



Tecnostruttura di staff

U.O.C. Budget e Controllo di Gestione

Direttore: Dott. Giovanni Berardino Chiarelli

AZIENDA SANITARIA DI POTENZA MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE – III TRIMESTRE 2012

RELAZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE AL COLLEGIO DI DIREZIONE 17.12.2012

Premessa

Il sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie ospedaliere regionali è stato approvato dalla Giunta Regionale con DGR n.298/2012 e prevede, per l'ASP, 5 principali aree di risultato: **Tutela della salute, Performance organizzative e cliniche aziendali, Gestione economico-finanziaria, Conseguimento di obiettivi strategici regionali, Obiettivi di empowerment**, articolate in 16 obiettivi e 47 indicatori. Al sistema di valutazione, il Direttore Generale, accede dopo aver superato la verifica di merito su 2 pre-requisiti di valutazione.

Il trend positivo o negativo che il management ha saputo realizzare nella gestione dell'Azienda viene valutato attraverso il confronto del posizionamento (2012 vs 2010) ottenuto su 10 indicatori definiti di **"Valutazione Globale della Performance" (VGP)**, scelti tra i 47 impiegati per la valutazione degli obiettivi. In relazione al miglioramento/peggioramento della performance su questi indicatori il risultato ottenuto sugli obiettivi verrà incrementato/decurtato del 30%.

Gli obiettivi fissati per sono stati tempestivamente comunicati ai dirigenti responsabili delle strutture aziendali ed a loro sono stati formalmente assegnati in sede di negoziazione del budget 2012 conclusasi, per la prima volta dalla creazione dell'Azienda provinciale, entro il 30 aprile.

Il sistema di valutazione prevede due verifiche intermedie dello stato di conseguimento degli obiettivi: al 31 maggio e al 30 settembre oltre a quella di chiusura al 30 dicembre.

Le verifiche intermedie sulle performance dell'ASP sono state effettuate alle previste scadenze dalle Tecnostrutture di staff UOC Budget-Controllo di Gestione, direttore dott. Giovanni Berardino Chiarelli e UOS Sistema Informativo Aziendale-ambito territoriale di Lagonegro, Dirigente responsabile dott. Angelo Raffaele Dalia. Ha collaborato il dott. Enzo Caruso, dirigente medico resp. UOSD P.I. Endocrinologia Territoriale.

I risultati sono stati riportati, oltreché nei report di dettaglio, in un prospetto di sintesi nel quale gli intervalli di conseguimento degli obiettivi sono rappresentati in tre distinti colori: rosa (indicatori correlati ad obiettivi non raggiunti, o che si prevede di non poter raggiungere), giallo (indicatori correlati ad obiettivi raggiunti, o che si prevede di raggiungere, al 50%), verde (indicatori correlati ad obiettivi raggiunti, o che prevede di raggiungere, al 100%).



Al 30 settembre dell'anno in corso l'ASP presenta in **fascia rosa** n.17 indicatori ed un pre-requisito di valutazione (Rete Regionale degli Acquisti); n° 13 indicatori in fascia in **fascia gialla**; n.12 indicatori ed un pre-requisito di valutazione in **fascia verde**; n.5 indicatori riguardano adempimenti non frazionabili e in scadenza nel 2013 e, pertanto, per essi si può solo verificare lo stato di avanzamento del procedimento ma non il loro grado di conseguimento.

ANALISI DEGLI INDICI DI PERFORMANCE

PREREQUISITI DI VALUTAZIONE

A.1 EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

Obiettivo anno 2012 = riduzione dei costi di produzione dell'esercizio 2012 dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'anno 2010

Costi di produzione Consuntivo anno 2010 – Euro 661.176.936,93

Costi di produzione Consuntivo anno 2011 – Euro 662.232.908,54

(Fonte: Relazione certificazione di accompagnamento al CE trimestrale – III° Trimestre 2012)

Risultato: I costi di produzione al III° trimestre 2012 assommano ad Euro 486.847.000,00
Proiez. su base annua dato III° trimestre 2012: euro 649.129.000,00 -

2012 vs 2011: - 1,98%

2012 vs 2010: - 1,82 %

A.2 RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI

Obiettivo: L'azienda deve aver provveduto all'approvvigionamento di beni e servizi attraverso unioni regionali di acquisto, in misura non inferiore al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi.

Tale obiettivo si intende raggiunto se l'azienda in qualità di soggetto capofila provvede ad indire e/o ad aggiudicare le gare in unione regionale di acquisto secondo il seguente crono programma:

n.ordine	Descrizione	Aziende aderenti	Obiettivo 2012	Obiettivo 2013
1	Ausili protesici	tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi	==
2	Dispositivi x prelievi multipli e materiale di consumo per laboratori vari	tutte	Aggiudicazione	

3	Vaccini	tutte	Aggiudicazione tutti i lotti	==
4	Assistenza respiratoria domiciliare e fornitura di ausili per tracheotomia	tutte	Indizione	Aggiudicazione
5	Sistema informativo contabile	tutte	Aggiudicazione	==

Fonte dati: UOC Provveditorato-Economato

Dal report trasmesso dalla U.O.Provveditorato-Economato risulta che al 30 settembre 2012 è stata aggiudicata soltanto la gara n.5 "Vaccini".

Area di risultato: TUTELA DELLA SALUTE

La situazione fotografata dal monitoraggio al III° trimestre descrive una Azienda Sanitaria che ha saputo cogliere risultati soddisfacenti nelle coperture vaccinali obbligatorie (99,34%) mentre per quelle non obbligatorie (MPR e vaccinazione antinfluenzale over 64) i risultati sono decisamente migliorabili (MPR 88,83%; antinfluenzale 61,80%). Mentre il dato relativo alla copertura vaccinale antinfluenzale (VGP), che si attesta sul valore registrato nel 2011, è da ritenersi consolidato (rif. campagna vaccinale 2011/2012), per la copertura vaccinale MPR, invece, i dati di attività registrati al 30 settembre consentono di ipotizzare un pieno conseguimento pieno dell'obiettivo.

Abbastanza soddisfacenti anche i risultati ottenuti nel campo della Prevenzione secondaria, in termini di estensione ed adesione degli screening mammografico e della cervice-uterina: pienamente conseguito l'obiettivo di estensione grezza dello screening mammografico (100,59%) ma, la proiezione su base annua dei dati di attività registrati al III° trimestre, per gli indicatori di adesione screening mammografico (57,49%) ed estensione screening della cervice uterina (93,30%) (VGP) fa ben sperare in ordine al pieno conseguimento di questi obiettivi.

Aspetti di maggiore criticità mostra il dato di adesione allo screening della cervice uterina (29,39% ben lontano dalla performance ottimale fissata in misura > del 60%).

Il dato delle attività di controllo sui luoghi di lavoro (1.3.1 % di imprese attive controllate: 5,87%), sebbene proiettato su base annua (7,87%), ci suggerisce che molto si può ancora fare nell'intensificazione delle attività di controllo finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Per quanto riguarda gli obiettivi di sanità veterinaria il monitoraggio al 30 settembre lascia ampi margini al miglioramento della performance nell'ultimo trimestre. Infatti, pur non essendo stato raggiunto, a quella data, un risultato almeno pari al 50% degli obiettivi annuale, dai volumi di attività registrati - e proiettati su base annuale - si desume la possibilità di conseguire i seguenti risultati per i singoli indicatori: 1.4.1 (% di allevamenti controllati per TBC) e 1.4.4 (% di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti) al 100%; 1.4.2 (% di allevamenti controllati per brucellosi) e 1.4.3 (% di aziende controllate per anagrafe ovicaprina) almeno al 50%.

Va, tuttavia, menzionata la buona performance conseguita per tutti gli obiettivi di sanità veterinaria nell'ambito territoriale di Venosa dove tutti gli obiettivi risultano conseguiti al 100% già al 30 settembre.



Area di risultato: PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

Sul versante ospedaliero l'ASP mostra alcune significative criticità organizzative e di utilizzo dei diversi setting assistenziali sia in ambito chirurgico che medico che di seguito si declinano:

Appropriatezza clinico-organizzativa: area chirurgica

Giorni di degenza media pre-operatoria (VGP)

La degenza media preoperatoria si attesta su valori ancora più alti di quelli registrati nel biennio precedente (1,52 vs 1,40 del 2010 e 1,50 del 2011), con aspetti di particolare criticità ($>1,85 < 2,25$) nelle tre chirurgie generali mentre resta < 1 g. nei reparti di ortopedia.

Percentuali di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari (VGP) - Patto della Salute 2010-2012

La percentuale di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici (35,17%), sebbene evidenzia un andamento positivo rispetto agli anni precedenti (41,52% nel 2010 e 40,26% nel 2011) dimostra la necessità di ricercare soluzioni organizzative che riducano questo indice di inappropriata chirurgia limitando la dispersione di risorse. La percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici presenta particolari aspetti di criticità nelle chirurgie generali di Lagonegro (45,59%) e Melfi (44,40%).

Percentuale di ricoveri in D.S. per i DRG dei LEA chirurgici - Patto per la Salute 2010-2012

Il Patto per la salute 2010-2012 amplia il numero dei DRG chirurgici da erogare in giornata relativamente ai LEA. Su questo indicatore di appropriatezza chirurgica nell'ASP si registra, nel triennio 2010-2012, purtroppo, una vera e propria inversione di tendenza: dal 73,16% del 2010 si è passati al 72,08% del 2011 fino al 62,50% al 2012 (31 agosto).

Le maggiori criticità si registrano nella chirurgia generale e nell'ortopedia di Melfi (21,67%-23,17%) mentre la chirurgia di Villa d'Agri fa registrare un'ottima performance attestata al 82,53%.

Percentuali di interventi per frattura di femore con durata di degenza ≤ 2 gg. (VGP)

La tempestività dell'intervento per frattura di femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e, pertanto, particolare attenzione viene riservata a questo indicatore di qualità clinica per il quale si rileva, nel triennio, un andamento favorevole (dal 28,82% del 2010 al 36,49% del 2012). Ma il dato registrato al 30 agosto resta ben lontano dalla soglia minima di intervallo ($> 60\%$) che consente di conseguire al 100% l'obiettivo. La maggiore criticità si registra nell'ortopedia di Lagonegro che si attesta al 27,03%.

Percentuali di parti con taglio cesareo primario (VGP)

Come nel caso precedente, anche per questo indicatore si rileva, negli anni, un andamento favorevole dal 31,88% del 2010 al 25,54% del 2012 ed i volumi di attività registrati al 30 agosto



fanno sì che l'obiettivo sia raggiunto al 50% inducendo ad un cauto ottimismo sulla possibilità di conseguirlo al 100% (< 25%). Per quanto riguarda le performance dei singoli reparti la migliore si registra nell'ostetricia di Villa d'Agri (21,82%) la peggiore nell'ostetricia di Melfi (28,21%).

Appropriatezza clinico-organizzativa: area medica

Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (VGP) – Patto per la Salute 2010-2012

Desti qualche preoccupazione il dato registrato per questo indicatore di inappropriatezza organizzativa in ambito medico. La percentuale di ricoveri in Dh con finalità diagnostica (67%) risulta in sensibile aumento anche rispetto ai due anni precedenti (61,49%: 2010 e 65,18%: 2011) ed è ben lontana dall'intervallo di pieno conseguimento dell'obiettivo (<10%). Le maggiori criticità si registrano presso la pneumologia e l'ostetricia di VdA (97,96%,85,64%), la cardiologia di Lagonegro (87,50%).

Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi - (Patto per la Salute 2010-2012)

L'indicatore presenta un andamento sostanzialmente positivo nel triennio 2010-2012 (16,12% nel 2010, 12,72% nel 2012) e il dato di attività registrato al 30 agosto di quest'anno fa presumere che l'obiettivo possa essere agevolmente conseguito al 100% (< 12%). I ricoveri medici 0-2 gg sono spesso ricoveri evitabili e il trend pluriennale dimostra gli sforzi fatti in questi anni per il potenziamento dei servizi territoriali più efficaci e meno onerosi. Restano, tuttavia, situazioni di severa criticità nei reparti di ortopedia di Melfi (65,22%) e Villa d'Agri (47,76%) e nelle ostetricie di Melfi (40,24%) e Lagonegro (48,48%). Particolare attenzione va posta sulla presenza di numerosi ricoveri medici brevi in reparti chirurgici, indice di particolare inappropriatezza per detti reparti (nel 2012 le sole chirurgie generali delle tre sedi di PSA hanno effettuato ricoveri medici brevi in misura maggiore del 18%).

Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti registrato, per gli anni 2010 e 2011 e al 30 agosto 2012, secondo le modalità di elaborazione previste per gli indicatori dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, dimostra un andamento favorevole: **112,21 anno 2010; 111,04 anno 2011; 106,55% (-5,22 x mille su 2010) ad agosto 2012 (tassi standardizzati)**. Dai report di sintesi si rileva, nel triennio 2009/2011, una progressiva riduzione non soltanto dei ricoveri di residenti in strutture ASP ma anche della mobilità passiva infra ed extraregionale dei residenti ASP. Occorre tuttavia tener presente che non è stato possibile standardizzare il dato per sesso ma soltanto per età e che per la mobilità passiva sono stati utilizzati i dati di mobilità (extra ed infraregionale) dei due anni precedenti (rispettivamente 2010 e 2011).

Per l'anno 2012 è stata inoltre elaborata una tabella di confronto, al 30 settembre, che consente di analizzare l'andamento dei posti letto e dei ricoveri ordinari e DH; dal confronto dei dati con lo stesso periodo dell'anno 2011 emerge che nei 7 ospedali dell'ASP, a seguito delle azioni di riconversione volute dal legislatore regionale, si è operata una riduzione di 90 posti letto (- 64 ordinari e -26 dh); del pari si registra una riduzione di 5.247 dimessi, per ricoveri ordinari e dh e la conseguente riduzione della valorizzazione dei ricoveri per 9.130.312 euro.



Efficacia dell'assistenza territoriale

Tasso di ospedalizzazione per scompenso, diabete e BPCO in residenti distinti per fasce di età.

La gestione delle patologie croniche (scompenso-diabete e BPCO) nell'ASP mostra ancora quei severi limiti di efficacia assistenziale segnalati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa nel biennio 2010/2011, anche se i dati rilevati in sede di verifica richiederebbero una più attenta analisi in relazione alla complessità dei casi trattati: scompenso (327,03 vs 372,58: 2011), BPCO (58,76 vs 51,92: 2011), diabete (44,16 vs 50,47:2011).

Al fine di conseguire gli obiettivi regionali (riduzione T.O. scompenso,BPCO e diabete) in sede di negoziazione del budget 2012 ai responsabili delle strutture di cardiologia, pneumologia e diabetologia sono stati assegnati i seguenti obiettivi :

- Scompenso: attuazione al percorso diagnostico-terapeutico sullo scompenso e m attivare/potenziare l'ambulatorio sullo scompenso.
- BPCO: riduzione dei ricoveri per DRG 088,attuazione del percorso sulla BPCO e del day service. Si è in attesa di autorizzazione regionale per l'attivazione dei Day service.
- Diabete: attivazione/potenziamento del Day service diabetologico, proseguimento del Progetto Piede diabetico, attuazione del relativo percorso diagnostico.

Percentuale di over 64 trattati in ADI

Decisamente buono il grado di presa in carico degli over 64 in ADI (5,92%) che migliora la già soddisfacente performance registrata nel 2011 (6,17%).

Indicatori di appropriatezza prescrittiva

Il monitoraggio degli indicatori di appropriatezza prescrittiva utilizzati per misurare l'efficacia dell'assistenza territoriale rivela aspetti di elevata criticità (in primis i diffusi comportamenti iperprescrittivi) per il pieno conseguimento degli obiettivi associati a questo set di indicatori: **consumo di in inibitori di pompa-antiacidi** (30,87 up procap., + 9,87 up rispetto al margine di pieno conseguimento dell'obiettivo); **consumo di farmaci antibiotici** (24,06 DDD/diex1000: + 4,66 DDD/die x 1000 ab. in più rispetto al limite di pieno conseguimento dell'obiettivo); **% di incidenza dei sartani** (farmaci antipertensivi più costosi) **sul totale di Aceinibitori e sartani** (43,54%: +13,54% rispetto al limite di pieno conseguimento dell'obiettivo); **% di abbandono di pz in terapia con statine** (19,87%: +11,87% rispetto al limite di pieno conseguimento dell'obiettivo); **% di abbandono di pz in terapia con antidepressivi** (31,82%: +5,82% rispetto al limite di pieno conseguimento dell'obiettivo). In questi ultimi due casi l'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di tre confezioni di statine o antidepressivi rivelando un uso potenzialmente inappropriato di questi farmaci. Ad eccezione dei farmaci antibiotici i dati di consumo relativi agli antiacidi e alle statine restano comunque inferiori alla media nazionale.

Area di risultato: GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Efficienza prescrittiva farmaceutica



I dati di attività dimostrano che l'ASP ha raggiunto un buon livello di efficienza prescrittiva: **la spesa farmaceutica territoriale procapite** (VGP) si attesta a quota 206,17 (-28,31% rispetto all'anno 2010 e - 18,55% rispetto al 2011) dovuta, in gran parte, alla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (-15,57%) e della DPC (-1,80%); molto soddisfacenti i livelli di consumo di particolari classi di farmaci "off patent" non coperti da brevetto (antipertensivi e calcio antagonisti): **derivati diidropiridinici**: 92,31% (+17,31% rispetto al livello di pieno conseguimento) , **ACE-Inibitori**: 87,41% (+ 3,41% rispetto al limite di livello di pieno conseguimento dell'obiettivo). Ancora migliorabili i consumi di **sartani "off patent" associati** (18,01%, -0,9% rispetto al livello di pieno conseguimento dell'obiettivo) e **non associati** (15,92%, -2,8% rispetto al livello di pieno conseguimento dell'obiettivo). Le performance positive registrate sul fronte dell'efficienza prescrittiva farmaceutica, in generale e rispetto alle singole categorie di farmaci "off patent", fanno prevedere il rispetto del **tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale** fissato al 13% (proiezione annua del risultato conseguito: 12,30%).

Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie

Ottimizzazione delle giacenze di magazzino: Dato non disponibile. Dato 2011: - 22,18.

Investimenti ex art.20: n.6/6 interventi APQ sono stati aggiudicati entro il 7.11.2012.

Area di risultato: CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

Utilizzo dei flussi informativi

Flussi gruppo A e Flussi di gruppo B: per entrambi gli indicatori di risultato al 30 settembre 2012 non sono pervenute formali contestazioni in ordine alla completezza e tempestività degli stessi.

Revisione contabile

Il dato 2012 non è disponibile. Nulla è stato comunicato dagli uffici competenti in ordine all'attivazione di procedure finalizzate ad acquisire la certificazione sul bilancio 2012. Nel 2010 l'Ente certificatore non è stato in grado di esprimere un giudizio sul bilancio per le limitazioni riscontrate; nel 2011 non è stato rinnovato il contratto con l'Ente certificatore.

Controllo cartelle cliniche

Al 30 settembre 2012 è stato controllato il 10,2% delle cartelle cliniche di dimissione ord.+dh (1.327 cartelle su 12.987 dimessi).

Risk management

Il Piano di R.M. è stato approvato con Delibera n.625 del 11.8.2012. La relazione di attuazione del piano sarà trasmessa entro il 28 febbraio pv.

Valutazione strategie di controllo del dolore (VGP)



L'indicatore prende in considerazione i farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali sia in regime convenzionale che in regime distribuzione diretta e misura ed è un indice segnaletico del grado di presa in carico dei pazienti con dolore severo che comporta uso di oppioidi maggiori. Il dato registrato ad Agosto 2012 (0,57 DDD x mille residenti) è ben lontano non soltanto da quello registrato nell'ASP nel 2011 (1,92 DDD x mille res.) ma anche dal livello di pieno conseguimento dell'obiettivo per l'anno in corso (>1).

Area di risultato: OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

Soddisfazione degli utenti

Produzione della relazione sulla Customer satisfaction:

L'indagine sulla soddisfazione degli utenti nell'anno 2012 è stata realizzata sul Servizio di Laboratorio Analisi della ASP (8 strutture), intervistando un campione di 815 utenti che nel periodo 15 Giugno – 15 Luglio hanno utilizzato il Servizio. Il Report finale è in corso di elaborazione: possiamo anticipare una valutazione complessiva del servizio che si attesta su un giudizio di Buono-ottimo per l'87%, sufficiente/così così per il 12% e insufficiente per l'1%. La relazione sulla C.S. sarà inviata nel termine previsto.

Produzione del bilancio sociale

L'adempimento è in scadenza al 28 febbraio 2013. È stata già definita la struttura del Bilancio Sociale (Indice), valorizzando la finalità del documento che è quella di rendicontare, con un linguaggio semplice e chiaro, l'attività dei servizi della ASP. Sono stati coinvolti i responsabili delle varie aree dei servizi per la predisposizione di una relazione sulle attività svolte nell'anno 2012.

Liste di attesa

Miglioramento dei tempi di attesa (VGP): tenuto conto che la lista di attesa si deve attestare con valori per visite di 30 giorni ed esami strumentali di 60 giorni e che le liste critiche prese in considerazione dalla Regione risultano complessivamente in numero di 68, le liste che al mese di settembre 2012 superavano la lista massima di attesa, quale media aziendale, erano in numero di 17, pari al 25% del totale (75%).

Le principali azioni aziendali per il contenimento dei tempi di attesa si sostanziano nei seguenti atti:

- Delibera n.398 del 15.5.2012: Approvazione Piano aziendale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012.
- Delibera n.638 del 29.8.2012: Approvazione del protocollo operativo tra AOR e San Carlo per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali.

Il protocollo è stato siglato l'11/9/2012. Il 18 ottobre si è insediato il Comitato Tecnico Interaziendale per il contenimento dei tempi di attesa.

Potenza 17.12.2012



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

F.to

Dott. Giovanni Berardino Chiarelli
Direttore UOC Tecnostruttura di staff
Budget e Controllo di Gestione