



# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE dell'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA ASP - ANNO 2013

## TECNOSTRUTTURA DI STAFF UOC BUDGET E CONTROLLO DI GESTIONE

### INDICE

Indice.....	1
1. Presentazione.....	2
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholders esterni.....	2
2.1 Il contesto esterno di riferimento: Generalità del territorio, della popolazione assistita e dell'organizzazione dell'ASP.....	2
2.2 L'Amministrazione.....	4
2.3 Generalità sulla struttura e dell'organizzazione dei servizi dell'ASP.....	6
3. La Mission aziendale.....	15
4. I servizi sanitari erogati.....	16
5. La performance dell'ASP obiettivi, risultati raggiunti e scostamenti.....	17
5.1 L'Albero della performance.....	17
5.2 Obiettivi strategici,obiettivi e piani operativi,obiettivi individuali.....	17
6. Risorse, Efficienza economicità della gestione.....	43
6.1 Risorse umane e professionali.....	43
6.2 Efficienza ed economicità della gestione.....	44
7. Parità opportunità e bilancio di genere.....	45
8. Il Processo di redazione della relazione sulla performance.....	48
8.1 Fasi,soggetti,tempi e responsabilità.....	48
8.2 Punti di forza e punti di debolezza del ciclo di Gestione della Performance.....	49

#### Allegati:

**Allegato 1:** "Report di verifica finale 2013 – Obiettivi e indicatori DGR 298/2012".

**Allegato 2:** Indicatori di attività ospedaliera, che consente di analizzare l'andamento dei posti letto, dei ricoveri ordinari e degli accessi in DH, delle giornate di degenza, della valorizzazione dei DRG nei PP.OO. dell'ASP;

**Allegato 3:** Report sulla mobilità ospedaliera (modalità di calcolo ex DGR n.606/2010);

**Allegato 4:** Report di dettaglio relativi al monitoraggio degli indicatori di appropriatezza clinico-organizzativa ex DGR n.298/2012 per ogni singolo reparto ospedaliero dell'ASP .

**Allegato 5:** Andamento dei "15 DRG maggiormente prodotti nelle strutture ospedaliere dell'ASP".

**Allegato 6** Report di monitoraggio Spesa Farmaceutica Territoriale Gennaio-Dicembre 2013 vs 2012.

**Allegato 7** Report di verifica degli indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed efficacia dell'assistenza territoriale (classi di farmaci più significative) 2013.

**Allegato 8** Tabella lavori APQ 2° integrativo.

**Allegato 9** Tabella documenti del Ciclo di Gestione della Performance

**Allegato 10** Prospetto relativo alle pari opportunità e al bilancio di genere: Indicazioni per la redazione del bilancio di genere nell'ASP.

**Allegato 11** Tabella obiettivi strategici



## 1. PRESENTAZIONE

La presente Relazione contiene, a consuntivo, i principali risultati organizzativi conseguiti, con la rilevazione, ove possibile motivata, degli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi aziendali.

L'Azienda ha scelto di rappresentare anche in maniera descrittiva, ma sintetica, i risultati più significativi riferiti agli obiettivi assegnati dalla DGR n.298/2012 dalla Regione Basilicata all'Azienda, su quelli stabiliti nel Piano Triennale della Performance Aziendale 2013-2015 e trasferiti negli obiettivi gestionali negoziati nel processo di budget operativo 2013.

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano Aziendale della Performance 2013 è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione regionale e aziendale e di bilancio di previsione.

Questa è stata realizzata attraverso:

- ❖ un'attività legata alla programmazione ed alla pianificazione delle performance;
- ❖ un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nella stesura del Piano delle Performance: dal Collegio di Direzione alle Tecnostrutture di Staff, all'Organismo Indipendente di Valutazione, alle strutture appartenenti ai dipartimenti assistenziali nonché alle strutture tecniche ed amministrative.

In questo modo è stato creato un valido strumento che costituisce la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali, e da queste ai singoli professionisti.

Per redigere la Relazione, sono stati utilizzati i documenti di rendicontazione degli obiettivi di interesse regionale e della programmazione aziendale, nonché il documento di verifica finale degli obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria assegnati all'ASP per l'anno 2013 elaborato dal Controllo di Gestione.

## 2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

### 2.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO: GENERALITÀ DEL TERRITORIO, DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA.

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) è stata istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008. Ha sostituito, dal 1 gennaio 2009, le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro. E' dotata di personalità giuridica e svolge le funzioni assegnate di tutela e di

promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Potenza. Il sito internet istituzionale è il seguente: [www.aspbasilicata.net](http://www.aspbasilicata.net).

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) opera su un territorio coincidente con la provincia di Potenza ed è caratterizzata da 100 comuni con una superficie di 6.545 Kmq.

Rappresenta una realtà complessa in rapporto all'assetto orografico del territorio e alle problematiche socio-economiche che la connotano, in gran parte montuosa, intersecata da vallate, e servita da infrastrutture non sempre sufficienti a garantire adeguati collegamenti.

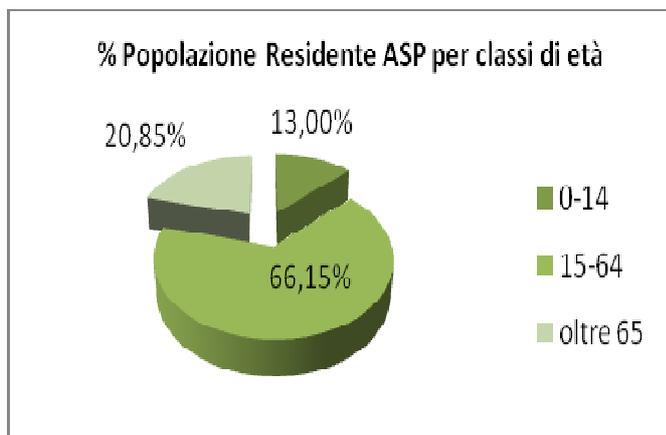
Il territorio della provincia si caratterizza per la molteplicità delle tipologie degli ambienti che lo compongono: al suo interno sono presenti poli industriali e diverse aree industriali, aree protette e parchi, l'area urbana di Potenza capoluogo di provincia in cui sono concentrati la maggior parte dei servizi della pubblica amministrazione.



Il territorio della provincia di Potenza si caratterizza per la molteplicità degli ambienti che la compongono. Difatti al suo interno sono presenti vari poli industriali, come quello di San Nicola di Melfi, ma anche ambienti prettamente naturali come i laghi di Monticchio, la costa di Maratea (unico sbocco sul mare della provincia), la zona centrale della foresta lucana, il massiccio del Monte Sirino ed il vasto Parco nazionale del Pollino, condiviso con la Calabria e con sede a Rotonda, nella parte meridionale della provincia. Fanno parte del territorio provinciale i laghi di Monticchio, il lago Sirino ed i laghi artificiali di Monte Cotugno, del Pertusillo, di Acerenza e del Rendina. È attraversata dall'autostrada A3, alla quale si ha accesso attraverso quattro svincoli presenti nei comuni di Lagonegro (Nord e Sud) e Lauria (Nord e Sud).

## PROFILO DEMOGRAFICO

La popolazione residente al 1° Gennaio 2013 è di 376.182 Abitanti. La densità media per kmq è di 58, 6 abitanti. 38 su 100 sono i comuni caratterizzati da una densità di 50 abitanti per kmq. il 2% degli abitanti è di origine straniera e l'età media della popolazione è di 43 anni. si ha una prevalenza delle donne che rappresenta il 51% della popolazione.



DATI DEMOGRAFICI	
Popolazione (n.)	376.182 (1° gennaio 2013)
Famiglie (n.)	153.620
Maschi (%)	48,90
Femmine (%)	51,10
Stranieri (%)	2,0
Età media (anni)	43,2

La popolazione assistita nell'anno 2013, così come risulta dal modello di rilevazione ministeriale - FLS 11, è di 368.862 abitanti, 3009 abitanti in meno rispetto alla popolazione assistita dell'anno 2012 **(-0,81%)**.



L'anagrafe degli assistiti è lo strumento con il quale l'azienda ASP di Potenza tiene i rapporti con i suoi utenti. Il numero degli assistiti si diversifica da quello della popolazione residente ISTAT, in quanto l'anagrafe assistiti è in continua evoluzione. Momento per momento nuovi assistiti si iscrivono ed altri vengono cancellati per trasferimento o per altre cause. L'anagrafe assistiti, inoltre, riguarda non solo i residenti ma anche altre categorie di cittadini che per vari motivi hanno diritto ad essere assistiti dalla ASP di Potenza.

La popolazione esente da ticket nell'anno 2013 è pari a 95.769 (tipologia di esenzione: condizione, malattia rara, reddito, patologia, invalidi di guerra e tipologia non disponibile). Le posizioni esenti per motivo di reddito sono 76.443, mentre per altri motivi 19.326.

Popolazione assistita anno 2013			
fascia d'età	maschi	femmine	totale
0 - 13	22.826	21.119	43.945
14 - 64	122.889	122.584	245.473
65 - 74	16.445	18.669	35.114
75 anni ed oltre	17.815	26.515	44.330
<b>Totale</b>	<b>179.975</b>	<b>188.887</b>	<b>368.862</b>

RIEPILOGO ASSISTITI ESENTI AL 31/12/2012				
Assistiti	Assistiti Esenti	esenti per età e reddito	esenti per altri motivi	% Assistiti Esenti sul totale
368.862	95.769	76.443	19.326	25,96%

\* le posizioni esenti si riferiscono alle seguenti tipologie di esenzione: condizione, malattia rara, reddito (codice esenzione E01, E02, E03, E04 post D.M. 11/12/2009), patologia invalidi di guerra e tipologia non disponibile\*la % è data dal rapporto tra il numero di esenti ed il totale degli assistiti (modello ministeriale FLS 11 quadro "G")

## 2.2 L'AMMINISTRAZIONE

### ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

L'organizzazione aziendale è articolata nelle funzioni territoriale, ospedaliera, di prevenzione e amministrativa-tecnica-logistica.

☞ Gli **organi aziendali** sono:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale
- Collegio di Direzione.

☞ La **Direzione Strategica** si avvale del supporto delle Tecnostrutture di Staff (Aree di staff: Budget e Controllo di Gestione; Organizzazione e Sviluppo; Pianificazione e O.E.A.; Attività Ispettive e Internal Audit; Comunicazione; Sicurezza, Prevenzione, protezione e conformità strutturale; Sistema Informatizzato Aziendale).

☞ L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Basilicata, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- 
- assistenza territoriale;
- assistenza ospedaliera;



secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

La **funzione territoriale** si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Specialistica
- Ambulatoriale Riabilitativa e Protesica
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza Alle Dipendenze Patologiche
- Altri servizi che rispondono al bisogno assistenziale locale.

La **funzione ospedaliera** si articola nei:

- Presidi Ospedalieri
- Dipartimenti Strutturali di Presidio.
- Dipartimenti Funzionali Ospedale-Territorio
- Dipartimento Misto di Salute Mentale.

Le **funzioni tecnico-amministrative** sono assicurate dal Dipartimento Amministrativo articolato nelle seguenti UU.OO.:

- Gestione del Personale,
- Provveditorato ed Economato,
- Attività Tecniche,
- Economico-finanziaria,
- Attività Legali e Affari Generali.

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

- Tecnostruttura di Staff
- Organismi previsti (Conferenza dei Sindaci, Consiglio dei Sanitari, e OIV)

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe affini o complementari che perseguono comuni finalità.

I Dipartimenti sono costituiti da Strutture Complesse e da Strutture Semplici a valenza dipartimentale. Le Strutture Complesse aggregano risorse professionali e assicurano la direzione ed organizzazione delle attività di competenze, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del Dipartimento di appartenenza. Il Direttore Generale può prevedere Strutture Semplici quali articolazioni delle Strutture Complesse sanitarie o amministrative per la gestione di attività facenti capo alle Unità Operative medesime o quali Strutture di valenza dipartimentale, nonché articolare strutture temporanee o permanenti per la gestione di programmi particolari o di attività che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse.

L'individuazione di una Struttura Aziendale è legata a due criteri fondamentali:

- valenza strategica
- complessità organizzativa

La valenza strategica di una struttura organizzativa è identificata dal livello di interfaccia con istituzioni e organismi esterni all'Azienda, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza delle prestazioni da svolgere all'interno dell'organizzazione, dal grado di intersettorialità che caratterizza gli interventi.



La complessità organizzativa è data dal numero e dalla omogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dai costi di produzione rapportati al peso economico e qualitativo delle prestazioni fornite.

Il Dipartimento è la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda preposta alla produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali ed all'organizzazione ed alla gestione delle risorse necessarie alla produzione degli stessi.

L'ASP per comporre adeguatamente le ragioni del decentramento territoriale dei servizi e quelle dell'unitarietà del loro governo predilige dipartimenti trasversali ed integrati, costruiti con l'aggregazione di unità operative e/o sedi erogative afferenti ai diversi ambiti territoriali aziendali, al fine di favorire l'integrazione e l'omogeneizzazione su scala aziendale dei processi di produzione, erogazione ed accesso ai servizi.

I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività, gestendo le risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della negoziazione annuale.

I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico.

Gli obiettivi generali dell'organizzazione dipartimentale sono:

- a) favorire un governo unitario dell'assistenza;
- b) assicurare il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari;
- c) perseguire l'ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- d) ricercare, realizzare, valutare le innovazioni organizzative capaci di sfruttare adeguatamente le innovazioni tecnologiche;
- e) promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- f) facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali garantire una corretta, continua e capillare diffusione delle informazioni.

## 2.3 GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E DELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DELL'ASP

### ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda attraverso l'assistenza ospedaliera garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico- terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

Le principali attività che costituiscono il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono identificate nelle seguenti:

- pronto soccorso,
- ricovero ordinario per acuti,
- day surgery
- day hospital
- riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.



## STATO DELL'ARTE

L'azienda Asp di Potenza opera attraverso sette strutture di ricovero di cui quattro a gestione diretta e tre case di cura convenzionate accreditate. Il numero di posti letto è in totale di 571 di cui 516 in regime ordinario e 44 in day hospital.

NUMERO DEI POSTI LETTO ANNO 2013 DELLE STRUTTURE DI RICOVERO DELL'ASP			
STRUTTURE DI RICOVERO	ordinari	day hospital	TOTALE
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIAROMONTE	16	0	16
OSPEDALE CIVILE DI VILLA D'AGRI	110	12	133
CASA DI CURA LUCCIONI – POTENZA	50	0	50
PRESIDIO OSPEDALI UNIFICATI DEL LAGONEGRESE	116	18	134
PRESIDIO OSPEDALIERO UNIFICATO DI MELFI E VENOSA	125	9	134
FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS	59	5	64
CENTRO DI RIABILITAZIONE OPERA DON UVA	40	0	40
<b>TOTALE</b>	<b>516</b>	<b>44</b>	<b>571</b>

## STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA

L'azienda opera mediante tre presidi per acuti a gestione diretta (Presidio Ospedaliero di Lagonegro, Presidio Ospedaliero di Melfi e Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri) e tre Presidi Ospedalieri distrettuali (Venosa, Chiaromonte e Lauria). Di seguito si riporta la tabella riepilogativa dei posti letto per acuti attivi nell'anno 2013 nelle strutture interne all'azienda. I posti letto per acuti attivi nell'anno 2013 sono complessivamente 340 di cui 307 in regime ordinario e 33 in regime day hospital/daysurgery.

STRUTTURE OSPEDALIERE A GESTIONE DIRETTA ANNO 2013			
ACUTI	POSTI LETTO ANNO 2013		
	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE
<b>PRESIDIO OSPEDALIERO DI VILLA D'AGRI</b>			
Chirurgia generale	15	4	19
Medicina generale	27	1	28
Ortopedia e traumatologia	14	2	16
Ostetricia e ginecologia	14	2	16
Pediatria	7	1	8
Psichiatria	9	1	10
Terapia intensiva e rianimazione	4	0	4
Unità coronarica	9	0	9
Pneumologia	11	1	12
<b>TOTALE VILLA D'AGRI</b>	<b>110</b>	<b>12</b>	<b>122</b>
<b>PRESIDIO OSPEDALIERO LAGONEGRO</b>			
Cardiologia	9	1	10
Chirurgia generale	24	2	26
Medicina generale	18	4	22
Nido	8	0	8
Ortopedia e traumatologia	10	2	12
Ostetricia e ginecologia	13	1	14
Pediatria	2	2	4
Terapia intensiva e rianimazione	4	0	4
Pneumologia	8	0	8
<b>TOTALE LAGONEGRO</b>	<b>96</b>	<b>12</b>	<b>108</b>



STRUTTURE OSPEDALIERE A GESTIONE DIRETTA ANNO 2013			
ACUTI	POSTI LETTO ANNO 2013		
	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE
<b>PRESIDIO OSPEDALIERO MELFI</b>			
Cardiologia	6	0	6
Chirurgia generale	17	1	18
Detenuti	1	0	1
Medicina generale	22	2	24
Ortopedia e traumatologia	12	1	13
Ostetricia e ginecologia	18	2	20
Otorinolaringoiatria	2	2	4
Pediatria	3	1	4
Psichiatria	4	0	4
Terapia intensiva e rianimazione	4	0	4
Unità coronarica	4	0	4
Nido	8	0	8
<b>TOTALE MELFI</b>	<b>101</b>	<b>9</b>	<b>110</b>
<b>TOTALI POSTI LETTO PER ACUTI</b>	<b>307</b>	<b>33</b>	<b>340</b>

Le strutture che ospitano i posti letto per le attività di post-acuzie sono il Presidio Distrettuale di Venosa, il Presidio Distrettuale di Chiaromonte ed il Presidio Ospedaliero di Lauria. Trattasi di attività di riabilitazione (cod. 56) e lungodegenza (cod. 60).

I posti letto per le post-acuzie attivi al 2013 sono 64 di cui 60 in regime ordinari e 4 in regime day hospital. A questi si devono aggiungere n. 2 posti letto per il DH territoriale del Dipartimento Salute Mentale. 44 posti letto ordinari sono adibiti per la lungodegenza e 20 (16 ordinari e 4 day hospital) per la riabilitazione.

POST-ACUZIE	POSTI LETTO ANNO 2013	
	ORDINARI	DAY HOSPITAL
<b>PRESIDIO DISTRETTUALE DI CHIAROMONTE</b>		
LUNGODEGENZA	16	0
<b>PRESIDIO DISTRETTUALE DI VENOSA</b>		
LUNGODEGENZA	12	0
RIABILITAZIONE	12	0
<b>PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAURIA</b>		
LUNGODEGENZA	16	0
RIABILITAZIONE	4	4
SERVIZIO PSICHIATRICO*		2
<b>TOTALE POSTI LETTO PER POST-ACUZIE</b>	<b>60</b>	<b>4</b>
* TRATTASI DI DH TERRITORIALE		

POST ACUZIE	ORDINARI	DAY HOSPITAL
LUNGODEGENZA	44	
RIABILITAZIONE	16	4
<b>TOTALE</b>	<b>60</b>	<b>4</b>

#### CASE DI CURA CONVENZIONATE

Le case di cura convenzionante con l'Azienda sono tre:

- Casa di cura Luccioni – Potenza
- Fondazione Don Gnocchi – Onlus
- Centro di Riabilitazione Opera Don Uva

La Casa di cura Luccioni svolge attività per acuti ed ha 56 posti letto di cui 50 in regime ordinario e 6 in regime day hospital.



ACUTI	POSTI LETTO ANNO 2013	
	ORDINARI	DAY HOSPITAL
<b>Casa di cura Luccioni – Potenza</b>		
Chirurgia generale	25	3
Ortopedia e traumatologia	25	3
<b>totale posti letto Luccioni</b>	<b>50</b>	<b>6</b>

La Fondazione Don Gnocchi – Onlus ed il Centro di Riabilitazione Opera Don Uva svolgono attività di lungodegenza (cod. 60) e di riabilitazione (cod. 56) con 64 posti letto il primo e 40 posti letto il secondo, come risulta dalla tabella sottostante.

POST-ACUZIE	POSTI LETTO ANNO 2013	
	ORDINARI	DAY HOSPITAL
<b>Fondazione Don Gnocchi – Onlus</b>		
LUNGODEGENZA	16	0
RIABILITAZIONE	42	6
<b>totale posti letto Don Gnocchi</b>	<b>58</b>	<b>6</b>
<b>Centro di Riabilitazione Opera Don Uva</b>		
LUNGODEGENZA	16	
RIABILITAZIONE	24	
<b>totale posti letto Don Uva</b>	<b>40</b>	<b>0</b>

I posti letto attivi presso le strutture convenzionate con l’Azienda sono in totale 160 (148 in regime ordinario, 12 in day hospital) 56 (50 in ordinario e 6 in daysurgery) per attività chirurgiche, 56 per la lungodegenza e 72 (66 ordinari e 6 day hospital) per attività di riabilitazione

I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta sono coerenti con quelli riportati nel modello ministeriale HSP 12, e quelli dei presidi in convenzione con quelli del modello HSP 13.

#### ASSISTENZA TERRITORIALE

Il Distretto Sanitario assicura l’assistenza primaria nella rete dei servizi territoriali è assicurata dal distretto sanitario che si pone come organizzazione che realizza un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie e tra queste e i servizi socio-assistenziali e offre una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Oltre ad assicurare l’erogazione dei servizi attraverso interventi diretti di produzione o indiretti, tramite l’esternalizzazione di alcuni servizi, svolge il ruolo di regolatore della domanda di salute sulla base dell’analisi dei bisogni della popolazione e della definizione degli obiettivi.

Rientrano nel livello di assistenza distrettuale, le seguenti attività assistenziali:

- primaria;
- farmaceutica;
- assistenza domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- specialistica ambulatoriale e protesica,



- riabilitativa;
- consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- sociosanitaria;
- dipendenze patologiche;
- residenziale e semiresidenziale territoriale

## STATO DELL'ARTE

L'Azienda opera mediante 86 strutture a gestione diretta e 59 strutture convenzionate. La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle:

TIPO STRUTTURA	TIPO DI RAPPORTO CON IL SSN	numero strutture
STRUTTURA RESIDENZIALE	DIRETTAMENTE GESTITA	6
AMBULATORIO E LABORATORIO	DIRETTAMENTE GESTITA	37
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	DIRETTAMENTE GESTITA	43
<b>totale</b>		<b>86</b>

FONTE DATI STS 11

TIPO STRUTTURA	TIPO DI RAPPORTO CON IL SSN	numero strutture
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	NON DIRETT. GESTITA	1
STRUTTURA RESIDENZIALE	NON DIRETT. GESTITA	19
AMBULATORIO E LABORATORIO	NON DIRETT. GESTITA	36
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	NON DIRETT. GESTITA	3
<b>totale</b>		<b>59</b>

FONTE DATI STS 11

## STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA

### ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

NUMERO STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA DISTINTO PER TIPOLOGIA DI ATTIVITA' ANNO 2013

	Attività Clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio materno- infantile	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti/ alcolodipendenti	Assistenza a AIDS	Assistenza Idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
AMBULATORIO E LABORATORIO	27	9	17	1								
STRUTTURA RESIDENZIALE					3	1			2	2	2	1
STRUTTURA SEMIRESDENZIALI												
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	26	4	13	34	1	2						

FONTE DATI: MODELLO MINISTERIALE STS 11

## ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

I posti letto attraverso i quali L'ASP di Potenza eroga assistenza residenziale gestita direttamente sono 80, mentre quelli relativi all'attività semiresidenziale sono 16. Di seguito si riporta la situazione dei posti letto residenziali e semiresidenziali delle strutture gestite direttamente dall'ASP nell'anno 2013:

Posti letto strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta anno 2013 distinti per tipologia di assistenza										
STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA	Posti letto Attività Residenziale					Posti letto Attività Semiresidenziale				
	psichiatrica	anziani	disabili fisici	disabili psichici	malati terminali	psichiatrica	anziani	disabili fisici	disabili psichici	malati terminali
RSA MARATEA		6	3	7						
RSA CHIAROMONTE		5	5	4						
CENTRO RESIDENZIALE RIABILITATIVO AVIGLIANO	12									
CENTRO RESIDENZIALE CURE PALLIATIVE					6					
CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	20					10				
*CENTRO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA				12					6	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
I posti letto del CRA non sono stati censiti nel modello ministeriale STS 24										
FONTE DATI : MODELL MINISTERIALE STS 24										

L'Azienda non svolge attività ex art. 26 L. 833/78 attraverso istituti o centri di riabilitazione a gestione diretta.

## STRUTTURE CONVENZIONATE

### ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

NUMERO STRUTTURE CONVENZIONATE ANNO 2012 DISTINTO PER TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ ANNO 2012												
	Attività Clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio materno - infantile	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti /alcolodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza Idrotermale	Assistenza anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
AMBULATORIO E LABORATORIO	15	6	21									
STRUTTURA RESIDENZIALE					13				4		2	
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					1							
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	2							2				
FONTE DATI : MODELLO MINISTERIALE STS 11												



## ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

Posti letto strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate anno 2012 distinti per tipologia di assistenza

STRUTTURE CONVENZIONATE	Posti letto Attività Residenziale					Posti letto Attività Semiresidenziale				
	psichiatri ca	anziani	disabil i fisici	disabili psichici	malati terminali	psichiatrica	anzian i	disabil i fisici	disabili psichic i	malat i termi nali
Casa Alloggio 'Benessere'	15									
Casa Alloggio 'Demetra'	15									
CASA ALLOGGIO 'IL TORRENTE'	20									
CASA ALLOGGIO MASCHITO	10									
Casa Alloggio 'Ophelia'	15									
Casa Alloggio Palazzo Schettini - 'I Giardini di Erica'	15									
Casa Alloggio 'Prometeo'	14									
Casa Alloggio Psichiatrica di Ripacandida	10									
Casa alloggio Tramutola	15									
CASA ALLOGGIO 'VALLINA'	15									
CASA DI RIPOSO DI MARATEA		63								
Centro di Riab. DON UVA - RSA anziani disabili 24 PL		24								
Centro di riab. DON UVA-Nucleo Alzheimer	24									
Centro di Riab. DON UVA-RSA Anziani e disabili + Residui manicomiali		66								
CENTRO DI RIABILITAZIONE OPERA DON UVA -PZ RSA ANZIANI E DISABILI		24								
CENTRO DI RIABILITAZIONE OPERA DON UVA -PZ RSA DEMENZA DELL'ADULTO	24									
Centro Diurno 'Mongolfiera'						20				
Gruppo Appartamento Glicine	4									
GRUPPO APPARTAMENTO - INSIEME -	4									
<b>TOTALE POSTI LETTO</b>	<b>200</b>	<b>177</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
FONTE DATI . MODELLO MINISTERIALE STS 24 ANNO 2012										



I posti letto attraverso i quali L'ASP di Potenza eroga assistenza residenziale attraverso strutture convenzionate sono 377(200 p.l.di assistenza psichiatria e 177 p.l. di assistenza agli anziani) , mentre quelli relativi all'attività semiresidenziale di assistenza psichiatrica sono 20.Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L.833/78 sono 7 per complessivi 451 posti letto residenziali e 115 posti letto semiresidenziali, come si evince dalla seguente tabella:

	POSTI LETTO ASSISTENZA RESIDENZIALE	POSTI LETTO ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE
AMBITO TERRITORIALE VENOSA		
CENTRO AIAS F. BAGNALE	38	50
ISTITUTO PADRI TRINITARI	140	30
AMBITO TERRITORIALE POTENZA		
CENTRO DI RIABILITAZIONE DON UVA	273	
CENTRO DI RIBILITAZIONE AIAS		35
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>451</b>	<b>115</b>

FONTE DATI : MODELLO MINISTERIALE RIA 11 ANNO 2013

quadro riassuntivo posti letto attività residenziale e semiresidenziale a gestione diretta e convenzionata anno 2013			
tipologia attività	gestione diretta	convenzionata	totale
attività residenziale	80	377	457
attività semiresidenziale	16	20	36
attività residenziale ex art. 26 L.833/78	0	451	451
attività semiresidenziale ex art. 26 L.833/78	0	115	115
<b>TOTALE P.L. ATTIVITA' RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE</b>	<b>96</b>	<b>963</b>	<b>1.059</b>

FONTE DATI : MODELLI MINISTERIALI STS 24 E RIA 11 ANNO 2012

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda nell'anno 2013 opera mediante 330 medici di base(243 uomini e 87 donne), che assistono complessivamente una popolazione di 337.244 unità, e 38 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione di 31.525 unità.

#### E: Medicina Generale

Anzianità di Laurea	N.Medici	Classi di Scelte	N.Medici	N.Scelte	Di cui in età infantile
Da 0 Fino a 6 anni	0	Da 1 a 50 scelte	8	129	1
Oltre 6 Fino a 13 anni	0	Da 51 a 500 scelte	39	13.029	607
Oltre 13 Fino a 20 anni	16	Da 501 a 1000 scelte	94	73.177	3.380
Oltre 20 Fino a 27 anni	75	Da 1001 a 1500 scelte	155	198.175	8.343
Oltre 27 anni	239	Oltre 1500 scelte	34	52.734	1.260
<b>Numero medici uomini</b>	<b>243</b>				
<b>Numero di medici che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa</b>			<b>242</b>	<b>269.822</b>	
<b>Numero di medici che usufruiscono di indennità di collaborazione informatica</b>			<b>290</b>	<b>306.918</b>	

#### F: Pediatria

Anzianità di Specializzazione	N.Medici	Classi di Scelte	N.Medici	N.Scelte
-------------------------------	----------	------------------	----------	----------



Da 0 Fino a 2 anni	0	Da 1 a 250 scelte	0	0
Oltre 2 Fino a 9 anni	1	Da 251 a 800 scelte	12	7085
Oltre 9 Fino a 16 anni	4	Oltre 800 scelte	26	24440
Oltre 16 Fino a 23 anni	19			
Oltre 23 anni	14			
Numero pediatri uomini	12			
Numero di pediatri che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa		27		22926
Numero di pediatri che usufruiscono di indennità di collaborazione informatica		33		27884

**Fonte dati modello Ministeriale FLS 12**

GUARDIA MEDICA		
	2012	2013
PUNTI	72	106
MEDICI TITOLARI	292	274
ORE TOTALI	530.084	527.637
CONTATTI EFFETTUATI		146.922
RICOVERI PRESCRITTI		3.417
MEDICI CON DISPONIBILITA' DOMICILIARE	270	1
ORE DI APERTURA DEL SERVIZIO	530.084	527.637

**Fonte dati modello FLS 21**

## PREVENZIONE

L'azienda garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. La sua missione è garantire la tutela della salute delle comunità locali, fornendo una risposta unitaria ed efficace alla domanda di salute, perseguendo in particolare le strategie di promozione della salute e di stili di vita sani; prevenzione degli stati morbosi acuti e cronici; il benessere animale e la sicurezza alimentare ai fini della tutela della salute della popolazione.

## STATO DELL'ARTE

L'attività di prevenzione viene svolta da due dipartimenti:

- Il Dipartimento di Prevenzione collettiva della salute umana
- Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale

### **Il Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana è articolato in:**

- area dell'igiene, epidemiologia e sanità pubblica;
- area dell'igiene degli alimenti e della nutrizione;
- area della medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro;



- area della Prevenzione, Protezione ed impiantistica nei luoghi di lavoro

Negli ultimi decenni si è avuto un incremento significativo delle malattie cronic-degenerative derivanti da un lato dall'invecchiamento della popolazione e dall'altro da scorretti stili di vita. Pertanto si è affermata la necessità di definire specifiche misure di prevenzione attiva, e relativi sistemi di sorveglianza, considerato che tali patologie sono in gran parte prevenibili al pari dell'incidentalità (incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro) le cui conseguenze individuali e collettive, in termini di perdita di vite umane, invalidità e assistenza, comportano anch'esse un costo sociale che resta tuttora grave. Da qui deriva l'impegno istituzionale, nazionale e regionale, (Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005; Piano della Prevenzione; Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" ecc.).

**Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale** ha funzioni di programmazione, coordinamento, supporto e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria che vengono svolte sul territorio aziendale. Individua i bisogni sanitari, in linea con gli indirizzi politico strategici regionali e aziendali, predisponendo progetti generali per il coordinamento e il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

- Servizio Sanità Animale (Area A)
- Servizio igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (Area B)
- Servizio Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C)

### 3. LA MISSION AZIENDALE

L'Azienda concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Basilicata secondo i principi di equità nell'accesso, adeguatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza.

La nostra azione si concretizza attraverso:

- **la promozione, mantenimento e sviluppo** dello stato di salute della comunità, perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, favorendo l'attività di prevenzione e concorrendo all'eliminazione degli ostacoli al reinserimento sociale delle persone che soffrono situazioni di marginalità.
- **il ricorso** a modelli di erogazione dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione;
- **la promozione** dello sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, organizzativi e gestionali innovativi;
- **l'integrazione** con altre aziende sanitarie regionali e con i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché forme di partecipazione e collaborazione con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio;
- **la promozione** di una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.

#### 4. I SERVIZI SANITARI EROGATI

Di seguito si riportano alcuni dati di sintesi dell'attività svolta nell'ASL di Potenza. Tutti i dati si riferiscono all'attività svolta nel triennio 2011 – 2013.

DIMESSI	2011	2012	2013
Dimessi Ricoveri Ordinari	15.492	13.547	12.922
-di cui con DRG medico	11.908	9.947	9.235
-di cui con DRG chirurgico	3.584	3.600	3.687
Dimessi Ricoveri Diurni	9.196	4.640	3.695
-di cui con DRG medico	4.626	2.362	1.419
-di cui con DRG chirurgico	4.570	2.278	2.276
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>24.688</b>	<b>18.187</b>	<b>16.617</b>

Dati relativi all'attività di ricovero sia in regime di ordinario che diurno.

NASCITE	2011	2012	2013
<b>Numero totale parti</b>	<b>1430</b>	<b>1472</b>	<b>1236</b>
- di cui parti cesari	741	674	562

NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE	2011	2012	2013
Ricoveri acuti	24.370	17.307	15.744
Ricoveri post acuzie	317	881	873
<b>TOTALE</b>	<b>24.687</b>	<b>18.188</b>	<b>16.617</b>

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2011	2012	2013
<b>Numero prestazioni per esterni</b>	<b>2.224.536</b>	<b>2.113.256</b>	<b>2.216.418</b>

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	2011	2012	2013
Numero totale di accessi in pronto soccorso	57.356	54.781	57.126
- di cui numero codici bianchi	3.527	2.449	2.136



- di cui numero codici verdi	45.500	42.230	43.086
- di cui numero codici gialli	7.912	9.584	11.333
- di cui numero codici rossi	417	518	571

## 5. LE PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA: OBIETTIVI, RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI.

### 5.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE

La **mission** dell'ASP di Potenza si applica a tutte le **aree strategiche** che istituzionalmente sono oggetto di intervento per l'Azienda (**assistenza territoriale, assistenza ospedaliera, direzione sanitaria e amministrativa, prevenzione, salute mentale**).

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

Nello schema ad albero, rappresentato nel **Piano Triennale della Performance Aziendale**, per ognuna delle aree strategiche della missione istituzionale della ASL di Potenza sono stati individuati gli **outcome**, ossia i fini ultimi dei servizi per il cittadino. E, per ognuna delle aree stesse, sono state indicate le **azioni strategiche** da effettuare per conseguire gli **obiettivi di outcome** e gli **indicatori** con i quali misurare tali azioni.

Lo schema ad albero trova la sua sintesi nel **Piano degli Indicatori 2013-2015** allegato al documento di Piano dove sono riassunti tutti gli obiettivi strategici aziendali inseriti nella programmazione triennale distinti per: **area strategica, sub-area, outcome, indicatori, fonte degli indicatori, modalità di calcolo degli indicatori, serie storica dei risultati conseguiti nel triennio precedente**.

**Il Piano degli indicatori, con i risultati della performance conseguita nell'anno 2013 per ognuno di essi è allegato alla presente relazione (Allegato 11).**

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano Triennale della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale e pluriennale, attraverso:

- ❖ un'attività legata alla programmazione ed alla pianificazione delle performance;
- ❖ un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nella stesura del Piano della Performance: dalle Macrostrutture Aziendali agli Staff di Direzione Strategica, all'Organismo Indipendente di Valutazione, alle strutture appartenenti ai dipartimenti assistenziali nonché alle strutture di supporto.

In questo modo è stato creato un valido strumento che costituisce la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali e, da queste, ai singoli professionisti.

### 5.2 OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI, OBIETTIVI INDIVIDUALI.

Il sistema degli obiettivi regionali fissati dalla DGR n.298/2012 per l'ASP, per l'anno 2012, e confermati con DGR n.337/2013 per l'anno 2013, prevede 5 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:

**A1. Equilibrio economico del SSR:** I costi di produzione rilevati nel corso dell'esercizio 2013 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio dei due anni precedenti.

**A2. Rete regionale degli acquisti-URA:** L'Azienda Sanitaria deve aver provveduto all'approvvigionamento di beni e servizi attraverso le 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 provvede ad indire e/o aggiudicare le gare in unione regionale di acquisto di cui è individuata quale capofila secondo il cronoprogramma allegato al documento di programmazione.

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 sono stati tempestivamente comunicati ai dirigenti responsabili di struttura (Dipartimenti/UOC/UOSD) dell'ASP ed a loro formalmente assegnati in sede di negoziazione del budget 2013 conclusasi in data 24 maggio 2013.

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 Budget - Controllo di Gestione e Sistema Informativo Aziendale (ambito terr. ex ASL3).

Il grado di conseguimento degli obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria fissati per l'ASP per l'anno 2013 è sinteticamente riportato nell' **Allegato 1 "Report di verifica finale 2013"**.

## ANALISI DEGLI INDICI DI PERFORMANCE PREREQUISITI DI VALUTAZIONE

### A.1 EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

**Riduzione dei costi di produzione dell'esercizio 2013 dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio dei due anni precedenti (2011)  
(Fonte: Bilanci di esercizio 2010-2011-2012-2013)**

#### Costi di produzione

Bilancio di esercizio anno 2010 -	Euro 661.176.936,93
Bilancio di esercizio anno 2011 -	Euro 659.320.267,92
Bilancio di esercizio anno 2012 -	Euro 646.437.498,00
Bilancio di esercizio anno 2013 -	Euro 653.993.000,00

2013 vs 2010: - 0,90%

**2013 vs 2011: - 0,81%**

## 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	==
6	Oculistica	tutte		Aggiudicazione

### STATO DI AVANZAMENTO DELLE GARE IN U.R.A. AL 31.12.2013:

GARA N.1 : PROCEDIMENTO CONCLUSO. I Lotti 2-7 e 10 della gara URA, andati deserti per mancanza di offerte valide. L'ASP ha ritenuto antieconomico indire una nuova gara per l'esiguità dei relativi importi. Qualora si ravvisi la necessità di procedere all'acquisto, ogni Azienda potrà procedere in autonomia. Tanto veniva stabilito con nota del DG dell'ASP prot. n. 1137/13 inviata all'Assessore regionale alla Sanità.

GARA N.2: IN ITINERE La Commissione giudicatrice ha concluso la valutazione tecnico/qualitativa delle offerte il 14/10/2013.

GARA N.3: PROCEDIMENTO CONCLUSO.

GARA N.4: IN ITINERE. La gara è stata aggiudicata il 15/10/2013 (aggiudicazione provvisoria).

GARA N.5: IN ITINERE La gara è stata pubblicata.

GARA N.6 OCULISTICA : PROCEDIMENTO CONCLUSO.

### Area di risultato: TUTELA DELLA SALUTE

- **Prevenzione Primaria:** I dati della verifica finale 2013 confermano che l'ASP raggiunge ottimi risultati nelle coperture vaccinali obbligatorie DTP3 (99,40), la migliore performance si registra nella ex ASL1: 99,7%. Per quanto riguarda quelle non obbligatorie (MPR e vaccinazione antinfluenzale over 64) l'obiettivo è pienamente raggiunto per il vaccino MPR (91%) mentre per la vaccinazione antinfluenzale over 64 i risultati, pur migliorativi rispetto al 2012 (60,04% vs 54%), restano ancora sotto la soglia minima di performance positiva (> 65%). Per la copertura vaccinale antinfluenzale (VGP), si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (esempio: 2012-2013 per il 2013). Ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un incremento dello 0,08%. Va tenuto presente che il dato dell'ultima campagna vaccinale 2012-2013 è stato negativamente influenzato anche dal ritiro dal commercio di una consistente quantità di vaccini intaccando l'integrità del programma vaccinale.



**CRITICITA' RILEVATE:** Il target di pieno conseguimento dell'obiettivo (>75%) si presenta particolarmente ambizioso; infatti dai dati pubblicati sul Rapporto 2012 dell'Istituto Sant'Anna si rileva che, nel 2011, la media per la copertura vaccinale antinfluenzale over 65 nelle regioni facenti parti del network di regioni selezionate per la valutazione comparativa delle performance sanitarie: Liguria, Trentino, Marche, Basilicata, Umbria e Toscana è pari al 62,5% (con punte massime del 73,55% in Umbria e del 68,76% in Toscana).

- **Prevenzione Secondaria.** Complessivamente soddisfacenti i risultati ottenuti nel campo della Prevenzione Secondaria, in termini di estensione ed adesione degli screening mammografico e della cervice-uterina: il risultato conseguito per **l'estensione grezza dello screening mammografico** (94,25%) resta di poco al di sotto del target ottimale (>95%). L'obiettivo di **adesione grezza allo screening mammografico** (52,34%) viene conseguito, anche quest'anno, nella misura del 50% (> 40 < 80). Nella stessa misura risulta conseguito l'obiettivo di **estensione dello screening della cervice uterina** (VGP) che nel 2013 raggiunge il 90,9%. Ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela una flessione del 5,36%. Va evidenziato che il software Dedalus non consente la distinzione tra 1° invito e inviti successivi e ciò potrebbe incidere sull'attendibilità del dato.

Resta, tuttavia, critico il solo dato di **adesione grezza allo screening della cervice uterina** che, anzi, fa registrare un peggioramento della performance rispetto all'anno 2012 (25,48% vs 29%).

**SCREENING CERVICE UTERINA - CRITICITA' RILEVATE:** L'esecuzione dei Pap test, su invito e spontanea, è stata sospesa su tutto il territorio regionale dal 1.10.2012 al 31.3.2013 presso le sedi fisse in attesa dell'avvio delle nuove modalità di esecuzione dello screening (DGR n.668/2012 e n.1095/2012 ovvero: Coorte 25-34 anni= esecuzione pap test e lettura dell'esame citologico; triage con HPV test per le citologie ASCUS. Coorte 35-64 anni = esecuzione prelievo per HPV-test e Pap-test, lettura HPV-test; esecuzione esame citologico negli HPV-test positivi.

Per quanto riguarda il calcolo dell'estensione grezza va evidenziato che il richiamo delle donne 35-64 anni risultate negative all'HPV Test avviene ogni cinque anni e non ogni tre anni. Essendo la popolazione bersaglio 35-64 anni invitata ogni 5 anni, ne consegue che nel corso di tre anni vengono invitate meno donne con ripercussioni inevitabili sul risultato della performance.

Nella DGR n.668/2012 il target del tasso di adesione grezza, per il sessennio 2012-2017, è fissato al 48%. Pertanto, in coerenza con gli atti di programmazione sanitaria, nel Dicembre 2012, è stato richiesto al Dipartimento Salute di rimodulare gli intervalli di raggiungimento dell'obiettivo.

Inoltre, come si rileva dal rapporto dell'Istituto Sant'Anna di Pisa anno 2012, con riferimento a questo specifico obiettivo, delle sei regioni e province autonome facenti parti del network nazionale per la valutazione delle performance in sanità soltanto quattro di queste (Basilicata, Umbria, Trento, Toscana) hanno fornito il dato 2011 e la media degli indici di performance si attesta al 50,16%; soltanto una (Umbria) raggiunge pienamente l'obiettivo fissato con il 61,90%.

- **Sicurezza negli ambienti di lavoro:** Il dato registrato alla verifica finale 2013 sulle attività di controllo sui luoghi di lavoro (1.3.1 % di **imprese attive controllate**), dimostra un lieve miglioramento rispetto al dato 2012 (7,81% vs 7,78%). L'obiettivo risulta conseguito al 50. Con riferimento ai singoli ambiti territoriali dell'ASP si registrano i seguenti dati di attività: ex ASL 1 54,5% (miglior performance), ex ASL2 7,36%, ex ASL3 6,83%). %. Il dato suggerisce che molto si può - e si deve - fare nell'intensificazione delle attività di



controllo finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro nell'ASP, soprattutto negli ambiti territoriali del potentino e del lagonegrese.

- **Sanità Veterinaria:** Per quanto riguarda gli obiettivi di cui al punto 1.4 la verifica finale 2013 dimostra il pieno conseguimento di tutti gli obiettivi: **percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina, bufalina (99,95%), percentuale di allevamenti controllati per brucellosi (99,58%), percentuale di aziende controllate per anagrafe ovicaprina (5,37%), percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti (100%).**

## Area di risultato: PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

Sul versante ospedaliero l'ASP registra importanti miglioramenti sulla totalità degli indicatori di performance selezionati per misurare l'appropriatezza sia in area chirurgica che in area medica. Per questi ultimi soltanto la percentuale di dh diagnostici mostra il permanere di significative criticità organizzative e sull'utilizzo dei diversi setting assistenziali.

### Appropriatezza clinico-organizzativa: area chirurgica

#### ☺ 2.1.2 – Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari (VGP) - Patto per la Salute 2010-2012

La percentuale di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici (17,91%), evidenzia un andamento decisamente positivo (-12,37%) rispetto all'anno precedente (30,28%) dimostrando l'efficacia delle soluzioni organizzative adottate per ridurre questo indice di inappropriata chirurgia e limitare la dispersione di risorse negli ospedali di Melfi (12,92%) e Villa d'Agri (9,89%) che registrano valori al di sotto del 20%. Anche l'UO di Ortopedia di Lagonegro nel 2013 ha migliorato la sua performance rispetto al 2012 (8,77% vs 17,62%). La percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici presenta ancora aspetti di particolare criticità soltanto nella chirurgia del PSA di Lagonegro (32,41%). Ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (17,91% vs 41,52%).

#### ☺ 2.1.3 - 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, una vera e propria inversione di tendenza presumibilmente dovuta al passaggio, nel biennio 2010-2011, al regime ambulatoriale di alcune procedure chirurgiche prima eseguite in Day Surgery, come programmato nelle DGR 644/2009 e DGR 606/2010 : dal 73,16% del 2010 si è passati al 72,08% del 2011 fino al 65,43% del 2012. La performance resta positiva (> 65%) nonostante l'incremento di prestazioni chirurgiche dei DRG dei LEA che sono state trasferite in regime ambulatoriale. Il dato registrato nel 2013 (67,59%), migliora lievemente la performance del 2012 (65,47%). L'obiettivo è conseguito al 100%.

Restano, tuttavia, da risolvere le criticità che si registrano nella chirurgia generale di Lagonegro dove la performance peggiora significativamente rispetto al 2012 (25,51% vs 43,85%), di Melfi (41,14% vs 48,36%) e nell'ortopedia di Villa d'Agri (42,46% vs 50,58%).

#### ☺ 2.1.6 - Giorni di degenza media pre-operatoria (VGP)

La durata della degenza media preoperatoria è diminuita rispetto al dato 2012 (0,99 vs 1,37). Nonostante i miglioramenti registrati, permangono aspetti di criticità nella chirurgia di Villa d'Agri (1,5 vs 2,01) . La

migliore performance si registra presso l'ospedale di Melfi che ha ridotto drasticamente la durata della degenza media preoperatoria rispetto al 2012 (0,77 vs 1,16). %). L'obiettivo è conseguito al 100%. Anche ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (dato 2010: 1,4).

#### ☺ 2.2.1 - Percentuali di interventi per frattura di femore con durata di degenza $\leq 2$ gg. (VGP)

La tempestività dell'intervento per frattura di femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo. Per tale indicatore di qualità clinica si rileva, negli anni, un andamento favorevole (dal 28,82% del 2010 al 29,66% del 2011 al 42,30% del 2012 fino al 61,34% del 2013. La maggiore criticità si conferma nell'ortopedia di Lagonegro che si attesta al 25,88%. L'obiettivo viene conseguito al 100% (> 60%) negli ospedali di Villa d'Agri (85,93% vs 56,36%) e Melfi (65,99% vs 39,26%) dove si registrano incrementi significativi rispetto alla verifica finale 2012. %). L'obiettivo è conseguito al 100%. Anche ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (dato 2010: 28,82%).

#### ☺ 2.2.2 - Percentuali di parti con taglio cesareo primario (VGP)

Come nel caso precedente, anche per questo indicatore si rileva, negli anni, un andamento favorevole dal 27,65% del 2011 al 28,44% del 2012 al 22,96% del 2013. L'obiettivo è conseguito al 100% anche in questo caso. Per quanto riguarda le performance dei singoli reparti la migliore in assoluto si registra nell'ostetricia di Melfi che lodevolmente dimezza il tasso di TC rispetto al dato 2012 (13,66% vs 27,20%); l'ostetricia di Villa d'Agri peggiora la sua performance rispetto all'anno 2012 (31,88% vs 22,40%); migliora la performance di Lagonegro (30,57% vs 25,56%). Anche ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2011 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (dato 2010: non disp.; dato 2011: 27,65%).

### **Appropriatezza clinico-organizzativa: area medica**

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

Il dato registrato per questo indicatore di inappropriatezza organizzativa in ambito prevalentemente medico dimostra un apprezzabile miglioramento rispetto al 2012 (35,03% vs 56,45%) e conferma il trend positivo registrato nel triennio (61,49%: 2010, 65,18%: 2011, 56,45% 2012). Tuttavia, la performance registrata resta ampiamente al di sopra dell'intervallo di pieno conseguimento dell'obiettivo (<10%) e l'obiettivo non conseguito. Le maggiori criticità si registrano nel PSA di Lagonegro (90,85% in pediatria, 58,06% in cardiologia, 67,53% in Dh internistico, in questo ultimo caso occorre tener conto, tuttavia, delle peculiarità del reparto), nella pediatria di Villa d'Agri (60%) e nei reparti di ostetricia e ginecologia di Lagonegro (36,96%) e (Melfi 85,37%). Ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (dato 2010: 61,49%).

### **AZIONI CORRETTIVE - AREA MEDICA:**

Il dato migliorativo registrato per questo obiettivo rispetto al 2012 (- 21,42%) è frutto delle disposizioni impartite dalla Direzione Strategica alle Direzioni Mediche Ospedaliere e ai Direttori di UO affinché attivassero azioni e controlli finalizzati a ridurre drasticamente le inappropriatezze determinate da questa tipologia di ricoveri. Le Direzioni Mediche Ospedaliere, conseguentemente, hanno disposti approfondimenti sulla casistica dei trattati in Dh medico al fine di accertare se, in nei casi in cui è stata registrata l'inappropriatezza, la SDO sia stata correttamente compilata.



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

Nel 2013 l'obiettivo è conseguito al 100%: 7,59%. L'indicatore presenta un andamento positivo nel triennio 2010-2013 (16,12% nel 2010, 14,61% 2011, 8,95% 2012, 7,59% nel 2013). I ricoveri medici 0-2 gg sono spesso ricoveri evitabili e l'ottima performance complessivamente registrata in tutti i presidi ospedalieri del 2013 dimostra gli sforzi fatti dalla dirigenza aziendale per rendere più efficace l'azione di filtro dell'OBI, applicare routinariamente i protocolli sul trattamento del dolore addominale e sul dolore toracico, per potenziare i servizi territoriali più efficaci e meno onerosi.

Persistono, tuttavia, alcune situazioni di severa criticità in singoli reparti: ortopedia (51,06%), pediatria (39,85%) e ostetricia (35,82%) di Lagonegro; nella chirurgia (29,55%) e ortopedia (35,29%) di Villa d'Agri; nella ortopedia (38,46%) e ostetricia e ginecologia (41,67%) di Melfi. Particolare attenzione va posta sulla permanenza di numerosi ricoveri medici brevi in reparti chirurgici, indice di particolare inappropriatazza per detti reparti.

#### ☺ 2.1.7 - Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni (Piano Triennale della Performance ASP)

Il ricovero ripetuto di pazienti psichiatrici maggiorenni nel mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei centri di salute mentale territoriali. L'ASP ha registrato nel 2013 una performance ottimale: su 514 ricoveri con patologie psichiatriche solo 33 riguardano dimessi maggiorenni entro 30 gg. con uno dei DRG psichiatrici selezionati in una qualunque struttura regionale, pari al **6,42%** (vs 6,38 nel 2012). L'obiettivo è conseguito al 100%.

#### ☺ 2.1.1 - 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 il periodo 2010-2013, 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; 99,73% anno 2012; **97,65% anno 2013**. Il T.O. degli anni 2012 e 2013 (standardizzato per età e non anche per sesso) è quello calcolato dal SIA e dal CDG. I dati di mobilità passiva sono quelli disponibili per l'anno 2012. L'obiettivo è conseguito al 100%. Il Tasso di Ospedalizzazione degli anni 2010 e 2011 sono quelli rilevati dal Rapporto 2011 Istituto S. Anna di Pisa e sono standardizzati per età e sesso. Nel triennio 2010/2012, si registra una progressiva riduzione non soltanto dei ricoveri di residenti in strutture ASP ma anche della mobilità passiva infra ed extraregionale dei residenti ASP.

**ALLEGATI:** Per favorire un'analisi più approfondita dei ricoveri sono stati elaborati ed allegati alla presente relazione i seguenti report:

- ☞ **Allegato 2:** Indicatori di attività ospedaliera, che consente di analizzare l'andamento dei posti letto, dei ricoveri ordinari e degli accessi in DH, delle giornate di degenza, della valorizzazione dei DRG nei PP.OO. dell'ASP;
- ☞ **Allegato 3:** Report sulla mobilità ospedaliera (modalità di calcolo ex DGR n.606/20101);
- ☞ **Allegato 4:** Report di dettaglio relativi al monitoraggio degli indicatori di appropriatezza clinico-organizzativa ex DGR n.298/2012 per ogni singolo reparto ospedaliero dell'ASP.
- ☞ **Allegato 5:** Andamento dei "15 DRG maggiormente prodotti nelle strutture ospedaliere dell'ASP".



### ☺ 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 dimostra che le azioni correttive poste in essere sul territorio in termini di individuazione dei fattori di rischio, attivazione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento, educazione alla salute (si è data continuità ai day service diabetologico e sull'ipertensione, attivazione ambulatori per il trattamento del piede diabetico, potenziamento del centro per la prevenzione e cura dell'obesità del DCA di Chiaromonte, potenziamento delle attività degli ambulatori sullo scompenso, potenziamento della rete ambulatoriale di pneumologia, attivazione di una struttura complessa di pneumologia territoriale, miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con particolare riferimento a spirometria ed emogasanalisi, attuazione dei PDT su diabete, scompenso e BPCO, ecc.) hanno consentito di superare, quei limiti sull'efficacia assistenziale territoriale evidenziati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa nel biennio 2010/2011. Infatti, i dati rilevati in sede di verifica finale 2013 per diabete e BPCO mostrano un miglioramento delle performance, in termini percentuali, rispetto al dato registrato nella verifica finale 2012: BPCO (36,83 x 100.000 res. vs 38,25 x 100.000 res.), e DIABETE (29,13% x 100.000 res. vs 29,45% x 100.00 res.). L'obiettivo per la BPCO è conseguito al 100% quello per il diabete al 50%. Anche per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti per lo SCOMPENSO, nonostante un peggioramento del dato rispetto al 2012 (334,18 vs 302,32) l'obiettivo è conseguito al 50%. Tuttavia i dati di performance richiederebbero una più attenta analisi in relazione alla complessità dei casi trattati.

### ☺ Percentuale di over 64 trattati in ADI

Si conferma buono il grado di presa in carico degli over 64 in ADI (7,66%: 5.800 over 64 trattati in ADI/75.660 pop. residente over 64) che migliora la già soddisfacente performance registrata alla stessa data nel 2012 (6,34%) e fa registrare il pieno conseguimento dell'obiettivo (> 5,5%= 100%). Dati registrati nei diversi ambiti territoriali: **ASL1: 8,57%; ASL2 : 7,71; ASL3: 7,67%.**

### Indicatori di appropriatezza prescrittiva

Il monitoraggio degli indicatori di appropriatezza prescrittiva utilizzati per misurare l'efficacia dell'assistenza territoriale conferma, sostanzialmente, aspetti di elevata criticità (in primis i diffusi comportamenti iperprescrittivi) per il pieno conseguimento degli obiettivi associati a questo set di indicatori:

- ☹ **inibitori di pompa-antiacidi** (29,55 up procap. Vs 30,48 anno 2012), nonostante il lieve miglioramento dei consumi, il risultato è ancora lontano dal pieno conseguimento dell'obiettivo (< 21);
- ☹ **farmaci antibiotici** (25,60 DDD/diex1000 ab. Vs 23,77 DDD/die x 1000 ab. Anno 2012), il consumo è sensibilmente incrementato rispetto al 2012;
- ☹ restano stabilmente critiche, rispetto ai dati del 2012, le performance relative a **incidenza dei sartani** (antipertensivi più costosi) **sul totale di aceinibitori e sartani – CO9** : (43,66% vs 43,88% del 2012).

Per quanto riguarda le percentuali di abbandono si registrano le seguenti performance:

- ☺ **percentuale di abbandono di pz in terapia con statine** l'obiettivo viene conseguito al 50% (13,44%: vs 13,14 del 2012);
- ☺ **percentuale di abbandono di pz in terapia con antidepressivi** , l'obiettivo è conseguito al 100% (25,74% vs 24,96% anno 2012).



### Note per l'elaborazione

Nella misurazione delle performance sulle percentuali di abbandono l'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di tre confezioni di statine o antidepressivi rivelando un uso potenzialmente inappropriato di questi farmaci. Il calcolo dei pazienti in terapia con statine o antidepressivi è stato effettuato prendendo in considerazione soltanto i residenti che consumano 1 o 2 confezioni nell'anno (12 mesi), esclusi STP, non residenti ed assistiti non presenti in anagrafica al momento dell'analisi.

Ad eccezione dei farmaci antibiotici i dati di consumo relativi agli antiacidi e alle statine restano comunque inferiori alla media nazionale.

### COMPORAMENTI PRESCRITTIVI: AZIONI CORRETTIVE

Per incidere sui comportamenti prescrittivi dei MMG le Direzioni di Distretto e i Direttori dell'Area Cure Primarie di ciascun ambito territoriale hanno notificato ai Medici di Medicina Generale e agli specialisti territoriali gli obiettivi regionali 2012/2013 in materia di riduzione della spesa farmaceutica e predisposto apposite riunioni individuali e collettive.

Durante gli incontri con i MMG, vengono analizzati gli **indicatori valutativi** di prescrizione rapportandoli agli obiettivi regionali assegnati alla ASP, quali **inibitori di pompa; calcio antagonisti senza copertura brevettale; ACE Inibitori; statine; antidepressivi; antibatterici**.

Inoltre, viene valutata la **prescrizione di generici e la spesa pro capite** per popolazione residente rispetto alla media aziendale.

I Medici nel corso degli audit generali, vengono sollecitati ad una maggior attenzione alla prescrizione in valore assoluto, soprattutto per quanto riguarda il numero di ricette, al maggior utilizzo dei farmaci generici e senza copertura brevettale, come da disposizioni regionali e riferiti soprattutto agli inibitori di pompa, alle statine, al fine del rientro della spesa negli obiettivi prefissati dalla Regione.

Sono stati trasmessi ai MMG interessati i dati relativi alle prescrizioni di antidepressivi e statine occasionali (2 cf.) distinte per paziente, con indicazione della data di prima prescrizione e della finestra temporale senza terapia, invitandoli a far pervenire le motivazioni prescrittive all'ufficio di coordinamento distrettuale.

Per gli inibitori di pompa sono stati trasmessi ai medici prescrittori i report Marno per singolo medico, contenenti l'elenco dei pazienti per i quali si sono registrati comportamenti iperprescrittivi nel periodo esaminato con richiesta di motivazione per la successiva valutazione dell'UCAD.

### Area di risultato: GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

#### Efficienza prescrittiva farmaceutica

Il Direttore Generale ha richiamato l'attenzione dei Direttori delle USIB e delle UU.OO. Cure Primarie sull'andamento, al 31 marzo 2013, della spesa farmaceutica territoriale in considerazione del fatto che la L. n.135/2012 ("**spending review**") ha ridefinito, in diminuzione, il valore della stessa per l'anno 2013, fissando il relativo tetto, a livello nazionale e in ogni Regione, in **11,35%** vs 13,1% nel 2012) delle quote di riparto del finanziamento ordinario.

La riduzione del tetto di spesa farmaceutica territoriale complessiva ha richiesto, conseguentemente che, a fronte della conferma degli obiettivi 2012 per l'anno in corso da parte della Regione (DGR n.337/2013) - a livello aziendale - si stabilisse una proporzionale riduzione del tetto massimo di spesa pro-capite (*farmaceutica convenzionata + distribuzione diretta farmaci A*), da euro 215 (ob. 3.1.2 ex DGR n.298/2012)

ad **euro 197,00** (183 euro esclusi i farmaci del file F), che equivale a una riduzione di circa il **3%** sul risultato conseguito dall'ASP nel 2012 (**203,62** euro pro-capite).

A tal fine, i Direttori di USIB e delle Aree di Cure Primarie, d'intesa con il Direttore della UOC Farmaceutica Territoriale, hanno organizzato appositi incontri con i MMG, PLS e loro rappresentanti di categoria nonché con i responsabili dei centri di costo territoriali (RSA-ADI-ambulatori distrettuali-hospice-ecc.) per condividere ed attuare le azioni ritenute più efficaci ai fini della riduzione della spesa nella misura prevista dalla Direzione Strategica per l'anno 2013 e prevista tra gli obiettivi di budget negoziati per l'anno 2013 con le Direzioni di Distretto, le UUOCC Cure Primarie e Farmaceutica Territoriale.

I dati di attività monitorati, tramite il portale Marno, confermano che l'ASP ha raggiunto un buon livello di efficienza prescrittiva che di seguito si illustrano:

### ☺ 3.1.1 Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale

La DGR 298/2012 così come integrata dalla DGR 337/2013 ha assegnato per l'anno 2013 ai Direttori Generali delle Aziende operanti nel SSR di Basilicata l'obiettivo del rispetto del tetto massimo della spesa farmaceutica territoriale inferiore o uguale al 13%.

Per la determinazione della percentuale di spesa sul Fondo Sanitario assegnato all'Azienda ASP di Potenza, non essendoci indicazioni sulle modalità di calcolo, si è ritenuto opportuno utilizzare le indicazioni riportate nell'obiettivo della spesa pro-capite e nella normativa di riferimento.

Infatti ai sensi dell'articolo 5 del D.L. 159/2007, la base di calcolo per la determinazione della spesa farmaceutica territoriale è costituita dal finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale, al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie. Relativamente alle componenti, la spesa farmaceutica territoriale indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, distribuiti:

- attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate;
- attraverso la distribuzione diretta intesa come la distribuzione, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. La distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto). Rientrano nella distribuzione diretta le prestazioni farmaceutiche, destinate al consumo al domicilio, erogate:
  1. alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo;
  2. ai pazienti cronici e/o soggetti a piani terapeutici;
  3. ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale;
  4. da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali.

TAB. 3.1.1 - Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale - (Importi)

Descrizione voce	ex ASL 1	ex ASL 2	ex ASL 3	ASP
FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Netto + Ticket)	14.363.312,91	31.244.459,78	11.449.239,77	<b>57.057.012,46</b>
DISPENSAZIONE PER CONTO - (DPC)	3.049.674,30	6.706.672,39	2.327.094,07	<b>12.083.440,76</b>
DISTRIBUZIONE DIRETTA - (FARMACI di fascia A)	2.269.636,76	3.438.761,47	1.411.653,56	<b>7.120.051,79</b>
FILE F - Infraregionale - (FARMACI di fascia A)	2.098.053,49	2.996.659,27	1.244.960,28	<b>6.339.673,04</b>
<b>PAY BACK - (a detrazione)</b>				<b>1.603.000,00</b>



Quota Riparto Provv. FSR - Rapp. al periodo di rif.	148.327.312	336.482.137	122.822.550	<b>615.481.000</b>
<b>RISULTATO - PAY BACK INCLUSO</b>				<b>13,16</b>
<b>RISULTATO - PAY BACK ESCLUSO</b>	<b>14,68</b>	<b>13,19</b>	<b>13,38</b>	<b>13,42</b>

Il costo del File "F" addebitato all'ASP ammonta ad euro 10.227.000 (farmaci di classe A, C ed H), così come risulta dalla DGR n. 414 del 08.04.2014 "Riparto definitivo delle disponibilità finanziarie di parte corrente a destinazione indistinta, vincolante e finalizzata per il SSR. Anno 2013".

Per l'individuazione dei farmaci di classe "A", dispensati a pazienti residenti dalle altre strutture sanitarie regionali, il Controllo di Gestione dell'ASP si è avvalso della collaborazione con la ditta fornitrice del software di contabilità in uso presso le aziende regionali, "INTEMA-Sanita" che ha elaborato il flusso dati del file F distinguendoli per classi.

Dall'elaborazione effettuata da Intema-Sanità risulta che, per il 2013, il costo del File F stimato per i farmaci DD di fascia A ammonta ad euro 6.339.673,04 (+ 81.397,2 euro rispetto al 2012). Non è superfluo evidenziare che il costo del File "F" non è gestito direttamente dall'Azienda ASP di Potenza.

Dalle elaborazioni, riportate nella tabella sovrastante, risulta che l'ASP nell'anno 2013 ha registrato una percentuale di spesa farmaceutica territoriale (escluso il pay back) del **13,42%** (con uno scostamento del + **0,42%** sul risultato regionale atteso).

Tale scostamento si riduce ulteriormente qualora si tenesse conto del Pay Back territoriale (come disciplinato nel D.L. 159/20079; il pay back territoriale riconosciuto all'ASP per il 2013 ammonta ad euro 1.603.000 ( cfr. DGR 414/2014). Pertanto la percentuale di spesa farmaceutica territoriale (incluso il pay back) ammonta a **13,16%** (con uno scostamento che si riduce a **0,16%** rispetto al risultato atteso) rispetto al **13,27%** del 2012 (- 0,11%).

Per quanto riguarda le singole voci di spesa confrontando i dati con l'anno 2012 emerge che: la farmaceutica convenzionata si è ridotta del -1,91%, la dispensazione per conto del -2,40%, mentre si è registrato un incremento della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A (+ 5,63%) e del File F (diretta fascia A) infraregionale (+ 1,30%).

La Regione, con la delibera n.337/13, ha confermato per l'anno 2013 gli obiettivi già assegnati per l'anno 2012 con al DGR n.298/12 senza apportare alcuna modifica agli obiettivi di spesa farmaceutica territoriale. La Direzione aziendale, in conformità a quanto fissato dal D.L. 95/2012, che ha rideterminato, in diminuzione, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale (a livello nazionale ed in ogni regione) ha ritenuto di rimodulare l'obiettivo regionale portandolo all'11,35% assegnando ai dirigenti responsabili delle strutture territoriali il rispetto di quest'ultimo parametro.

L'obiettivo aziendale, più ambizioso rispetto a quello regionale, pur non essendo stato raggiunto, ha certamente contribuito al conseguimento di un soddisfacente risultato per la farmaceutica territoriale dell'ASP nell'anno 2013..

Infatti, l'Azienda ha comunque registrato risultati migliorativi rispetto agli anni precedenti, non soltanto sulla spesa farmaceutica territoriale (che si è ridotta dal 13,27% del 2012 al 13,16% del 2013), ma anche sulla spesa territoriale pro-capite (anch'essa rimodulata, a livello aziendale, su valori più bassi di quelli confermati per il 2013 dalla Regione).

I dati di attività monitorati, tramite il portale Marno, confermano che l'ASP ha raggiunto un buon livello di efficienza prescrittiva:

☹ **spesa farmaceutica territoriale procapite (VGP)** si attesta a quota **225,91** euro ( vs 229,80 euro dell'anno 2012 ). Obiettivo conseguito al 50%

Anche ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito **positivo** della verifica (dato 2010: 287,60).

Sulla spesa territoriale pro-capite l'Azienda ha raggiunto al 50 % l'obiettivo fissato dalla Regione con la DGR n.298/12 per l'anno 2012 e confermato con DGR n.337/13 per l'anno 2013 ( < 250 euro procapite) in quanto ha sostenuto nell'anno in questione una spesa di 225,91 euro pro capite migliorando la performance rispetto al risultato dell'anno 2012 (229,80 euro: anno 2012).

**TAB. 3.1.2 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite - (Importi)**

Descrizione voce	ex ASL 1	ex ASL 2	ex ASL 3	ASP
FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Netto + Ticket)	14.363.312,91	31.244.459,78	11.449.239,77	<b>57.057.012,46</b>
DISPENSAZIONE PER CONTO - (DPC)	3.049.674,30	6.706.672,39	2.327.094,07	<b>12.083.440,76</b>
DISTRIBUZIONE DIRETTA - (FARMACI di fascia A)	2.269.636,76	3.438.761,47	1.411.653,56	<b>7.120.051,79</b>
FILE F - Infraregionale - (FARMACI di fascia A)	2.098.053,49	2.996.659,27	1.244.960,28	<b>6.339.673,04</b>
Popolazione Pesata - (Rapportata al periodo di rif.)	89.252	202.470	73.905	<b>365.628</b>
<b>RISULTATO MONITORATO</b>	<b>244,03</b>	<b>219,23</b>	<b>222,35</b>	<b>225,91</b>

Ancora soddisfacenti nel 2013 i livelli di consumo di particolari classi di farmaci **"off patent"** non coperti da brevetto (antipertensivi e calcio antagonisti) sul totale:

☺ **% di derivati diidropiridinici: 92,57%** vs 92,36% anno 2012, obiettivo conseguito al 100%;

☺ **% di ACE-Inibitori associati (off patent)-C09BA: 86,36%** vs 87,19% anno 2012, obiettivo conseguito al 100%;

Sostanzialmente stabili e certamente migliorabili attraverso l'attuazione di efficaci e tempestive misure correttive i consumi di:

☹ **sartani "off patent" associati - C09CA** (15,98% vs 15,99% anno 2012), obiettivo conseguito al 50%;

☹ **sartani "off patent" non associati - C09DA** (17,80% vs 18,00% anno 2012), obiettivo conseguito al 50%

I dati relativi al consumo di sartani rivelano abbastanza chiaramente una sorta di resistenza della classe medica a prescrivere i farmaci senza copertura brevettuale (off patent), forse perché ritenuti a torto superati dai farmaci "più giovani" (più giovani, perché certamente non sono "più nuovi"! ). I report relativi a tali classi di farmaci, infatti, evidenziano un aumento del consumo di quelli con brevetto, soprattutto i blockbuster nel sottogruppo terapeutico di appartenenza, quando in realtà era attesa una inversione di tendenza proprio in risposta alle azioni, alle varie note e raccomandazioni emanate dalla Direzione Strategica, dalla UOC Farmaceutica Territoriale e dalle Direzioni di Distretto ed inviate a tutti i medici prescrittori.

#### Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie



Ottimizzazione delle giacenze di magazzino (Bilancio di esercizio 2013): Risultato conseguito: 4,33 pari al 0% (< 20) è così determinato: Differenza valore riportato nella voce B11 rimanenze materiale sanitario nel mod. SP dell'anno e il valore riportato alla stessa voce del mod. SP di due anni precedenti (**311.323** (7.488.145-7.176.822) - **7.176.822**) = **4,33%**.

Investimenti ex art.20: n.6/6 interventi APQ definitivamente aggiudicati. Lo stato di avanzamento delle procedure è riportato nell' **allegato 8**.

## Area di risultato: CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

### Revisione contabile: Certificazione del bilancio

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. Il processo di certificazione per l'anno 2012 il processo di certificazione è concluso ma gli esiti non sono stati ancora formalizzati. Per il 2013 il processo di certificazione è in fase di conclusione.

### Utilizzo dei flussi informativi

Flussi gruppi A e B: per entrambi gli indicatori di risultato per il 2013 i dati risultano inviati in maniera completa e tempestiva. Infatti, a fronte di espressa richiesta, nessuna negatività è stata segnalata dalla responsabile dei flussi informativi .

### Controllo cartelle cliniche

Nel sono state controllate 1.876 cartelle cliniche di dimissione su 16.603 dimessi dai PP.OO. dell'ASP (**11,29%**) a fronte del 10,68% di cartelle controllate nel 2012. L'obiettivo è conseguito al 100%. La relazione sui controlli effettuati nel 2013 è stata trasmessa in Regione entro il 15.5.2014.

### Risk management

Il Piano di R.M. 2013 è stato approvato e trasmesso in Regione il 27.03.2013. La relazione di attuazione del piano nell'anno 2013 è stata trasmessa il 26 febbraio 2014, entro il termine previsto.

### Valutazione strategie di controllo del dolore: consumo di farmaci oppioidi (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 nel 2013 (0,58 DDD x mille residenti) è ben lontano non soltanto dall'obiettivo assegnato (>1,6 DDD) ma anche da quello registrato nell'ASP nel 2010 (0,43 DDD x mille res.), tendenzialmente stabile rispetto a quello registrato nel 2012 (0,57 DDD).

Il **consumo medio nazionale pro-capite** degli oppioidi forti (incrementato nel 2011 di circa il 30% sul 2010) è pari a 1,17 euro, con Val D'Aosta (1,66), Friuli Venezia Giulia (1,89) e Liguria (1,73) con valori superiori, e al di sotto Lazio (0,89 euro), Campania (0,73), **Basilicata (0,73)** e Calabria (0,75). Lo stesso vale per il consumo di **oppioidi deboli**: il valore medio a livello nazionale è di 0,78 euro pro-capite, mentre a livello regionale l'aumento maggiore è nelle regioni centro-settentrionali, con la Toscana in testa (1,74). I più prescritti e utilizzati rimangono però gli analgesici non oppioidi, con 9,10 euro di consumo pro-capite e

valori massimi in Sardegna (12,19) e Sicilia (11,28) (Fonte: Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38/2010" del Ministero della Salute).

I dati aggiornati al 2012 confermano una sensibile crescita percentuale dell'utilizzo degli oppioidi forti in Italia, superiore rispetto all'Europa, ma globalmente in un mercato comunque ancora piccolo; l'aumento delle terapie orali versus quelle transdermiche, sembra rappresentare un criterio di maggior appropriatezza rispetto alle linee guida ancor valide dell'Oms, come pure l'aumento dei farmaci per il trattamento del dolore episodico intenso. I consumi si sono rilevati essere mediamente uniformi nelle diverse regioni italiane, ma i farmaci antinfiammatori sono ancora oltremodo prescritti, molto di più rispetto alla media europea. La prescrizione di oppioidi forti a rilascio controllato selezionati (brands principali), ha visto una crescita percentuale del 32% nella media nazionale (giugno 2012-giugno 2011 anno mobile), andando dai minimi di Abruzzo (+12%) e Liguria (+22%), fino a regioni finalmente più "virtuose" come Campania (+37%), pur caratterizzata da uno dei consumi pro capite di oppioidi fra i più bassi in Italia, o, ancor più, Valle d'Aosta (+47%).

**ALLEGATI:** Per favorire un'analisi più approfondita dell'andamento della **spesa farmaceutica territoriale** nelle sue diverse componenti e dei consumi delle più significative sono stati elaborati e allegati alla presente relazione i seguenti report:

- ☞ **Allegato 6** Report di monitoraggio Spesa Farmaceutica Territoriale Gennaio-Dicembre 2013 vs 2012.
- ☞ **Allegato 7** Report di verifica degli indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed efficacia dell'assistenza territoriale (classi di farmaci più significative) 2013.

## Area di risultato: OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

### Soddisfazione degli utenti

#### Produzione della relazione sulla Customer satisfaction:

L'indagine sulla soddisfazione degli utenti nell'anno 2013 è stata realizzata sull' **assistenza ambulatoriale specialistica** della ASP. Il Report finale dell'indagine è stato inviato al Dipartimento Regionale il 7/02/2014.

<b>FINALITA'</b>	Rilevazione e valutazione della qualità percepita nel servizio di assistenza specialistica ambulatoriale ; rendere concreto il diritto di partecipazione degli utenti e promuovere nei servizi sanitari il valore dell'ascolto e dell'adeguamento dei servizi ; migliorare i servizi con azioni correttive in base a quanto emerge dall'indagine.
<b>SERVIZI INTERESSATI</b>	L'indagine interesserà i Poliambulatori di <b>Rionero, Rotonda e Madre Teresa di Calcutta di Potenza.</b>
<b>AREA E FATTORI INDAGATI</b>	Oggetto dell'indagine è la valutazione degli utenti rispetto ad alcuni fattori di qualità riguardanti i seguenti aspetti : tempi di attesa , accessibilità , relazioni con gli operatori dei vari punti di contatto (prenotazione, ticket, visita), comfort e igiene della sala di attesa e dell'ambulatorio, professionalità degli operatori sanitari; riservatezza , informazioni ricevute , aspettative e suggerimenti per migliorare il servizio.
<b>STRUMENTO DI RILEVAZIONE</b>	Questionario a domande chiuse che utilizza prevalentemente una scala di valutazione a cinque (ottimo-insufficiente-sufficiente -buono-ottimo )
<b>MODALITA' DI RILEVAZIONE</b>	Intervista telefonica condotta direttamente da personale dell'URP o collaborazioni individuate nei vari ambiti; il personale individuato sarà formato al fine di uniformare le modalità dell'intervista .
<b>CAMPIONE</b>	Per problemi di organizzazione ed economicità per l'indagine si utilizzerà un campione determinato sul numero delle prime visite e controlli rilevato nell'anno 2012 ( pari a 45.162 prestazioni) e rappresentativo delle singole specialità presenti nei Poliambulatori oggetto dell'indagine. Non saranno presi in considerazione le attività tipicamente strumentali (Radiologia e Laboratorio analisi) e quelle della Riabilitazione-fisioterapia , del consultorio familiare e della Psichiatria. Approssimativamente il campione da intervistare sarà di 381 utenti , calcolato a un livello di confidenza del 95% e un intervallo di confidenza del 5% , con opportune correzioni tecniche in corso d'opera.
<b>ORGANIZZAZIONE</b>	L'indagine sarà comunicata ufficialmente al Direttore del Distretto di competenza e sarà presentata attraverso un incontro organizzativo dal Responsabile dell'URP ; nel periodo scelto sarà richiesta agli utenti che si recheranno presso l'ambulatorio la disponibilità ad aderire all'indagine telefonica con la sottoscrizione del modello per l'acquisizione del consenso ; nel mese successivo gli operatori dell'URP e/o altri collaboratori , provvederanno ad effettuare le interviste telefoniche. Dopo la validazione dei questionari compilati (da intendere validi quelli che hanno almeno l'80% delle risposte date) si procederà all'immissione dei dati utilizzando un programma informatico messo a punto dall'Area di Staff.



<b>COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI</b>	Il Report finale sarà trasmesso alla Direzione Aziendale ed alla Direzione dei Servizi oggetto di indagine che avrà il compito di attivare, ove necessario, un piano di miglioramento in base a quanto emerge dall'indagine; inoltre potranno essere organizzati riunioni con gli operatori dei servizi interessati, con le associazioni di tutela e di volontariato; pubblicazione sul sito Aziendale; presentazione nelle Conferenze dei Servizi.
<b>CRONOPROGRAMMA</b>	Settembre : informazione al Distretto e al personale dei Poliambulatori per istruzione sull' acquisizione del consenso da parte degli utenti; 24 Settembre- 26 Ottobre :acquisizione del consenso; 1 Ottobre- 20 Novembre : interviste telefoniche; 20 Novembre -15 Dicembre: validazione questionari ed inserimento dati; Gennaio 2014: elaborazione dati produzione Report e diffusione dei risultati.

Il cronoprogramma è stato rispettato e di seguito si riportano le conclusioni dell'indagine:

Gli utenti intervistati danno una valutazione complessiva del servizio che si attesta sul valore 4 (buono); tale valore, a parte qualche lieve differenza, è confermato anche nelle tre strutture. All'interno di questo giudizio nettamente positivo si rileva la seguente differenziazione di giudizi:

- ☞ un giudizio nettamente positivo, superiore anche al valore 4 della valutazione complessiva, per quanto riguarda la visita specialistica vera e propria (professionalità del medico e dell'infermiere, cortesia e gentilezza del personale, informazioni ricevute e rispetto della privacy);
- ☞ un giudizio ancora positivo che si attesta sul valore 4 ( Buono) sulla pulizia e igiene dell'Ambulatorio dedicato alla visite e sulla cortesia del personale addetto alle prenotazioni ;
- ☞ un giudizio fra il Sufficiente e Buono (fra 3 e 4) sugli aspetti che riguardano la pulizia dei servizi igienici, il comfort della sala di attesa, la segnaletica interna, cortesia del personale addetto al ticket , ecc)
- ☞ un giudizio fra l'insufficiente e il sufficiente (2,4) sulla disponibilità dei parcheggi , aspetto questo fra i più critici;
- ☞ il tempo dedicato alla visita da parte del medico, viene considerato più che adeguato (2,2);
- ☞ il tempo di attesa per il pagamento del ticket , viene considerato adeguato (2,);
- ☞ il tempo trascorso fra prenotazione e visita , anche se molto vicino ad un giudizio di adeguatezza (1,9), rappresenta comunque un aspetto da monitorare costantemente .

Tale quadro generale , presenta sicuramente alcune differenziazioni nei vari Poliambulatori interessati dall'indagine.

In conclusione e tenuto conto dei dati sopra riportati, si può senza dubbio affermare che gli utenti dei Servizi dell'Assistenza Specialistica della nostra ASP , esprimono una valutazione sicuramente positiva del servizio soprattutto per quanto riguarda gli aspetti tecnico – professionali, quelli relazionali e anche igienico-sanitari; alcuni giudizi di criticità si evidenziano nell' accesso alla struttura (parcheggi) e sui tempi di attesa fra prenotazione e data della visita.

#### Produzione del bilancio sociale

La finalità del documento è quella di rendicontare, con un linguaggio semplice e chiaro, l'attività dei servizi della ASP. Per la predisposizione del Bilancio Sociale 2013 sono stati coinvolti i responsabili delle varie aree dei servizi ; il documento approvato dalla Direzione Strategica è stato trasmesso al Dipartimento Salute il 26 febbraio 2014.

#### 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 dicembre 2013 risultavano



risolte erano in numero di 53 su 68 liste critiche individuate dalla DGR n.298/2012, pari al **78%**. Il risultato è raggiunto al 50% ( $> 50 < 80$ ).

I tempi di attesa delle prestazioni vengono monitorati ed aggiornati anche presso la ASP e pubblica sul sito aziendale mensilmente. Vengono rilevate le criticità e proposte soluzioni ai responsabili di struttura.

Vengono inoltre evidenziate e monitorate nel tempo quelle prestazioni che presentano tempi di attesa al di sopra di quelli massimi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale in materia.

Va chiarito che, ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, ed in coerenza con quanto previsto dai Piani Nazionale e Regionale, si considerano esclusivamente le 1<sup>a</sup> visite e le 1<sup>a</sup> prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le prestazioni, benché prime visite o prime prestazioni diagnostiche strumentali, degli utenti che hanno rifiutato la prima disponibilità fornita dal CUP esercitando la propria libera scelta della struttura erogatrice.

Il Direttore dell'USIB di Lauria, avendo avuto incarico di monitoraggio Aziendale delle Liste di attesa, ha collaborato con la Direzione Sanitaria ASP al fine della elaborazione di un protocollo di intesa con l'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Carlo per alcuni obiettivi comuni di collaborazione finalizzata all'abbattimento di alcune liste di attesa critiche

Il protocollo è stato siglato l'11/09/2012. Il 18 ottobre si è insediato il Comitato Tecnico Interaziendale per il contenimento dei tempi di attesa.

Considerato che la problematica dei tempi di attesa può essere affrontata solo attraverso un approccio sistemico, il protocollo ha individuato le seguenti azioni:

- Potenziamento dell'offerta di prestazioni
- Governo della domanda
- Sviluppo e integrazione dei sistemi di accesso alle prenotazioni (Call center e centri di prenotazione e cassa aziendale)
- Informazione ai cittadini
- Monitoraggio delle attività e verifica dei risultati

Per controllare la domanda si è intervenuti su **percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche**.

In pratica, è stato avviato **un vero e proprio cambiamento culturale**, che interessa tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti a tutte le strutture erogatrici, oltre che i sistemi di prenotazione CUP. Sono state quindi messe in atto misure in grado di garantire la riduzione della domanda inappropriata:

adozione e diffusione di linee guida, in particolare per le prestazioni con maggiori criticità (**Mammografie, Ecomammarie, RMN, TAC, Ecocardiogramma, visita Cardiologica**).

Le azioni prioritarie finalizzate al governo della domanda possono essere così sintetizzate:

- attivazione di protocolli assistenziali concordati con i prescrittori (medici di assistenza primaria, medici specialisti ospedalieri e territoriali e specialisti convenzionati interni);
- attivazione delle Classi di Priorità per le prestazioni critiche al fine di garantire la diversificazione dell'accesso alle stesse in considerazione della gravità clinica.



In particolare l'ASP, nell'ambito delle azioni previste dal protocollo, è impegnata a :

- avviare percorsi formativi per i MMG e PLS sui meccanismi della domanda e dell'offerta e sugli strumenti di ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- individuare linee guida per una maggiore appropriatezza prescrittiva e conseguente avvio di indagini campionarie sui comportamenti prescrittivi;
- potenziare l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri, ai fini della definizione e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, soprattutto per quelle patologie croniche di più frequente riscontro nella popolazione assistita (quali diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie croniche ostruttive, asma, forme neurologiche ecc.)
- applicare le linee guida e percorsi condivisi per **“Diabete, Patologie cardiologiche, BPCO, Prescrizioni radiologiche, Scompenso Cardiaco”**, con definizione di procedure semplificate di accesso alle prestazioni ambulatoriali di 2° livello per i pazienti seguiti dai MMG e dagli Specialisti;
- adeguare gli orari dell'attività ambulatoriale che favoriscano l'accesso ai cittadini e in particolare **“favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile delle interferenze con le attività lavorative dei genitori”** prevedendo una apertura dei servizi in alcuni giorni anche nelle ore pomeridiane;
- sperimentare una modalità di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le aree critiche.

Oltre alle aree di risultato previste dagli obiettivi regionali, in considerazione dell'incidenza dei costi della farmaceutica ospedaliera sul conseguimento del prerequisito relativo al contenimento dei costi di produzione, di seguito, si riportano i risultati conseguiti in questo settore.

#### • **Area di risultato: FARMACEUTICA OSPEDALIERA**

##### **Premessa**

Oltre alle aree di risultato previste dagli obiettivi regionali, in considerazione dell'incidenza della **spesa farmaceutica ospedaliera** sul conseguimento del prerequisito relativo al contenimento dei costi di produzione, di seguito, si riportano i risultati conseguiti in questo settore.

##### **Organizzazione del servizio e monitoraggio della spesa**

Il Servizio Farmaceutico Aziendale Articolazione Ospedaliera, nel 2013 ha messo in atto tutte le azioni per la realizzazione degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria fissati con la DRG n. 606/2010 e s.m., con la DRG n. 298/2012 e confermati con la DGR n.337/2013.

Alla U.O.C. di Farmacia Ospedaliera afferiscono sette magazzini di farmacia ospedaliera. Le farmacie ospedaliere e la farmacia distrettuale, afferente, però, alla U.O.C. Farmaceutica Territoriale, utilizzano lo stesso software di gestione magazzino della ditta Intema Sanità di Potenza, sono collegate in rete, per cui è stato possibile creare e viene gestito un **Magazzino Farmaceutico Unico ASP costituito da Farmaci e Presidi Multistruttura**; la stessa procedura di magazzino, inoltre, è collegata alla banca dati FarmaDati, per l'aggiornamento dei prezzi dei farmaci e per l'inserimento di nuovi farmaci e presidi nel descritto archivio.

##### **La gestione del Magazzino Farmaceutico Unico ASP determina:**

- 1) **estrapolazione, in maniera uniforme, dei report dei dati di spesa:** per ogni magazzino di farmacia ospedaliera e per il magazzino della farmacia distrettuale, il report dettaglia la spesa dei centri di costo ospedalieri, la spesa dei centri di costo territoriali e la spesa della distribuzione diretta;
- 2) **estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia e per il magazzino della farmacia distrettuale, del report delle valorizzazioni dettagliate delle rimanenze e del report dei dati riepilogativi delle stesse secondo le voci di Bilancio di cui al Piano dei Conti Aziendale, perché entro il**



31.12 di ogni anno, viene effettuata la conta inventariale dei prodotti, confrontando, contemporaneamente, i dati relativi alle quantità realmente in giacenza negli scaffali con i dati registrati in procedura per una verifica della gestione dei magazzini e per una corretta valorizzazione delle rimanenze finali di periodo; i descritti dati, sia in formato cartaceo che in formato elettronico, vengono trasmessi al responsabile della U.O. Economico-Finanziaria ed al Direttore del Controllo di Gestione;

**3) alimentazione, in maniera uniforme, del Sistema Informativo Aziendale** per una corretta contabilità analitica;

**4) produzione, in maniera uniforme, del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto, del flusso informativo dei consumi ospedalieri e del flusso informativo dei dispositivi medici, per la successiva trasmissione telematica dei predetti flussi al Ministero della Salute, tramite il Sistema Informativo Regionale;**

**5) corretta gestione delle scorte di magazzino, con conseguente riduzione delle stesse e con conseguente riduzione degli scaduti, attraverso l'attivazione dei moduli software della procedura di magazzino " riepilogo giacenze magazzini " ( visualizzazione delle scorte di tutti i magazzini di farmacia ospedaliera e del magazzino della farmacia distrettuale ) e " scarico per transito " ( trasferimenti di farmaci e materiale sanitario da una farmacia ospedaliera ad un'altra ed anche la farmacia distrettuale garantisce, con le farmacie ospedaliere, la rotazione delle scorte e di conseguenza la minimizzazione dei prodotti scaduti );**

**6) estrapolazione, in maniera uniforme, dello scadenziario con conseguente trasmissione della relativa stampa a tutti i reparti e servizi ospedalieri, al fine di garantire la rotazione delle scorte e la minimizzazione dei farmaci scaduti;**

Anche a livello dei reparti ospedalieri si dovrà ottimizzare la gestione del farmaco attraverso la rilevazione informatica degli scaduti ed attraverso la segnalazione alla farmacia ospedaliera delle informazioni relative ai farmaci presenti nell'armadio di reparto con scadenza inferiore a sei mesi e non utilizzati negli ultimi tre mesi per l'eventuale trasferimento degli stessi con validità residua ridotta ad altri utilizzatori; pertanto è stata effettuata l'informatizzazione di tutti i reparti di ciascun ospedale ed è stato effettuato il collegamento informatico reparto-farmacia, al fine di monitorare l'obiettivo regionale riguardante la gestione degli scaduti in tutti i suoi aspetti;

**7) rilevazione informatica, a livello dei magazzini di farmacia, della valorizzazione dei farmaci scaduti.**

Viene programmata un'attività di approvvigionamento e distribuzione dei magazzini di farmacia che consente una puntuale attività aziendale, nel rispetto dei protocolli terapeutici e nel rispetto dei Prontuari Terapeutici Ospedalieri, impiegati presso gli ospedali e presso tutti i servizi extraospedalieri aziendali e per il servizio di distribuzione diretta dei farmaci dopo dimissione da ricovero ospedaliero o dopo visita specialistica ambulatoriale; è stata istituita la Commissione Terapeutica Ospedaliera Unica per la stesura del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Unico Aziendale (Delib. Direttore Generale n. 871 del 10.10.2011).

Il percorso di monitoraggio del rispetto della Guida all'Uso dei Farmaci dell'Agenzia Italiana del farmaco e delle note AIFA viene effettuato dai farmacisti al momento della spedizione delle ricette della distribuzione diretta.

Con D.G.R. n. 939 del 26.06.06, sempre nell'ambito dei provvedimenti finalizzati alla razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale ed ai sensi della L. 405/2001, viene estesa ai medici specialisti operanti nelle strutture delle Aziende Sanitarie la modalità prescrittiva a carico del SSN e con l'utilizzo del ricettario regionale, allorché ritenessero di dover completare la dimissione dal ricovero ospedaliero o comunque la visita specialistica con una prescrizione farmaceutica, per farmaci concedibili dal SSN, nel rispetto delle limitazioni di cui alle note AIFA, nonché di tutte le norme generali che regolano la prescrivibilità; pertanto, presso tutte le farmacie interne dei Presidi Ospedalieri sono stati attivati servizi di distribuzione diretta dei farmaci dopo dimissione da ricovero o visita specialistica ed i prodotti farmaceutici distribuiti sono limitati



ai farmaci inclusi nel PTO ed appartenenti alle fasce A e H del SSN nelle loro confezioni originali; le ricette sopra citate, dal 17.04.2008, per disposizioni regionali, vengono consegnate alla ditta Marno di Livorno, per l'acquisizione in tempi brevi, di un servizio di rilevazione delle stesse.

Viene trasmesso, mensilmente, un report dei consumi farmaceutici ospedalieri e territoriali che comprende anche la classificazione dei farmaci per codici ATC ai Direttori delle UU.OO. Ospedaliere e Territoriali, ai Direttori di Distretto, ai Dirigenti Medici dei Presidi Ospedalieri ed al Direttore del Controllo di Gestione; viene trasmessa, mensilmente, una relazione riguardante i dati mensili della spesa ospedaliera ed i dati delle ricette relative al 1° ciclo di terapia alla Direzione Strategica, ai Dirigenti Medici dei Presidi Ospedalieri, al Direttore del Controllo di Gestione, al Direttore U.O.C. Farmaceutica Territoriale ed al Responsabile U.O. Economico-Patrimoniale.

### Spesa farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera aziendale viene estrapolata dalla procedura di magazzino secondo la rilevazione della stessa dal modello CE.

La spesa farmaceutica ospedaliera comprende:

- ☞ **spesa della distribuzione diretta** (farmaci con regime di rimborsabilità fascia H, dispensazione di farmaci con regime di rimborsabilità fascia A (Determina AIFA 02 Novembre 2010 – Gazzetta Ufficiale n. 261 del 08 Novembre 2010), dispensazione di farmaci esteri, dispensazione di dispositivi medici, di materiale sanitario vario e di farmaci per l'ospedalizzazione domiciliare, dispensazione di dispositivi medici, di materiale sanitario vario e di farmaci per le strutture residenziali e semiresidenziali, dispensazione di farmaci dopo dimissione da ricovero o visita specialistica)
- ☞ **spesa dei centri di costo ospedalieri;**
- ☞ **spesa dei centri di costo territoriali.**

Circa l'80% della spesa farmaceutica ospedaliera totale è spesa farmaceutica territoriale ed il relativo 20% è spesa farmaceutica ospedaliera.

La spesa farmaceutica della farmacia distrettuale comprende:

- ☞ **spesa della distribuzione diretta;**
- ☞ **spesa dei centri di costo territoriali.**

Nelle strutture ospedaliere e nelle strutture extraospedaliere aziendali, non vengono utilizzati **farmaci biosimilari**. Il farmaco biosimilare è una versione "alternativa" di un farmaco biologico già autorizzato per uso clinico (detto "farmaco originatore") al quale sia analogo per caratteristiche fisico-chimiche, efficacia clinica e sicurezza sulla base di studi di confronto.

La biosimilarità è stata introdotta dagli enti regolatori del farmaco per individuare specialità farmaceutiche con bassa probabilità di differenze clinicamente significative rispetto al farmaco originatore ma equivalenti ad esso: l'uguaglianza assoluta è impossibile da ottenere vista la complessità di struttura e di produzione dei farmaci biologici. Pertanto da un farmaco biosimilare bisogna attendersi che non sia inferiore all'originatore ma, allo stesso tempo, che non sia ad esso superiore.

ASP - SPESA FARMACI			Periodo 01.01.2013-31.12..2013		
FARMACIE OSPEDALIERE	SPESA FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA		SPESA FARMACI CENTRI COSTO OSPEDALIERI	SPESA FARMACI CENTRI COSTO TERRITORIALI	TOTALE
CHIAROMONTE	Farmaci di fascia A	499.773,86	334.773,82	74.574,45	1.254.564,92
	Farmaci di fascia H+C	345.442,79			
	<b>Totale</b>	<b>845.216,65</b>			

LAGONEGRO	Farmaci di fascia A	520.449,56	667.949,11	64.232,31	1.583.324,80
	Farmaci di fascia H+C	330.693,82			
	<b>Totale</b>	<b>851.143,38</b>			
LAURIA	Farmaci di fascia A	390.200,18	129.989,82	40.743,06	1.145.339,51
	Farmaci di fascia H+C	584.406,45			
	<b>Totale</b>	<b>974.606,63</b>			
MARATEA	Farmaci di fascia A	1.229,96	5.355,55	252,62	7.290,02
	Farmaci di fascia H+C	451,88			
	<b>Totale</b>	<b>1.681,84</b>			
MELFI	Farmaci di fascia A	1.294.170,78	857.351,44	18.682,56	3.543.272,93
	Farmaci di fascia H+C	1.373.068,15			
	<b>Totale</b>	<b>2.667.238,93</b>			
VENOSA	Farmaci di fascia A	975.465,98	773.344,88	144.596,46	3.105.057,62
	Farmaci di fascia H+C	1.211.650,30			
	<b>Totale</b>	<b>2.187.116,28</b>			
VILLA D'AGRI	Farmaci di fascia A	741.988,29	465.503,32	266.925,47	2.217.632,65
	Farmaci di fascia H+C	743.215,57			
	<b>Totale</b>	<b>1.485.203,86</b>			
FARMACIA DISTRETTUALE	Farmaci di fascia A	2.696.773,18		236.369,05	7.024.182,25
	Farmaci di fascia H+C	4.091.040,02			
	<b>Totale</b>	<b>6.787.813,20</b>			
TOTALE	Farmaci di fascia A	7.120.051,79	3.234.267,94	846.375,98	19.880.664,70
	Farmaci di fascia H+C	8.679.968,98			
	<b>Totale</b>	<b>15.800.020,77</b>			

Nella tabella che precede è riportata la spesa farmaci distribuzione diretta totale, la spesa farmaci distribuzione diretta con riferimento ai soli farmaci di classe A e la spesa farmaci distribuzione diretta con riferimento ad altri farmaci di classe H e C; **la spesa farmaci distribuzione diretta con riferimento ai soli farmaci di classe A è indispensabile per la determinazione della spesa farmaceutica territoriale pro-capite (DGR N. 298/2012).**

**La lista dei medicinali del Prontuario Terapeutico Nazionale è suddivisa in:**

- ☞ **Fascia A:** Comprende i farmaci essenziali e per malattie croniche che vengono rimborsati interamente dal Servizio Sanitario Nazionale, fatta salva la possibilità per le Regioni di introdurre quote di partecipazione alla spesa (ticket);
- ☞ **Fascia C:** Riguarda tutti i farmaci a completo carico del cittadino;
- ☞ **Fascia H:** Comprende i farmaci di esclusivo uso ospedaliero, che, quindi, non possono essere venduti ai cittadini dalle Farmacie aperte al pubblico, ma possono essere soltanto utilizzati in Ospedali oppure essere distribuiti dalle Aziende Sanitarie Regionali, ovvero ASL (Aziende Sanitarie Locali) e ASO (.

SPESA FARMACI										Periodo 01.01.2013-31.12.2013		
FARMACIE OSPED.	SPESA FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA			SPESA FARMACI CENTRI COSTO OSPEDALIERI			SPESA FARMACI CENTRI COSTO TERRITORIALI			TOTALE		
	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %

CHIAROMONTE	884.234,15	845.216,65	-4,41	351.839,98	334.773,82	-4,85	70.467,68	74.574,45	5,83	1.306.541,81	1.254.564,92	-3,98
LAGONEGRO	826.704,11	851.143,38	2,96	726.521,53	667.949,11	-8,06	58.980,99	64.232,31	8,90	1.612.206,63	1.583.324,80	-1,79
LAURIA	1.148.214,63	974.606,63	-15,12	100.424,56	129.989,82	29,44	17.548,04	40.743,06	132,18	1.266.187,23	1.145.339,51	-9,54
MARATEA	42.663,18	1.681,84	-96,06	57.135,52	5.355,55	-90,63	61.473,54	252,62	-99,59	161.272,24	7.290,02	-95,48
MELFI	2.026.378,52	2.667.238,93	31,63	738.981,23	857.351,44	16,02	17.141,87	18.682,56	8,99	2.782.501,62	3.543.272,93	27,34
VENOSA	2.271.347,88	2.187.116,28	-3,71	683.670,49	773.344,88	13,12	164.815,16	144.596,46	-12,27	3.119.833,53	3.105.057,62	-0,47
VILLA D'AGRI	1.379.205,52	1.485.203,86	7,69	499.074,90	465.503,32	-6,73	294.024,47	266.925,47	-9,22	2.172.304,89	2.217.632,65	2,09
FARMACIA DISTRETTUALE	6.256.530,68	6.787.813,20	8,49				246.931,60	236.369,05	-4,28	6.503.462,28	7.024.182,25	8,01
TOTALE	14.835.278,67	15.800.020,77	6,50	3.157.648,21	3.234.267,94	2,43	931.383,35	846.375,98	-9,13	18.924.310,23	19.880.664,70	5,05

La spesa farmaceutica ospedaliera dell'anno 2013 è aumentata del **5,05%** rispetto a quella dello stesso periodo del 2012. L'aumento ha interessato la spesa territoriale (farmaci in distribuzione diretta) e la spesa ospedaliera (centri di costo ospedalieri) nei plessi di Melfi e Venosa; la spesa farmaci centri di costo ospedalieri di Lauria comprende anche la spesa farmaci dei centri di costo ospedalieri di Maratea ( dal 01.01.2013 la farmacia di Lauria serve anche il plesso ospedaliero di Maratea ), per cui la spesa complessiva (Lauria + Maratea ) 2013 é diminuita del 14,10% rispetto alla spesa 2012 (spesa 2012 Lauria + Maratea = € 157.560,08, spesa 2013 Lauria + Maratea = € 135.345,37).

Va evidenziato che nel 2013 sono aumentate le giornate di degenza per ricoveri ordinari (+ 813) ed è aumentata la valorizzazione dei DRG (+ 1.674.254,22); la percentuale dei DRG chirurgici è aumentata dal 28,09% al 31,38% (+3,29%).

### Consumi di albumina

FARMACIE OSPEDALIERE	CONSUMO ALBUMINA 20%-50ML 2012	CONSUMO ALBUMINA 20%-50ML 2013	VARIAZIONE %	CONSUMO ALBUMINA 5%-250ML 2012	CONSUMO ALBUMINA 5%-250ML 2013	VARIAZIONE %
CHIAROMONTE	107	161	50,47			
LAGONEGRO	1082	1036	-4,25			
LAURIA	35	219	525,71			
MARATEA	14	0	-100,00			
MELFI	2632	1803	-31,50	27	74	174,07
VENOSA	1594	1363	-14,49			
VILLA D'AGRI	1126	1066	-5,33			



FARMACIA DISTRETTUALE	0	0	0			
TOTALE 2013	6590	5648	-14,29%	27	74	174,07%

Il consumo dell'albumina relativo al periodo 01.01.2013 - 31.12.2013 è diminuito del 14,29% rispetto a quello dello stesso periodo del 2012 i cui dati di sintesi sono riportati in accodamento tabella.

#### Incidenza Farmaci scaduti

FARMACIE OSPEDALIERE	VALORIZZAZIONE FARMACI SCADUTI Periodo di riferimento 01.01.2013- 31.12.2013	VALORIZZAZIONE FARMACI SCADUTI Periodo di riferimento 01.01.2012- 31.12.2012
CHIAROMONTE	€ 2.527,27	€ 2.916,03
LAGONEGRO	€ 14.165,87	€ 5.889,55
LAURIA	€ 769,62	€ 352,31
MARATEA	€ 323,49	€ 667,51
MELFI	€ 1.064,14	€ 2.434,35
VENOSA	€ 4.936,52	€ 5.948,27
VILLA D'AGRI	€ 123,42	€ 1.205,12
FARMACIA DISTRETTUALE	€ 8.268,41	€ 25.213,03
TOTALE	€ 32.178,74	€ 44.626,17

La valorizzazione dei farmaci scaduti relativi al 2012 è dello 0,24% del valore complessivo della spesa dei farmaci 2012 (Valorizzazione Farmaci Scaduti € 44.626,17/ Spesa Farmaci € 18.924.310,23 ).

La valorizzazione dei farmaci scaduti relativi al periodo gennaio-dicembre 2013 è dello 0,0017% del valore complessivo della spesa dei farmaci periodo gennaio-dicembre 2013 (Valorizzazione Farmaci Scaduti € 32.178,74/ Spesa Farmaci € 19.880.664,70).

Rispetto all'anno 2012 vi è stata una riduzione dei farmaci scaduti del 27,89%.

#### Spesa per materiali e presidi sanitari

ASP – SPESA PER MATERIALE SANITARIO							Periodo 01.01.2013-31.12.2013		
FARMACIE OSPEDALIERE	SPESA PRESID CENTRI COSTO OSPEDALIERI			SPESA PRESID CENTRI COSTO TERRITORIALI			TOTALE		
	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %
CHIAROMONTE	616.288,30	666.178,43	8,10	138.663,38	127.741,81	-7,88	754.951,68	793.920,24	5,16
LAGONEGRO	2.177.768,38	2.078.438,11	-4,56	36.797,68	49.478,52	34,46	2.214.566,06	2.127.916,63	-3,91
LAURIA	372.033,22	503.594,73	35,36	77.828,90	147.995,26	90,15	449.862,47	651.589,99	44,84
MARATEA	197.765,98	82.653,76	-58,21	39.674,58	4.800,49	-87,90	237.440,56	87.454,25	-63,17

MELFI	2.111.133,34	2.248.959,39	6,53	160.741,71	220.255,97	37,02	2.271.875,05	2.469.215,36	8,69
VENOSA	1.553.587,62	1.171.602,96	-24,59	703.025,41	633.318,46	-9,92	2.256.613,03	1.804.921,42	-20,02
VILLA D'AGRI	2.782.660,92	2.864.633,24	2,95	597.337,09	548.864,56	-8,11	3.379.998,01	3.413.497,80	0,99
FARMACIA DISTRETTUALE				713.521,52	661.462,36	-7,30	713.521,52	661.462,36	-7,30
<b>TOTALE</b>	<b>9.811.237,76</b>	<b>9.616.060,62</b>	<b>-1,99</b>	<b>2.467.590,27</b>	<b>2.393.917,43</b>	<b>-2,99</b>	<b>12.278.828,38</b>	<b>12.009.978,05</b>	<b>-2,19</b>

La spesa totale materiale sanitario relativo al periodo 01.01.2013 – 31.12.2013 è diminuita del 2,19% rispetto a quella dello stesso periodo del 2012 e si evidenzia una riduzione sia a livello della spesa materiale sanitario dei centri di costo ospedalieri che a livello della spesa materiale sanitario dei centri di costo territoriali.

#### Incidenza Farmaci scaduti

FARMACIE OSPEDALIERE	VALORIZZAZIONE MATERIALE SANITARIO SCADUTO periodo di riferimento 01.01.2013-31.12.2013	VALORIZZAZIONE MATERIALE SANITARIO SCADUTO periodo di riferimento 01.01.2012-31.12.2012
CHIAROMONTE	€ 2.398,32	€ 1.369,33
LAGONEGRO	€ 527,13	€ 701,24
LAURIA	€ 5.475,25	€ 291,56
MARATEA	€ 315,68	€ 1.090,8
MELFI	€ 146,14	€ 290,01
VENOSA	€ 1.349,38	€ 4.831,35
VILLA D'AGRI	€ 57,74	€ 967,20
FARMACIA DISTRETTUALE	€ 1.752,74	€ 1.224,31
<b>TOTALE</b>	<b>€ 12.022,38</b>	<b>€ 10.765,80</b>

La valorizzazione del materiale sanitario scaduto del 2012 è dello 0,09% del valore complessivo della spesa dello stesso riferito allo stesso periodo (Valorizzazione Materiale Sanitario Scaduto € 10.765,8/ Spesa Materiale Sanitario € 12.278.828,38).

La valorizzazione del materiale sanitario scaduto relativo nel periodo 01.01.2013 – 31.12.2013 è dello 0,0010% del valore complessivo della spesa dello stesso riferito allo stesso periodo (Valorizzazione Materiale Sanitario Scaduto € 12.022,38/ € 12.009.978,05 Spesa Materiale Sanitario).

Rispetto all'anno 2012 vi è stata un aumento di presidi sanitari scaduti del 11,67%.

#### Prescrizioni 1° ciclo di terapia alla dimissione

La DGR n.606/2010 (obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria delle AA.SS.LL.) prevedeva che le Aziende Sanitarie ottimizzassero la procedura per la prescrizione e dispensazione del 1° ciclo di



terapia alla dimissione dal ricovero ospedaliero e alla visita specialistica, relazionando in termini percentuali sul rapporto numero di prescrizioni/dispensazione su numero dimessi, ritenendo accettabile un valore compreso tra il 15% e il 20%.

La successiva DGR 2022 del 30.11.2010 recante modifiche ed integrazioni alla DGR 606/2010 ha previsto che la distribuzione dei farmaci alla dimissione e alla visita specialistica avvenisse con la stessa gradualità prevista, per il triennio 2011-2013, per l'utilizzo del ricettario rosso: almeno il 50% nel 2011, almeno l'80% nel 2012, almeno il 90% nel 2013.

L'ASP ha recepito l'obiettivo regionale, sin dal 2010, nell'ambito del processo di negoziazione del budget operativo conseguendo, in questo triennio, significativi risultati in ordine all'ottimizzazione della procedura di prescrizione e dispensazione del 1° ciclo di terapia alla dimissione dal ricovero ospedaliero e alla visita specialistica come si rileva dal prospetto che segue elaborato per il biennio 2012-2013.

Gli specialisti aziendali per le relative prescrizioni, devono utilizzare il ricettario SSN, devono far riferimento ai principi attivi/specialità contenuti nei rispettivi prontuari aziendali, devono tener conto di quanto stabilito per la farmaceutica territoriale, dal momento che la loro prescrizione stabilisce/suggerisce la terapia per la cura del paziente a livello territoriale.

**Prospetto comparativo 2013 vs 2012 - 1° semestre**

FARM. OSPED	GENNAIO			FEBBRAIO			MARZO			APRILE			MAGGIO			GIUGNO			TOTALE		
	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %
CHIAROMONTE	60	118	96,67	65	135	107,69	119	160	34,45	121	143	18,18	138	172	24,64	129	153	18,60	632	881	39,40
LAGONEGRO	228	212	-7,02	167	244	46,11	204	272	33,33	182	224	23,08	205	264	28,78	239	211	-14,72	1.225	1427	16,49
LAURIA	97	128	31,96	114	144	26,32	130	154	18,46	94	172	82,98	121	161	33,06	115	128	11,30	671	887	32,19
MARATEA	60	0	-100,00	35	0	-100,00	56	0	-100,00	61	0	-100,0	36	0	-100,0	23	0	-100,0	271	0	-100,00
MELFI	56	127	126,79	71	133	87,32	125	132	5,60	113	129	14,16	150	149	-0,67	154	131	-14,94	674	801	10,04
VEN	131	164	25,19	124	139	12,10	161	107	-33,54	119	131	10,08	121	143	18,18	135	134	-0,74	791	818	3,41
VILLA D'AGRI	310	419	35,16	287	469	63,41	384	485	26,30	366	481	31,42	381	504	32,28	454	446	-1,76	2.182	2804	20,51
TOT	942	1.168	23,99	863	1.264	46,47	1.179	1.310	11,11	1.056	1.280	21,21	1.152	1.393	20,92	1.249	1203	-3,68	6.446	7.618	10,18

Prospetto comparativo 2013 vs 2012 - 2° semestre e riepilogo annuale

FARMACIE OSPED.	LUGLIO			AGOSTO			SETTEMBRE			OTTOBRE			NOVEMBRE			DICEMBRE			TOTALE		
	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %
CHIAROMONTE	106	152	43,40	33	92	178,79	109	155	42,20	130	161	23,85	110	165	50,00	46	108	134,78	1.166	1.714	47,00
LAGONEGRO	199	193	-3,02	218	176	-19,27	215	256	19,07	302	313	3,64	234	294	25,64	210	240	14,29	2.603	2.899	11,37
LAURIA	102	160	56,86	71	145	104,23	164	142	-13,41	136	118	-13,24	136	136	-	128	146	14,06	1.408	1.746	24,01
MARATEA	50	0	-100,00	24	-	-100,00	40	-	-100,00	11	-	-100,0	10	-	-100,0	-	-	-	406	-	-100,00
MELFI	150	150	-	119	138	15,97	231	161	-30,30	196	243	23,98	94	262	178,7	72	319	343,06	1.527	2.074	35,82
VENOSA	157	145	-7,64	105	82	-21,90	135	116	-14,07	130	143	10,00	153	124	-18,95	118	85	-27,97	1.589	1.534	-3,46
VILLA D'AGRI	446	476	6,73	397	353	-11,08	419	399	-4,77	407	475	16,71	453	414	-8,61	403	510	26,55	4.701	5.431	15,53
TOTALE	1210	1.276	5,45	967	986	1,96	1.313	1.229	-6,40	1.312	1.453	10,75	1.190	1.395	17,23	977	1.408	44,11	13.400	15.398	14,91

Anche se il numero delle ricette relativo al periodo 01.01.2013-31.12.2013 è aumentato del 14,91% rispetto al numero delle ricette dello stesso periodo del 2012, dalla descrizione di tali dati non si può evincere se il 100% dei pazienti dimessi dall'ospedale è in possesso della ricetta di prescrizione di farmaci alla dimissione, perché per poter calcolare la percentuale dei pazienti con prescrizione e distribuzione di farmaci alla dimissione bisognerebbe incrociare l'archivio del file F prodotto da ogni servizio di farmacia ospedaliero con la banca dati SDO di ciascun ospedale di appartenenza; **dal 01.10.2013 è stata effettuata l'informatizzazione delle due procedure ed i servizi di farmacia ospedalieri provvedono all'evasione delle pratiche con ricetta presenti nella banca dati SDO.**



## Il sistema dei controlli interni sulla farmaceutica ospedaliera

In riferimento alla DDG n. 64 del 24.01.2012 (semplificazione amministrativa e controlli interni: misure operative), la scrivente ha provveduto alla ricognizione delle attività amministrative, gestionali e tecniche della U.O.C. Farmacia Ospedaliera ed ha provveduto ad attuare misure operative di uniformità, trasparenza, semplificazione amministrativa e di controllo interno aziendale, emanando relative direttive:

- creazione e gestione di un Magazzino Farmaceutico Unico ASP, costituito da Farmaci e Presidi Multistruttura;
- estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia, dei report dei dati di spesa secondo la rilevazione della stessa dal modello CE (L. 222/07);
- estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia, del report delle valorizzazioni dettagliate delle rimanenze e del report dei dati riepilogativi delle stesse secondo le voci di Bilancio di cui al Piano dei Conti Aziendale;
- estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni unità operativa e per ogni servizio ospedaliero, del report delle valorizzazioni dettagliate delle rimanenze e del report dei dati riepilogativi delle stesse secondo le voci di Bilancio di cui al Piano dei Conti Aziendale;
- estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia, dello scadenziario con conseguente trasmissione della relativa stampa a tutti i reparti e servizi ospedalieri, al fine di garantire la rotazione delle scorte e la minimizzazione dei farmaci scaduti;
- rilevazione informatica, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia, della valorizzazione dei farmaci scaduti;
- alimentazione, in maniera uniforme, del Sistema Informativo Aziendale per una corretta contabilità analitica;
- produzione, in maniera uniforme, del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto, del flusso informativo dei consumi ospedalieri e del flusso informativo dei dispositivi medici, per la successiva trasmissione telematica dei predetti flussi al Ministero della Salute, tramite il Sistema Informativo Regionale;
- effettuazione, per ogni servizio di farmacia, del collegamento informatico reparto-farmacia;
- sono state uniformate le procedure amministrative, comprese quelle di liquidazione delle fatture, proprie dei servizi di farmacia ospedaliera aziendali;
- è stato uniformato il processo di gestione dei beni sanitari (protesi e dispositivi medici) in conto deposito;
- è stato uniformato l'erogazione del Servizio Farmaceutico Ospedaliero, predisponendo ed attuando un piano di riorganizzazione della stessa U.O.C. Farmacia Ospedaliera;
- individuazione, per le attività di ogni servizio di farmacia, di un farmacista responsabile.

## 6. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

### 6.1 RISORSE UMANE E PROFESSIONALI

Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2013, è pari a **2.797** unità distinte come segue:

Sintesi dei principali indicatori quali-quantitativi sul personale	
N. Totale Personale	2.797
N. Totale Personale Dirigenza	632
N. Totale Personale Comparto	2.165
N. Totale Personale Dirigenza Donne	223
N. Totale Personale Dirigenza Uomini	409
N. Totale Personale Comparto Donne	1.344
N. Totale Personale Comparto Uomini	821

Nelle tabelle che seguono, si riportano gli indicatori sull'analisi dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo ed analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni del personale in servizio al 31 dicembre 2013.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
% di dipendenti in possesso di laurea	25%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%

Analisi Benessere organizzativo	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
Stipendio medio lordo annuale percepito dai dipendenti	18.470

Analisi di genere	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
% di dirigenti donne	35%
% di donne rispetto al totale del personale	56%
% donne laureate rispetto al totale personale femminile	17%

## 6.2 EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ DELLA GESTIONE

Il risultato di esercizio derivante dalla redazione in sede consuntiva del conto economico evidenzia un risultato positivo (utile di esercizio 2013: 279.000 euro) rispetto a quello desumibile dalla programmazione in sede di formazione del bilancio economico preventivo (pareggio di bilancio) e, in particolare rispetto al consuntivo 2011 (-3.712.000,00 euro) Il risultato positivo è il frutto di azioni sinergiche poste in essere dalla Direzione Aziendale dirette alla razionalizzazione e riduzione dei costi.

Voci CE		consuntivo 2011	consuntivo 2012	preventivo 2013	consuntivo 2013
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	657.256	661.414	655.081	668.400
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	659.320	646.437	667.162	653.993
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	29	-21	-76	-131
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-5.659	-7.511	0	-1.606
YZ9999	Totale imposte e tasse	11.789	11.157	12.027	11.153
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-19.483	-3.712	0	<b>279</b>

Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2013 è pari a 668.400.000 di euro, in aumento di euro +6.986.000,00 (+1,06%) rispetto al consuntivo dell'anno precedente (2012), di euro +13.319.000,00 (+2,03 %) rispetto al preventivo 2013 e di euro +11.144.000,00 (+1,70%) rispetto al consuntivo 2011 (due anni precedenti).

L'incremento si registra prevalentemente nei contributi vincolati di esercizi precedenti, nei ricavi derivanti da prestazioni sanitarie e dai contributi in conto esercizio. I costi della produzione nell'anno 2013 ammontano ad 653.993 milioni di euro e risultano in aumento (+1,17%) rispetto al consuntivo dell'anno precedente ma in diminuzione (-0,81%) rispetto al consuntivo di due anni precedenti (2011), restando perciò leggermente al di sotto dell'obiettivo regionale di riduzione dei costi di produzione dell'1% sul consuntivo 2011.

Lo scostamento dei risultati indicati nel bilancio di esercizio 2013, rispetto al consuntivo dell'anno precedente trova giustificazione in un insieme di fattori che hanno caratterizzato l'esercizio. Tale risultato è dovuto prevalentemente all'attuazione di misure di contenimento dei costi regionali ed aziendali che di seguito si riassumono:

### Misure regionali:

- ☞ DGR n. 1049 del 23/06/2010 ad oggetto: Misure di razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale -;
- ☞ DGR n. 1050 del 23/06/2010 ad oggetto: Misure di razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in convenzione con il SSR -;
- ☞ DGR n. 1051 del 23/06/2010 ad oggetto: Assistenza Farmaceutica – direttiva vincolante -;
- ☞ DGR n. 1052 del 23/06/2010 e n. 1356/2010 ad oggetto: Prestazioni di assistenza protesica – assistenza sanitaria integrativa regionale – direttiva vincolante – e integrazioni;
- ☞ DGR n. 2022 del 30/11/2010 di obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria - anni 2010-2011 - che stabilisce una serie di misure-obiettivi che hanno prodotto, anch'essi, il contenimento dei costi.



### **Misure aziendali di riduzione dei costi :**

- ☞ prestazioni di assistenza protesica - protesi e ausili per incontinenti;
- ☞ appropriatezza nelle prescrizioni farmaceutiche.
- ☞ formazione e aggiornamento del personale.
- ☞ mobilità infraregionale ospedaliera, specialistica e file F.
- ☞ inappropriata delle prestazioni ospedaliere pubbliche e private.
- ☞ accorpamento di alcuni punti di guardia medica
- ☞ maggiore appropriatezza in materia di prestazioni riabilitative,
- ☞ tariffe prestazioni specialistiche ed ambulatoriali,
- ☞ personale dipendente: prestazioni aggiuntive e compensi partecipazione a commissioni e gare,
- ☞ integrazione emergenza urgenza e continuità assistenziale,
- ☞ acquisti di beni e servizi (gare in unione di acquisto, adesione a Consip, utilizzo del mercato elettronico),
- ☞ prescrizioni mediche.

## **7. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE**

La Legge 183/2010 stabilisce che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il **“Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”**.

Esso sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Con determinazione n. 10/561 del 23/3/2011 è stato istituito il **Comitato Unico di Garanzia** dell'ASP in base alla normativa vigente. Il Comitato, presieduto dalla Dott.ssa Rosa Colasurdo integrato successivamente con Determinazione Dirigenziale n. 10/173 del 21/9/2011 con i rappresentanti delle OO.SS.

**Attività del Comitato:** Nel corso del 2013 il **Comitato unico di Garanzia** ha incentrato ancor più la propria attività sul tema delicato e decisivo della discriminazione di genere sia individuale che collettivo, costretto in qualche modo dai casi che la cronaca ha portato alla ribalta.

La discriminazione di genere spesso è solo il primo atto di una serie di violenze che le donne subiscono e che sfociano a volte in fatti di sangue, come insegna la vicenda - la citiamo perché la più orrenda - di Fabiana Luzzi, la ragazzina di Corigliano Calabro barbaramente bruciata viva dal fidanzato-killer.

Del resto i casi di “femminicidio” sono stati tanti nell'anno appena trascorso e con tale frequenza che il Legislatore si sta interrogando sulla possibilità di configurare un reato specifico, quello appunto di femminicidio, per evidenziare una emergenza sociale che si carica di una odiosità particolare anche perché - è sempre la cronaca ad evidenziarlo - quasi sempre ad infliggere violenza e morte alle donne sono gli uomini più vicini, mariti e compagni scelti per una vita comune.

Anche la convenzione di Istanbul, di recente approvata dal Parlamento italiano, evidenzia la gravità della questione chiamando di fatto gli Stati ad una presa di coscienza che la violenza sulle donne non può essere più considerata - gli ultimi casi di donne violentate e bruciate in India insegnano - un fatto privato ma una vera e propria questione sociale che ha a che vedere con lo sviluppo complessivo delle società.



Ed anche sul piano regionale forse è giunto il momento di interrogarsi se non ci sia un collegamento molto stretto tra il processo di valorizzazione delle donne – che segna mestamente il passo in Basilicata – e uno sviluppo economico sempre sistematicamente indietro sui tempi.

Di questo clima generale non può non risentire la stessa attività del CUG. E tuttavia il comitato ha espletato la sua attività al meglio delle sue possibilità.

Nella riunione del 14 febbraio del 2013 il CUG ha invitato la Consigliera regionale di parità, la dott.ssa Anna Maria Fanelli, per discutere della “**carta per le pari opportunità e l’uguaglianza sul lavoro**”; un documento predisposto dal suo ufficio e destinato a tutte le aziende, alle associazioni datoriali e alle organizzazioni sindacali.

L’obiettivo del confronto era un esame comune in funzione anche di proporla per una significativa adesione ai suoi principi alla Direzione della ASP.

I valori espressi nella “Carta” infatti sono ispirati a principi di parità di trattamento nei processi che regolano tutte le fasi della vita professionale: perché le decisioni relative alla valorizzazione sul posto di lavoro all’assunzione, la formazione, la carriera vengano prese unicamente in base alle competenze, all’esperienza e al potenziale professionale delle persone.

La sottoscrizione della “Carta” comporta l’adozione di uno strumento per facilitare la gestione concreta delle politiche in materia coinvolgendo tutti i livelli aziendali, per combattere ogni forma di discriminazione anche implicita di genere, età, disabilità, fede religiosa, oltre che di orientamento sessuale.

La “Carta” suggerisce la valorizzazione delle differenze in chiave non solo etica ma anche lavorativa e produttiva e costituisce sul piano culturale l’orizzonte regolativo per le scelte aziendali.

La presidente del CUG, data l’importanza del tema affrontato, prima di proporre alla direzione aziendale l’adozione della “Carta” ha provveduto, con nota prot n.29809 del 22.2.1013, a trasmetterne copia, via mail, anche ai componenti del CUG assenti alla riunione del 14 febbraio.

Il 25 marzo c.a. il CUG si è nuovamente riunito ed ha disposto all’unanimità di proporre alla Direzione Strategica l’approvazione della “Carta” in questione.

L’Azienda con deliberazione n 209 del 7/4/2013 ha proceduto alla adozione della “Carta per le pari opportunità e l’uguaglianza sul lavoro”, dando piena adesione ai principi in essa contenuti.

Tale adesione consentirà un confronto più agevole tra l’Azienda e il CUG su proposte concrete che si andranno ad elaborare, specie per venire incontro alle esigenze delle donne che lavorano di solito operano anche di carichi familiari.

La questione delle pari opportunità tra uomo e donna è tra le più urgenti nel Mezzogiorno e non investe solo il mondo dei diritti e quella dell’etica ma ha ricadute concrete anche sul piano economico come ormai rilevano tutti i più autorevoli studi in materia.

L’Italia registra un tasso di occupazione femminile del 50%, contro una media europea del 62%. Al Sud la percentuale precipita al 40%, ben 22 punti in meno rispetto alla media europea come rileva per il 2012 la SVIMEZ, il più autorevole istituto di studi sui problemi del Mezzogiorno.



Quindi la prima battaglia va fatta nel mondo della società e della politica ( che alle ultime elezioni è stata particolarmente sorda al problema ); ma la questione riguarda anche il mondo delle associazioni e il mondo economico, perché immettere nuove forze , specie femminili, nel mondo produttivo, comporta anche ribaltare situazioni di immobilismo sociale ispirate a tradizioni di altri tempi

Quanto avviene nella società si proietta ovviamente anche nelle aziende basti considerare il numero di donne che lavorano, e le posizioni gerarchiche che occupano. Ma soprattutto tocca la quotidianità lavorativa, fatta spesso di tante discriminazioni delle quali non c'è a volte nemmeno la dovuta consapevolezza, tanto è il divario che si respira nell'aria e che deriva dalle condizioni di partenza della società lucana.

Per questo assume rilevanza la "Carta" in questione ed assume valore particolare ed indicativo il fatto che la ASP di Potenza, una delle più grandi aziende della regione, l'abbia assunta e fatta propria da subito, appena proposta dal CUG e dalla Consigliera di Parità.

E' una indicazione di valore strategico ed indica una strada da percorrere che riguarda l'Azienda nel suo complesso, non solo i vertici.

Il lavoro da svolgere non è tanto quello di indicare una serie di punti quasi un elenco della spesa quanto di favorire un clima condiviso a tutti i livelli di pari opportunità tra uomo e donna, di uguaglianza su lavoro, di valorizzazione delle differenze di genere che costituiscono una ricchezza per ciascuno e per tutti e si traducono in benessere generale per ogni ambiente lavorativo.

Nella ASP il primo passaggio – ed è quello che si sta facendo – è favorire una presa di coscienza della questione da parte di tutti i dipendenti attraverso corsi di formazione, convegni, dibattiti che portino alla consapevolezza che anche innovazioni come la flessibilità dell'orario, la conciliazione dei tempi famiglia/lavoro non sono concessioni – non andremo da nessuna parte col paternalismo – ma bisogni delle donne ed anche necessità aziendali sul piano economico perché comporta una valorizzazione di risorse altrimenti frenate da altre urgenze di cui si deve far carico tutta la società e non le donne soltanto.

L'obiettivo è quello di incoraggiare l'Azienda a definire politiche specifiche come richiede la " Carta", anche attraverso iniziative mirate, che sostengano la valorizzazione del principio delle pari opportunità, rafforzare la scelta aziendale a favore della " Carta" con un richiamo esplicito alla lotta contro tutte le forme di discriminazione sui posti di lavoro.

Il CUG da parte sua provvederà a monitorare l'andamento delle politiche su questo versante recependo all'occasione anche i suggerimenti che potranno derivare dai colleghi a tutti i livelli per rendere effettivi e praticabili i principi espressi dalla Carta e recepiti dall'Azienda.

Il CUG nelle riunioni del 25 marzo e del 17 aprile ha preso in esame, a seguito di esplicita segnalazione, anche un presunto caso di mobbing. Ha esaminato la documentazione relativa, ha ascoltato le parti, ha acquisito i pareri e le ricostruzioni di quanto denunciato provvedendo ad ascoltare alcuni dipendenti in servizio presso la stessa unità operativa della dipendente che ha segnalato il presunto caso di mobbing.

Per favorire la ricomposizione del contrasto che si ripercuote , come sempre accade, anche sul benessere di tutto l'ambiente lavorativo ha ascoltato nuovamente le parti e alla fine con nota prot n.66934 del 7 maggio del 2013 il CUG ha comunicato alla Direzione Strategica di non ravvivare gli estremi per configurare un caso di mobbing ed ha proposto in aggiunta alla Direzione di favorire il dialogo tra le parti ed addivenire al chiarimento di quello che al Comitato è parso un semplice equivoco nel modo di rapportarsi tra colleghi.



Il CUG sempre sul tema delicato e decisivo della discriminazione di genere si è riunito il 3 giugno a Melfi e il 9 settembre a Lagonegro per partecipare al convegno di formazione ed aggiornamento promosso dall'ufficio della Consigliera Regionale di parità su "Discriminazioni di genere individuali e collettive, violenze e molestie sessuali: azioni in giudizio".

La presidente del CUG nel corso di detti convegni ha relazionato in nome e per conto dell'Azienda sulle tematiche affrontate rappresentando lo sforzo aziendale per praticare politiche di parità dopo aver assunto e fatta propria la "Carta" proposta dalla stessa Consigliera di parità.

Il 29 novembre il CUG si è nuovamente riunito per effettuare un bilancio delle attività svolte. Per l'occasione ha anche discusso e approvato una proposta operativa a favore delle giovani madri che rientrano dopo il congedo per maternità che con la presente, si trasmette a codesta Direzione Strategica.

Considerata la impossibilità di proporre l'istituzione di un nido aziendale, per le modeste risorse economiche disponibili, il CUG propone per le giovani madri che lavorano in una sede lontana dal luogo di domicilio la possibilità, in via sperimentale, di prestare servizio almeno fino al compimento del primo anno di età del bambino, nella sede più vicina al luogo di domicilio per alleggerire lo stress legato al doppio ruolo di madre e di lavoratrice.

Il 2 Marzo 2012 è stato sottoscritto il "**Protocollo d'intesa per la realizzazione delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**" tra il presidente del CUG/ASP la Consigliera di Parità (Dott.ssa Anna Maria Fanelli) e la Consigliera Provinciale di Parità, Dott.ssa Liliana Guarino.

L'Azienda Sanitaria di Potenza nel 2013:

- ha adottato il **Codice Etico** secondo il testo allegato alla deliberazione del Direttore Generale ASP n. 137 del 6 Marzo 2013, quale parte integrante e sostanziale, corredato dei relativi allegati. Con successivo atto deliberativo - è scritto nella deliberazione dell'ASP - verrà istituito il **Comitato per il Codice Etico** e la nomina dei suoi componenti. E' previsto inoltre nell'anno 2013 lo sviluppo di un percorso formativo volto alla definizione dal basso di una Carta Etica Aziendale che sia predisposta dagli stessi operatori impegnati nei servizi
- ha adottato la **Carta per le pari opportunità e l'uguaglianza sul lavoro** (Deliberazione n. 209 del 7/4/2013). Intende contribuire alla lotta contro tutte le forme di discriminazione sul luogo di lavoro - genere, età, disabilità, etnia, fede religiosa, orientamento sessuale - impegnandosi al contempo a valorizzare le diversità all'interno dell'organizzazione, con particolare riguardo alle pari opportunità tra uomo e donna.

Nell'**allegato 10** sono riportate le indicazioni per la redazione di un bilancio di genere nell'ASP.

## 8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

### 8.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ

La **Relazione sulla Performance**, rappresenta la fase conclusiva del **Ciclo di Gestione della Performance** le cui fasi operative, la tempistica, i soggetti coinvolti e le modalità di elaborazione sono riportate nel **Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo** approvato dall'ASP con Delibera n. 775 del 27/12/2013.



Il **Ciclo di Gestione della Performance** si apre con l'approvazione, entro il 31 gennaio, del Piano Aziendale delle Performance.

Tra le procedure sistematizzate nel Manuale si ritrovano anche quelle relative all'elaborazione del Piano Triennale della Performance, all'adozione del budget generale e operativo, alla definizione del sistema di controllo e monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Pertanto, soltanto una volta adottato il **Sistema di Valutazione della Performance** in corso di validazione, il percorso di integrazione del Ciclo di P&C con il Ciclo di gestione della Performance potrà considerarsi pienamente realizzato.

La verifica finale sul grado di attuazione del **Piano della Performance** trova la sua sintesi nella **Relazione sulla Performance** prevista dall'art.10 del, co.1 lett. b, del D. Lgs. n. 150/09 che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

La Relazione sulla Performance viene redatta dalla **UOC Budget e Controllo di Gestione** annualmente **entro il 30 giugno** secondo la tempistica indicata di seguito:

N	FASI	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
1	Misurazione dei risultati conseguiti nell'anno precedente												
2	Approvazione della Relazione sulla Performance												

Alla stesura della Relazione sulla Performance 2013 hanno collaborato: Dr.ssa Alessandra D'Anzileri , Dr.ssa Maria Martino (UOC Controllo di Gestione), Dr. Nicola Mazzeo (UOC S.I.A.), Dr. Raffaele A. Dalia (UOS S.I.A. ambito Terr. Lagonegro).

La Delibera n. 5 del 2012 della Civit fornisce: le linee guida relative alla redazione e adozione della Relazione sulla performance e le indicazioni operative relative alla struttura attraverso la quale sono sviluppati i contenuti e i differenti paragrafi della Relazione.

## 8.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'adozione del Piano della Performance rappresenta il punto di partenza del **Ciclo di gestione delle Performance dell'ASP**. Tale Piano è dinamico e, difatti, verrà aggiornato periodicamente anche, in corso d'anno, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance.

Attraverso tale aggiornamento sarà possibile individuare eventuali nuovi obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria aziendali o adeguare gli obiettivi e i target già assegnati sulla base delle evidenze emerse in corso di monitoraggio infra annuale.



Inoltre, affinché la procedura del **Ciclo di Gestione della Performance** possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si illustrano le azioni già intraprese e si individuano le azioni/attività da porre in essere:

- ❖ è stata costituito l'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** per garantire la correttezza e il regolare funzionamento del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ❖ è stato adottato il **Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operative;**
- ❖ è in corso di validazione il nuovo regolamento che disciplina il "**Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance**" organizzativa e individuale, quale strumento unitario atto a favorire il miglioramento continuo del contributo che ciascuno apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda;
- ❖ è in corso di consolidamento il **Sistema di Contabilità analitica per Centri di Costo;**
- ❖ è in corso di implementazione il **sistema di controllo direzionale** che consentirà il monitoraggio periodico dei principali indicatori di attività (cruscotto direzionale).

Il Ciclo di gestione della Performance necessita di essere pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

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

**L'Azienda Sanitaria di Potenza**, in applicazione della L. n.190/2012 sulla prevenzione della corruzione e del D. Lgs. n.33/2013 di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione:

- ❖ con delibera n.219 del 15.04.2013 ha nominato il responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- ❖ con delibera n.222 del 16.04.2013 ha nominato il responsabile della Trasparenza;
- ❖ con delibera n.314 del 27.05.2013 ha approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2015;
- ❖ con delibera n.377 del 14.06.2013 ha recepito il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (ex DPR n.62/2013);
- ❖ con delibera n.469 del 25.07.2013 ha approvato il Programma Triennale per la Trasparenza triennio 2013-2015.

Per rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e, quindi, garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, il **Piano della Performance** deve far riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione dei **Piani triennali di prevenzione della corruzione (P.T.P.C.)** e dei **Programmi triennali della trasparenza**.

Invero, l'ASP già in sede di elaborazione del **Piano della Performance 2013-2015**, approvato con Delibera n.566 del 20.9.2013 e di negoziazione con la dirigenza aziendale del budget operativo per l'anno 2013 (Delibere n.334 e n.335 del 06.06.2013) aveva previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance sia organizzativa che individuale.

**Il Direttore della Tecnostruttura di Staff**  
**UOC Budget e Controllo di Gestione**  
**(F.to Dott. Giovanni Berardino Chiarelli)**

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**F.to Dott. Mario Marra**