



**PIANO DELLA PERFORMANCE  
AZIENDA U.S.L. 1  
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA  
Anni 2015-2017**



## INDICE

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.....	11
	3.1. L'Amministrazione in cifre.....	11
	3.1.1. Assistenza ospedaliera - Posti letto e prestazioni erogate.....	11
	3.1.2. Assistenza Territoriale.....	13
	3.2. Dati di Attività.....	14
	3.2.1. Assistenza ospedaliera.....	14
	3.2.2. Assistenza territoriale.....	18
4.	Mandato Istituzionale e Missione.....	24
5.	Albero della performance.....	26
6.	Analisi del contesto.....	27
	6.1. Analisi del contesto esterno.....	27
	6.2. Analisi del contesto interno.....	29
7.	Le aree strategiche.....	33
8.	Obiettivi strategici e obiettivi operativi.....	34
	8.1. Il Sistema di Budget.....	35
	8.2. Dal sistema di budget alla performance organizzativa ed individuale. Il Sistema premiante.....	36
9.	Ciclo di Gestione della Performance: fasi, coerenza con la programmazione economico-finanziaria e azioni di miglioramento.....	37
10.	Obiettivi Anno 2015.....	41

## 1. Presentazione

Il Piano della performance viene redatto in linea con quanto previsto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e dalle direttive emanate in materia con le 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 Avezano, 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 (dal Programma operativo 2013-2015, al Decreto n.149/2014), 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.

Gli obiettivi del presente documento sono:

1. diffondere gli obiettivi che la ASL di Avezano, Sulmona, L'Aquila intende realizzare nel triennio 2015-2017, 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 dai relativi Piani Operativi;
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 Avezano, Sulmona, L'Aquila ha adottato gli strumenti di programmazione per il triennio 2015-2017 ed ha contestualmente redatto il Piano Strategico 2015-2017.

Detti strumenti di programmazione sono stati elaborati in funzione sia di quanto previsto dal Programma Operativo 2013-2015 redatto dalla Regione Abruzzo sia di quanto previsto dalle Linee Guida regionali per la redazione degli strumenti di programmazione per il triennio 2015-2017, che rimandavano al citato Programma Operativo, aggiornando le linee di indirizzo per il biennio 2016-2017.

L'Azienda, partendo da questi presupposti, ha individuato gli obiettivi strategici da raggiungere, nonché le azioni da porre in essere e volte al loro raggiungimento ed

ha definito, per ognuno di essi, uno 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.

## 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. 306.701 abitanti (dati ISTAT - gennaio 2014), 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. 105.148 abitanti);
2. Distretto Sanitario 2 - Area Marsica (Popolazione residente: n. 132.193 abitanti);
3. Distretto Sanitario 3 - Area Peligno-Sangrina (Popolazione residente: n. 69.360 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 MARSÌ
MARSICA	LECCE NEI MARSÌ
MARSICA	LUCO DEI MARSÌ
MARSICA	MAGLIANO DE' MARSÌ
MARSICA	MASSA D'ALBE
MARSICA	MORINO
MARSICA	ORICOLA
MARSICA	ORTONA DEI MARSÌ
MARSICA	ORTUCCHIO
MARSICA	OVINDOLI
MARSICA	PERETO
MARSICA	PESCINA
MARSICA	ROCCA DI BOTTE
MARSICA	SAN BENEDETTO DEI MARSÌ
MARSICA	SAN VINCENZO VALLE ROVETO
MARSICA	SANTE MARIE
MARSICA	SCURCOLA MARSICANA
MARSICA	TAGLIACCOZZO
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 5.034 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 61 abitanti/Km<sup>2</sup> a fronte del corrispondente dato regionale pari a 124 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-Sangrigna;
    - 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'Assistenza Territoriale Oncologica;
    - l'Hospice "Serafino Rinaldi" di Pescina sede nel P.T.A. ;
    - l'Hospice "Casa Margherita" di L'Aquila;
    - l'R.S.A. di Montereale;
    - la Comunità Socio-riabilitativa familiare di Pianola (L'Aquila)  
(rivolta a soddisfare il bisogno di riabilitare e recuperare gli stati di invalidità psichica);
    - la Comunità Socio-riabilitativa familiare di San Demetrio (L'Aquila)  
(rivolta a soddisfare il bisogno di riabilitare e recuperare gli stati di invalidità psichica);
    - la Centrale Operativa-Servizio di emergenza territoriale 118;
    - Punti di Primo Intervento con sedi nei Presidi Territoriali di Assistenza di Pescina e di Tagliacozzo
    - il Dipartimento di Salute Mentale.

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.

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 il proprio 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 una elevata complessità assistenziale, sono attive strutture di Coordinamento.

L'Azienda si prefigge, come obiettivo, lo sviluppo ulteriore di detti modelli assistenziali, l'attività ospedaliera sarà sempre più integrata 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.

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 un'adeguata assistenza a domicilio e che non necessitano di ricovero in ospedale 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 definito, recepito e prorogato l'Atto aggiuntivo al protocollo d'Intesa Preliminare tra l'ASL 1 e Università. Nel medesimo ambito l'Azienda ha istituito ed aggiornato la Commissione Consultiva Paritetica Permanente tra l'Università Degli Studi di L'Aquila e la ASL 1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila.

### 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 problematiche logistico-strutturali dei singoli Presidi e le conseguenti difficoltà nel conciliare l'esigenze di razionalizzazione con quelle assistenziali della popolazione residente nel territorio di riferimento, il numero complessivo dei posti letto ospedalieri pubblici si attesta positivamente entro lo standard fissato dai provvedimenti regionali e nazionali in materia di posti letto.

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 2014 .

**Tabella 5 :** Prestazioni erogate dai presidi ospedalieri aziendali a gestione diretta - Anno 2014

COD IST	STRUTTURA	RICOVERI		PRETAZIONI ESTERNE		PRESTAZIONI INTERNE		TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE
		N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE	
130001	PO L'AQUILA	21.260	57.720.635,10	1.798.029	26.618.538,92	1.284.988	13.095.683,49	97.434.857,52
130002	PO SULMONA	5.974	18.042.581,18	602.926	7.336.699,76	594.190	3.508.717,53	28.887.998,47
130003	PO AVEZZANO	15.965	41.985.311,11	1.098.697	12.976.726,24	1.025.887	12.205.746,30	67.167.783,65
130005	PO CASTEL di SANGRO	1.901	4.780.044,50	194.843	1.695.164,20	166.644	1.140.486,29	7.615.694,99
130006	PO TAGLIACOZZO	474	2.533.880,97	229.472	1.660.549,63	46.214	250.190,76	4.444.621,36
	PTA PEScina componente ospedaliera			215.088	1.091.890,59	15.962	104.300,57	1.196.191,16
	<b>TOTALI</b>	<b>45.574</b>	<b>125.062.452,86</b>	<b>4.139.055</b>	<b>51.379.569,34</b>	<b>3.133.885</b>	<b>30.305.124,95</b>	<b>206.747.147,15</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 Banca Occhi e Chirurgia della Cornea 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. 804,49 unità (Tab. 6 ), quelli convenzionati sono risultati essere n. 353 unità (Tab. 7 ).

**Tabella 6:** Distribuzione dei PP.LL. dei presidi ospedalieri aziendali a gestione diretta - Anno 2014

COD IST	PRESIDIO	PL DH	PL DS	PL ORD	TOT
130001	PO L'AQUILA	34,00	19,00	307,67	360,67
130002	PO SULMONA	6,00	6,00	134,00	146,00
130003	PO AVEZZANO	23,00	12,25	185,57	220,82
130005	PO CASTEL DI SANGRO	1,00	2,00	34,00	37,00
130006	PO TAGLIACOZZO			40,00	40,00
	<b>TOTALE ASL</b>	<b>64,00</b>	<b>39,25</b>	<b>701,24</b>	<b>804,49</b>

Fonte Dati: modelli HSP.22bis mensili

**Tabella 7:** Distribuzione dei PP.LL. delle strutture accreditate - Anno 2014

Codice struttura	PRESIDI	Degenza ordinaria (accreditata)	Day hospital (accreditata)	Day surgery (accreditata)	TOTALE
130010	CASA DI CURA 'N. DI LORENZO'	76	2	7	85
130012	CASA DI CURA L'IMMACOLATA	66	2	4	72
130013	CDC S. RAFFAELE	55	0	0	55
130039	INI CANISTRO SRL	37	2	2	41
130040	CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	64	2	4	70
130041	NOVA SALUS SRL	30	0	0	30
	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>328</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>353</b>

Fonte Dati: modelli HSP.13 - Quadro F

### 3.1.2. Assistenza Territoriale

L'Azienda opera anche mediante n. 106 presidi a gestione diretta e 43 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 2014

TIPO STRUTTURA	ATTIVITA' CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	ATTIVITA' DI LABORATORIO	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA IDROTERMALE	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	TOTALE
AMBULATORIO E LABORATORIO	40	7	16										63
STRUTTURA RESIDENZIALE					2				1	3		2	8
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					3								3
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	7			17	5	3							32
<b>TOTALE</b>	<b>47</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>3</b>			<b>1</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>106</b>

Fonte Dati: modelli STS11

**Tabella 9:** Strutture territoriali convenzionate: distribuzione per tipo e tipologia di assistenza erogata. Anno 2014

TIPO STRUTTURA	ATTIVITA' CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	ATTIVITA' DI LABORATORIO	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA IDROTERMALE	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	TOTALE
AMBULATORIO E LABORATORIO	13	6	10										29
STRUTTURA RESIDENZIALE					2				9	2	2		15
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE													0
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE													0
<b>TOTALE</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>10</b>		<b>2</b>				<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>44</b>

Fonte Dati: modelli STS11

Gli istituti o centri di riabilitazione a gestione diretta ex art. 26, L. n. 833/1978, sono 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.n. 12, per complessivi 155 posti letto residenziali e n. 72 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. 254 medici di base che assistono complessivamente una popolazione pari a n. 266.708 unità e n. 36 pediatri che assistono complessivamente una popolazione pari a n. 30.920 unità.

**Tabella 10:** Istituti o Centri di Riabilitazione convenzionati ex art. 26 (L. 833/78) - Anno 2014

Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza residenziale (Posti letto)	Assistenza semiresidenziale (Posti letto)	Anno apertura	Mese apertura	Anno chiusura	Mese chiusura
130087	ANESIS S.R.L.	0	0	2007	07	0000	00
130093	CENTRO FISIOT.RIAB.MEDICAL MAR	0	0	2000	01	0000	00
130091	CENTRO MEDISALUS S.R.L.	0	0	2007	08	0000	00
130148	CENTRO RIAB VILLA DOROTEA	120	0	2006	05	0000	00
130083	CENTRO SAN VENANZIO	0	0	2005	03	0000	00
130043	CONSORZIO SAN STEF.AR.	0	0	2012	08	0000	00
130104	CONSORZIO SAN STEF.AR.	0	0	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
130159	IL CIRENEO	0	22	2013	10	0000	00
130099	NOVA SALUS SRL	35	0	1995	10	0000	00
130144	SAN RAFFAELE SPA	0	0	1980	07	0000	00
<b>TOTALE</b>		<b>155</b>	<b>72</b>				

Fonte Dati: modelli RIA11

### 3.2. Dati di Attività

#### 3.2.1. Assistenza ospedaliera

Si rileva una maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri che complessivamente passano dall'11,15% del 2013 al 10,00% del 2014 (Tab. 11), 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%.

**Tabella 11:** Distribuzione dei ricoveri per acuti complessivi e a rischio di inappropriatezza per Presidio Ospedaliero. Anni 2013 - 2014.

CODICE ISTITUTO	PRESIDIO	ANNO 2013			ANNO 2014		
		RIC ORD PER ACUTI DRG LEA (N)	TOTALE RIC ORD ACUTI (N)	RIC ORD PER ACUTI DRG LEA (%)	RIC ORD PER ACUTI DRG LEA (N)	TOTALE RIC ORD ACUTI (N)	RIC ORD PER ACUTI DRG LEA (%)
130001	L' AQUILA	1.276	12.839	9,94%	1.159	12.794	9,06%
130002	SULMONA	714	4.999	14,28%	647	4.819	13,43%
130003	AVEZZANO	1.130	11.210	10,08%	919	10.503	8,75%
130005	CASTEL DI SANGRO	291	1.542	18,87%	220	1.339	16,43%
<b>TOTALE</b>		<b>3.411</b>	<b>30.590</b>	<b>11,15%</b>	<b>2.945</b>	<b>29.455</b>	<b>10,00%</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

<b>STRUTTURE</b>	<b>Reparti per acuti</b>	<b>Riabilitazione</b>	<b>Lungodegenza</b>	<b>TOTALI</b>
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

<b>STRUTTURE</b>	<b>Reparti per acuti</b>	<b>Riabilitazione</b>	<b>Lungodegenza</b>	<b>TOTALI</b>
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.

	<b>ANNO 2013</b>		<b>ANNO 2012</b>	
	<b>N RIC</b>	<b>VALORE</b>	<b>N RIC</b>	<b>VALORE</b>
<b>EXTRAREGIONALE</b>	9,272	30,365,711.62	9,329	30,716,775.92
<b>INTRAREGIONALE</b>	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.  
Anni 2012-2013.

<b>AREA DI PROVENIENZA</b>	<b>ANNO 2013</b>		<b>ANNO 2012</b>	
	<b>N RIC</b>	<b>VALORE</b>	<b>N RIC</b>	<b>VALORE</b>
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. Anni 2012-2013

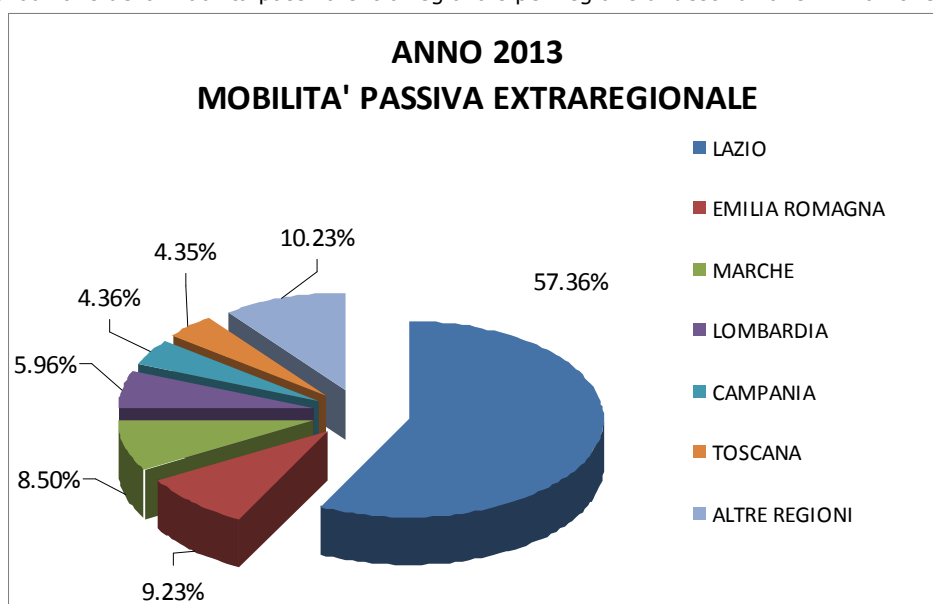
REGIONE	ANNO 2013		ANNO 2012	
	N RIC	VALORE	N RIC	VALORE
LAZIO	5,852	17,418,219.17	6,127	18,656,854.34
EMILIA ROMAGNA	563	2,802,445.72	506	2,454,825.09
MARCHE	711	2,581,843.29	634	2,509,159.54
LOMBARDIA	364	1,810,426.80	381	2,028,936.74
CAMPANIA	502	1,324,704.49	425	1,016,608.36
TOSCANA	369	1,322,014.95	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 2013



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



Particolare rilevanza la funzione dei 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 2012-2013-2014.

**Tabella 18.** Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso. Anno 2013

Codice struttura	struttura	2012	2013	2014	2012	2013	2014
		N° ACCESSI	N° ACCESSI	N° ACCESSI	VALORE FILTRO	VALORE FILTRO	VALORE FILTRO
130001	PO L'AQUILA PS PEDIATRICO	7,228	9,491	8,654	ND	6.27%	6.36%
130001	PO L'AQUILA	35,381	35,715	34,964	16.26%	17.50%	17.69%
130002	PO SULMONA	22,092	22,418	22,977	16.89%	15.92%	15.49%
130003	PO AVEZZANO	46,926	36,657	39,845	15.94%	15.53%	13.85%
130004	PO PEScina	6,589	7,379	8,254	0.00%	0.00%	0.00%
130005	PO CASTEL DI SANGRO	10,304	9,453	9,298	9.94%	11.37%	10.15%
130006	PO TAGLIACOZZO	6,843	7,550	7,567	0.00%	0.00%	0.00%
		<b>135,363</b>	<b>128,663</b>	<b>131,559</b>	<b>14.04%</b>	<b>13.35%</b>	<b>12.74%</b>

fonte dati NSIS modello HSP.24

**Tabella 19:** Confronto dati di attività degli esercizi 2013-2014

DATI DA FILE "ASDO" NSIS

ANNO 2013

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	20.881	56.653.049,00	15.583	43.089.514,08	2.324	5.216.513,94	2.974	8.347.020,98
130002	PO SULMONA	6.079	17.537.704,49	5.014	14.347.801,55	645	1.881.328,18	420	1.308.574,76
130003	PO AVEZZANO	15.717	42.736.339,69	12.789	34.202.575,61	294	966.028,35	2.634	7.567.735,73
130005	PO CASTEL DI SANGRO	2.309	5.489.794,17	1.161	2.833.697,05	315	777.752,18	833	1.878.344,94
130006	PO TAGLIACOZZO	485	2.678.381,48	353	1.933.011,39	1	4.339,62	131	741.030,47
	<b>TOTALI</b>	<b>45.471</b>	<b>125.095.268,83</b>	<b>34.900</b>	<b>96.406.599,68</b>	<b>3.579</b>	<b>8.845.962,27</b>	<b>6.992</b>	<b>19.842.706,88</b>
	<b>TOTALI con DRG 391</b>	<b>47.349</b>	<b>126.116.765,95</b>	<b>36.531</b>	<b>97.293.574,16</b>	<b>3.643</b>	<b>8.880.960,03</b>	<b>7.175</b>	<b>19.942.231,76</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	810	438.018,84	699	377.866,44	30	16.405,20	81	43.747,20
130002	SULMONA	277	150.927,84	247	134.522,64	24	13.124,16	6	3.281,04
130003	AVEZZANO	791	432.550,44	685	374.585,40	10	5.468,40	96	52.496,64
	<b>TOTALI</b>	<b>1.878</b>	<b>1.021.497,12</b>	<b>1.631</b>	<b>886.974,48</b>	<b>64</b>	<b>34.997,76</b>	<b>183</b>	<b>99.524,88</b>

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	1.358.398,80
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>

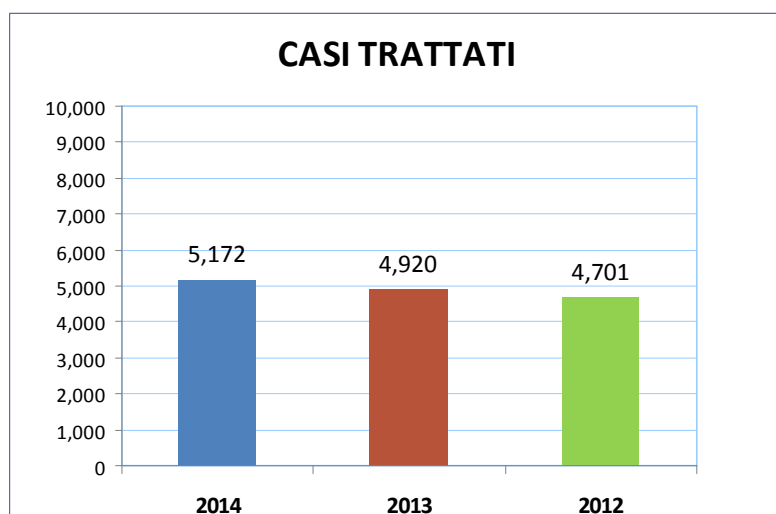
DRG 391

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>

### 3.2.2. Assistenza territoriale

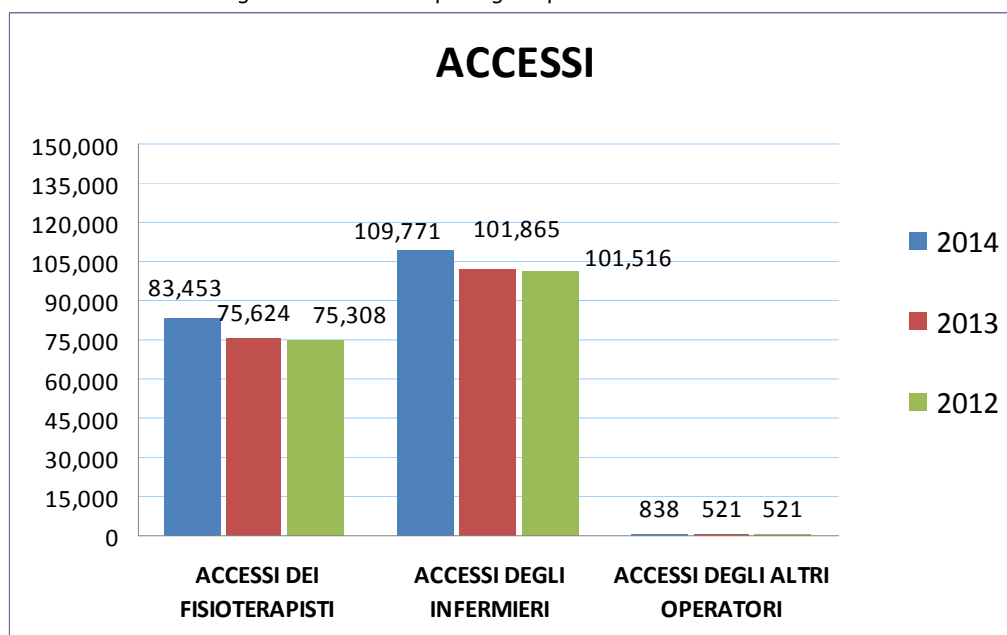
I dati di attività riportati nelle sottostanti figure 2 e 3, evidenziano lo sviluppo nel corso degli anni della linea di attività territoriale riferita all'Assistenza Domiciliare Integrata, ciò, in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, e nell'ottica di offrire un servizio sempre 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.

**Figura 2:** Distribuzione dei casi trattati in ADI. Anni 2012- 2013-2014



Fonte dati modello FLS21 NSIS

**Figura 3:** Distribuzione degli accessi in ADI per figura professionale. Anni 2012- 2013-2014



Accanto a questa tipologia di attività, l'Azienda ha cercato di promuovere lo sviluppo di altre forme di assistenza territoriale che vedono coinvolti i presidi territoriali di assistenza istituiti presso Pescina e Tagliacozzo.

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 01.01.2014 - 31.12.2014

Accessi	
Fascia Oraria	N° Accessi
8,00 - 20,00	6438
20,00 - 24,00	1193
24,00 - 8,00	623
<b>Totale</b>	<b>8254</b>
Trasferimenti ad altri Presidi	
Presidio	N°
P.O. S. Filippo e Nicola Avezzano	65
PP.OO. ASL	6
PP.OO. altre ASL Regione	0
Case di Cura Private accreditate ASL	1
<b>Totale</b>	<b>72</b>
<b>Pazienti che hanno rifiutato la proposta di ricovero</b>	<b>68</b>

**Tabella 21: Emergenza Territoriale "118"- Periodo 01.01.2014 - 31.12.2014**

INTERVENTI RICHIESTI	1088	dei quali 751 con trasporto al PS di Avezzano, 55 con trasporto al PPI di Pescina, 27 ad altri ospedali e 255 casi risolti in loco
----------------------	------	--

*Il 63,23 % degli interventi sono stati effettuati nella fascia oraria 8-20, il restante 37,77% nella fascia oraria 20-8.*

**Tabella 22: Ospedale di Comunità (P.L. n.10)- Periodo 01.01.2014 - 31.12.2014**

PAZIENTI TRATTATI e DIMESSI	177	dei quali 145 sono stati dimessi, 12 sono stati ricoverati in Struttura Ospedaliera per riacutizzazione della patologia, 11 sono deceduti
-----------------------------	-----	---

*Degenza media = 17,77 gg; Tasso di utilizzo = 86,19 %*

**Tabella 23:** Prestazioni Ambulatoriali - Periodo 01.01.2014 - 31.12.2014

AMBULATORIO	N° PRESTAZIONI
ALLERGOLOGIA (visite + test)	604
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	28
ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE	573
CARDIOLOGIA (visite + esami strumentali)	5.165
LABORATORIO ANALISI (prelievi)	15.232
CHIRURGIA	373
CHIRURGIA DELLA PELLE	1.484
SENOLOGIA CHIRURGIA	66
DERMATOLOGIA	555
DIABETOLOGIA	926
ENDOCRINOLOGIA	435
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	468
EPATOLOGIA	379
FISIOTERAPIA	9.375
GERIATRIA	653
MEDICINA	1.513
MEDICINA DELLO SPORT	1.478
NEUROLOGIA	564
OCULISTICA	675
ODONTOIATRIA	363
ORTOPEDIA	1.043
OTORINO	1.207
PNEUMOLOGIA (visite + esami strumentali)	1.028
PRELIEVI ADI	22
PSICHIATRIA	110
SERVIZIO MEDICINA LEGALE	302
U.O. SCREENING AZIENDALE	8
UROLOGIA	1.338
DIAGNOSTICA TRADIZIONALE - PESCINA	5.238
ECOGRAFIA - PESCINA	2.723
MAMMO - PESCINA	1.199
MOC (PESCINA)	1.663
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE OSPEDALE DI COMUNITA'	326
	<b>57.116</b>

## PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA (PTA) TAGLIACOZZO

**Tabella 24:** Punto di Primo Intervento (PPI) - Periodo 01.01.2014 - 31.12.2014

Accessi	
Fascia Oraria	N° Accessi
8,00 - 20,00	6251
20,00 - 24,00	849
24,00 - 8,00	467
<b>Totale</b>	<b>7567</b>

Trasferimenti ad altri Presidi	
Presidio	N°
P.O. Avezzano	153
PP.OO. ASL	36
PP.OO. altre ASL Regione	2
PP.OO. ASL Extraregione	0
Case di Cura Private accreditate ASL	36
<b>Totale</b>	<b>227</b>

<b>Pazienti che hanno rifiutato la proposta di ricovero</b>	<b>450</b>
---	------------

**Tabella 25: Emergenza Territoriale "118"- Periodo 01.01.2014 - 31.12.2014**

INTERVENTI RICHIESTI	772	dei quali 563 con trasporto al PS di Avezzano, 58 con trasporto al PPI di Tagliacozzo, 34 ad altri ospedali e 150 casi risolti in loco
----------------------	-----	--

*Il 72,28 % degli interventi sono stati effettuati nella fascia oraria 8-20, il restante 28,72% nella fascia oraria 20-8.*

**Tabella 26: Ospedale di Comunità (P.L. n.8)- Periodo 01.01.2014 - 31.12.2014**

PAZIENTI TRATTATI e DIMESSI	99	dei quali 83 sono stati dimessi, 13 sono stati ricoverati in Struttura Ospedaliera per riacutizzazione della patologia, 3 sono deceduti
-----------------------------	----	---

Degenza media = 20,71 gg; Tasso di utilizzo = 70,24 %

**Tabella 27:** Prestazioni Ambulatoriali - Periodo 01.01.2014 - 31.12.2014

AMBULATORIO	N° PRESTAZIONI
AMBULATORIO INFERMIERISTICO	153
ANESTESIA	7
CARDIOLOGIA (visite + esami strumentali)	5.741
LABORATORIO ANALISI (prelievi)	14.419
CHIRURGIA	653
SENOLOGIA CHIRURGIA	35
DERMATOLOGIA	521
DIABETOLOGIA	978
ENDOCRINOLOGIA	1.327
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	343
MEDICINA INTERNA	1.327
MEDICINA DELLO SPORT	1.330
MEDICINA LEGALE	715
NEFROLOGIA	1.243
TRATTAMENTI DIALITICI	7.816
NEUROLOGIA	514
OCULISTICA	1.730
ODONTOIATRIA	236
ORTOPEDIA	160
OTORINO	528
PRELIEVI OSPEDALE DI COMUNITÀ	360
PRELIVI DOCILIARI ADI	722
PSICHIATRIA	60
REUMATOLOGIA	1.129
RIABILITAZIONE	1.290
UROLOGIA	384
RX - RADIOLOGIA TRADIZIONALE (TA)	5.765
ECOGRAFIA (TA)	3.498
MOC (TA)	1.498
	<b>54.482</b>

Complessivamente, nel corso degli anni si è rilevato un incremento dell'attività ambulatoriale, sia in termini di prestazioni erogate sia in termini di valorizzazione delle stesse, così come riportato nelle sottostanti tabelle 28 a e 28b.

**Tabella 28 a:** Confronto dati di attività dell'Assistenza Territoriale degli esercizi 2013-2014

**ANNO 2013**

STRUTTURA	PRESTAZIONI	VALORE
PO AVEZZANO	1.052.528	12.678.850,06
PO CASTEL di SANGRO	194.315	1.751.457,68
PO L'AQUILA	1.723.462	24.377.837,62
PO SULMONA	593.458	8.034.010,43
PO TAGLIACOZZO	216.400	1.898.029,91
PTA PEScina componente ospedaliera	215.818	1.267.872,37
DISTRETTO MARSICA	246.760	2.525.574,11
DISTRETTO PELIGNO-SANGRINO	123.160	1.542.918,79
DISTRETTO L'AQUILA	116.740	1.600.711,85
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	24.113	313.319,80
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE non attivato	79.795	620.882,38
SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE	24.329	129.725,97
SERVIZIO DI MEDICINA PENITENZIARIA	49	126,42
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	4.775	61.248,53
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	260.638	155.554,25
<b>TOTALE</b>	<b>4.876.340</b>	<b>56.958.120,17</b>

**Tabella 28 b:** Confronto dati di attività dell'Assistenza Territoriale degli esercizi 2013-2014

**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>

#### 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 anche 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;

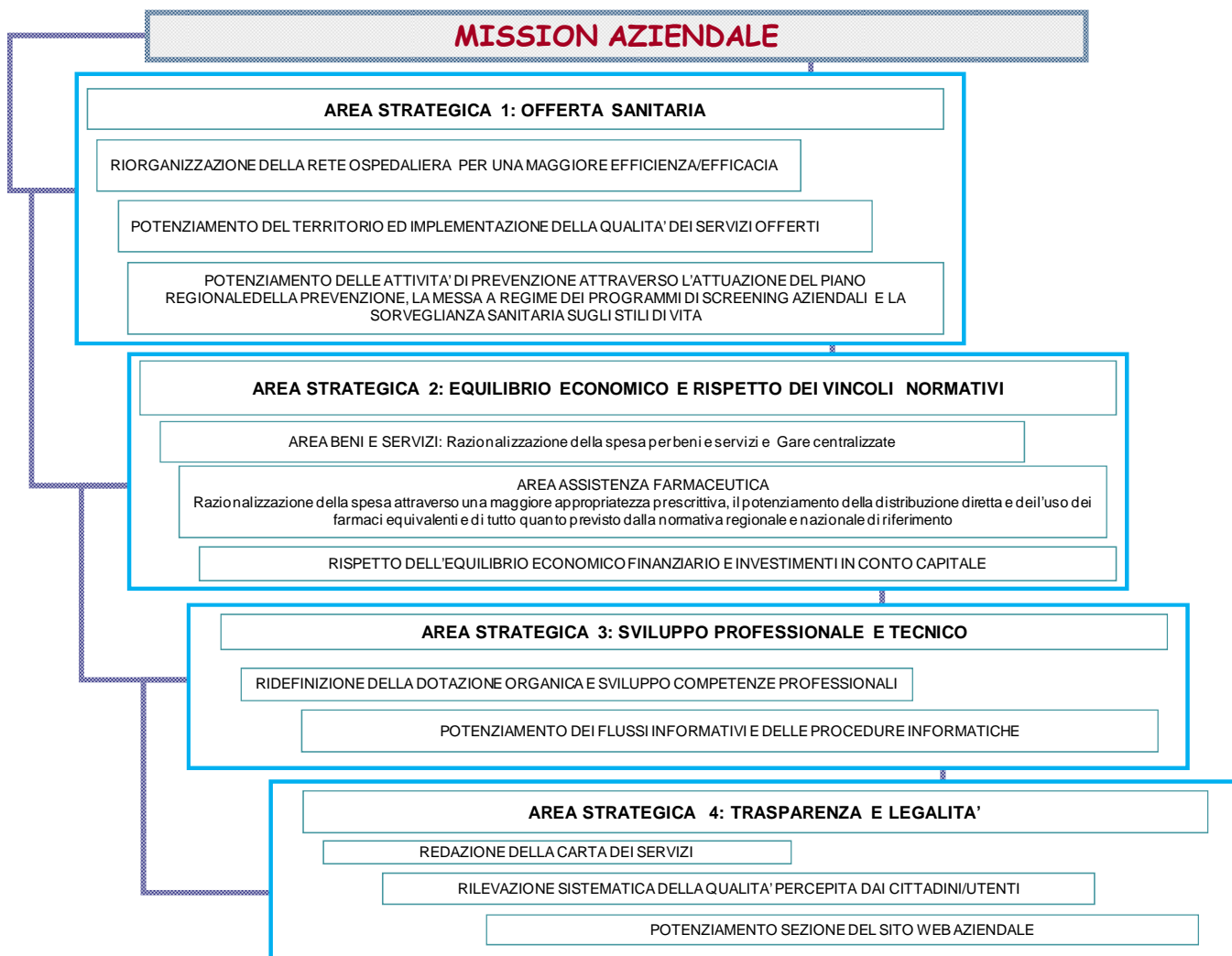
5. l'**etica**, perché ogni azione deve essere ispirata al rispetto della dignità umana, della trasparenza nei processi decisionali, nelle modalità di erogazione ed accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità.

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



## 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 5.034 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 61 abitanti/Km<sup>2</sup> a fronte della media regionale pari a 124 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 2014, risulta composta da 306.701 residenti, di cui 150.518 (49,08%) uomini e 156.183 (50,92%) 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 40-44 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.

Ulteriore caratteristica rilevabile dall'osservazione della piramide è il rapporto tra uomini e donne (rapporto di mascolinità), sensibilmente sbilanciato a favore di queste ultime, soprattutto nelle età più avanzate. Sul totale delle età la proporzione è di 96 uomini ogni 100 donne; supera questa media la fascia di età pediatrica (0-14 anni) - in riferimento alla quale il rapporto sale a 108 bambini/ragazzi ogni 100 bambine/ragazze - per poi scendere progressivamente nelle fasce di età successive.

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 2014, è pari a 183 anziani circa ogni 100 giovani, è maggiore sia del valore regionale (circa 173 anziani ogni 100 giovani) sia di quello nazionale (154 anziani ogni 100 giovani).

Lo stesso andamento si rileva se si considera l'indice di invecchiamento<sup>(1)</sup>, pari al 23,3%, al di sopra sia del valore regionale (22,2%) sia di quello nazionale (21,4%).

L'incidenza degli ultrasettantaquattrenni sulla popolazione generale è dell'11,95% e risulta più elevata nelle donne (14,48%) che negli uomini (9,32%).

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

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

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

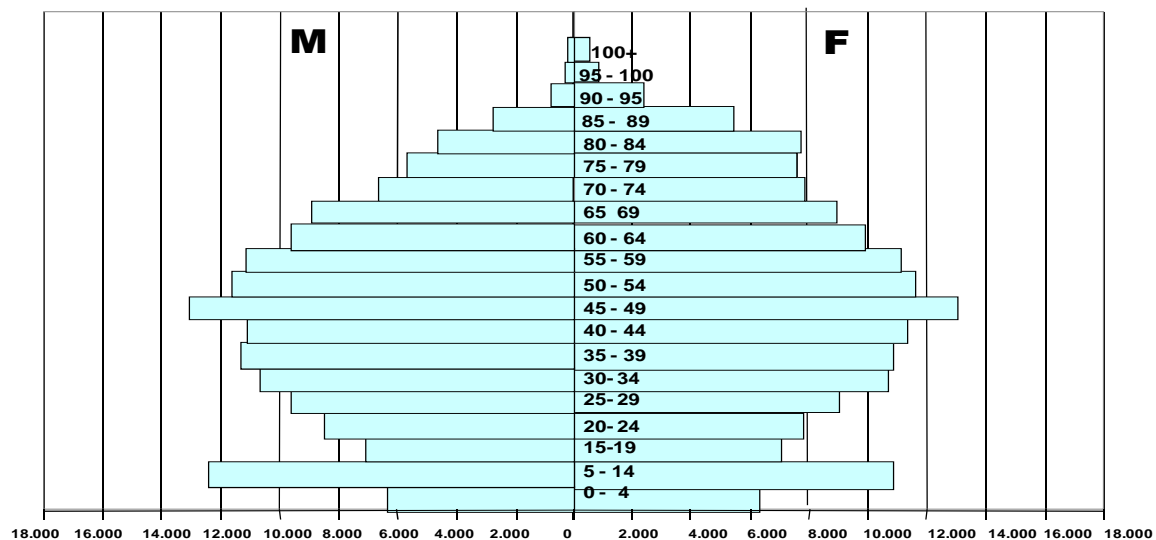
La situazione demografica, così come riscontrata nei territori dell'Azienda al 1° gennaio 2014 manifesta una tendenza di fondo verso il progressivo invecchiamento della popolazione accompagnata da una riduzione progressiva delle nascite.

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.

Purtroppo, su tali patologie è difficile fornire, per singola Azienda USL, dati di frequenza esaustivi e precisi.

**Figura 5:** ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila. Piramide dell'età – Anno 2014



Fonte dati: Elaborazione dati ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila su dati ISTAT 2014

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 2014

AREA DISTRETTUALE	0	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	> 74	TOT	>64	<15
AREA L'AQUILA	847	3.564	8.246	9.828	28.927	30.221	10.964	12.551	105.148	23.515	12.657
AREA MARSICA	1.076	4.619	11.227	13.308	36.107	38.042	12.845	14.969	132.193	27.814	16.922
AREA PELIGNO-SANGRINA	451	1.998	5.371	6.470	17.608	20.509	7.836	9.117	69.360	16.953	7.820
<b>TOTALE ASL</b>	<b>2.374</b>	<b>10.181</b>	<b>24.844</b>	<b>29.606</b>	<b>82.642</b>	<b>88.772</b>	<b>31.645</b>	<b>36.637</b>	<b>306.701</b>	<b>68.282</b>	<b>37.399</b>

Fonte Dati: Elaborazione UOSD Controllo di Gestione e Budget su dati ISTAT 2014

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 2014, infatti, il numero dei residenti assistibili è risultato pari a n. 297.628 unità (fonte dati TS ex art.50 – SOGEI).

La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2014, è stata di n.152.138 unità (n. 5.861 per motivi di età e reddito, n. 56.277 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 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;
7. 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".

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 adotta un modello organizzativo fondato sulle seguenti componenti:

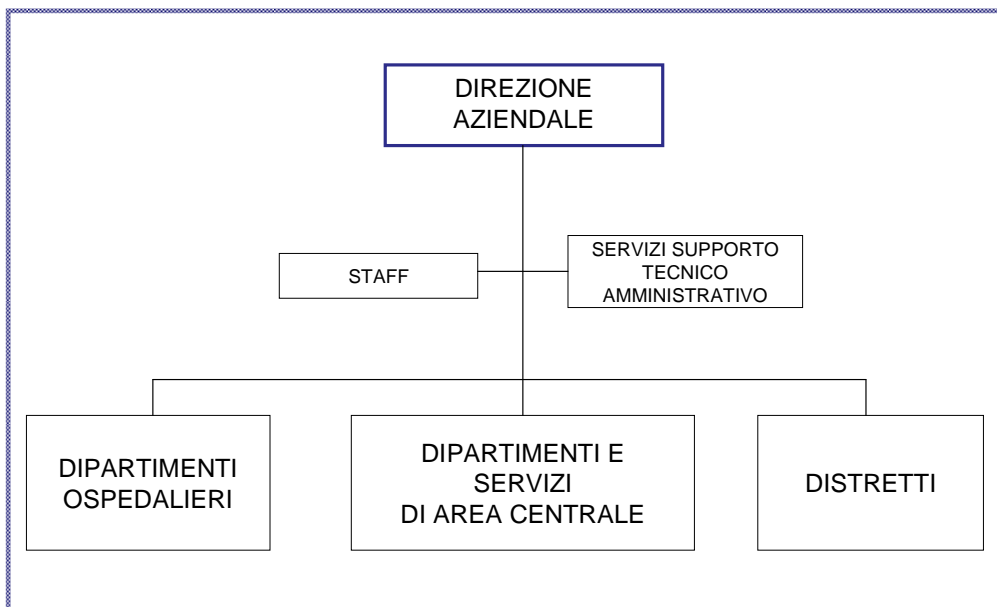
- Strutture di Staff;
- Strutture di Supporto Tecnico Amministrative;
- Strutture produttive (Dipartimenti e Servizi di Area Centrale, Dipartimenti Ospedalieri, Distretti).

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,

**Figura 6:** Strutture Aziendali



Va comunque evidenziato che la **struttura e l'organizzazione dell'Azienda** è stata ed è fortemente condizionata dall'essere la Regione Abruzzo sottoposta, sin dal 2007, al *Piano di Rientro* dai disavanzi del settore sanità, il che limita l'autonomia delle aziende sanitarie, obbligandole al rispetto di quanto previsto dai documenti regionali di indirizzo e di programmazione sanitaria.

Per tale condizione l'Azienda USL ha dovuto superare notevoli difficoltà legate in particolare ai vincoli imposti dal piano di rientro della Regione Abruzzo sia per i costi del personale sia economici più in generale.

Per poter pervenire alla definizione del vigente Atto Aziendale 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, di cui alla deliberazione 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 e n. 471/2014 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).

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	DOT ORGANICA POSTI PREVISTI
DIRIGENZA MEDICA (MV)	825
DIRIGENZA MEDICA UNIVERSITARIA	66
DIRIGENZA NON MEDICA (SPTA)	88
DIRIGENZA NON MEDICA UNIVERSITARIA	5
DIRIGENZA MEDICA (IST PENITENZIARIO)	4
MEDICO CONDOTTO	13
PERSONALE INFERMIERISTICO	1,444
PERSONALE TECNICO RIABILITAZIONE	163
PERSONALE TECNICO SANITARIO	232
PERSONALE TECNICO	733
PERSONALE AMMINISTRATIVO	424
PERSONALE VIGILANZA	56
<b>TOTALE</b>	<b>4,053</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.

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

PROFILO PROFESSIONALE	TEMPO INDETERMINATO (personale in servizio)			DOT ORGANICA POSTI PREVISTI
	2012	2013	2014	
DIRIGENZA MEDICA (MV)	674	688	720	825
DIRIGENZA MEDICA UNIVERSITARIA	62	57	59	66
DIRIGENZA NON MEDICA (SPTA)	61	59	65	88
DIRIGENZA NON MEDICA UNIVERSITARIA	5	5	5	5
DIRIGENZA MEDICA (IST PENITENZIARIO)	2	2	3	4
MEDICO CONDOTTO	17	14	10	13
PERSONALE INFERMIERISTICO	1,392	1,376	1,353	1,444
PERSONALE TECNICO RIABILITAZIONE	126	122	123	163
PERSONALE TECNICO SANITARIO	173	169	171	232
PERSONALE TECNICO	567	551	539	733
PERSONALE AMMINISTRATIVO	373	366	355	424
PERSONALE VIGILANZA	45	47	51	56
<b>TOTALE</b>	<b>3497</b>	<b>3,456</b>	<b>3,454</b>	<b>4,053</b>

Nel settore dell'Acquisizione di Beni e Servizi L'Azienda, nel porre in essere le azioni previste, l'Azienda 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. contenimento del fabbisogno;
2. rinegoziazione dei contratti;
3. verifica di congruità e riallineamento prezzi;
4. attivazione nuove gare e procedure di approvvigionamento;
5. acquisti con procedure regionali centralizzate
6. acquisti con adesioni a convenzioni e accordi quadro CONSIP
7. acquisti sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA).

Le azioni in appresso descritte, poste in essere per l'ottenimento dei risultati attesi sia qualitativi che economici, relativamente ai punti sopra elencati, hanno dato soddisfacenti risultati, consentendo di ottenere un consistente risparmio di spesa nonostante maggiori costi sostenuti, dovuti al riallineamento delle attività rispetto a quelle ante terremoto (maggiori spazi da pulire e/o mantenere, maggior numero di degenze e di prestazioni sanitarie, maggior numero di pasti e di beni sanitari etc.) oltre alla normale dinamica dei costi determinata anche dai risultati delle procedure pubbliche effettuate che non sempre, come ovvio che sia, hanno comportato una conferma o diminuzione dei prezzi.

La Direzione Generale ha attivato una procedura di rinegoziazione dei contratti in essere agendo su:

- la riconfigurazione dell'oggetto contrattuale quando lo stesso non sia risultato più aderente e pienamente coerente con i fabbisogni aziendali;
- la revisione dei prezzi attraverso richieste di sconto, rinuncia alla revisione dei prezzi, rinuncia agli interessi legali e moratori;
- il 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;
- l'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.

L'Azienda ha inteso dare altresì un forte impulso all'attivazione di nuove gare ed i relativi risparmi economici di impatto sul bilancio aziendale sono da ipotizzarsi solo a gare espletate ma sicuramente saranno da calcolarsi in relazione al consumo effettivo dei quantitativi previsti come fabbisogni futuri.



## 7. Le aree strategiche

Con il Programma Operativo 2013-2015 la Regione ha voluto concludere la fase di riduzione della spesa iniziata, per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, con Piano di Rientro 2007-2009 ed oggi si pone l'obiettivo di aumentare la qualità di prestazioni erogate - con particolare attenzione all'organizzazione della rete territoriale - attraverso l'utilizzo dei risparmi realizzati.

Gli interventi che si attueranno nel corso del triennio 2015-2017 saranno definiti sulla base sia del *Programma Operativo 2013-2015* (DCA 84/2013 e s.m.i.) sia di quanto stabilito nel documento "*Programmazione triennale 2015-2017 delle Aziende Sanitarie Regionali - Indirizzi formulati dai dirigenti della direzione delle politiche della salute*" (DCA 149/2014) e 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) attuazione del 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 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, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nel periodo di tempo previsto.

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 e con i Dipartimenti Aziendali.

A seguito del processo di unificazione della ex ASL 1 Avezzano-Sulmona con la ex ASL 4 di L'Aquila, si è preferito, al fine di rendere omogeneo il processo di budget per tutte le UU.OO. aziendali, procedere con una prima negoziazione – espletata a inizio anno – che vede coinvolte, in un unico tavolo, la Direzione dei Dipartimenti Aziendali e le unità operative che afferiscono ad una stessa disciplina (unità operative di medicina interna, unità operative neurologiche, unità operative oncologiche, ecc.).

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 del Programma Operativo e legate ai vincoli imposti dal Tavolo Tecnico Ministeriale.

A partire dal 2016 verrà negoziata un scheda relativa ai volumi di produzione ambulatoriale distinta in attività istituzionale e attività in libera professione. Su

---

ognuno di essi verrà quindi negoziato il valore atteso per singolo CdR e tipologia di prestazione dipendentemente dai dati sulle liste di attesa rilevati.

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. ad essi 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 ritenuto 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**

Nonostante nella ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila siano stati espletati degli avvisi 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 – a tutt'oggi l'Azienda non ha potuto costituire detto Organismo di Valutazione.

Di conseguenza, terminato l'anno, la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati viene eseguita dal Nucleo di Valutazione Aziendale (NAV).

Per ciascun Centro di Responsabilità vengono esaminati gli obiettivi assegnati ed il risultato raggiunto e, in funzione del grado di raggiungimento dell'obiettivo, viene attribuito il relativo punteggio. Solitamente, 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 per ogni singolo obiettivo e, in seguito, ad attribuire il premio seguendo lo schema di seguito riportato:

**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 stato redatto dalla UOSD Controllo di Gestione e Budget, in considerazione della normativa nazionale a regionale in materia, delle linee guida, degli strumenti di Programmazione redatti dalla stessa ASL, e, specie relativamente all'anno 2016, del 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 dai Programmi Operativi,

---

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 2015-2017.

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 in relazione per quanto concerne il ciclo della performance individuale.

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.

Riguardo alla performance individuale, invece, sarebbe necessario definire dei 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 altresì auspicabile 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 ultimo, il Ciclo della Performance potrà ulteriormente migliorare attraverso l'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. n. 33 del 14 marzo 2013, pubblicato su GU del 5.04.2013, sulla base della delega conferita con l'art. 1, comma 35, della Legge 190/2012, ha provveduto al completamento e al riordino della disciplina riguardante **gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni** da parte delle pubbliche amministrazioni. In particolare tale decreto legislativo è intervenuto sul principio di trasparenza, precisandone **contenuto, finalità e limiti**; ha dettato disposizioni in materia di **accesso civico** e **accesso alle informazioni pubblicate nei siti web** delle pubbliche amministrazioni; ha definito i **criteri di qualità e chiarezza di tali informazioni** e ha puntualizzato **le loro modalità di pubblicazione, la**

**decorrenza e la durata delle medesime;** ha previsto a carico delle pubbliche amministrazioni **l'obbligo di varare un Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità** e quello **di nominare un Responsabile per la Trasparenza;** ha introdotto per le stesse dettagliati obblighi di pubblicazione e diffusione, in particolare attraverso l'utilizzo dei propri siti istituzionali, di alcune specifiche categorie di informazioni, riguardanti **gli atti di carattere normativo e amministrativo generale; l'organizzazione e le attività; l'uso delle risorse pubbliche; le prestazioni offerte e i servizi erogati;** nonché alcuni settori speciali quali **i contratti pubblici, le opere pubbliche, la pianificazione e il controllo ambientale, il sistema sanitario nazionale.** Tale decreto ha inoltre indicato i rimedi contro la violazione degli obblighi di informazione: ha previsto infatti in via generale o il previo esercizio dell'accesso civico, da cui deriva la possibilità di utilizzo dei rimedi previsti contro il diniego stesso oppure la sanzione dei dirigenti o dei dipendenti responsabili della violazione sul piano della responsabilità disciplinare o di risultato, anche a seguito dell'intervento del responsabile della trasparenza (v. artt. 5, 45 c. 4, 46 d.lgs. n. 33/2013).

Il Responsabile Aziendale per la Trasparenza: cura l'implementazione delle pubblicazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente" in un'ottica di accessibilità e trasparenza rispetto al cittadino-utente; mantiene il collegamento costante con l'Ufficio Relazioni Esterne ai fini del corretto caricamento dei dati attraverso l'applicativo denominato "e-TRASPARENZA" fornito dalla società Internet Soluzioni srl di Avezzano; indice incontri tematici ed ha diramato specifiche disposizioni favorendo il rafforzarsi della cultura della trasparenza; sollecita i Responsabili tenuti alla pubblicazione ed aggiornamento dei dati richiamando, anche formalmente, al rispetto della normativa; partecipa alle su citate sessioni formative monitorando lo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza; fornisce adeguato supporto all'organismo deputato alla vigilanza e monitoraggio sugli obblighi di trasparenza (oggi il NAV, successivamente l'OIV); assicura la regolare attuazione dell'accesso civico (nell'ultimo semestre 2014 sono pervenute da un singolo soggetto n. 55 richieste di accesso).

In attuazione delle specifiche previsioni normative, l'ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila ha provveduto:

- a predisporre il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità per il triennio 2014/2016. Tale programma, inserito quale sezione del Piano Triennale aziendale per la prevenzione della Corruzione 2014/2016 approvato con deliberazione n. 172 del 31.01.2014, è stato diffuso agli organismi e a tutte le strutture dell'Azienda e pubblicato sul sito web aziendale;
- a predisporre l'aggiornamento del Piano Triennale per l'Anticorruzione (2014/16 e 2015/17);
- a nominare il Responsabile della Trasparenza (v. deliberazione n. 658 del 28.05.2013 e deliberazione n. 885 del 15.05.2014);
- ad approntare la sezione web "Amministrazione Trasparente" all'interno del sito web aziendale in collaborazione con l'ufficio relazioni esterne ed il servizio sistemi informativi;
- ad adeguare, ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, le sezioni del su citato portale istituzionale ai contenuti previsti dal d.lgs. 33/2013 mediante l'acquisizione di un applicativo per la gestione e la pubblicazione degli istituti di trasparenza (in uso da giugno 2014). Nell'organizzazione aziendale, cospicua parte degli adempimenti relativi alla pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013 è stata demandata alle strutture organizzative (competenti alla produzione, aggiornamento e pubblicazione del dato) preposte all'istruttoria dei procedimenti e sono state create, con la collaborazione dell'Ufficio Relazioni Esterne, password personalizzate a ciascun responsabile e/o referente per accedere al portale per l'implementazione diretta dei dati di propria competenza

nelle varie sezioni. Le maggiori difficoltà sono state rilevate nel non facile approccio all'uso dell'applicativo da parte degli operatori di tali strutture. Gli incontri formativi si sono tenuti a L'Aquila da giugno a novembre 2014 ed hanno dato impulso all'osservanza di tali adempimenti.

Il collegio preposto alla specifica valutazione (attualmente NAV) ha proceduto alla attestazione di cui alla Delibera ANAC n. 148 del 3 dicembre 2014.

In ordine alla Trasparenza ed Integrità nonché al contrasto alla Corruzione, nell'implementazione degli specifici piani triennali, da effettuare entro il 31 gennaio 2016, allo scopo di disegnare un effettivo percorso di miglioramento della *performance*, saranno compiutamente 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 riguarderanno principalmente:

- il diffondersi ed 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 saranno individuati prioritariamente:

- nella mappatura, identificazione e valutazione del rischio;
- 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.

Parimenti a titolo puramente esemplificativo, gli obiettivi riguardanti la Trasparenza e l'Integrità riguarderanno 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 formati e pubblicati dall'ASL.

Strumenti per il raggiungimento degli obiettivi saranno individuati prioritariamente:

- nell'adozione di formati o estensioni di file non implicanti l'utilizzo di programmi aperti;
- la diffusione di dotazioni per la sottoscrizione digitale presso ciascun dipendente deputato alla firma di documenti;
- l'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".

Il Piano della Performance, ad oggi alla prima stesura, verrà aggiornato annualmente e sicuramente perfezionato in funzione anche delle eventuali nuove disposizioni normative che, nel corso del tempo, potrebbero variare e rendere necessaria una rivisitazione dell'intero documento.



## 10. Obiettivi Anno 2015

Si indicano di seguito gli obiettivi di budget negoziati nei primi mesi dell'anno con le UU.OO. aziendali.

Si fa presente che, essendo la Regione Abruzzo una regione sotto Piano di Rientro, gli obiettivi attribuiti alle unità operative aziendale sono fortemente condizionati dai vincoli imposti dai piani di risanamento e da quanto imposto dai Programmi Operativi regionali.

Si sottolinea inoltre che detti obiettivi possono essere soggetti, nel corso dell'anno, a variazioni e/o rimodulazioni, dipendentemente dallo sviluppo di ulteriori norme in materia e in funzione delle verifiche infra-annuali.

**Tabella 33:** Obiettivi di budget - Anno 2015

AREA STRATEGICA OFFERTA SANITARIA	DESCRIZIONE	INDICATORE	OBIETTIVI ASSEGNATI
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E POTENZIAMENTO DELLA EFFICIENZA ED EFFICACIA DEI SERVIZI EROGATI	RICOVERI TOTALI	N. E VALORIZZAZIONE DEI DGR 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 DGR DI TIPO MEDICO TRATTATI IN REGIME ORDINARIO	
	RICOVERI ORDINARI DI TIPO CHIRURGICO	N. E VALORIZZAZIONE DEI DGR DI TIPO CHIRURGICO TRATTATI IN REGIME ORDINARIO	
	RICOVERI IN DAY HOSPITAL	N. E VALORIZZAZIONE DEI DGR DI TIPO MEDICO TRATTATI IN REGIME DIURNO	
	RICOVERI IN DAY SURGERY	N. E VALORIZZAZIONE DEI DGR DI TIPO CHIRURGICO TRATTATI IN REGIME DIURNO	
	PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE A PAZIENTI NON RICOVERATI	N. E VALORIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME AMBULATORIALE A PAZIENTI NON RICOVERATI	
	PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE A PAZIENTI RICOVERATI	N. E VALORIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME AMBULATORIALE A PAZIENTI RICOVERATI	
	TASSO DI UTILIZZO	GIORNATE DI DEGENZA/ (N. DEI PP.LL. X t)	
	DEGENZA MEDIA	GIORNATE DI DEGENZA EROGATE AI PAZIENTI DIMESSI/ N. TOTALE DI DIMESSI	
	INDICE DI TURN OVER	((N. POSTI LETTO X t) - SOMMA GG DEGENZA) / SOMMA N. TOT. DRG	
	TASSO DI ROTAZIONE	SOMMA N. TOTALE DRG / N. PP.LL.	
	PESO MEDIO DRG TRATTATI	TOTALE PESI DEI DRG TRATTATI / TOTALE DRG TRATTATI	
	TASSO DI OPERATIVITA'	TOTALE DRG CHIRURGICI TRATTATI / TOTALE DRG TRATTATI	
	INCIDENZA PARTI CESAREI	TOTALE PARTI CESAREI / TOTALE PARTI	
% RICOVERI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI (ANCHE RISPETTO ALL'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 DCA N. 50/2011 E ss.mm.ii.		
INDICE DI ATTRAZIONE EXTRA REGIONALE	N. DRG TRATTATI IN FAVORE DI PAZIENTI NON RESIDENTI IN ABRUZZO / TOTALE DEI DRG TRATTATI		
INDICE DI ATTRAZIONE INTRA REGIONALE	N. DRG TRATTATI IN FAVORE DI PAZIENTI EXTRA ASL MA RESIDENTI IN ABRUZZO / TOTALE DEI DRG TRATTATI		
POTENZIAMENTO DEL TERRITORIO E IMPLEMENTAZIONE DELLA QUALITA' DEI SERVIZI OFFERTI	VOLUME DI ATTIVITA' IN ADI	N. CASI TRATTATI N. DI ACCESSI PER FIGURA PROFESSIONALE N. DI PRESTAZIONI PER FIGURA PROFESSIONALE	RISPETTO DELLE % PREVISTE DALLA REGIONE.
	VOLUME DI ATTIVITA' 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 REGIONE DELLA PREVENZIONE (VACCINAZIONI ANTIINFLUENZALI, VACCINAZIONI MPR, ECC.); 2. N. di CONTROLLI nei CANTIERI 3. N. di CONTROLLI PREVISTI DALLA GRIGLIA LEA E DAL PPRIC	RISPETTO DELLE % PREVISTE DAL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE, DALLA GRIGLIA LEA E DAL PPRIC
	ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING AZIENDALI	N. ESAMI EROGATI NELL'AMBITO DEI TRE PROGRAMMI PREVISTI (TUMORE CERVIC UTERINA, MAMMELLA E COLON-RETTO)	RISPETTO DELLE % PREVISTE DALLA REGIONE.

(segue)

(segue) **Tabella 33:** Obiettivi di budget - Anno 2015

AREA STRATEGICA EQUILIBRIO ECONOMICO E RISPETTO VINCOLI NORMATIVI	DESCRIZIONE	INDICATORE	OBIETTIVI ASSEGNATI
RISPETTO TETTO DI SPESA PER FARMACI ED EMODERIVATI	CONSUMO DI FARMACI, SOLUZIONI ED EMODERIVATI PER UU.OO.	VALORIZZAZIONE 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 E 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 NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET	OBIETTIVI MIRATI SUI CdR INTERESSATI
	DEFINIZIONE PROTOCOLLI PER IL POTENZIAMENTO DELL'UTILIZZO DEI FARMACI GENERICI PER PAZIENTI NAIVE.	RISPETTO SCADENZE PREVISTE NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET	OBIETTIVI MIRATI SUI CdR INTERESSATI
	COSTO DEI FARMACI PER PUNTO DRG	COSTO TOTALE DEI FARMACI, SOLUZIONI E EMODERIVATI/TOTALE PESI DRG TRATTATI	GLI OBIETTIVI SONO 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 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 CONTO CAPITALE	ADOZIONE DEGLI STRUMENTI DI PROMMAZIONE ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA REGIONE	REDAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALI	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 INVESTIMENTO	REDAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALI	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 OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	ATTIVAZIONE NUOVE GARE E PROCEDURE DI APPROVVIGIONAMENTO	N. NUOVE GARE ESPLETATE E N. ADESIONI A GARE CNTRALIZZATE	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	ACQUISTI CON ADESIONI E CONVENZIONI CONSIP	N. ADESIONI A CONVENZIONI CONSIP	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET
	ACQUISTI SUL MERCATO ELETTRONICO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (MEPA).	N. ACQUISTI SU MEPA	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET

(segue)

(segue) **Tabella 33:** Obiettivi di budget - Anno 2015

AREA STRATEGICA SVILUPPO PROFESSIONALE E TECNICO	DESCRIZIONE	INDICATORE	OBIETTIVI ASSEGNATI
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	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 DANITARIO ELETTRONICO	ATTIVAZIONE DEI CUP DI SECONDO LIVELLO A LIVELLO OSPEDALIERO E AMBULATORIALE AL FINE DELLA IMPLEMENTAZIONE DELL'USO DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	RISPETTO OBIETTIVI PREVISTI NELLE CONTRATTAZIONI DI BUDGET

AREA STRATEGICA TRASPARENZA E LEGALITA'	DESCRIZIONE	INDICATORE	OBIETTIVI ASSEGNATI
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 REKLATIVA 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 PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE E DAL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA	RISPETTO DELLE PERCENTUALI PREVISTE