEPA. L'adesione alle Convenzioni messe a disposizione da CONSIP e gli acquisti effettuati sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) – questi ultimi attraverso ordini di acquisto e richieste di offerta sulla piattaforma telematica – rivestono un ruolo importante nell'ambito dei risparmi ottenuti ed ottenibili dalla Azienda.

Per quanto attiene le gare centralizzate ed altre gare, l'Azienda ha recepito e sta aderendo a diverse gare centralizzate. Ha inoltre in corso ulteriori gare – in fase conclusiva – che indurranno nel 2017 e 2018 un notevole risparmio.

## 7. Le aree strategiche

Con la cessazione del mandato Commissariale la Regione ha concluso la fase di riduzione della spesa iniziata per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, con il Piano di Rientro 2007-2009 ed oggi si pone l'obiettivo di aumentare la qualità di prestazioni erogate - con particolare attenzione alla riqualificazione della rete ospedaliera, puntando su sicurezza ed efficienza, ed all'organizzazione della rete territoriale, promuovendo un modello socio-assistenziale coerente con i bisogni di salute e più vicino al paziente/utente.

Nel Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016 - 2018, di cui al Decreto Commissariale n.55 del 10.06.2016, successivamente approvato con deliberazione di Giunta Regionale (DGR) n. 505 del 26.07.2016 ed integrato con DGR n. 576 del 22.09.2016, sono stati definiti gli obiettivi da perseguire ed interventi da attuare in merito.

Sulla base del suddetto Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016 - 2018 e di quanto stabilito nella DGR n. 741 del 15.11.2016 ad oggetto: "Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2017-2019", gli interventi che la ASL attuerà nel corso del triennio 2017-2019, coerentemente con quanto già definito con deliberazione del Direttore Generale n. 1990 del 30.11.2016, saranno indirizzati su manovre di:

1. sviluppo;
2. contenimento;
3. coordinamento.

Detti interventi sono divisi in:

- interventi relativi alle "Reti di Offerta Sanitaria", che comprendono:
  - i) la rete ospedaliera;
  - ii) la rete emergenza urgenza;
  - iii) la rete territoriale;
  - iv) la prevenzione.
- *Aree di Intervento "Core"*, che comprendono:
  - i) beni e servizi;
  - ii) assistenza farmaceutica;
  - iii) investimenti in conto capitale;
  - iv) rapporti con gli erogatori privati;
  - v) personale
- *Interventi Operativi*, che comprendono:
  - i) sanità penitenziaria;
  - ii) sanità veterinaria e sicurezza alimentare;
  - iii) formazione comunicazione ai cittadini;
  - iv) sicurezza e rischio clinico;
- *Interventi di Governo del Sistema* che, oltre ad azioni proprie degli organi regionali, comprendono:
  - i) l'attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011;
  - ii) certificabilità dei bilanci del SSR;
  - iii) flussi informativi;
  - iv) autorizzazione ed accreditamento;
  - v) contabilità analitica;
  - vi) piano dei pagamenti.

È tuttavia utile evidenziare che, affinché attraverso la realizzazione degli interventi e delle azioni sopra elencate possano essere raggiunti gli obiettivi preposti, è necessario che la Regione consolidi il proprio ruolo di holding sanitaria e che le Aziende Sanitarie Locali svolgano pienamente il loro ruolo di attuatori a livello locale delle indicazioni regionali.

## **8. Obiettivi strategici e obiettivi operativi**

Il processo di programmazione aziendale, secondo la logica della condivisione degli obiettivi, della ricerca di sinergie con le realtà istituzionali locali, nel rispetto dei principi e degli obiettivi fissati a livello di programmazione regionale, si svolge secondo gli strumenti previsti dalla programmazione nazionale e regionale e si esplica nei Piani di Attività annuali e pluriennali.

L'Azienda, attraverso il metodo della pianificazione strategica, correla gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento. Il processo di pianificazione è articolato in modo integrato e flessibile in fasi successive: quella della individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale, quella della valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive, quella della conseguente attivazione dei programmi di intervento predisposti e quella del "controllo" dei risultati conseguiti (intermedi e finali) a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento-scostamento verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

Il processo di programmazione dà attuazione agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica mediante l'individuazione delle modalità tecniche/organizzative necessarie ed opportune per il conseguimento degli stessi, ed è articolato in fasi successive ed integrate: quella della presa d'atto e della valutazione delle scelte strategiche, quella della valutazione delle modifiche/integrazioni/innovazioni da portare all'assetto organizzativo e funzionale dei servizi in ragione delle nuove scelte strategiche, quella della conseguente predisposizione dei programmi da sviluppare previa definizione analitica dei fabbisogni di risorse professionali, tecnologiche e finanziarie da impiegare.

La programmazione annuale con gli erogatori interni è attuata mediante il sistema di budget con il quale le risorse umane, tecnologiche, finanziarie disponibili vengono assegnate alle articolazioni aziendali, alle quali vengono parimenti assegnati specifici obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità attesi.

I processi di pianificazione strategica e di programmazione presuppongono il coinvolgimento degli operatori fin dalle fasi istruttorie in relazione "ascendente", quale contributo di professionalità e di esperienze essenziali alla definizione dei piani e dei programmi, con il supporto degli organi istituzionalmente preposti alla funzione consultiva e di supporto.

Il processo di budget consente, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione, di individuare, per ciascun livello dei centri di responsabilità individuati dal modello organizzativo dell'Azienda, obiettivi di risultato e di efficienza specifici

per l'attuazione delle scelte della programmazione. Il processo di budget consente l'integrazione fra la Direzione Generale e tutte le articolazioni organizzative all'interno dell'Azienda, mediante la responsabilizzazione diretta dei professionisti ed identificando nel contributo partecipativo degli stessi lo strumento essenziale per la qualificazione dell'offerta di servizio e per le realizzazioni delle finalità istituzionali.

All'attività di programmazione, gestione e controllo è funzionale il sistema di reporting, che consente di analizzare e confrontare obiettivi prestabiliti e risultati conseguiti, indirizzando verso eventuali azioni correttive.

Il sistema di budget presuppone l'utilizzo di procedure di contabilità analitica, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:

- linee guida del processo;
- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- formulazione delle proposte di budget a cura dei responsabili delle aree organizzative interessate;
- negoziazione e definizione degli obiettivi e delle risorse assegnate;
- reporting strutturato per livello di responsabilità;
- analisi degli scostamenti ed azioni correttive.

Per la realizzazione di tale processo l'Azienda progetta, sviluppa ed utilizza in termini evolutivi il proprio sistema informativo-informatico e le relative banche dati.

### **8.1. Il Sistema di Budget**

Strumento fondamentale del sistema direzionale di programmazione e controllo è rappresentato dalla metodologia di budget, anche con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali (risultati raggiunti in rapporto alle risorse impiegate) e delle responsabilità operative ai vari livelli.

Attraverso il sistema di Budget vengono definiti, per singoli centri di responsabilità, obiettivi di carattere operativo previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nell'arco temporale dell'esercizio.

La Direzione Strategica Aziendale, supportata dalle altre Strutture di Staff, elabora le principali linee strategiche da attuare nell'anno successivo, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale che impone alle Aziende della Regione Abruzzo sia gli obiettivi prioritari da raggiungere, sia i vincoli economici da rispettare ed imposti dal Programma Operativo.

Sulla base di questi dati e dei risultati delle gestioni degli anni precedenti, la Direzione Strategica formula, attraverso la U.O. Controllo di Gestione e Budget, un'ipotesi di assegnazione di obiettivi che vengono discussi, in sede di negoziazione, con le Unità Operative che afferiscono ad una stessa disciplina (unità operative di medicina interna, unità operative neurologiche, unità operative oncologiche, ecc.) e con i Dipartimenti Aziendali.

Agli obiettivi così definiti sono assegnati, in sede di negoziazione, dei pesi diversificati per tipologia di Centro di Responsabilità (CdR), per un totale di cento punti a scheda.

In linea di principio è assegnato un punteggio maggiore agli obiettivi che sono direttamente collegati alle strategie aziendali propedeutiche alla realizzazione delle azioni previste dagli interventi di programmazione sanitaria regionale, sia di tipo

---

assistenziale che economico-finanziari, definiti con specifici atti dalla Regione Abruzzo.

Una volta terminata la prima fase di negoziazione con la firma delle schede di budget - contenenti obiettivi, indicatori, azioni e valori attesi - vengono eseguite, nel corso dell'anno, delle verifiche al fine di discutere, con i Direttori dei Dipartimenti e delle UU.OO. afferenti, le eventuali problematiche emerse dalla reportistica trimestrale trasmessa dalla UO Controllo di Gestione e Budget ed analizzare gli scostamenti tra valori rilevati e risultati e, se opportuno, rimodulare gli obiettivi assegnati.

La revisione degli obiettivi del budget è prevista limitatamente alle seguenti situazioni:

1. risultati effettivi di attività/qualità si discostano in modo significativo dall'obiettivo e comunque in direzione opposta rispetto alle attese;
2. indici effettivi di consumo di risorse che si scostano in modo significativo dall'obiettivo e, comunque, in direzione opposta rispetto alle attese;
3. modificazioni significative delle risorse strutturali – personale, tecnologia e spazi – disponibili al momento della negoziazione del budget;
4. sopravvenute impossibilità nell'avviare e/o portare a termine progetti specifici.

## **8.2. Dal sistema di budget alla performance organizzativa ed individuale. Il Sistema premiante**

La ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila ha provveduto ad espletare l'avviso per la individuazione dei tre componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV) - così come previsto dall'art. 14 del D. Lgs. 150/2009, dalle disposizioni contenute nella delibera dell'allora Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT), ora ANAC, n. 12/2013, nella decisione ANAC dell'11.06.2014 e tenendo conto di quanto statuito dall'art. 19, c. 9, del D.L. 24.06.2014 n. 90 convertito, con modificazioni, nella L. 114/2014.

Attualmente l'Azienda sta completando le procedure per la costituzione di detto Organismo di Valutazione; di conseguenza la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati verrà eseguita dall'organismo aziendale preposto.

Allo stato attuale, con riferimento a ciascun Centro di Responsabilità vengono esaminati gli obiettivi assegnati ed il risultato raggiunto. In funzione del grado di raggiungimento dell'obiettivo, viene attribuito il relativo punteggio e, nei casi di mancato raggiungimento dell'obiettivo negoziato, il NAV provvede a decurtare il punteggio fissato in fase di negoziazione proporzionalmente al grado di mancata realizzazione dell'obiettivo stesso.

Procede quindi a sommare i punteggi assegnati ad ogni singolo obiettivo, in funzione dei quali la competente Unità Operativa, a seguito della finale valutazione complessiva, provvede a determinare la percentuale del premio da attribuire alle UU.OO. interessate secondo lo schema riportato nella seguente tabella 32.



**Tabella 32:** Proporzione dei premi secondo il punteggio assegnato a seguito di valutazione degli obiettivi di budget

PUNTI ASSEGNATI DALLA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET		% DEL PREMIO DA ATTRIBUIRE
da 0	a 45	0
da 45,1	a 55	60%
da 55,01	a 65	70%
da 65,01	a 75	80%
da 75,01	a 85	90%
da 85,01	a 100	100%

Sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget viene valutato il personale e viene distribuita la retribuzione di risultato al personale dell'area dirigenziale e quella di produttività al personale dell'area del comparto.

In particolare la performance individuale dovrebbe articolarsi in due dimensioni che coinvolgono, da un lato, l'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati collettivi (da ricondurre alla performance organizzativa) e, dall'altro, la rispondenza del comportamento lavorativo al profilo di competenza richiesto sia dai contratti collettivi, sia dall'impegno promesso nell'ambito del sistema premiante.

In quest'ultimo caso il Responsabile del CdR dovrebbe valutare la prestazione resa dal dipendente in relazione all'impegno assunto e alla rispondenza tra prestazione resa e profilo professionale posseduto.

Ad oggi nella ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila la valutazione individuale è legata al giudizio del Responsabile del Centro di Responsabilità che comunica, in sede di relazione degli obiettivi di budget, il grado di partecipazione del proprio personale alla realizzazione degli obiettivi assegnati.

E' opportuno evidenziare che per il personale della dirigenza le valutazioni annuali vanno ad integrare e perfezionare il fascicolo personale, utilizzato per la verifica professionale dell'incarico dirigenziale stesso.

## **9. Ciclo di Gestione della Performance: fasi, coerenza con la programmazione economico-finanziaria e azioni di miglioramento**

Il Piano della Performance è redatto dalla UOSD Controllo di Gestione e Budget, in considerazione della normativa nazionale e regionale in materia, delle linee guida, degli strumenti di Programmazione redatti dalla stessa ASL, nonché del vigente Piano triennale per la Trasparenza e l'Integrità e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

La coerenza del Piano con la programmazione economico-finanziaria e il bilancio è garantita dal sistema di budget che, definendo gli obiettivi assegnati sulla base delle risorse attribuite dalla Regione e dei vincoli imposti dagli atti di

---

programmazione sanitaria 2017-2019 definiti dalla Regione Abruzzo, assicura la coerenza con il Documento Programmatico aziendale, elaborato sulla base dei medesimi parametri.

Tutte le linee strategiche e gli obiettivi operativi trovano corrispondenza con la programmazione economico-finanziaria di cui al bilancio Previsionale per il triennio 2017-2019.

Inoltre, il coinvolgimento indiretto della UOC Bilancio e Risorse Finanziarie e diretto della UOSD Controllo di Gestione e Budget, ossia dei principali attori coinvolti nel processo di Pianificazione Strategica e di Budget, consente al Piano della Performance di rispettare la coerenza con gli indirizzi di bilancio.

Detta coerenza è altresì assicurata:

- dal sistema di Contabilità Analitica (Co.An.) che, attraverso l'attribuzione dei costi ai Centri di Responsabilità, consente di assegnare in modo puntuale alle singole UU.OO. i costi di maggiore rilievo e soggetti a vincolo regionale;
- dalla reportistica trimestrale e dal sistema di monitoraggio infra annuale che consentono di valutare in tempo reale gli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati raggiunti.

Il Ciclo della Performance presente oggi in Azienda necessita sicuramente di essere perfezionato, soprattutto per quanto concerne il ciclo della performance individuale; sarebbe, infatti, necessario definire un *punteggio differenziale*, con criteri di valutazione diversificati per il personale dirigenziale e per il personale del comparto che, contestualmente, consentano di redigere degli obiettivi ad hoc per le due categorie di personale.

Sarebbe auspicabile, inoltre, riuscire a elaborare, soprattutto per il personale del comparto, un sistema di valutazione che, tenendo conto delle mansioni del profilo ricoperto e definito a livello contrattuale, attribuisca in modo univoco delle specifiche responsabilità. In tal senso il sistema premiante collegherebbe il calcolo del premio spettante ad ogni dipendente ai risultati ottenuti dal CdR in cui ha operato, secondo una logica che considera l'attività di ogni singolo CdR come il risultato dell'apporto congiunto di tutte le professionalità presenti.

Relativamente alla performance organizzativa sarebbe opportuno definire dei criteri di valutazione più restrittivi che esortino i CdR a prestare maggiore attenzione alle azioni da attuare per perseguire gli obiettivi negoziati durante il budget.

In ultimo, il Ciclo della Performance potrà ulteriormente migliorare attraverso la istituzione dell'OIV.

*Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità ed alla prevenzione della corruzione.*

Il d.lgs. 97/2016 «Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle

*amministrazioni pubbliche*», di seguito "d.lgs. 97/2016", ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Il d.lgs. 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Tra le modifiche più importanti del d.lgs. 33/2013 si registra quella della piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora anche della trasparenza (PTPCT) come già indicato nella delibera n. 831/2016 dell'Autorità sul PNA 2016.

Le amministrazioni e gli altri soggetti obbligati sono tenuti, pertanto, ad adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, un unico Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza.

I PTPCT devono essere pubblicati sul sito istituzionale tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione.

Il legislatore ha rafforzato la necessità che sia assicurato il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPCT e gli obiettivi degli altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale dell'amministrazione nonché con il piano della performance.

In attuazione delle specifiche previsioni normative, l'ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila ha provveduto negli anni già trascorsi (2014, 2015 e 2016):

- a nominare il Responsabile della prevenzione della Corruzione ed il Responsabile per la Trasparenza;
- ad approvare il Piano Triennale per l'Anticorruzione 2014-2016, con i relativi aggiornamenti 2015-2017 e 2016-2018, giuste deliberazioni n. 172 del 31.01.2014, n.179 del 31.01.2015 e n. 50 del 21.01.2016;
- ad approvare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità per il triennio 2014-2016 giusta deliberazione n.172 del 31.01.2014. L'aggiornamento per l'anno 2015 è stato approvato con deliberazione n. 1454 del 25 agosto 2015 e l'aggiornamento 2016 con deliberazione n.131 del 31.08.2016.
- ad approntare la sezione "Amministrazione Trasparente" all'interno del sito web aziendale;
- a diffondere i programmi per l'anticorruzione e per la trasparenza agli organismi e a tutte le strutture dell'Azienda e pubblicati sulla sezione web;
- ad adeguare, ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, le sezioni del portale istituzionale ai contenuti previsti dal d.lgs. 33/2013 e succ. modificazioni ed integrazioni e delle Linee guida ANAC del 28.12.2016 mediante l'applicativo per la gestione degli obblighi di pubblicazione previsti dal precitato decreto;
- a unificare le competenze relative all'anticorruzione e quelle relative alla Trasparenza secondo quanto previsto nella delibera ANAC n. 831 dell'agosto 2016.

---

Nell'organizzazione aziendale, gli adempimenti relativi alla pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013 sono stati demandati alle strutture organizzative. I nominativi dei responsabili dell'aggiornamento della pubblicazione del dato sono presenti in un allegato al Piano Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2017-2019. Con la collaborazione dell'Ufficio Relazioni Esterne sono state create password personalizzate per ciascun referente per poter accedere all'implementazione dei dati. L'Ufficio Relazioni Esterne supporta comunque tutte le UU.OO. qualora si presentino difficoltà nell'approccio all'uso dell'applicativo da parte degli operatori di tali strutture.

In ordine al Piano Aziendale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019, da effettuarsi entro il 31 gennaio 2017, allo scopo di disegnare un effettivo percorso di miglioramento della *performance*, saranno ulteriormente definiti gli *obiettivi*, gli *indicatori* ed i relativi *target* afferenti il contrasto della corruzione ed il potenziamento della trasparenza e dell'integrità. A titolo puramente esemplificativo, gli obiettivi di contrasto alla corruzione riguardano principalmente:

- il rafforzarsi d'una cultura professionale che introietti l'etica nei comportamenti quale valore indissolubilmente legato a quello della competenza così da diffondere il principio della inesistenza di professionalità senza etica;
- la creazione d'un contesto sfavorevole alla corruzione;
- l'aumento delle capacità di individuazione degli episodi di corruzione.

Strumenti per il raggiungimento degli obiettivi sono individuati prioritariamente:

- nella mappatura, identificazione e valutazione del rischio (allegato al PPCT triennio 2017-2019);
- nella formazione specifica in riferimento all'etica dell'azione amministrativa, al dovere d'informazione ed alle tutele a questo riconducibili;
- nell'integrazione del Codice di Comportamento Aziendale specie in ordine alle azioni di informazione al punto che precede ed alle prerogative del whistleblower;
- nella massima predefinizione ed esplicitazione dei criteri di attribuzione di qualsivoglia accrescimento della condizione dei dipendenti e di terzi;
- nell'inserimento di puntuali azioni finalizzate alla implementazione della trasparenza fra gli obiettivi assegnati in occasione del conferimento di incarichi dirigenziali di cui all'art. 27, comma 1 lett. a), del CCNL Dirigenza Medica e Veterinaria/SPTA del 8 giugno 2000.

L'individuazione degli obiettivi in materia di Trasparenza non possono che far riferimento ai principi ispiratori del sistema normativo di riferimento.

Concetti come "accessibilità totale" (art. 11 comma 1 d.lgs 150/2009, art.1, comma 1, del d.lgs 33/2013) ed "Amministrazione trasparente" riconducono chiaramente all'esigenza che detti obiettivi abbiano la massima estensione possibile e che la loro selezione avvenga non solo guardando al disposto normativo, ma altresì considerando che "il bisogno di trasparenza" della collettività potrebbe anche riguardare dati ed informazioni non considerati da specifiche disposizioni normative. L'Autorità Nazionale Anticorruzione ha ripetutamente sottolineato e ribadito questi aspetti, valorizzando inoltre lo stretto legame tra il principio di "trasparenza" e la promozione dell'integrità in funzione preventiva dei fenomeni corruttivi (deliberazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione").

Gli obiettivi strategici sono quindi finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sull'attività amministrativa. Ciò oltre a migliorare i servizi al cittadino, garantisce la possibilità di controllo da parte dei portatori di interessi sull'operato dell'amministrazione e, conseguentemente, tende a ridurre il rischio di cattiva gestione.

Gli obblighi e le regole posti dal d.lgs. 33/2013 impongono una riorganizzazione delle informazioni che si andrà gradualmente ad assicurare. L'Azienda intende implementare e completare la pubblicazione, nelle specifiche sezioni del sito istituzionale, di tutti i dati già in possesso e degli ulteriori previsti dal più volte citato decreto e mantenere il costante aggiornamento dei dati pubblicati.

A titolo puramente esemplificativo, gli obiettivi riguardanti la Trasparenza e l'Integrità riguardano principalmente:

- la pubblicazione di soli documenti elettronici in cd. "formato aperto";
- la pubblicazione di atti firmati digitalmente;
- la massima estensione della riutilizzabilità dei dati contenuti nei documenti pubblicati dall'ASL.

Strumenti per il raggiungimento degli obiettivi sono individuati prioritariamente:

- nell'adozione di formati o estensioni di file non implicanti l'utilizzo di programmi aperti;
- nella diffusione di dotazioni per la sottoscrizione digitale presso ciascun dipendente deputato alla firma di documenti;
- nell'approvazione di specifico Regolamento aziendale sul riutilizzo dei documenti in applicazione del Decreto Legislativo 24 gennaio 2006, n. 36 "Attuazione della direttiva 2003/98/CE relativa al riutilizzo di documenti nel settore pubblico".

L'implementazione di quanto detto, nel corso del 2016 ha previsto:

- corsi di formazione nell'ambito del Piano per la Prevenzione della Corruzione;
- implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale secondo criteri di qualità, tempestività e significatività delle informazioni;
- organizzazione di iniziative per la trasparenza verso gli stakeholder.

Il Piano della Performance verrà aggiornato annualmente e perfezionato in funzione anche delle eventuali nuove disposizioni normative.

## **10. Obiettivi Anno 2017**

L'ASL Avezzano, Sulmona L'Aquila, tenuto conto della transitorietà del momento – legata, come già evidenziato all'inizio del documento, al passaggio del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo dalla gestione commissariale alla gestione ordinaria - e dell'avvio di un nuovo percorso di organizzazione e gestione del sistema sanitario regionale - la cui realizzazione avverrà in maniera graduale nel tempo - sta completando l'iter per la definizione degli obiettivi di budget da negoziare per l'anno 2017, sulla base delle indicazioni dettate dalla programmazione e pianificazione regionale.

Allo scopo di perseguire il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione, la ASL provvederà al monitoraggio continuo degli stessi, alla verifica tra obiettivi pianificati e risultati, all'attuazione di opportune azioni correttive ed alla valutazione finale.

Si riportano di seguito gli obiettivi di budget negoziati con le UU.OO. aziendali nell'anno 2016, evidenziando che, non appena sarà conclusa la fase di negoziazione degli obiettivi di budget 2017, gli stessi saranno esplicitati ad integrazione del piano della performance.

**Tabella 33:** Obiettivi di budget - Anno 2016

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE	INDICATORE	OBIETTIVI ASSEGNATI
OFFERTA SANITARIA	RICOVERI TOTALI	N. E VALORIZZAZIONE DEI CASI TRATTATI	GLI OBIETTIVI SONO DIVERSIFICATI E DEFINITI IN BASE ALLE SERIE STORICHE RILEVATE PER I CdR AZIENDALI ED IN FUNZIONE DELLE DIRETTIVE NAZIONALI E REGIONALI IN MATERIA
	RICOVERI ORDINARI DI TIPO MEDICO	N. E VALORIZZAZIONE DEI DRG DI TIPO MEDICO TRATTATI IN REGIME ORDINARIO	
	RICOVERI ORDINARI DI TIPO CHIRURGICO	N. E VALORIZZAZIONE DEI DRG DI TIPO CHIRURGICO TRATTATI IN REGIME ORDINARIO	
	RICOVERI IN DAY HOSPITAL	N. E VALORIZZAZIONE DEI DRG DI TIPO MEDICO TRATTATI IN REGIME DIURNO	
	RICOVERI IN DAY SURGERY	N. E VALORIZZAZIONE DEI DRG DI TIPO CHIRURGICO TRATTATI IN REGIME DIURNO	
	PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE A PAZIENTI NON RICOVERATI	N. E VALORIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE A PAZIENTI NON RICOVERATI	
	PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE A PAZIENTI RICOVERATI	N. E VALORIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE A PAZIENTI RICOVERATI	
	TASSO DI UTILIZZO	GIORNATE DI DEGENZA/(N. PP.LL. x t)	
	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA EROGATE AI PAZIENTI DIMESSI/N. TOTALE DEI DIMESSI	
	INDICE DI TURN OVER	[(GG. DEG x t) - SOMMA GG. DEG.]/SOMMA DEI DRG	
	INDICE DI ROTAZIONE	SOMMA DEI DRG/N. PP.LL.	
	PESO MEDIO DRG	TOTALE PESI DEI DRG TRATTATI/ TOTALE DRG	
	TASSO DI OPERATIVITA'	TOTALE DRG CHIRURGICI TRATTATI/TOTALE DRG TRATTATI	
	INCIDENZA PARTI CESAREI	TOTALE PARTI CESAREI/TOTALE PARTI	
	% RICOVERI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI (APPLICAZIONE DEL DCA 50/2011)	TOTALE DRG LEA TRATTATI IN RICOVERO ORDINARIO CON APPLICAZIONE DELLA % DI DECURTAZIONE DEL VALORE RISULTANTE IN FUNZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL D.C.A. 50/2011	
	INDICE DI ATTRAZIONE EXTRAREGIONALE	N. DRG TRATTATI IN FAVORE DI PAZIENTI NON RESIDENTI IN ABRUZZO/ TOTALE DRG TRATTATI	
	INDICE DI ATTRAZIONE INTRAREGIONALE	N. DRG TRATTATI IN FAVORE DI PAZIENTI EXTRA ASL MA RESIDENTI IN ABRUZZO/ TOTALE DRG TRATTATI	
POTENZIAMENTO DEL TERRITORIO E IMPLEMENTAZIONE DELLA QUALITA' DEI SERVIZI OFFERTI	VOLUME DI ATTIVITA' IN ADI	N. CASI TRATTATI N. ACCESSI PER FIGURA PROFESSIONALE N. DI PRESTAZIONI PER FIGURA PROFESSIONALE	RISPETTO DELLE % PREVISTE DALLA REGIONE
	VOLUME DI ATTIVITA' IN RSA AZIENDALE	PRESTAZIONI EROGATE DALLA RSA	RISPETTO DEGLI OBIETTIVI DEFINITI IN SEDE DI NEGOZIAZIONE
	POTENZIAMENTO FORME ORGANIZZATIVE TERRITORIALI	RIDUZIONE DELLA RIOSPEDALIZZAZIONE IMPROPRIA	RISPETTO DEGLI OBIETTIVI DEFINITI IN SEDE DI NEGOZIAZIONE
POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITA' DI PREVENZIONE	RILEVAZIONE DELL'ATTIVITA' DI PREVENZIONE COLLETTIVA	1. n. DI VACCINAZIONI PREVISTE DAL PIANO NAZIONALE E DAL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE (VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI, VACCINAZIONI MPR ECC.); 2. N. DI CONTROLLI NEI CANTIERI; 3. N. DI CONTROLLI PREVISTI DALLA GRIGLIA DEI LEA E DAL PRICC	RISPETTO DELLE % PREVISTE DAL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE, DALLA GRIGLIA LEA E DAL PRICC
	ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING AZIENDALI	N. ESAMI EROGATI NELL'AMBITO DEI TRE PROGRAMMI PREVISTI ( TUMORE CERVICE UTERINA, MAMMELLA, COLON-RETTO)	RISPETTO DELLE % PREVISTE DALLA REGIONE
SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	ATTUAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA SEGNALEZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA	INSERIMENTO DEI DATI RELATIVI AGLI EVENTI SENTINELLA E ALLE DENUNCE DI SINISTRI NELLA BANCA DATI NAZIONALE SIMES	RISPETTO DELLE LINEE GUIDA IN RIFERIMENTO ALLA MODALITA' E TEMPORALE
	ATTUAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI IN APPLICAZIONE DEL D.C.A. 70/2013	ADOZIONE CON APPOSITO ATTO DELIBERATIVO DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI ED ORGANIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI	PRODUZIONE ATTI DELIBERATIVI ED ORGANIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI ECM
	UTILIZZO DELLE CHECK LIST	N. CHECK LIST COMPILATE IN CIASCUNA UNITA' OPERATIVA CHIRURGICA DEI PP.OO. DELLA ASL	100% DELLE CHECK LIST

(segue)

(segue) **Tabella 33:** Obiettivi di budget - Anno 2016

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE	INDICATORE	OBIETTIVI ASSEGNATI
<i>EQUILIBRIO ECONOMICO E RISPETTO DEI VINCOLI NORMATIVI</i>			
RISPETTO TETTO DI SPESA FARMACI ED EMODERIVATI	CONSUMO DI FARMACI ED EMODERIVATI PER UU.OO.	VALORIZZAZIONE DEL CONSUMO DEI FARMACI AL NETTO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA	RISPETTO DEL TETTO DI SPESA PREVISTO DALLA REGIONE E DALLA NORMATIVA NAZIONALE. GLI OBIETTIVI SONO DIVERSIFICATI E DEFINITI IN BASE ALLE SERIE STORICHE RILEVATE PER I CdR AZIENDALI
	CONSUMO ALTRI BENI SANITARI ( PRESIDI CHIRURGICI, MATERIALE PROTESICO, MATERIALE DIAGNOSTICO E DI LABORATORIO ECC.)	VALORIZZAZIONE CONSUMO ALTRI BENI SANITARI	RISPETTO DEL TETTO DI SPESA PREVISTO DALLA REGIONE E DALLA NORMATIVA NAZIONALE. GLI OBIETTIVI SONO DIVERSIFICATI E DEFINITI IN BASE ALLE SERIE STORICHE RILEVATE PER I CdR AZIENDALI
	DEFINIZIONE PROTOCOLLI PER L'UTILIZZO APPROPRIATO DEI FARMACI	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLA CONTRATTAZIONE DI BUDGET	OBIETTIVI MIRATI SUI CdR INTERESSATI
	DEFINIZIONE PROTOCOLLI PER L'UTILIZZO DEI FARMACI GENERICI PER PAZIENTI NAIVE	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLA CONTRATTAZIONE DI BUDGET	OBIETTIVI MIRATI SUI CdR INTERESSATI
	COSTO DEI FARMACI PER PUNTO DRG	COSTO TOTALE DEI FARMACI, SOLUZIONI ED EMODERIVATI/TOTALE PESI DRG TRATTATI	GLI OBIETTIVI SONO DIVERSIFICATI E DEFINITI IN BASE ALLE SERIE STORICHE RILEVATE PER I CdR AZIENDALI
	COSTO DEGLI ALTRI BENI SANITARI PER PUNTO DRG	COSTO TOTALE DEGLI ALTRI BENI SANITARI/TOTALE PESI DRG TRATTATI	GLI OBIETTIVI SONO DIVERSIFICATI E DEFINITI IN BASE ALLE SERIE STORICHE RILEVATE PER I CdR AZIENDALI
	INCENTIVARE LA DISTRIBUZIONE DIRETTA E L'UTILIZZO DELLA PRIMA RICETTA IN DIMISSIONE	N. ACCESSI ALLA FARMACIA OSPEDALIERA IN CONCOMITANZA DELLA DIMISSIONE E VALORIZZAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA	VALORE DELLA DD IN AUMENTO E RISPETTO DEL 100% DELLE RICETTE IN DIMISSIONE
RISPETTO EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO E INVESTIMENTI IN CONTROLLO CAPITALE	ADOZIONE DEGLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA REGIONE	REDAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	CERTIFICABILITA' DEI BILANCI	REVISIONE E DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE, AZIONI DI MIGLIORAMENTO	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	ADOZIONE PIANO TRIENNALE DEGLI INVESTIMENTI	REDAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA PER BENI E SERVIZI	CONTENIMENTO DEL FABBISOGNO	ELABORAZIONE DEI FABBISOGNI	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	RINEGOZIAZIONE DEI CONTRATTI E VERIFICA CONGRUITA' PREZZI	N. CONTRATTI RINEGOZIATI E VALORIZZAZIONE DELLE RINEGOZIAZIONI	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	ATTIVAZIONE NUOVE GARE E PROCEDURE DI APPROVVIGIONAMENTO	N. GARE ESPLETATE E N. ADESIONI A GARE CENTRALIZZATE	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	ACQUISTI CON ADESIONI E CONVENZIONI CONSIP	N. ADESIONI A CONVENZIONI CONSIP	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	ACQUISTI SUL MERCATO ELETTRONICO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (MEPA)	N. ACQUISTI SU MEPA	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE	INDICATORE	OBIETTIVI ASSEGNATI
<i>SVILUPPO PROFESSIONALE E TECNICO</i>			
RIDEFINIZIONE DELLA DOTAZIONE ORGANICA E SVILUPPO COMPETENZE PROFESSIONALI	RIDETERMINAZIONE DELLA DOTAZIONE ORGANICA AZIENDALE	REDAZIONE DOCUMENTO FINALE	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	GRADUAZIONE DELLE FUNZIONI DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA	REDAZIONE DOCUMENTO FINALE	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	RIDUZIONE DEL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO A FRONTE DI ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO	REDAZIONE DOCUMENTO FINALE	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
POTENZIAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI E DELLE PROCEDURE INFORMATICHE	RISPETTO DELLA TEMPSTICA DELLA TRASMISSIONE DEI FLUSSI ALLA REGIONE	SCARICO DELLE SDO NEI TEMPI PREVISTI DALLA NORMATIVA REGIONALE E NAZIONALE	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	QUALITA' DEI FLUSSI TRASMESSI	CONTROLLO DEGLI ERRORI RILEVATI	RIDUZIONE DEGLI ERRORI E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'
	PROCEDURE PROPEDEUTICHE ALLA ATTIVAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	ATTIVAZIONE DEI CUP DI SECONDO LIVELLO A LIVELLO OSPEDALIERO AMBULATORIALE AL FINE DELL'IMPLEMENTAZIONE DELL'USO DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
<i>TRASPARENZA E LEGALITA'</i>			
CARTA DEI SERVIZI	REDAZIONE CARTA DEI SERVIZI	PRODUZIONE DOCUMENTO	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET (URP)
RILEVAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA	SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO	PRODUZIONE RELAZIONE RELATIVA ALL'ANALISI DEI DATI RILEVATI	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET (URP)
POTENZIAMENTO SITO WEB AZIENDALE	AGGIORNAMENTO COSTANTE DELLE SEZIONI DEL SITO WEB	ORGANIZZAZIONE E PUBBLICAZIONE DEI DATI COME REVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE E DAL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA	RISPETTO DELLE PERCENTUALI PREVISTE