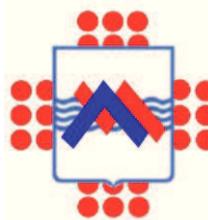


**FONDAZIONE
ECONOMIA
TOR VERGATA**



**Economia Istituzioni
Sviluppo Tecnologico**



**azienda sanitaria locale
materata**

BILANCIO SOCIALE IN FORMA DI BILANCIO DI MISSIONE

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
2012 - 2013**

Azienda Sanitaria Locale di Matera

Direzione strategica aziendale

Rocco Maglietta, Direttore Generale

Pietro Quinto, Direttore Amministrativo

Andrea Sacco, Direttore Sanitario

Fondazione CEIS

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Coordinamento scientifico

Antonella D'Adamo, Marco Meneguzzo

Gruppo di lavoro Fondazione CEIS

Antonella D'Adamo

Dottore di Ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche e Professore a contratto di Organizzazione aziendale, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Francesca D'Ambrosio

Dottoranda di Ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Andrea D'Attis

Ingegnere Clinico

Marco Meneguzzo

Professore ordinario di Economia delle Amministrazioni Pubbliche, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Ringraziamenti

Si ringraziano il dr. **Pietro Centolanza**, Dirigente in Staff alla Direzione, componente del tavolo di coordinamento delle attività inerenti la Qualità e l'Accreditamento aziendale, con funzione di Coordinamento del gruppo; il Dott. **Gaetano Annese**, Direttore Area delle Direzioni sanitarie ospedaliere; il dr. **Gianni Bochicchio** Dirigente Medico in Staff alla Direzione Strategica della ASM; il dr. **Vito Cilla** Direttore del Distretto di Matera e Coordinatore della attività distrettuali; la d.ssa **Maria Giuliana Di Grottole** Dirigente del Centro di Controllo Strategico, il dr. **Vito D'Alessandro** P.O. del Centro di Controllo Strategico; la d.ssa **Teresa Cetani** Collaboratore Amministrativo esperto del Centro di Controllo Strategico; il dr. **Giovanni Rondinone** Collaboratore Amministrativo esperto del Centro di Controllo Strategico

per il supporto e per la preziosa collaborazione.

Indice

Prefazione

1- Identità

- 1.1 Contesto Regionale
- 1.2 Contesto Aziendale
- 1.3 Missione, visione, principi
- 1.4 Popolazione
 - 1.4.1 Lo stato di salute della popolazione

2 - Assetto organizzativo e strutturazione dell'offerta

- 2.1 L'assetto organizzativo
 - 2.1.1 Il modello organizzativo dipartimentale
- 2.2 Strutturazione dell'offerta
 - 2.2.1 Assistenza ospedaliera
 - 2.2.2 Assistenza territoriale
 - 2.2.3 Prevenzione
- 2.3 La gestione delle risorse umane

3 - Rendiconto Economico

- 3.1 Il bilancio di esercizio
- 3.2 Analisi dei dati del bilancio di esercizio
 - Ricavi*
 - Costi*
 - Mobilità attiva e passiva*
- 3.3 Gli investimenti aziendali
- 3.4 I rapporti con i fornitori
- 3.5 L'analisi economica per livelli di assistenza
- 3.6 Gli indici di bilancio e obiettivi
 - Spesa Farmaceutica*
- 3.7 Proposte per la copertura del debito

4 - Andamento della produzione

- 4.1 Assistenza ospedaliera
- 4.2 Assistenza territoriale
- 4.3 Prevenzione

4.4 Analisi dei dati economici

Assistenza Ospedaliera

Assistenza Territoriale

5 - Azioni e Progetti

5.1 Centralità della persona

5.2 Integrazione

5.3 Apertura, Trasparenza e Collaborazione

5.4 Informazione, Comunicazione e Partecipazione

5.5 Qualità, Formazione e Ricerca

5.6 Innovazione

5.7 Valutazione

6 - Prospettive

Prefazione

Il tema della rendicontazione sociale per l'Azienda sanitaria locale di Matera si colloca nel contesto più generale di una crescente attenzione ai meccanismi di *accountability* che la Direzione strategica aziendale ha provato a rafforzare nello svolgimento del proprio mandato.

La finalità dello strumento bilancio sociale, in forma di bilancio di missione 2012-2013, è quella di illustrare le attività svolte dall'Azienda per consentire una immediata misurazione e valutazione da parte degli stakeholder esterni e interni (principalmente istituzioni, cittadini, associazioni, professionisti). In particolare, i diversi portatori di interesse esterni sono chiamati a valutare i risultati raggiunti, evidenziando criticità e/o proposte di cambiamento; i soggetti interni, sono invitati a acquisire una maggiore consapevolezza dei servizi offerti e del proprio ruolo sul territorio. Ciò con il fine ultimo di avviare un processo di miglioramento continuo e di sensibilizzazione verso la cultura della responsabilità sociale.

Nel corso del biennio 2012-2013, l'Azienda ha puntato, prioritariamente, a consolidare il processo di riorganizzazione della propria rete di servizi, secondo una visione che pone il paziente ed i suoi bisogni al centro del sistema, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 della L.R. n. 17 del 4 agosto 2011 ed in conformità agli indirizzi programmatici definiti dal Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012 - 2015, approvato dal Consiglio Regionale con Delibera n. 317 del 24/07/2012.

La Direzione strategica aziendale intende "accompagnare" nel tempo il processo di *accountability* e di trasparenza dell'azione amministrativa attraverso alcune azioni di supporto coordinate a livello aziendale:

- definizione di un percorso guidato di sperimentazione del bilancio sociale attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro "pilota";
- attività di formazione interna diffusa;
- individuazione di *stakeholder* "privilegiati" di riferimento per aree strategiche di azione;
- piano di comunicazione interno ed esterno;
- definizione del collegamento del bilancio sociale con gli strumenti di programmazione, valutazione e rendicontazione economico-finanziaria a livello regionale e aziendale;
- collegamento del bilancio sociale con gli strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini;
- inserimento del bilancio sociale nel piano per la trasparenza e nel sistema di *accountability* regionale e aziendale.

Il percorso è in essere. È necessaria l'azione congiunta per misurarlo, valutarlo e migliorarlo.

Grazie anticipatamente a tutti gli operatori, i professionisti e gli *stakeholder* che si cimenteranno in questa azione di cambiamento e di miglioramento continuo.

La Direzione strategica aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera

Rocco Maglietta, Pietro Quinto, Andrea Sacco



1. Identità

1.1 Contesto regionale

Il processo di riordino organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale della Regione Basilicata viene attuato con la legge regionale 01 luglio 2008, n. 12 che cerca di proporre un sistema sanitario regionale unitario e integrato ed una configurazione di strutture organizzative a rete.

Il Servizio Sanitario Regionale si compone di due Aziende sanitarie, l'Azienda sanitaria locale di Potenza (ASP) e Matera (ASM), con dimensioni corrispondenti ai rispettivi territori provinciali, dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri e dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

L'Azienda Sanitaria della provincia di Potenza succede all'Azienda Sanitaria USL n. 1 di Venosa, all'Azienda Sanitaria USL n. 2 di Potenza ed all'Azienda Sanitaria USL n. 3 di Lagonegro. L'Azienda Sanitaria di Matera succede all'Azienda Sanitaria USL n. 4 di Matera ed all'Azienda Sanitaria USL n. 5 di Montalbano Jonico. All'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" appartengono il Presidio Ospedaliero "S. Carlo" di Potenza e il Presidio Ospedaliero di Pescopagano.

1.2 Contesto aziendale

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera (in forma sintetica ASM, o anche "Azienda"), è stata istituita con L.R. n. 12 del 01/07/2008 e nasce dalla fusione delle due preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera (ASL n. 4 di Matera e ASL n. 5 di Montalbano Jonico). L'Azienda assume personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.L.vo 229/1999.

La sede legale è fissata a Matera in Via Montescaglioso, tel. 0835 2531 - Partita Iva e C.F. 01178540777.

1.3 Missione, visione, principi

La Missione

La *mission* aziendale è il mantenimento in buona salute della propria popolazione di riferimento e dell'insieme di coloro che comunque sono presenti sul territorio di competenza. A tal fine, si rende necessario conoscere lo stato di salute della popolazione e l'evoluzione dei bisogni nel tempo per assicurare dei livelli di assistenza essenziali ed uniformi, così come definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

La Visione

La *vision* strategica è improntata al miglioramento continuo della qualità dell'offerta di salute attraverso l'implementazione e lo sviluppo di un sistema integrato di persone, strutture, tecnologie e processi, atto a garantire:

- appropriatezza tecnico-professionale, organizzativa e gestionale;
- sicurezza per il paziente e per gli professionisti;
- efficienza nella gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie;
- equità di accesso ai servizi e alle prestazioni.

I Valori

L'efficacia, l'efficienza e l'equità del sistema dovranno trovare fondamento in un sistema di valori che faranno da collante tra ogni attività e la *mission/vision* aziendale:

- centralità della persona, il destinatario delle attività assistenziali è la persona; l'Azienda progetta le attività e eroga le prestazioni sulla base dei bisogni del singolo e della comunità, adottando il modello della presa in carico e dei percorsi clinico - assistenziali, nel rispetto dei principi universali a tutela della dignità della persona,
- integrazione, l'Azienda sviluppa le attività in un sistema integrato e coerente;
- apertura, trasparenza, collaborazione;
- qualità, formazione, ricerca;
- innovazione, l'Azienda favorisce la ricerca e la implementazione di soluzioni innovative, siano esse concettuali, organizzative, tecnologiche;
- valutazione.

1.4 Popolazione

Sul territorio dell'ASM, esteso per 3.446 kmq, insiste una popolazione che, alla data del 31/12/2011, ammonta a 200.050 unità, di cui 99.055 uomini e 101.995 donne, con una densità territoriale pari a 58,1. La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2012, è costituita da 44.265 persone esenti per reddito e da 43.950 soggetti esenti per patologia.

L'ambito territoriale comprende 31 Comuni: Accettura, Aliano, Bernalda, Calciano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Ferrandina, Garaguso, Gorgoglione, Grassano, Grottole, Irsina, Matera, Miglionico, Montalbano, Montescaglioso, Nova Siri, Oliveto Lucano, Pisticci, Policoro, Pomarico, Rotondella, Salandra,

San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tricarico, Tursi, Valsinni.

Un elemento caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è rappresentato da un indice molto basso della densità della popolazione (numero di abitanti per chilometro quadrato), che attestandosi su un valore inferiore a 60, a fronte di una media nazionale pari a circa 252, si colloca tra le province meno densamente popolate d'Italia. La bassa densità della popolazione condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento all'offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. La struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale. L'assetto del territorio condiziona le scelte e le strategie sanitarie, in particolare, il modello dell'offerta assistenziale da adottare che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento.

In tale modello, un ruolo importantissimo, proprio per le caratteristiche intrinseche alla struttura territoriale, è affidato alla rete dell'Emergenza – Urgenza, che, attraverso la diffusione capillare di postazioni di 118, deve essere in grado di assicurare a tutta la popolazione il primo soccorso e l'eventuale immediato trasferimento nelle strutture più idonee a fornire adeguate risposte assistenziali.

1.4.1 Lo stato di salute della popolazione

Per valutare lo stato di salute della popolazione della ASM di Matera si è fatto ricorso all'analisi di due fenomeni: la mortalità e la morbosità. E' necessario precisare che, mentre i dati della mortalità sono sufficientemente esaustivi, in quanto rilevati nella loro totalità sulla base delle notifiche certificate, quelli relativi alla morbosità sono meramente indicativi poiché si riferiscono solo ad una parte del fenomeno stesso, quella notificata.

Mortalità

Complessivamente dal 2010 al 2011 sul territorio di competenza della ASM di Matera vi è stato un incremento dei decessi in termini assoluti pari a circa il 6%.

Le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori che, da sole, costituiscono quasi il 70% del totale, seguono le malattie dell'apparato respiratorio, quelle dell'apparato digerente e via via tutte le altre.

Nello specifico, le prime tre cause di morte hanno fatto registrare un incremento rispetto all'anno precedente, rispettivamente, le malattie del sistema circolatorio evidenziano un aumento del 3%; i tumori del 9%; le malattie del sistema respiratorio del 7%. Le malattie dell'apparato digerente, invece, evidenziano una riduzione dell'11%.

Con riferimento alla distribuzione in base al sesso, l'incidenza dei decessi ha riguardato per il 48,7% le donne e per il 51,3% gli uomini.

Con riferimento alle singole patologie l'incidenza percentuale tra i due sessi cambia. Con riferimento alle malattie del sistema circolatorio vi è una maggiore incidenza dei decessi tra le donne (53%) rispetto agli uomini (47%), lo stesso dicasi per le malattie endocrine e metaboliche e gli stati morbosi mal definiti (donne 59%, uomini 41%).

Per tutte le altre patologie principali, invece, vi è una maggiore incidenza dei decessi negli uomini, in particolare, nei tumori (56% per gli uomini, 44% per le donne). Nelle malattie dell'apparato respiratorio si registra una incidenza del 64% per gli uomini, un 36% nelle donne; nelle malattie dell'apparato digerente la percentuale rilevata è del 54% per gli uomini, 46% nelle donne.

Le patologie oncologiche rappresentano una delle principali cause dei decessi (anno 2011: numero di decessi 443, di cui 249 uomini e 194 donne, rispettivamente, 53% e 47%). La neoplasia che ha comportato il maggior numero di decessi è quella relativa a trachea, bronchi e polmoni con 68 decessi complessivi (il 15% dei decessi per tumore). Tale patologia è stata prevalente nel sesso maschile (72%), con 49 morti. La patologia neoplastica mortale prevalente tra la popolazione femminile, nel 2011, è quella riguardante la mammella con 24 casi di decessi.

Morbosità

Per l'analisi, sono stati considerati i dati rilevati dalle esenzioni ticket per patologia rilasciate ai residenti ASM fino al 31/12/2011 per effetto del D.M.S. 329 del 28.05.1999. Sulla base dei dati analizzati, si rileva come l'ipertensione arteriosa, costituisca la patologia cronica più diffusa, colpendo quasi il 9% della popolazione. Particolare rilevanza assume la diffusione del diabete (oltre il 6% della popolazione), seguito rispettivamente dalle affezioni del sistema cardio circolatorio (oltre l'1%) e dalle neoplasie maligne (oltre l'1%).



2. Assetto organizzativo e strutturazione dell'offerta

2.1 L'assetto organizzativo

L'attuale organizzazione aziendale dell'ASM di Matera, così come specificatamente indicato nell'Atto Aziendale vigente, è preposta a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dell'efficacia, qualità, equità, appropriatezza e economicità dell'intera attività aziendale.

L'impianto organizzativo adottato dall'Azienda si fonda sulla netta distinzione tra funzioni direzionali relative al potere di indirizzo strategico, al governo ed al controllo e, funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni, con chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della direzione generale e strategica dell'Azienda e competenze e responsabilità della dirigenza dei vari livelli organizzativi e operativi dell'Azienda. L'organizzazione aziendale in ottemperanza alle disposizioni normative regionali, si uniforma a criteri di flessibilità, integrazione, aggregazione, responsabilità, razionalizzazione delle risorse, valutazione, monitoraggio e valorizzazione delle risorse umane, attivazione di sistemi di comunicazione e sviluppo. L'articolazione di base dell'Azienda è improntata su un assetto organizzativo che è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

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

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera si ispira ai seguenti principi:

- separazione della funzione di committenza (consiste nella definizione dei servizi necessari per rispondere adeguatamente ed in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione) da quella di produzione delle prestazioni (consiste nella produzione/erogazione dei servizi sanitari, effettuata direttamente dall'Azienda attraverso le proprie strutture o acquistata all'esterno da soggetti pubblici o privati);
- adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali.

MACROLIVELLI
Direzione Strategica
Tecnostruttura (supporto decisionale e produttivo)
Management sanitario (collegamento Direzione strategica - nucleo operativo)
Nucleo operativo
MACROSTRUTTURE
Distretto
Presidio Ospedaliero
Dipartimento di Prevenzione

2.1.1 Il modello organizzativo dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda, in conformità all'art.17 bis del D.lgs. 502/92 così come modificato ed integrato dal Decreto legislativo 229/99, e recepito dall'art. 29 della L.R. 39/2001.

Gli obiettivi che si intendono perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra Direzione Generale e Direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;
- la gestione del budget.

Il modello organizzativo adottato dalla ASM riconosce nello Staff uno strumento di integrazione aziendale, che esprime scelte di indirizzo strategico per l'intera organizzazione, su mandato diretto della Direzione Generale ed è vincolato alla realizzazione di obiettivi strategici.

Nel modello organizzativo aziendale sono state individuate le seguenti funzioni di staff:

- Controllo Strategico e di Gestione
- Programmazione e Sviluppo Organizzativo
- Comunicazione
- Gestione del Rischio Clinico e Medicina Legale
- Qualità, Formazione e Ricerca

- Health Technology Assessment
- Coordinamento del Servizio Aziendale delle Professioni

Inoltre, afferiscono direttamente al Direttore Generale, le funzioni del:

- Servizio di Protezione e Prevenzione Aziendale
- Medico Competente
- Esperto Qualificato, Esperto in Fisica Medica e/o Fisico Sanitario
- Sistema Informativo Aziendale per garantire i flussi informativi di supporto al Sistema Informativo Regionale.

Tabella 2.1 : Dipartimenti Ospedalieri

Dipartimento	Unità Operativa
Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico	Chirurgia Generale
	Chirurgia Vascolare
	Chirurgia Plastica e ricostruttiva
	Ortopedia
	Oculistica
	Otorinolaringoiatra
	Urologia
	Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
Dipartimento Multidisciplinare Medico	Medicina Interna
	Ematologia
	Geriatrica
	Pneumologia e Unità Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria
	Malattie Infettive
	Neurologia
	Diabetologia
	Endocrinologia
Dipartimento dei Servizi	Radiologia
	Patologia Clinica
	Servizio Immunotrasfusionale
	Anatomia Patologica
Dipartimento Donna, Maternità e Infanzia	Ostetricia e Ginecologia
	Pediatria e neonatologia
	Senologia
Dipartimento dell’Emergenza-Urgenza	Pronto Soccorso
	Struttura Operativa Aziendale del dipartimento Interaziendale Regionale per l’emergenza Sanitaria (118 ASM)
	Anestesia e rianimazione
	Cardiologia e Unità terapia intensiva Cardiologica
	Centro Regionale per trapianti d’organo
Dipartimento Farmaceutico	Servizi Farmaceutici ospedalieri

Area Ospedaliera	Direzioni	UU.OO. Direzione Sanitaria P.O. Matera e Direzione Sanitaria P.O. Policoro
-------------------------	------------------	--

Tabella 2.2 : Dipartimenti Territoriali Misti

Dipartimento	Unità Operativa
Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana (territoriale)	Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica
	Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
	Servizio di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro
	Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei luoghi di lavoro
Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale (Territoriale)	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)
Dipartimento dei Servizi per la tutela della Salute Mentale (Misto)	Salute mentale adulti <ul style="list-style-type: none"> • Centro Salute Mentale • Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura • Strutture Riabilitative
	Neuropsichiatria dell'età evolutiva <ul style="list-style-type: none"> • Ospedaliera Territoriale
	Dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> • Sert • Strutture Residenziali Terapeutiche Riabilitative
	Psicologia

Tabella 2.3 : Dipartimento Amministrativo

Unità Operativa
U.O. Gestione Risorse Umane
U.O. Affari Generali e Legali
U.O. Segreteria Direzionale
U.O. Ufficio Relazioni con il Pubblico

U.O. Ufficio Formazione ECM e Tirocini
U.O. Direzione Amministrativa Distrettuale
U.O. Direzione Amministrativa Ospedale Distrettuale
UU.OO. Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri per acuti
U.O. Gestione Risorse Finanziarie
U.O. Economato
U.O. Provveditorato
U.O. Tecnica Appalti e Lavori Pubblici
U.O. Progettazione e Manutenzione

Il modello organizzativo aziendale prevede, nelle fase attuale, accanto ai Dipartimenti, l'accentramento nel Distretto delle funzioni di coordinamento delle attività territoriali con particolare riferimento alle Cure Primarie, all'Assistenza Farmaceutica, all'Assistenza Specialistica Territoriale, all'Assistenza Domiciliare, Residenziale e Semiresidenziale, all'Assistenza Riabilitativa, all'Assistenza Protesica, all'Assistenza Integrativa, all'Assistenza consultoriale familiare, pediatrica, psicologica.

Il coordinamento gestionale ed organizzativo del complesso delle attività territoriali sopra richiamate, affidato ad un responsabile di struttura complessa, è la tappa iniziale di un percorso più complesso di riorganizzazione strutturale dell'assistenza distrettuale, in un'ottica di gradualità e progressività degli interventi, necessaria ad accompagnare il processo di attuazione del modello distrettuale previsto nella programmazione aziendale.

Tale passaggio, infatti, nel superare le incoerenze presenti nell'attuale sistema organizzativo, è in grado di assicurare un'omogeneità nei percorsi assistenziali ed una integrazione delle attività per la presa in carico dell'utente di tipo globale "proattivo".

2.2 Strutturazione dell'offerta

2.2.1 Assistenza Ospedaliera

L'ASM ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite, la gestione di 5 Ospedali: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico (ex ASL 4), il P.O. di Policoro, l'Ospedale di Tinchi e l'Ospedale di Stigliano (ex ASL 5 Montalbano Jonico).

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera in conformità agli indirizzi programmatici regionali, prevede una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale.

Tabella 2.4 : Assistenza Ospedaliera

Presidio	Tipologia di Assistenza	Funzione/Modello funzionale
P.O. di Matera	Acuti	Ospedale sede di DEA di I livello/ Rete integrata
Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro - Plesso di Policoro	Acuti	Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.)/Rete integrata
Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro - Plesso di Stigliano	Ospedaliera di tipo territoriale/distrettuale	lungodegenza e sede di Hospice
Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro - Plesso di Tinchì		riabilitazione e poliambulatorio multi-specialistico
Ospedale di Tricarico		lungodegenza e alla riabilitazione gestita in forma diretta con riferimento alle attività di Lungodegenza e attraverso la sperimentazione gestionale pubblico - privato con la Fondazione Don Gnocchi con riferimento alle attività di riabilitazione

I posti letto delle strutture ospedaliere dell'ASM nel corso dell'ultimo triennio hanno subito continui "riaggiustamenti" a seguito delle evoluzioni del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera sopra menzionato, anche in aderenza e nel rispetto degli standard definiti a livello nazionale e recepiti dalla Regione Basilicata.

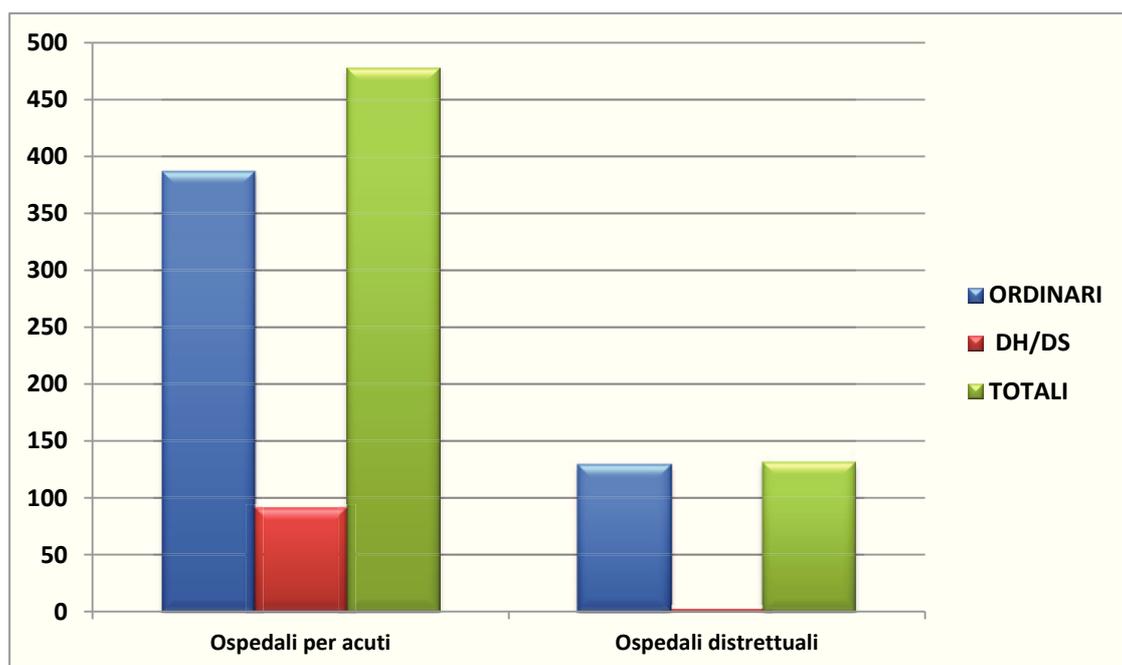
Tabella 2.5 : Posti Letto Direttamente Gestiti

Presidio	Tipologia di Assistenza	Ordinari	DH/DS	Totali
P.O. di Matera	Acuti	298	76	374
Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro	Acuti	89	15	104

Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro - Plesso di Stigliano	Ospedaliera di tipo territoriale/distrettuale	32	2	34
Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro - Plesso di Tinchi		0	0	0
Ospedale di Tricarico		97	2	99

Al 31 dicembre 2012, i posti letto complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontavano a 478, di cui 387 ordinari e 91 DH/DS , i posti letto complessivi degli Ospedali distrettuali della ASM ammontavano a 133, di cui 129 ordinari e 4 DH.

Grafico 1.1. : Totale Posti Letto Gestiti Direttamente



I dati esposti, relativi agli ospedali per acuti, sono perfettamente coerenti con quelli riportati nel modello ministeriale HSP.12 e con la programmazione regionale, così come definita nel Piano Sanitario Regionale 2012 - 2015.

L'obiettivo prioritario nell'ambito dell'assistenza ospedaliera perseguito dall'ASM nel 2012 ha riguardato, dunque, il consolidamento del processo di riorganizzazione della propria rete ospedaliera, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 della L.R. n. 17 del 4 agosto 2011 ed in conformità agli indirizzi programmatici definiti dal Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012 - 2015, approvato dal Consiglio

Regionale con Delibera n. 317 del 24/07/2012. La riorganizzazione della rete ospedaliera dell'ASM, ha ruotato attorno a due obiettivi prioritari:

- il completamento del processo di riconversione in senso distrettuale degli Ospedali di Stigliano, Tinchi e Tricarico, da attuarsi con la definitiva dismissione dei posti letto per acuti residuali e con l'implementazione delle attività sanitarie di tipo territoriale previste nei piani attuativi adottati dall'Azienda;
- il perfezionamento della riqualificazione dell'offerta assistenziale degli ospedali per acuti (P.O. di Matera e P.O. di Policoro) sia sotto il profilo strutturale che sotto quello organizzativo.

I due obiettivi, sia pure ben distinti, sono intrinsecamente connessi tra loro in quanto la chiusura di posti letto per acuti negli ospedali distrettuali implica di fatto la necessità di una rimodulazione strutturale degli stessi negli ospedali per acuti, finalizzata a mantenere inalterata la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza da fornire alla popolazione di riferimento, rispettare i parametri quantitativi definiti dalla programmazione regionale, avviare un percorso di graduale di cambiamento di approccio nell'organizzazione ospedaliera, coerente con le evoluzioni del quadro demografico - epidemiologico e socio-economico.

Le azioni intraprese da ASM, per il raggiungimento dei suddetti obiettivi, sono state caratterizzate dall'adozione di un orientamento all'organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni, secondo una visione che pone il paziente ed i suoi bisogni al centro del sistema. In virtù di tale approccio, i processi di diagnosi e cura del paziente devono seguire percorsi integrati, organizzati "orizzontalmente" che intersecano le diverse aree. Il nuovo approccio è funzionale a sviluppare sempre di più la interdisciplinarietà fra i professionisti delle varie divisioni e servizi per affrontare nel modo più integrato possibile le diverse patologie e garantire all'utenza il massimo delle competenze.

Il nuovo approccio organizzativo C23esplicitato nel Piano Strategico dell'Ospedale di Matera (delibera n. 1085/2013 - Allegato 4), recentemente presentato all'Assessorato Regionale e tuttora in fase di studio e valutazione, prevede una riorganizzazione complessiva delle attività secondo un modello che si ispira all'Ospedale per intensità di cura.

L'obiettivo di tale Piano è il riposizionamento strategico dell'Ospedale Madonna delle Grazie, che deve tendere a rafforzare il proprio ruolo di presidio dell'area territoriale di riferimento, sia nella gestione dell'emergenza urgenza sia delle acuzie mediche e chirurgiche, con l'obiettivo di favorire miglioramenti sull'efficacia assistenziale e sull'efficienza nell'impiego delle risorse disponibili (posti letto, tecnologie e personale), puntando a ridurre il più possibile la mobilità passiva.

La revisione del modello organizzativo dell'Ospedale di Matera si ispira ad un nuovo approccio, coerente con le evoluzioni del quadro demografico (aumento del numero di anziani) epidemiologico (aumento dei pazienti cronici e con più patologie) e socio-economico (scarsità delle risorse a disposizione con forti pressioni al contenimento dei costi), contrassegnato dall'adozione di una logica di superamento degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline specialistiche e con un orientamento all'organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni, secondo una visione che pone il paziente ed i suoi bisogni al centro del sistema. L'idea di fondo è quella di superare gradualmente il concetto di reparto tradizionale, inteso come spazio fisico: le funzioni non devono essere più legate alla peculiarità delle singole discipline ma devono essere progettate in settori di "aree assistenziali" il più possibile comuni. In virtù di tale nuovo approccio i processi di diagnosi e cura del paziente devono seguire percorsi integrati, organizzati "orizzontalmente" che intersecano le diverse aree. Il nuovo approccio è funzionale a sviluppare sempre di più la multidisciplinarietà fra i professionisti delle varie divisioni e servizi per affrontare nel modo più integrato possibile le diverse patologie e garantire all'utenza il massimo delle competenze.

Il Processo di riconversione degli Ospedali Distrettuali

Il processo di riconversione degli Ospedali Distrettuali Aziendali è funzionale al ruolo assegnato ai singoli Ospedali dalla programmazione regionale ed è coerente con gli scenari attuali e futuri che esaltano la valenza strategica dei piccoli ospedali nei percorsi della fragilità, della cronicità, della prevenzione, della riabilitazione, della lungodegenza, della continuità assistenziale, nell'ambito della integrazione ospedale - territorio e del sistema dell'emergenza - urgenza.

Ospedale di Stigliano

A partire dal mese di gennaio 2012, i 20 posti letto per acuti di Medicina e Geriatria sono stati soppressi ed in parte riconvertiti per le attività di Lungodegenza Medica cod. 60, per un totale di 30 posti letto. È riconfermata la dotazione di 18 posti letto di Cure palliative ed Hospice dell'ASM, di cui 8 sono già attivi. Il modello adottato dall'Azienda per l'Ospedale di Stigliano, prevede una forte integrazione con gli altri punti della rete assistenziale aziendale.

Ospedale di Tinchi

L'Ospedale di Tinchi è stato completamente smantellato dei posti letto per acuti, con il mantenimento delle attività di tipo territoriale tradizionalmente erogate, e con l'avvio di un progetto sperimentale per la concessione del

servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologica e cardiologica (codice struttura 56) presso il suddetto presidio (delibera n. 1139/2012 – Allegato 2). Il Ruolo strategico nell'ambito della rete delle attività riabilitative, ha il fine di promuovere l'integrazione in questo specifico settore tra Ospedale e Territorio:

- favorendo le dimissioni protette dalle UU.OO. degli Ospedali per acuti di pazienti con indicazioni al prosieguo delle cure riabilitative;
- fungendo da catalizzatore nell'individuazione precoce dei bisogni riabilitativi di utenti territoriali e nell'attivazione della rete assistenziale per fornire adeguata e tempestiva risposta, monitorando costantemente i percorsi assistenziali riabilitativi;
- attuando la presa in carico precoce e l'intervento in fase acuta della malattia nell'ambito di protocolli terapeutici per i degenti presso il P.O. di Policoro;
- attivando un Ambulatorio di Fisioterapia con funzioni di educazione alla salute ai fini preventivi, oltretutto meramente assistenziali.

Come da Del. 1139 del 2012, l'Azienda si è interessata a partecipare alla procedura per la concessione del servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologia e cardiologia da attivare presso il P.O. di Tinchì, con un numero di posti letto complessivo fino a 40, attraverso la realizzazione di investimenti propedeutici alla gestione. La riabilitazione cardiologica e quella respiratoria, sono state previste in regime di degenza ordinaria, Day hospital, ambulatoriale e domiciliare. Inoltre, è stato istituito nel 2013, l'Ambulatorio "Piede Diabetico e Vulnologia" a valenza aziendale, considerato che le lesioni cutanee croniche o ulcere sono causate dalla senilità, dominante nel nostro territorio, con l'obiettivo di definire il percorso Ospedale-Territorio-Domicilio. Infine, l'Azienda nel 2012 ha completato la dismissione dei posti letto residuali di DH chirurgico, con la conversione delle attività di chirurgia dal *setting* assistenziale ospedaliero a quello ambulatoriale e/o di *Day Service*.

Ospedale di Tricarico

l'Ospedale di Tricarico è stato completamente riconvertito per le attività di Lungodegenza Medica (cod. 60) e per quelle di Riabilitazione (cod. 56 e 60), posizionandosi all'interno dello scacchiere aziendale quale punto di riferimento per tutta la branca riabilitativa, per la quale si configura quale centro di eccellenza a livello regionale.

Importante iniziativa avviata da quest'Azienda nel suddetto ospedale nella direzione del potenziamento delle attività territoriali è stata la sperimentazione gestionale, denominata Casa della Salute (delibera n. 77/2013 – Allegato 1), finalizzata a promuovere forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte da tutti gli

specialisti operanti nell'ospedale distrettuale. Nello specifico ai Medici della medina di gruppo presente nel territorio di Tricarico (5 medici ed 1 pediatra) è stato concesso l'utilizzo degli ambulatori e delle tecnologie presenti nell'Ospedale distrettuale di Tricarico, al fine di garantire la presenza all'interno della stessa struttura di almeno un medico dalle 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni feriali e dalle 8.00 alle 10.00 del sabato. L'obiettivo del progetto è quello di favorire l'integrazione tra i medici dell'Assistenza Primaria con gli specialisti ospedalieri operanti nella Lungodegenza e Riabilitazione, al fine di condividere:

- l'organizzazione dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche,
- la predisposizione PDTA specifici,
- i protocolli per i ricoveri programmati dei pazienti e la relativa dimissione concordata,
- la partecipazione ad attività di audit per la definizione della presa in carico del paziente,
- obiettivi aziendali e di appropriatezza prescrittiva.

Tabella 2.6 : Modello organizzativo - Ospedali Distrettuali

Ospedale di Tinchì	Ospedale di Tricarico	Ospedale di Stigliano
<p>Punto Territoriale di Soccorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri; - h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico; - h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda; 	<p>Punto Territoriale di Soccorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri; - h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico; - h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda; 	<p>Punto Territoriale di Soccorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri; - h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico; - h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda;

- dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell' esecuzione rapida degli esami ematochimici in regime di urgenza;	- dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell' esecuzione rapida degli esami ematochimici in regime di urgenza;	- dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell' esecuzione rapida degli esami ematochimici in regime di urgenza;
Servizio di diagnostica per immagini orario 8 – 14	Medicina di Lungodegenza per un totale di 30 posti letto,	Laboratorio di Analisi orario 8 –20
Laboratorio di analisi chimico – cliniche , orario 8 –14	Pazienti in stato vegetativo per un totale di 5 posti letto	Radiologia orario 8 – 14;
Servizio di Endocrinologia e Diabetologia	Degenza Intensiva Riabilitativa gestito dalla Fondazione Don Gnocchi	Ambulatori Specialistici
Servizio Dialisi , articolato in due turni giornalieri	Lungodegenza riabilitativa gestito dalla Fondazione Don Gnocchi	l'Ambulatorio Infermieristico
Endoscopia Digestiva	Servizio di diagnostica per immagini orario 8 – 14;	Farmacia Ospedaliera orario 8 -14.
Chirurgia ambulatoriale dermatologica;	Laboratorio di analisi chimico – cliniche , orario 8 –14	
Ambulatorio di Chirurgia del Piede Diabetico e Vulnologia	Farmacia Ospedaliera orario 8 – 14	
Ambulatori Specialistici		
Farmacia Ospedaliera orario 8 –14		

Riqualificazione strutturale dell'offerta nei presidi ospedalieri per acuti

Il processo di riqualificazione strutturale dell'offerta assistenziale negli Ospedali per acuti è dettato dalla necessità di adeguare la dotazione dei posti letto ai mutamenti del modello organizzativo di erogazione dell'assistenza ospedaliera in cui si sostanzia il nuovo approccio adottato dall'Azienda, organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni. Inoltre la riqualificazione deve garantire il raggiungimento di elevanti standard quantitativi di posti letto per acuti previsti dalla programmazione regionale, neutralizzando di fatto la riduzione derivante dalla soppressione degli stessi negli Ospedali Distrettuali, in una prospettiva di

tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza ospedaliera. Coerentemente a tali esigenze l'Azienda sta procedendo ad una rimodulazione dei posti letto negli Ospedali di Matera e di Policoro, tenendo anche conto del dettato normativo (art. 23 della L.R. 17/2011) che impone, sia pure in via transitoria, l'aggregazione funzionale delle unità operative afferenti lo stesso dipartimento aventi una dotazione di posti letto di ricovero ordinario inferiore a 15 unità. La rimodulazione dei posti letto per acuti avverrà attraverso un processo di razionalizzazione delle superfici presenti nei Presidi Ospedalieri per acuti, conseguente ad una ricollocazione funzionale degli spazi esistenti, al fine di favorire l'integrazione delle risorse ed eliminare ogni forma di anti economicità. Si riporta di seguito un grafico riassuntivo contenente l'attuale dotazione di posti letto per acuti raffrontata con i parametri definiti nel Piano Sanitario Regionale e quella nuova derivante dal processo di rimodulazione sopra descritto.

Tabella 2.7 : Dotazione Posti Letto Per Acuti

Posti Letto Per Acuti – Attuale Dotazione					
Afo	Disciplina	Posti Letto Asm Programmati P.S.R. 2012-2015	Posti Letto Asm Al 30.06.2012		
			Matera	Policoro	TOTALE ASM
Chirurgica	Chirurgia Generale	48	35	22	57
Chirurgica	Chirurgia Plastica	6	8		8
Chirurgica	Chirurgia Vascolare	12	8		8
Chirurgica	Ortopedia E Traumatologia	36	27	16	43
Chirurgica	Oculistica	12	8	4	12
Chirurgica	Urologia	18	16		16
Chirurgica	Otorinolaringoiatria	10	8		8
Chirurgica	Gastroenterologia	8	8		8
Mat. Inf.	Neuropsichiatria Infantile	8	4		4
Mat. Inf.	Ostetricia E Ginecologia	36	26	16	42
Mat. Inf.	Pediatria/Neonatologia	30	24	8	32
Medica	Cardiologia	36	24	3	27
Medica	Area Integrata – Ematologia	12	10		10
Medica	Area Integrata - Oncologia	8	8		8
Medica	Area Integrata - Nefrologia	12	6		6
Medica	Area Integrata – Crt	0	2		2

Medica	Geriatria	28	23		23
Medica	Malattie Infettive E Tropicali	22	24		24
Medica	Medicina Generale	48	39	26	65
Medica	Malat. Endocrine Ricam. E	10	4		4
Medica	Medicina Nucleare	2			0
Medica	Neurologia	16	12		12
Medica	Pneumologia	20	20		20
Medica	Psichiatria	12	8	4	12
Medica	Astanteria/Obi	12			0
Emergenza	Terapia Intensiva	12	8	4	12
Emergenza	Utic	12	10	4	14
Totale		486	370	107	477

Grafico 2.2 : Dotazione Posti Letto Per Acuti

Nella direzione dell'aggregazione funzionale di UU.OO. l'Azienda, nel periodo considerato, in aggiunta a quelli già avviati (geriatria-neuro-medicina PO MT; Pneumologia-malattie infettive- P.O. MT; ortopedia-chirurgia plastica-chirurgia vascolare P.O. Mt; ASI: ematologia-oncologia-centro trapianti-nefrologia P.O. Mt; Utic-rianimazione P.O. Policoro), ha promosso l'avvio sperimentale di modelli di gestione integrata di UU.OO. omogenee sotto il profilo assistenziale all'interno degli Ospedali per acuti. Nello specifico si è provveduto ad aggregare funzionalmente

- le UU.OO. di Senologia e di Radiologia del P.O. di Matera (delibera n. 716/2013 – Allegato 7)
- le UU.OO. di Medicina Generale e Medicina d’Urgenza del P.O. di Policoro (delibera n. 651/2013 – Allegato 8).

Le suddette aggregazioni funzionali rispondono fondamentalmente alla necessità di razionalizzazione di alcune linee di produzione, che ha determinato una riduzione del fabbisogno di unità lavorative, mitigando di fatto gli effetti negativi determinati dal blocco del turn over del personale dipendente imposto dalla normativa vigente che, se ha avuto l’effetto di produrre risparmi immediati, ha rappresentato una seria minaccia per il mantenimento dei livelli quali – quantitativi di assistenza, laddove la risorsa umana rappresenta la componente di gran lunga più importante nell’ambito dei processi di erogazione delle attività assistenziali. La gestione integrata delle risorse umane ha favorito un significativo recupero in termini di efficacia ed efficienza, consentendo di incrementare la sinergia tra le unità operative interessate, facendo fronte alla riduzione del personale determinata dal blocco del turn over attraverso l’utilizzo congiunto ed integrato dell’organico a disposizione. Nell’immediato (ottobre - novembre 2013) sono stati attivati i primi 8 posti letto della Terapia Sub intensiva Generale, di cui 3 destinati alla Stroke (delibere nn. 984/2013 e 1023/2013 – Allegati 5 – 6); entro la fine dell’anno si provvederà all’implementazione di ulteriori 20 posti letto necessari a completare l’assetto strutturale dell’Area ad Elevata Attività Assistenziale, prevista all’interno del Dipartimento Emergenza Urgenza. Nell’immediato è previsto anche l’ammodernamento delle tecnologie diagnostiche con l’acquisto della seconda TAC, del Telecomandato e multifunzione oltreché degli angiografi.

2.2.2 Assistenza Territoriale

L’assistenza territoriale dell’ASM è erogata sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate.

Tabella 2.8 : Assistenza territoriale

Presidi A Gestione Diretta	Strutture Convenzionate
N. 5 Poliambulatori specialistici all’interno dei 5 Ospedali	N. 5 Centri Privati Accreditati che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini (Centro radiologico Lucano, Centro radiologico Madonna della Bruna a Matera, Centro radiologico Iula Scanzano, Centro radiologico Heraclea Policoro, Centro Rhea di Policoro)

N. 11 sedi distrettuali comunali che erogano attività clinica Bernalda, Ferrandina-Salandra, Irsina, Grassano, Matera, Miglionico-Pomarico, Montescaglioso, Pisticci, Policoro-Tursi, Stigliano, Tricarico	N.7 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio (Laboratorio Biomedical Ferrandina, Labor Matera, Laboratorio Materano di Matera, Laboratorio Montemurro di Matera, Centro diagnostico Riccardi di Matera, Laboratorio Bionovas di Nova Siri, Centro Ionico diagnostico Policoro)
N. 2 CSM che erogano attività di assistenza ai disabili psichici	N. 1 Medico singolo convenzionato che eroga attività clinica
N. 2 SERT che erogano attività di assistenza ai tossicodipendenti	N.11 Case alloggio e/o Gruppi appartamento che erogano attività residenziale di assistenza ai disabili psichici
N. 2 Centri Diurni che erogano attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici	N. 6 Attività convenzionate che fanno riabilitazione (FKT Porsia Matera, FKT Canitano Matera, FKT San Mauro Irsina, FKTY Naturalmente Matera, FKT Hermes Grassano, Porsia A.G. di Pisticci)
N. 2 Consultori che erogano attività di consultorio familiare all'interno delle sedi distrettuali comunali (Matera e Policoro)	
N. 1 Hospice che eroga assistenza ai malati terminali, situato nell'Ospedale di Stigliano	

La suddetta attività ambulatoriale viene svolta dietro richiesta al Cup.

Tabella: Attività ambulatoriale 2012 (Fonte: Relazione di Gestione 2012)

Comuni	Domicilio		Ambulatorio	
	Accessi	Visite	Visite	Frequenza
Bernalda	20	30	74	2 al mese
Calciano	2	2		
Ferrandina	19	41		
Irsina	3	4		
Grassano	4	8		
Grottole	3	5		
Matera	86	301	299	1 a settimana
Miglionico	10	19		
Montescaglioso	22	33	78	2 al mese
Ferrandina				
Pomarico	16	22	6	2 al mese
Salandra	6	7		
Totale	191	472	457	

Si riportano di seguito, un prospetto sintetico contenente i principali dati di attività dell'ADI erogata nel corso del 2012.

Tabella: Attività dell' ADI 2012 (Fonte: Relazione di Gestione 2012)

ADI	Anno 2012
% cittadini \geq 65 (n° cittadini in ADI > 65/cittadini residenti)	5,27%
Ore prestazioni infermieristiche	88.726
Ore prestazioni riabilitative	52.474
Ore prestazioni totale	141.200
Cittadini assistiti	2.197
Costo complessivo	€ 3.505.236,78
Costo medio	€ 1.595,46
Utenza in trattamento > 75	70,23%
Utenza in trattamento > 65	81,92%
% rispetto popolazione anziana >65	5,27%
% rispetto popolazione anziana >75	9,93%

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare si collocano anche le prestazioni domiciliari di chirurgia territoriale, effettuate storicamente da uno specialista chirurgo aziendale, che riguardano generalmente assistiti in regime di ADI nella Asl ex 4. La suddetta attività ambulatoriale viene svolta dietro richiesta al Cup. Dalla tabella sotto riportata si evince l'intera attività svolta nel 2012.

Tabella: Attività Domiciliare di Chirurgia 2012 (Fonte: Relazione di Gestione 2012)

Comuni	Domicilio		Ambulatorio	
	Accessi	Visite	Visite	Frequenza
Bernalda	20	30	74	2 al mese
Calciano	2	2		
Ferrandina	19	41		
Irsina	3	4		
Grassano	4	8		
Grottole	3	5		
Matera	86	301	299	1 a settimana
Miglionico	10	19		
Montescaglioso	22	33	78	2 al mese
Ferrandina				
Pomarico	16	22	6	2 al mese
Salandra	6	7		
Totale	191	472	457	

Dal 2009 è stata avviata una gestione integrata delle attività riabilitative e

della RSA, attraverso l'intervento coordinato della Fondazione ONLUS Don Gnocchi e della ASL di Matera presso il Polo Riabilitativo situato nel monoblocco dell'Ospedale di Tricarico.

Le attività del Polo Riabilitativo consistono in:

- 48 posti letto per riabilitazione (cod. 56), di cui 46 ordinari e 2 dh
- 16 posti letto per lungodegenza riabilitativa (cod. 60)
- 20 posti letto per R.S.A. per anziani non autosufficienti e con prevalenza di problematiche neurodegenerative e dementigene
- attività ambulatoriali per disabilità importanti e con esiti permanenti nonché per disabilità minimali e transitorie

Oltre al Polo Riabilitativo di Tricarico altro centro di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 gestito direttamente dall'Azienda è l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile Territoriale che eroga attività di riabilitazione infantile in regime ambulatoriale. Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L. 833/78 sono 4, di cui 3 erogano attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale, extramurale e/o domiciliare ed 1, oltre alle precedenti, anche attività di tipo semiresidenziale. Relativamente alla Medicina Generale, l'Azienda opera mediante 176 Medici di Medicina Generale, che assistono complessivamente una popolazione pari a 173.516 unità, e 25 Pediatri di Libera Scelta, che assistono complessivamente una popolazione pari a 21.067 unità.

La necessità di una riorganizzazione dell'assistenza territoriale, per accompagnare il processo di attuazione del modello distrettuale previsto nella programmazione aziendale, oltre che, l'accentramento nel Distretto delle funzioni di coordinamento delle attività territoriali, ha portato all'individuazione di un dirigente medico di struttura complessa a cui affidare la gestione e il coordinamento delle attività territoriali.

Nel 2012, l'Azienda ha istituito un'organizzazione dell'assistenza territoriale con l'accentramento nel distretto delle funzioni di coordinamento delle attività territoriali presenti nell'Azienda e nell'affidamento delle stesse ad unico Responsabile. Inoltre, l'Azienda ha attivato e sviluppato percorsi assistenziali integrati sia con le strutture operative aziendali sia tra queste ed i medici convenzionati (nello specifico, i MMG, PLS, e MCA). Grazie al potenziamento dell'assistenza territoriale si è realizzato un decongestionamento delle attività ospedaliere in modo tale da permettere il contenimento del relativo tasso di ospedalizzazione entro i parametri definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

L'obiettivo fondamentale dell'azienda nel 2012 è stata l'integrazione tra i vari punti della rete assistenziale, coinvolgendo tutti gli operatori, ed è stato prodotto un documento comune tra le direzioni dell'Ospedale di Matera e il Distretto sulla dimissione partecipata e concordata che prevede la presa in carico territoriale.

Tabella 2.9 : Attività ASM

Attività Ospedaliera	Attività Territoriale
Presenza in carico dei pazienti con una "dimissione Protetta" e una valutazione Multidimensionale.	Ambulatorio di Geriatria Territoriale
	Valutazione dell'appropriatezza dei Ricoveri
	Attivazione assistenza domiciliare e condivisione con il MMG
	Visite geriatriche domiciliari
	Prestazioni geriatriche presso strutture residenziali
	Sostituzione PEG a domicilio nel comune di Matera
	Programmazione ricoveri presso P.O. di Matera per impianto PEG
	Posizionamento e sostituzione del sondino nasogastrico per la nutrizione enterale in pazienti non proponibili per la PEG.

Un ulteriore obiettivo dell' Azienda è stata la programmazione dei Punti Unici di Accesso, in via di definizione e sono stati originati dagli Sportelli Unici socio sanitari avviati nella Asl ex 4. In particolare nel 2012, facendo seguito al consolidamento delle attività dei Punti Unici di Accesso, istituiti nei vari Comuni del comprensorio della ASM, dapprima in fase sperimentale e successivamente in via definitiva, si è passati alla programmazione, di concerto con i Sindaci dei Comuni facenti parte del Comprensorio della ASM, dei Punti Unici di Accesso. Questi ultimi costituiscono il naturale sviluppo degli Sportelli Unici socio sanitari, nati per facilitare l'accesso ai servizi socio sanitari, in cui si offre accoglienza ed orientamento ai cittadini e si effettua una prima valutazione integrata del bisogno espresso dalla cittadinanza ad opera degli operatori sanitari (dipendenti Asl) e di quelli socio assistenziali (dipendenti Comuni). Il Punto Unico di Accesso rappresenta uno dei principali strumenti a disposizione dell'Azienda per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, che costituisce obiettivo prioritario aziendale. Esso, infatti, è inteso come "unica porta di accesso ai servizi sanitari e a quelli socio-assistenziali", diretta a raccogliere il bisogno cosiddetto "semplice, spicciolo e immediato" dell'utenza. L'obiettivo è quello di favorire un'organizzazione capillare dei PUA su tutto il territorio aziendale, implementando in ciascun Comune una postazione messa in rete e attivata da operatori sanitari e comunali e da medici che raccolgono il bisogno all'interno del Punto Unico e che gestiscono la presa in carico delle persone fragili, affette da patologie invalidanti e croniche.

La realizzazione di tale progetto va di pari passo con lo sviluppo dei POIS (Piani

per l'Offerta Integrata dei Servizi) a cui si farà riferimento in successivo punto della presente sezione di questo documento, nell'ambito della trattazione degli investimenti effettuati e fonte di finanziamento degli investimenti.

Circa la presa in carico del paziente fragile, sono state uniformate le procedure di accesso alle RSA ed è stato applicato e monitorato il Regolamento per la RSA di Tricarico, predisposto dalla direzione sanitaria dell'Ospedale Distrettuale di Tricarico e valida per tutte le RSA della ASM.

Altro obiettivo di tipo organizzativo perseguito dall'ASM nel corso del 2012, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, ha riguardato le attività realizzate per effetto ed in conseguenza del Protocollo siglato tra la ex ASL n. 4 di Matera e tutti i Comuni rientranti nel territorio aziendale (Conferenza dei Sindaci del 3 e 17 dicembre 2007) con riferimento specifico all'assistenza domiciliare integrata, che hanno consentito di "fondere" all'interno di un unico modello assistenziale le competenze e gli apporti di tipo sanitario provenienti dall'Azienda con quelli di tipo sociale offerti dai Comuni.

Il servizio integrato, rivolto ai cittadini "fragili" o anche detti "cronici", in quanto portatori di patologie particolarmente gravi (malattie oncologiche, accidenti vascolari, fratture, vasculopatie e malattie invalidanti) inseriti nel programma di assistenza domiciliare gestita dai Comuni.

Lo scopo di tale Protocollo, oltre alla costruzione di un sistema di cure globali con al centro la "persona" e non più la prestazione, riguarda il superamento degli interventi singoli e frammentati e, di conseguenza, il miglioramento delle prestazioni stesse all'interno della qualità della vita da promuovere in ogni caso.

Nel 2012 è stata intensificata l'attività di unificazione delle procedure di accesso all'ADI sull'intero territorio provinciale.

Di rilievo sotto il profilo organizzativo è il consolidamento nel corso del 2012 delle procedure per la sanità penitenziaria, essendo la casa circondariale parte integrante delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria, finalizzate non solo all'applicazione delle disposizioni nazionali e regionali, ma soprattutto a favorire la presa in carico completa del cittadino detenuto.

In tale direzione si è posta particolare attenzione alla organizzazione della salute mentale in carcere distinguendo tra:

- la presa in carico del detenuto con diagnosi psichiatrica con conferma della terapia in corso e con garanzia della continuità terapeutica;
- la visita psichiatrica urgente, richiesta dal medico della C.C. con trasferimento del detenuto presso il P.S. ospedaliero presso il quale si esegue la visita psichiatrica urgente e la consulenza psichiatrica, richiesta dal medico della C.C. che segue l'iter normale.

L'attività infermieristica è stata organizzata tramite la predisposizione di turni e delle specifiche attività svolte (somministrazione metadone, esecuzione test glicemici, attività supporto specialisti ecc.). A tal proposito, è stata predisposta una cartella infermieristica integrata.

Nell'ambito dell'assistenza penitenziaria, si è provveduto a definire le modalità organizzative e le competenze del Ser.T in merito alle procedure di intervento richieste.

Il 16 aprile 2012 è stato aperto il reparto detentivo presso l'Ospedale.

Il metodo di lavoro con i medici e gli infermieri del carcere è quello denominato "Audit" tramite il quale si condividono e si strutturano percorsi condivisi e procedure per la risoluzione delle richieste assistenziali ai detenuti.

Tabella 2.10 : Aree Del Dipartimento Dei Servizi Per La Tutela Della Salute Mentale

Area Salute Mentale Adulti	Area di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva	Area delle Dipendenze Patologiche	Area di Psicologia
Ospedaliera (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Matera e Policoro; D.H. Matera e Policoro)	Ospedaliera	Ser.T (Matera e Policoro)	U.O.C. Psicologia
Territoriale (Centro di Salute Mentale Matera e Policoro; Centro Diurno Matera e Policoro; Strutture Residenziali 8 Case Famiglia: (Colobraro, Grassano, Matera, Miglionico, Montalbano, Pisticci, Pomarico, Tricarico) e 1 Gruppo Appartamento (Grassano)	Territoriale	Strutture residenziali Terapeutiche Riabilitative	

E' stato redatto un regolamento interno in cui ogni U.O.C. ha definito le proprie competenze, le linee operative, l'assetto strutturale, il modello operativo, i percorsi assistenziali integrati e condivisi tra le U.O.C. del dipartimento.

2.2.3 Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è stato istituito con la L.R. 3/99 che ne definisce funzioni, compiti ed obiettivi. Come riportato in tabella, e coerentemente con le linee di indirizzo della programmazione regionale, la prevenzione è erogata dall'ASM attraverso due Dipartimenti.

Tabella 2.11 : Dipartimenti di Prevenzione

Dipartimento Di Prevenzione Collettiva Della Salute Umana	Dipartimento Di Prevenzione Della Sanità E Benessere Animale
Servizio Igiene , Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)	Sanità Animale
Servizio igiene degli alimenti della nutrizione (S.I.A.N.)	Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L)	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
Servizio di Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.)	

I principali obiettivi in tale ambito, hanno riguardato l'omogeneizzazione dei processi in uso nelle ASL che sono poi confluite nella ASM. In particolare, per quanto riguarda l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale, le UU.OO. e le attività svolte nella ex ASL n.4 di Matera, sono state trasferite nella sede centrale della ASL di Matera.

Di seguito sono riportate le principali novità relative a ogni Unità Operativa e la loro struttura dei servizi.

Tabella 2.12 : Novità per singola Unità Operativa

Servizio Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica	Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Medicina del Lavoro	Servizio di Prevenzione, Protezione ed Impiantistica dei Luoghi di Lavoro
Informatizzazione dell'anagrafe vaccinale	Riorganizzazione delle attività procedurali dovuta all'entrata in vigore della normativa che obbliga a ricevere la SCIA tramite PEC	Attivazione del Coordinamento per la vigilanza congiunta nel settore delle costruzioni ed in agricoltura con la Direzione Provinciale del Lavoro	Adeguamento alle disposizioni previste riguardo la verifica periodale degli apparecchi di sollevamento e a pressione i cui dati sono trasmessi all'INAIL per la creazione di una banca dati nazionale.

2.3 La gestione delle risorse umane

L'andamento del personale, come rappresentato nel grafico, nella tabella e nella descrizione successiva, ha subito con il blocco del turn over una riduzione, soprattutto nel numero di personale dipendente.

Vi è stata una notevole riduzione del costo del personale (confronto conto economico 2011 - 2012), pari ad oltre 5 milioni di euro, circa il -4,3%.

Tabella 2.13 : Personale 2011-2012, Spese A Carattere Stipendiale E Spese Accessorie.

Ruolo	Numero al 31/12/2011	Numero al 31/12/2012	Spese a Carattere Stipendiale	Spese Accessorie
Ruolo Sanitario	1669	1625	49.798078,00	23.566.493,00
Ruolo Professionale	5	4	189.730,00	158.390,00
Ruolo Tecnico	552	523	11.003606,00	1.764.402,00
Ruolo Amministrativo	183	178	4.107819,00	673.712,00

Grafico 2.3 : Personale 2011 e 2012

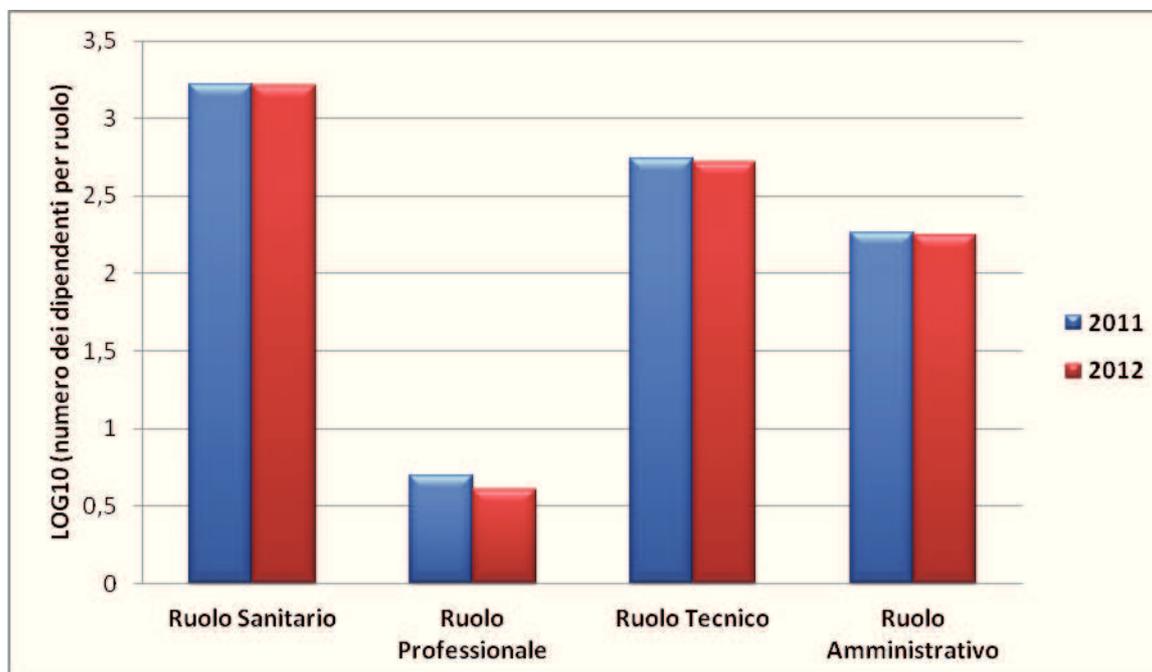
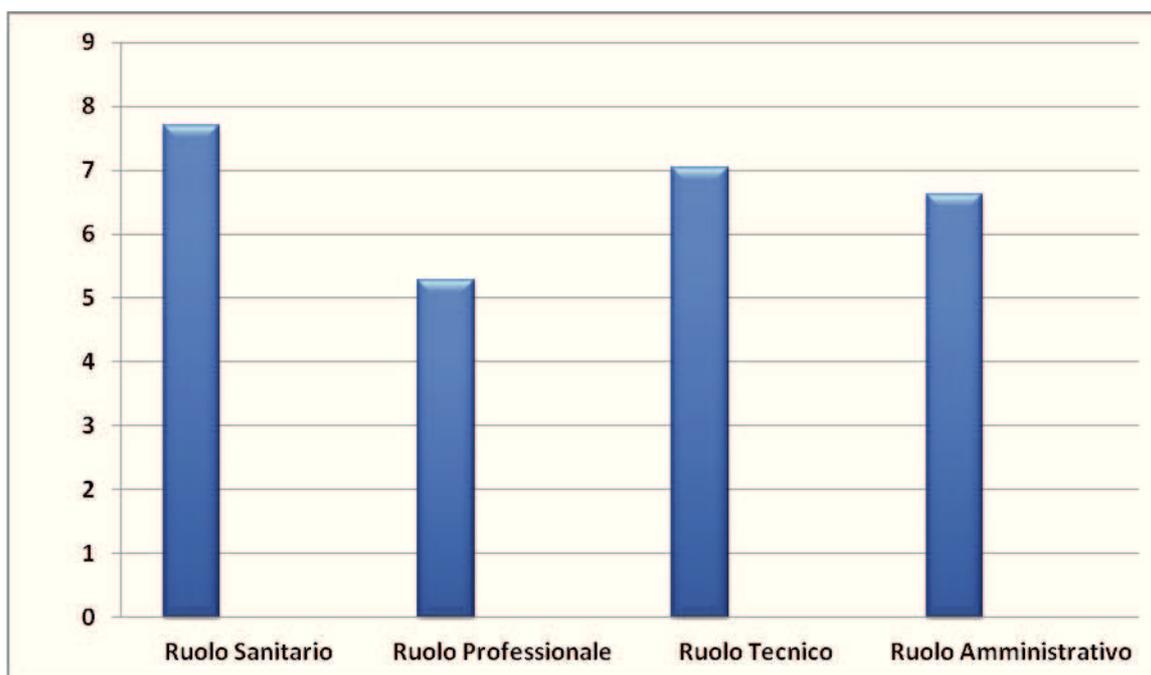


Grafico 2.4 : Spese Stipendiali 2012 in scala Log10



I dati sulle spese stipendiali, rilevati dalla Delibera 735 del 21/06/2011, non hanno subito, negli ultimi anni, sostanziali variazioni come risulta dai grafici.

L'Azienda ha avviato un processo di revisione dei propri modelli strutturali e organizzativi che ha accelerato il processo di integrazione gestionale nell'Azienda e verso l'esterno.

Tale processo, infatti, tende a razionalizzare e ottimizzare i processi produttivi assegnando ad ogni articolazione aziendale una mission precisa e risorse necessarie per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Alcuni delle manovre effettuate in questo contesto, hanno visto la riconversione degli ospedali distrettuali e la riqualificazione degli ospedali per acuti. Inoltre, sono stati sperimentati nuovi approcci di organizzazione ospedaliera che sono ispirati a modelli per intensità di cura.

Per questo, sono stati aggregati i reparti con attività omogenee così da razionalizzare le risorse.

Si è ritenuto utile per la migliore conoscenza delle risorse umane procedere in una più analitica suddivisione per funzione e sesso, per i diversi ruoli.

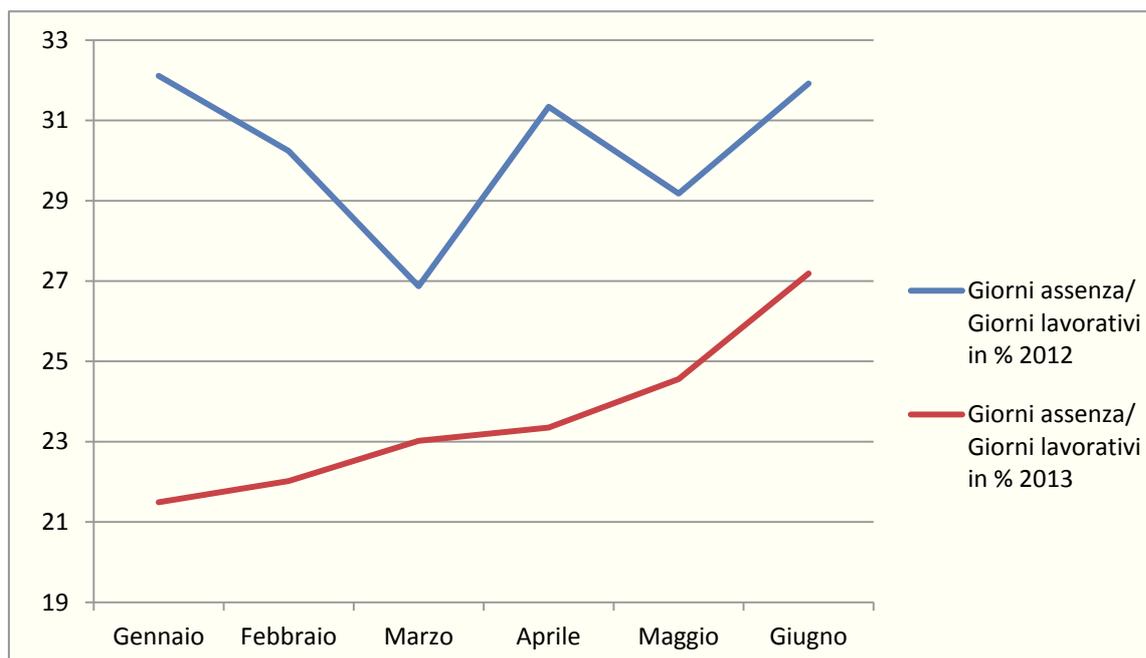
Tabella 2.14 : Risorse Umane Distinte per Sesso e Funzione al 2013

Funzione	Uomini	Donne
Infermieri	245	654
Operatore/Collaboratore/Assistente tecnico	57	89
Dietista	2	0
Dirigenti medici con alti incarichi professionali/Dirigenti medici struttura semplice e complessa	261	122

Dirigenti medici a tempo determinato	0	2
Tecnico prevenzione luoghi di lavoro	25	6
Coadiutore/collaboratore/assistente/amministrativo	74	98
Fisioterapisti	13	36
Tecnico di laboratorio/Biologi/Fisici/Chimici	24	31
Logopedista	1	7
Sociologo	5	6
Operatore Socio-Sanitario	49	147
Farmacisti	3	7
Assistente/Collaboratore Sanitario	7	16
Ausiliare specializzato	21	17
Veterinari	35	2
Assistenti sociali	8	29
Ingegneri dirigenti	3	0
Tecnico sanitario radiologia/neurofisiopatologia/ audiometrista	25	20
Psicologi	6	15
Personale contrattista indeterminato	6	0
Ostetrici	1	28
Educatori professionali	2	2
Ortottista oftalmologia	1	1
Commesso/commessa	4	2
Programmatore	1	0
Igienista dentale	0	1

Continuando l'analisi, un altro aspetto da considerare, sono i tassi di assenza per i primi sei mesi del 2012 e del 2013 e, come possiamo rilevare dal grafico, abbiamo un trend molto diverso. In particolare, la media di questi valori è 30,27% per il 2012 e, 23,60% per il 2013. Questa analisi deve considerare che nella ASM, il totale del personale nei due anni considerati, e conseguentemente il totale dei giorni lavorativi sono in decrescita nel 2013.

Grafico 2.5 : % Dei Gg Di Assenza/Lavorativi per i primi sei mesi del 2012 e 2013.



L'assistenza territoriale viene sostanzialmente assicurata attraverso dei poliambulatori a gestione diretta con la presenza di specialisti convenzionati, mentre le cure primarie vengono assicurate attraverso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nonché a mezzo del servizio di continuità assistenziale. La consistenza numerica di tali rapporti viene riassunta nel grafico che segue, nella quale sono stati inclusi anche i medici per la medicina penitenziaria e l'emergenza sanitaria.

Grafico 2.6 : Personale in Convenzione 2011 e 2012.

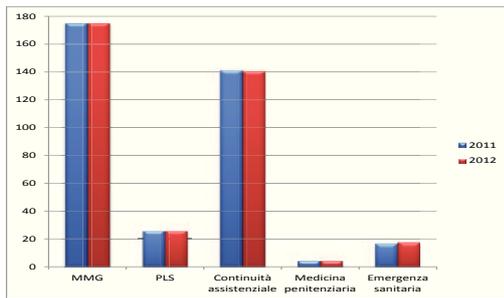


Tabella 2.16 : Personale in Convenzione 2011 e 2012.

	2011	2012
MMG	175	175
PLS	25	25
Continuità assistenziale	141	140
Medicina penitenziaria	4	4
Emergenza sanitaria	16	17



3. Il Rendiconto Economico

3.1 Il Bilancio di esercizio

Il bilancio dell'Azienda fornisce informazioni utili sia per i soggetti esterni che per i soggetti interni all'Azienda. Nel presente capitolo si vogliono presentare i dati contabili in modo da illustrare, ai diversi portatori di interesse ed utilità, le modalità di gestione e utilizzo delle risorse che l'Azienda ha implementato per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento. Nello specifico si è deciso di riportare una sintesi di dati relativi alle voci di ricavi e costi ovvero una riclassificazione del conto economico a valore aggiunto e i costi per investimento che dovrebbero avere una ricaduta immediata e diretta sui cittadini. In ultimo viene riportata una sezione in cui si illustrano gli indici di bilancio che permettano di osservare lo stato di benessere dell'Azienda e i provvedimenti intrapresi per ricondurre la gestione in equilibrio.

Il bilancio di esercizio 2012, è stato predisposto secondo le disposizioni del D. Lgs.118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile ed ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione.

La valutazione delle voci di bilancio è stata fatta ispirandosi ai principi di prudenza e competenza, tenendo conto della funzione economica dell'elemento attivo e passivo considerato e nella prospettiva della continuazione dell'attività.

3.2 Analisi dei dati del bilancio di esercizio

L'esercizio 2012 dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico si è chiuso evidenziando un disallineamento negativo tra i ricavi ed i costi pari a 2,7 milioni di euro, in netta riduzione rispetto al consuntivo dell'anno precedente per circa 16 milioni di euro, pari al -85%. Tale risultato, conseguito in meno di un anno e ad invarianza di risorse assegnate, stigmatizza gli effetti derivanti da una strategia di grande rigore sotto il profilo economico e finanziario, messa in atto dall'Azienda nel corso del 2012. Si è assistito ad una considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi e del deficit economico che ha storicamente gravato sulle gestioni precedenti, attestandosi su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere la tenuta del sistema a livello aziendale e regionale. I principi ispiratori delle azioni di risanamento sono stati caratterizzati non solo da una spinta alla razionalizzazione dei costi, in particolare quelli per i servizi non sanitari, ma anche e soprattutto da un innalzamento dei livelli di appropriatezza come strumento di garanzia di una maggiore qualità dell'assistenza sanitaria e impiego ottimale delle risorse. Nello specifico si è avviata una capillare attività di monitoraggio dei costi aziendali così da individuare i possibili margini di razionalizzazione delle economie lasciando invariata l'efficacia dei servizi. Le scelte gestionali sono state orientate ad un forte contrasto ad ogni spesa, investimento, prestazione,

servizio al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema di offerta dei servizi, dei comportamenti professionali, e più in generale delle modalità di approccio agli interventi rispetto alle comunità di riferimento, in grado di fornire concrete risposte all'annoso conflitto tra limitatezza delle risorse disponibili e garanzia dei diritti da tutelare. E' necessario sottolineare come l'azione di risanamento aziendale sia stata in qualche modo agevolata da alcune leve normative vigenti nel periodo di competenza (vedesi tabella a seguire).

Tabella 3.1 : Elaborazione Propria- Fonte Normative

Normativa	Principali Novità Introdotte
Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, definito "Spending Review", ad oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con l'invarianza dei servizi ai cittadini", convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135,	Obbligo di rideterminazione degli importi e delle prestazioni previsti nei singoli contratti di appalto in essere per la fornitura di beni e servizi, esclusi i farmaci, con una riduzione nella misura del 5%, a partire dal mese di luglio 2012
	Obbligo di rinegoziazione dei contratti con i fornitori nel caso di significativi scostamenti (20%) rispetto ai prezzi di riferimento, con possibilità di recesso da parte delle Aziende Sanitarie
	Riduzione dello 0,5% rispetto al 2011 degli importi e dei corrispondenti volumi di prestazioni per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera
Leggi Regionali n. 17/2011 e n. 16/2012	Introduzione obbligatoria dei ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e sulla farmaceutica convenzionata, avvenuta con la Legge Regionale n. 17/2011, con effetto a partire dal 1° ottobre 2011
	Riduzione dei tetti di spesa per le strutture private accreditate per l'assistenza specialistica e riabilitativa, prevista dalla Legge Regionale n. 17/2011
	Misure di contenimento della spesa per il personale dipendente, in tema di prestazioni aggiuntive, di partecipazione a commissioni, di rimborsi per missioni
	Blocco delle assunzioni del personale dipendente, con deroga nel limite massimo del 30% della spesa del personale cessato dal servizio durante l'anno precedente, previsto dall'art. 20 della L.R. 16/2012

Prima di soffermarsi sull'analisi delle risultanza contabili si offre un quadro comparativo del bilancio d'esercizio 2012 con il consuntivo 2011 e con il

preventivo 2012. A tal proposito è necessario precisare che il bilancio di previsione 2012, predisposto alla fine del 2011, è stato definito dalla Direzione Strategica vigente in quel periodo, secondo logiche e strategie differenti rispetto a quelle dell'attuale Top Management, che di fatto ne hanno determinato le risultanze contabili epilogate nel bilancio d'esercizio 2012.

Tabella 3.2 : Quadro Comparativo (Fonte originaria: conto economico consuntivo 2011 e 2012 - ASM)

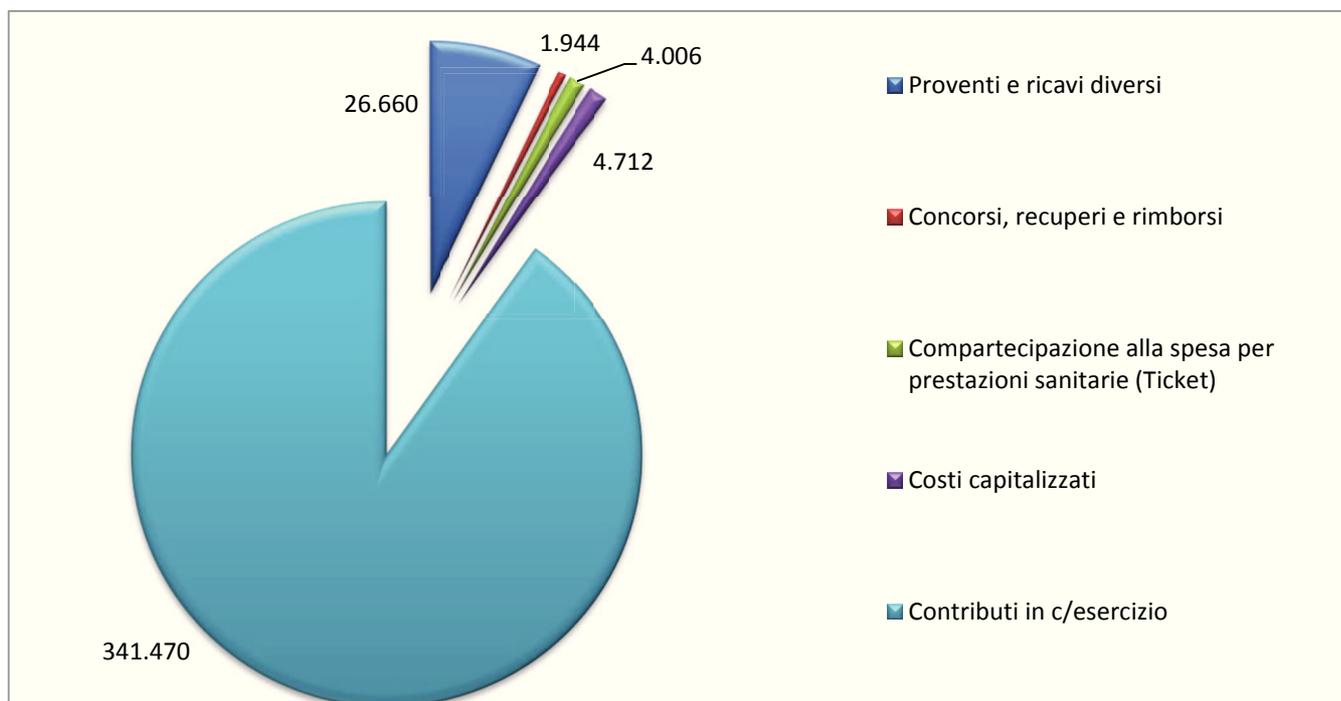
Migliaia di euro	consuntivo 2011	preventivo 2012	consuntivo 2012	Scostamento cons.'12 - cons.'11		Scostamento cons.'12 - prev.'12	
Valore della produzione	374.748	374.165	378.796	4.048	1,08%	4.631	1,24%
Costi di produzione	386.070	365.475	375.327	-10.743	-2,78%	9.852	2,70%
Proventi e oneri finanziari	9	-100	19	10	119,77%	119	-119,00%
Proventi e oneri straordinari	1.122	0	1.932	810	72,20%	1.932	
Imposte e tasse	8.504	8.590	8.128	-376	-4,42%	-462	-5,38%
Risultato d'esercizio	-18.696	0	-2.708	15.988	-85,52%	-2.708	

La quota corrente per il 2012, pari a 339 milioni di euro, è rimasta invariata rispetto all'anno precedente.

Ricavi

Nel 2012 il valore della produzione, pari complessivamente a circa 379 milioni di euro, ha evidenziato un incremento rispetto all'anno precedente per complessivi 4 milioni di euro, pur in presenza di una sostanziale stabilità della quota del Fondo sanitario ripartito dalla Regione Basilicata - F.S.R.. La principale voce di ricavo è rappresentata dalla quota di F.S.R. . Nello specifico per il 2012 tale fondo è pari al 89,72% del valore della produzione, mentre la seconda voce di entrata è individuabile nei *Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria* pari al 6,89 % del valore di produzione mentre la terza fonte di entrata è identificabile con i ticket sanitari.

Grafico 3.1 : Valore della produzione 2012 in Migliaia di euro (Fonte: Conto Economico Consuntivo 2011 e 2012 – ASM)



Il suddetto incremento è stato determinato fondamentalmente da:

- aumento della mobilità sanitaria attiva, con riferimento specifico alla componente extraregionale, per circa 2 milioni di euro, riferita in special modo alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, che hanno fatto registrare un maggiore ricavo per circa 1,5 milioni di euro, ed in minor misura a quelle ospedaliere, il cui incremento è stato di circa 0,5 milioni di euro;
- aumento dei proventi per rimborsi dei costi effettuati dalla Fondazione Don Gnocchi, in ottemperanza alle clausole contrattuali che disciplinano il rapporto di convenzione con la suddetta struttura, per i servizi di convivenza, ristorazione degenti ed ausiliariato, sostenuti dall’Azienda, per l’espletamento delle attività del Polo Riabilitativo di Tricarico, per un importo pari ad oltre 1 milione di euro; tale aumento deriva dalla mancata contabilizzazione dei suddetti rimborsi nell’anno precedente, con la conseguente rilevazione di sopravvenienza attiva nel bilancio 2012;
- aumento dei ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi, per un valore complessivo pari a 0,6 milioni di euro, nell’ambito del quale si compensano algebricamente gli incrementi e i decrementi delle singole voci in cui l’aggregato considerato si compone; tra gli incrementi

considerati spicca quello relativo ai proventi ricevuti dalle aziende farmaceutiche per Pay Back, pari a 1,3 milioni di euro;

- aumento della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie, pari a 0,5 milioni di euro, pari al + 19%, determinato dall'introduzione del ticket sulle prescrizioni specialistiche ambulatoriali già a partire dal mese di ottobre 2011.

Costi

I costi di produzione esposti nel bilancio d'esercizio 2012 hanno evidenziato rispetto all'anno precedente un decremento di 10,7 milioni di euro, pari al - 2,8%.

inserirei una colonna indicante l'incidenza della componente di costo esaminata sul totale dei costi della produzione

Tabella 3.3 : Costi della Produzione 2012 (Fonte: Conto economico consuntivo 2011 e 2012 - ASM)

Costi Della Produzione (Migliaia Di Euro)		Incidenza
Acquisti di beni	41.877	11.08
Acquisti di Servizi	199.058	52.67
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	4.688	1.24
Godimento di beni di terzi	3.579	0.94
Personale	117.484	31.09
Oneri diversi di gestione	1.246	0.32
Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	30	7.93
Ammortamento dei fabbricati	2.552	0.67
Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	5.129	1.35
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	33	8.73
Variazione delle rimanenze	-90	-23.81
Accantonamenti tipici dell'esercizio	2.293	0.60
Totale al netto degli Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	375.327	99.32
Totale	377.879	

Le voci principali di costo sono rappresentate dagli acquisti di servizi e dal personale pari rispettivamente al 47% e al 31 % del costo della produzione. La riduzione dei costi di produzione ha interessato, sebbene con percentuali

differenti, un po' tutte le macro-voci in cui gli stessi si articolano, così come di seguito rappresentato.

Tabella 3.4 : Elaborazione propria della Riduzione dei Costi (Fonte: Relazione di Gestione 2012 , Delibera 735 del 21 giugno 2013)

Tipologia Di Costi		Variazione rispetto all'esercizio precedente	Principali Cause/ Azioni Intraprese	
Macro-voce	Micro-voce			
Acquisti di beni	Tot.	-4,8%,	Decremento del costo dei materiali di consumo ad uso sanitario e non	Riduzione nella misura del 5%, a partire dal mese di luglio 2012, in applicazione del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95
	<i>Beni sanitari</i>	-2,5%,	Riduzione del costo sia dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, sia soprattutto, dei dispositivi medici	Monitoraggio della rispondenza delle richieste dei farmaci alle indicazioni del prontuario terapeutico ospedaliero approvato dalla Commissione Farmaco – Terapeutica Aziendale. Monitoraggio dei prodotti scaduti al fine di una razionalizzazione della gestione delle scorte e di una minimizzazione dei farmaci scaduti. Incentivazione dell'uso di farmaci biosimilari in grado di garantire, a parità di efficacia terapeutiche, condizioni economiche più vantaggiose per l'Azienda
	<i>Beni non sanitari</i>	-51,%,	Razionalizzazioni di tutti i consumi di beni sanitari	Esternalizzazione del servizio di mensa per i degenti dell'ospedale di Policoro e per gli emodializzati di Tinchi. Effettivo contenimento dei consumi per supporti informatici e differente appostazione contabile degli stessi costi nella voce elaborazione dati, che conseguentemente ha fatto registrare un incremento di pari importo rispetto all'anno precedente.

Acquisti di servizi	Tot.	-1,6%	Decremento del costo degli acquisti dei servizi sanitari, ed in misura maggiore dal decremento del costo dei servizi non sanitari	
	<u>Servizi sanitari</u>	-0,7%	Medicina di base: riduzione del costo del 2,2%	Medicina di base: riduzione dell'assistenza per MMG e PLS
			Assistenza Farmaceutica: riduzione pari al -13%	Sono state attuate le misure previste dalle D.G.R. n. 1051/2010 e n. 575/2007, oltre che dalla Direttiva Vincolante sulla governance della farmaceutica territoriale di cui alla D.G.R. 138/2012 con riferimento specifico a: regolamentazione delle prescrizioni; incremento dell'impiego dei farmaci equivalenti, etc. Audit con clinici prescrittori, con Direttori della Farmacia territoriale e Ospedaliera, MMG e PLS
			Assistenza Riabilitativa: decremento pari al -5,1%	Aumento del costo della mobilità specialistica passiva intra-regionale e riduzione del costo per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate
			Prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria: riduzione 33,1%.	La riduzione rilevata ha riguardato esclusivamente la mobilità intra-regionale, essendo rimasto sostanzialmente invariato il costo dell'ADI.

	<u>Servizi non sanitari</u>	-8,7%,	Riduzione nella misura del 5%, a partire dal mese di luglio 2012, in applicazione del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95	
Costi del personale dipendente	Tot	-4,3%		Blocco delle assunzioni del personale dipendente, con deroga nel limite massimo del 30% della spesa del personale cessato dal servizio durante l'anno precedente, previsto dall'art. 20 della L.R. 16/2012 Ridotte al minimo le prestazioni aggiuntive, concesse per sopperire alla carenza di personale, così come sono stati soppressi i compensi aggiuntivi per la partecipazione a commissioni, concorsi, ai sensi e per gli effetti della L.R. 17/2011. Ridotte le indennità di missione nella misura del 60% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009, ai sensi dell'art. 19 della L.R. 16/2012.

Mobilità attiva e passiva

Una considerazione da farsi a commento dell'analisi dei costi e dei ricavi e che va estrapolata, in quanto non emerge in maniera diretta, riguarda il saldo della mobilità sanitaria extra ed intra regionale determinato come differenza tra i costi della mobilità passiva ed i ricavi della mobilità attiva, riportati nelle rispettive voci del bilancio 2012.

Il primo, che si riferisce per competenza economica al 2011, evidenzia un peggioramento rispetto all'anno precedente, pari a circa 2,6 milioni di euro, derivante da un significativo incremento della mobilità passiva, pari a 4,5 milioni di euro, che ha interamente assorbito l'aumento di circa 1,9 milioni di euro registrato della mobilità attiva.

Tabella 3.5 : Mobilità Sanitaria Extraregionale ASM (Fonte: Relazione di gestione 2012 - ASM)

Mobilità Sanitaria Extraregionale ASM	Scostamento 2011 - 2010 (€/000)		
	Attiva	Passiva	Saldo
Ricoveri	428	2.362	-1.934
Medicina generale	-22	-5	-17
Specialistica ambulatoriale	1.455	565	891
Farmaceutica	-60	112	-171
Cure termali	0	-7	7
Somministrazione diretta farmaci	-11	181	-191
Trasporto con ambulanza ed elisoccorso	-55	26	-81
Residui manicomiali	0	80	-80
Emocomponenti	158	0	158
Altro	0	1.249	-1.249
Totale	1.893	4.563	-2.667

Con riferimento al saldo di mobilità intra-regionale nel 2012 si è registrato un lieve peggioramento pari a 927 mila euro, derivante dall'aumento della migrazione passiva all'interno della Regione pari a poco più di 1 milione di euro, che ha assorbito interamente il modestissimo incremento della mobilità attiva intra-regionale, pari a 90 mila euro.

Tabella 3.6 : Mobilità Sanitaria Intra-regionale ASM (Fonte: Relazione di gestione 2012 - ASM)

Mobilità Sanitaria Intra-Regionale ASM	Scostamento 2012 -2011 (€/000)		
	Attiva	Passiva	Saldo
Ricoveri	-6	20	-26
Hospice	-31	-110	79

Medicina generale	0	1	-1
Specialistica ambulatoriale	23	551	-528
Farmaceutica	-52	29	-81
Cure termali	0	7	-7
Somministrazione diretta farmaci	62	188	-126
Trasporti sanitari	37	14	23
Assistenza psichiatrica	0	-63	63
Medicina trasfusionale	8	5	3
Assistenza riabilitativa	49	132	-83
Assistenza DCA	0	243	-243
Totale	90	1.017	-927

3.3 Gli investimenti aziendali

Si è ritenuto opportuno fornire una rappresentazione unitaria di tutti gli investimenti effettuati dall'Azienda, senza operare una distinzione netta tra assistenza ospedaliera, assistenza territoriale e prevenzione, in virtù del fatto che la maggior parte degli stessi riguarda l'Azienda nel suo complesso o articolazioni di essa che erogano indistintamente le suddette tipologie di assistenza.

Si riportano di seguito i prospetti riepilogativi relativi agli investimenti effettuati nel 2012 dalla ASM, facendo distinzione tra i beni mobili ed immobili, nell'ambito della programmazione aziendale degli investimenti nel settore sanitario e socio – sanitario.

Tabella 3.7 : Elaborazione Propria Investimenti Beni Mobili- 2012 - (Fonte: Relazione di gestione - ASM)

Fonte Di Finanziamento	Ubicazione	Classificazione	Quantità	Importo (€)	Quota Contributo (€)
D.G.R. n. 2677 del 21/12/2005 avente ad oggetto: <i>"Fondi per gli interventi definiti in attuazione del D.lgs. n.</i>	Servizio di Pronto Soccorso - P.O. Matera Servizio di	Attrezzature sanitarie Elaboratori elettronici e pc Terminali e	149	470.121	470.121

254 del 28.7.2000 (Libera Professione Intramoenia) - individuazione degli interventi per investimenti nel parco tecnologico delle aziende sanitarie regionali"	Radiologia - P.O. Matera Servizio di Senologia - P.O. Matera Altro	stampanti Altro			
D.G.R. n. 2676 del 21/12/2005 avente ad oggetto: "Fondi per le aree sottoutilizzate di cui alla Delibera CIPE n. 35/2005 - Individuazione degli interventi da finanziare ai sensi della D.G.R. n. 1960 del 30/09/2005 per investimenti del parco tecnologico delle Aziende Sanitarie Regionali"	Direzione Sanitaria - Ospedale di Stigliano Radiologia - Ospedale Policoro	Mobili, arredi ed attrezzature d'ufficio attrezzature sanitarie	15	1.439.150	1.439.150
D.G.R. n. 2178 del 29/12/2008 avente ad oggetto: "Potenziamento dei laboratori di analisi cliniche per gli adempimenti previsti dal testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"	S.E.R.T.	Attrezzature Sanitarie	1	6.958	6.958
Fondi propri	Direzione Sanitaria - P.O. Matera Distretto di Irsina Altri	Attrezzature sanitarie Elaboratori elettronici e pc Terminali e stampanti Altro	604	545.132	
Totale			769	2.461.361	1.916.229

Tabella 3.8 : Elaborazione Propria Investimenti Beni Immobili 2012 - (Fonte: relazione di gestione – ASM)

	Costo Complessivo	Importo Già Speso Su Costo Complessivo Al 31/12/2012
Affidamenti dei lavori a cottimo affidati tra l'anno 2010 , anno 2011 e 2012	735.408,45	€ 280.894,02
Fonte Di Finanziamento	Ubicazione	Importo
Interventi Conclusi		
EX ART. 20 L. 67/88	DISTRETTO SANITARIO DI IRSINA	€ 187.603,99
EX ART. 20 L. 67/88	DISTRETTO SANITARIO DI TRICARICO	€ 294.380,43
EX ART. 20 L. 67/88	CASA FAMIGLIA DI TRICARICO	€ 309.874,14
EX ART. 20 L. 67/88	DISTRETTO SANITARIO DI TRICARICO	€ 174.179,73
EX ART. 20 L. 67/88 - fondi ASM	DISTRETTO SANITARIO DI BERNALDA	€ 305.000,00
FONDI ASM	DISTRETTO SANITARIO DI BERNALDA	€110.000,00
EX ART. 20 L. 67/88	POLIAMBULATORIO C/O SEDE ASM - MATERA - VIA MONTESCAGLIOSO	€ 232 405,60
EX ART. 20 L. 67/88	IMPIANTO FOTOVOLTAICO C/O SEDE ASM - MATERA - VIA MONTESCAGLIOSO	€ 1.300.000,00
FONDI REGIONALE DGR 79/08	P. O. DI STIGLIANO	€ 700.000,00
€ 86996,00 FONDI REGIONALI CONTRIBUTI IMP. FOTOVOLTAICI ED € 49404,95 BENI AMMORTIZZABILI A VALENZA PLURIENNALE	IMPIANTO FOTOVOLTAICO DI POLICORO	€ 124.280,00
Interventi Ancora In Corso		
Fonte di finanziamento	Ubicazione	Importo
EX ART. 20 L. 67/88	PRESIDIO OSPEDALIERO DI TRICARICO	€ 8.624.830,20
EX ART. 20 L. 67/88 - fondi ASM	IMPIANTO FOTOVOLTAICO C/O SEDE ASM - MATERA - VIA MONTESCAGLIOSO	€ 3.261.425,31

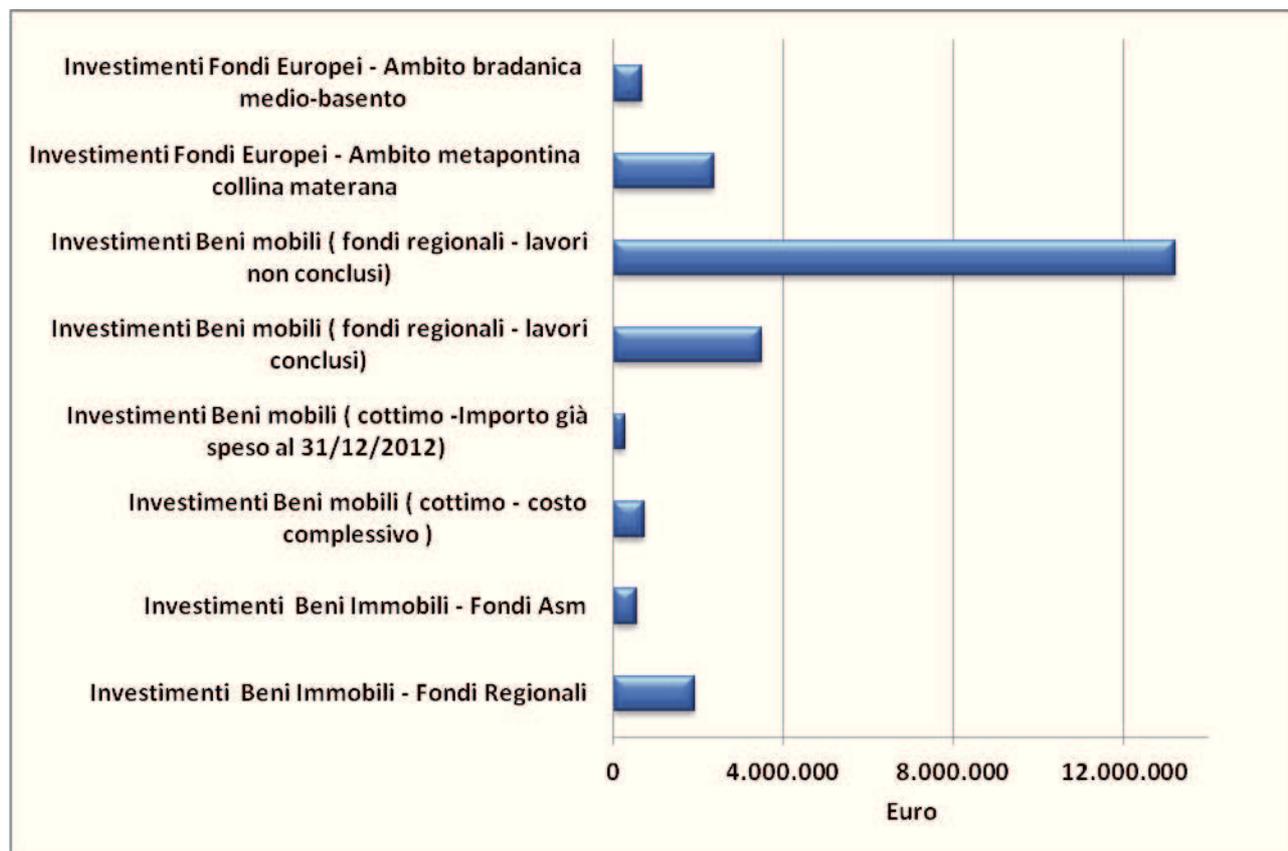
EX ART. 20 L. 67/88	DISTRETTO SANITARIO DI MATERA - EX CENTRO DI MEDICINA SOCIALE - VIA L. BATTISTA	€ 723.040,00
FONDI REGIONALI DRG 78/2008 - DET REGIONALE 72AE/D959 DEL 25/11/2088 - DET. REGIONALE 72AE,2010/D00488 DEL 22/06/2010	SERVIZIO PSICHIATRICO CON ANNESSA DEGENZA PENITENZIARIA	€ 603.842,000

Infine si fornisce l'elenco riepilogativo con lo stato di avanzamento dei PROGETTI POIS PO FERS 2007 – 2013

Tabella 3.9 - Elaborazione Propria - PROGETTI POIS PO FERS 2007 – 2013 - (Fonte: Relazione Di Gestione - ASM)

Fonte Di Finanziamento	Ubicazione	Importo
Ambito Metapontina Collina Materana (Dgr 1406/2010)		
FONDI POIS (COMUNITA' EUROPEA)	DISTRETTO SANITARIO DI CALCIANO	€ 90.300,00
	ELISUPERFICIE E PTS DI TRICARICO	€ 33.500,00
	DISTRETTO SANITARIO DI TRICARICO	€ 950.000,00
	DISTRETTO SANITARIO DI POMARICO	€ 91.000,00
	DISTRETTO SANITARIO DI GROTTOLE	€ 45.200,00
	CASA ALLOGGIO DI GRASSANO	€ 489.000,00
	DISTRETTO SANITARIO DI IRSINA	€ 367.000,00
	DISTRETTO SANITARIO DI SALANDRA	€ 27.000,00
	DS DI FEFFANDINEA E PTS	€ 131.500,00
	DS DI GARAGUSO	€ 63.000,00
	DS DI OLIVETO LUCANO	€ 91.000,00
Ambito Bradanica Medio-Basento (Dgr 1408/2010)		
FONDI POIS (COMUNITA' EUROPEA)	STIGLIANO	€ 210.000,00
	DS COLOBRARO	€ 50.000,00
	DS TINCHI	€ 180.000,00
	CA COLOBRARO	€ 50.000,00
	CA MONTALBANO J.	€ 100.000,00
	DS TURSI	€ 50.000,00
	DS VALSINNI	€ 50.000,00

Grafico 3.1 : Elaborazione propria - Investimenti - Anno 2012 (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)



3.4 I rapporti con i fornitori

L'approvvigionamento di beni e servizi viene effettuato sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente (D.lgs. 163/2006) che prevede: la libera concorrenza, la non discriminazione, la parità di trattamento. I dati relativi ai bandi di gara e contratti attivati sono consultabili sul sito internet dell'Azienda. La pubblicazione avviene nel rispetto degli indirizzi dettati dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 Marzo 2013 n.33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni". Nello specifico:

- i bandi e gli avvisi sono pubblicati sul sito aziendale <http://www.asmbasilicata.it/appalti/gare.htm> sino alla data di scadenza degli stessi;
- gli esiti di gara sono consultabili sul sito aziendale a <http://www.asmbasilicata.it/appalti/esiti.htm>.

Inoltre, il controllo sulle imprese viene effettuato ai sensi degli art. 11/8 e 38/3 del d.lgs. 163/06, e nello specifico:

- documento di regolarità contributiva (durc) agli enti inps, inail e cassa edile;
- certificato del casellario giudiziale (art. 21 dpr 313/2002);
- certificato anagrafe sanzioni amministrative dipendenti da reato casellario giudiziario (art. 39 e 31 dpr 313/2002);
- certificato di osservanza dell'art. 17 l. 68/99;
- certificato di applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della legge dicembre 1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575;
- certificato di pagamento delle imposte e delle tasse;
- certificato della camera di commercio.

L'azienda ha adottato un regolamento che disciplina le modalità, i limiti e le procedure per l'acquisizione ed esecuzione dei **lavori in economia**. L'esecuzione in economia può avvenire: in amministrazione diretta; a cottimo fiduciario; con sistema misto (cottimo parziale). La spesa per i singoli affidamenti in economia non può essere superiore ai valori indicati all'art. 125 del Codice. Sono eseguibili in economia, ai sensi dell'art. 125 c 6 del Codice: le manutenzioni o le riparazioni di opere e di impianti richieste da eventi imprevedibili quando non sia possibile ricorrere alle ordinarie procedure di appalto indicate dal Codice; le manutenzioni di opere e impianti; le manutenzioni o le riparazioni di apparecchiature elettromedicali e non; gli interventi non programmabili in materia di sicurezza; il lavoro che non possono essere differiti dopo l'infruttuoso esperimento di procedure di gara; i lavori necessari per la compilazione di progetti; il completamento di opere o impianti a seguito di risoluzioni di contratto o in danno dell'appaltatore inadempiente, quando vi è la necessità ed urgenza di completare i lavori.

Il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata con apposito incontro, tenutosi in data 20 maggio 2013 ha invitato i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere a porre in essere ogni utile azione tesa a ridurre i tempi tecnici di liquidazione intervenendo in modo sistematico sui sistemi di trasmissione dei documenti contabili secondo quanto previsto dal D.lgs. 192/1202 a "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002 n. 231 per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180" (GU n.267 del 15-11-2012). A tal proposito l'ASM ha provveduto, con Delibera del Direttore Generale n. 678 del 2013 - Procedure amministrativo-contabili per il pagamento ai fornitori, ad approvare le procedure amministrativo - contabili di acquisizione, registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture dei fornitori dell'azienda. Vengono, inoltre, individuati i relativi uffici responsabili e indicati i tempi massimi per ogni

rispettiva fase del procedimento, così come esplicitato nella seguente tabella.

Tabella 3.10 : Elaborazione Propria- Tempi Di Pagamento Dei Fornitori (Fonte: *Delibera del Direttore Generale n. 678 del 2013 - Procedure amministrativo-contabili per il pagamento ai fornitori- ASM*)

Step	Flusso Pagamento Fornitori	Tempi (gg)
1	Ricezione fatture al protocollo e trasmissione delle stesse all'U.O. Economato - Provveditorato (ufficio registrazioni fatture)	3
2	Registrazione fatture da parte U.O. Economato - Provveditorato e invio fatture all'U.O. di riferimento	11
3	Liquidazione fatture da parte dell'U.O. di riferimento: redazione determina e/o delibera con allegato D.U.R.C valido e trasmissione bozza determina di liquidazione all'U.O. Gestione Risorse Finanziarie	13
4	Acquisizione documento di liquidazione ed apposizione visto di corretta imputazione contabile da parte dell'U.O. Gestione Risorse Finanziarie e trasmissione alla Direzione Amministrativa per visura	3
5	Controllo della Direzione Amministrativa e trasmissione alla segreteria generale per la registrazione e la pubblicazione	3
6	Numerazione e pubblicazione della determinazione e/o deliberazione e trasmissione dell'atto alla U.O. Economato e Provveditorato	2
7	Acquisizione dell'atto da parte dell U.O. Economato - Provveditorato (ufficio registrazioni fatture). Verifica correttezza ordine/conto e trasmissione all' U.O. Gestioni Risorse Finanziarie	8
8	Acquisizione dell'atto da parte della U.O. Gestione Risorse Finanziarie ed emissione mandato di pagamento e firma dello stesso previa verifica Equitalia. Trasmissione mandati di pagamento alla Direzione Amministrativa per la firma	5
9	Firma dei mandati da parte della Direzione Amministrativa e rinvio degli stessi alla U.O. Gestione Risorse Finanziarie	2
10	Ritorno dei mandati alla U.O. Gestione Risorse Finanziaria e trasmissione degli stessi al Tesoriere per il pagamento	2
11	Pagamento dopo tre giorni lavorativi	3
Totale giorni		55

La Regione Basilicata e di conseguenza le Aziende Sanitarie ed ospedaliere della regione non sono beneficiarie dei contributi statali per il pagamento dei debiti pregressi. L'Azienda ha provveduto a regolarizzare tutte le passività al 31.12.2012 entro il 15.09.2013 ed ha accelerato la tempistica dei pagamenti grazie anche al modello adottato con suindicata deliberazione. L'Azienda non ha attivato l'anticipazione di cassa presso il Tesoriere. Non vi sono fatture giacenti se non di uso corrente. Le fatture liquidate vengono pagate in max. 3/4 giorni.

3.5 L'analisi economica per livelli di assistenza

Con riferimento all'elaborazione del modello LA, che rappresenta una riclassificazione del modello CE, e quindi del bilancio aziendale, per singoli Livelli Essenziali di Assistenza, nel corso del 2012, l'Azienda ha avviato, di concerto con il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale della Regione Basilicata e con le altre aziende del S.S.R., un percorso di omogeneizzazione e miglioramento delle modalità operative e degli strumenti necessari per la sua redazione, in considerazione della crescente attenzione posta a livello di programmazione sia centrale che locale.

Nello specifico il modello LA fornisce importanti informazioni in ordine alla incidenza dei costi dei singoli livelli assistenziali sul totale dei costi, consentendo di valutare il posizionamento aziendale rispetto ai target stabiliti dagli indirizzi programmatici.

Si forniscono di seguito le elaborazioni dei prospetti riportanti i modelli LA relativi agli anni 2012 e 2011, espressi in migliaia di euro.

Grafico 3.2 : Incidenza Dei Costi Per Macro Livelli Di Assistenza (Fonte: Relazione di gestione 2012)

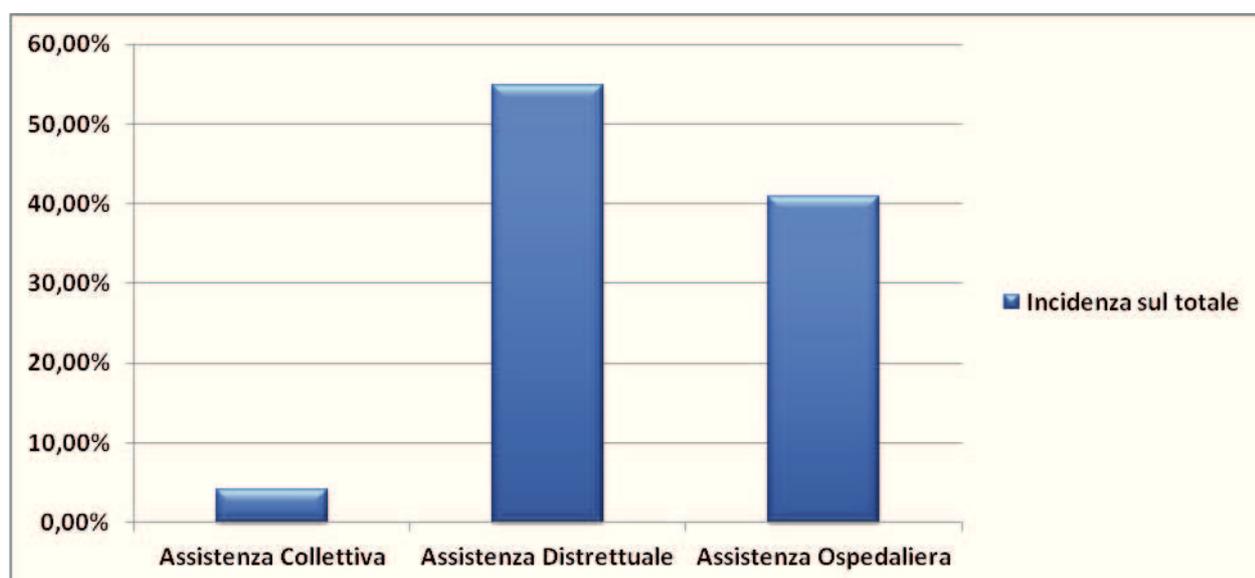


Tabella 3.11 : Elaborazione Propria - Costi Livelli Di Assistenza (Fonte: Relazione di gestione 2012)

Descrizione Livello	2011	2012	Scostamento 2012 -2011	Incidenza Sul Totale
Igiene e sanità pubblica	2.078	2.182	4,77%	0,58%
Igiene degli alimenti e della nutrizione	5.889	1.024	-475,10%	0,27%
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	2.020	2.172	7,00%	0,58%
Sanità pubblica veterinaria	1.359	5.204	73,89%	1,38%
Attività di prevenzione rivolte alle persone	13.903	3.249	-327,92%	0,86%
Servizio medico legale	-	1.981		0,53%
Sub Totale Assistenza Collettiva	25.249	15.812	-59,68%	4,20%
Guardia medica	10.173	9.769	-4,14%	2,60%
Medicina generica	16.464	15.511	-6,14%	4,12%
Pediatria di libera scelta	4.037	3.642	-10,85%	0,97%
Emergenza sanitaria territoriale	13.032	13.444	3,06%	3,57%
Assistenza farmaceutica tramite farmacie convenzionate	36.051	31.330	-15,07%	8,33%
Altre forme di erogazione dell'ass. farmaceutica	23.948	25.993	7,87%	6,91%
Assistenza Integrativa	6.687	8.108	17,53%	2,16%
Attività clinica	42.678	33.923	-25,81%	9,02%
Attività di laboratorio	10.640	12.233	13,02%	3,25%
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	13.040	17.134	23,89%	4,55%
Assistenza Protesica	5.297	5.721	7,41%	1,52%
Assistenza programmata a domicilio (ADI)	4.446	5.836	23,82%	1,55%
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	1.116	1.623	31,24%	0,43%
Assistenza psichiatrica	1.846	1.471	-25,49%	0,39%
Assistenza riabilitativa ai disabili	15.237	6.579	-131,60%	1,75%
Assistenza ai tossicodipendenti	2.316	2.106	-9,97%	0,56%
Assistenza agli anziani	191	188	-1,60%	0,05%
Assistenza ai malati terminali	-	-		
Assistenza a persone affette da HIV	-	-		
Assistenza psichiatrica	448	344	-30,23%	0,09%
Assistenza riabilitativa ai disabili	6	4	-50,00%	0,00%
Assistenza ai tossicodipendenti	-	-		
Assistenza agli anziani	-	-		
Assistenza a persone affette da HIV	-	-		
Assistenza ai malati terminali	-	-		

Assistenza psichiatrica	5.255	5.299	0,83%	1,41%
Assistenza riabilitativa ai disabili	436	2.928	85,11%	0,78%
Assistenza ai tossicodipendenti	922	759	-21,48%	0,20%
Assistenza agli anziani	362	-		
Assistenza a persone affette da HIV	-	-		
Assistenza ai malati terminali	1.203	1.593	24,48%	0,42%
Assistenza Idrotermale	761	791	3,79%	0,21%
Sub Totale Assistenza Distrettuale	216.592	206.329	-4,97%	54,85%
Attività di pronto soccorso	8.578	6.781	-26,50%	1,80%
Day Hospital e Day Surgery	17.524	24.597	28,76%	6,54%
Degenza ordinaria	124.385	117.102	-6,22%	31,13%
Interventi ospedalieri a domicilio	314	224	-40,18%	0,06%
Ass. ospedaliera per lungodegenti	4.906	5.004	1,96%	1,33%
Ass. ospedaliera per riabilitazione	6.167	2.092	-194,79%	0,56%
Emocomponenti e servizi trasfusionali	2.163	3.817	43,33%	1,01%
Trapianto organi e tessuti	1.125	1.184	4,98%	0,31%
Sub Totale Assistenza Ospedaliera	165.162	160.801	-2,71%	40,95%
TOTALE	395.657	382.942	-3,32%	

Il raffronto tra i modelli LA, da cui emerge immediatamente la riduzione dei costi complessivi sostenuti dall'Azienda nel 2012 rispetto all'anno precedente, pari a circa 12,5 milioni di euro, evidenzia un leggero mutamento della composizione dei costi per livello assistenziale, verso il raggiungimento del target stabilito dalla programmazione regionale e nazionale.

Nello specifico:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro passa da un'incidenza del 3,6% sul totale dei costi nel 2011, al 4,1 del 2012, avvicinandosi al 5% che costituisce il target di riferimento;
- l'assistenza distrettuale passa da un'incidenza del 54,7% sul totale dei costi nel 2011, al 53,9 del 2012, avvicinandosi al 51% che costituisce il target di riferimento
- l'assistenza ospedaliera passa da un'incidenza del 41,7% sul totale dei costi nel 2011, al 42,0 del 2012, avvicinandosi al 44% che costituisce il target di riferimento.

3.6 Gli indici di bilancio e obiettivi regionali

Si propongono di seguito alcuni indici di bilancio che offrono una sintesi della situazione economico patrimoniale della ASM.

Tabella 3.12 : Situazione Patrimoniale - Anno 2012 (Fonte: Delibera 735 Del 21 6 2013)

Attivo	€	Passivo	€
Immobilizzazioni nette	99.204.431	Patrimonio netto	63.401.134
Rimanenze	6.415.168	Fondi, rischi e oneri	4.720.537
Crediti	43.624.168	Premio oper. SUMAI	696.420
Disponibilità liquide	1.034.696	Debiti	81.365.835
Ratei e risconti attivi	10.067	Ratei e risconti passivi	105.243
Totale Attivo	150.289.168	Totale passivo	150.289.168
Conti d'ordine dell'attivo	13.711	Conti d'ordine del passivo	13.711

Tabella 3.13 : Situazione Economica - Anno 2012 (Fonte: Delibera 735 Del 21 6 2013)

Voce	€
Valore della produzione	378.797.798
Costi della produzione	375.327.345
Differenza tra valore e costo della produzione	3.470.453
Proventi e oneri finanziari	18.812
Proventi e oneri straordinari	1.930.834
Risultato prima delle imposte	5.420.099
Imposte e tasse	8.127.993
Perdita di esercizio	-2.707.894

Tabella 3.14 : Indici - Anno 2012 (Fonte: Delibera 735 Del 21.6.2013)

Indice	Modalità di calcolo	Valore del 2012	Descrizione
Equilibrio economico generale	(Risultato d'esercizio / valore della produzione) *100	-0,71	Indica il risultato di esercizio complessivo dell'azienda in relazione al valore della produzione ed esprime la sua capacità a raggiungere il pareggio di bilancio considerando la gestione. Il valore ottimale di tale indice è pari a 0.
Elasticità patrimoniale	Attivo corrente/ Attivo fisso	1,37	L'indicatore è espressivo della qualità della struttura degli investimenti. Una struttura dell'attivo composta in vai principale da investimenti fissi è indice di una maggiore rischiosità dell'azienda.

Spesa Farmaceutica

La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale sostenuta dalla ASM nel 2012 è composta dalle seguenti voci:

- Spesa netta Farmaceutica convenzionata;
- Distribuzione diretta farmaci fascia "A" in dimissione ospedaliera e a seguito di visita specialistica;
- Spesa di acquisto di farmaci;
- Oneri alle farmacie e ai distributori intermedi.

Se si considera che la quota del F.S.R. trasferita alla ASM per l'anno 2013 è pari a € 339.572.000,00, si deduce che l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sulla suddetta quota è pari al 13,08%.

Ai sensi della L.222/2007, tuttavia, la spesa farmaceutica convenzionata deve essere considerata al lordo del Ticket (pur non essendo una spesa effettivamente sostenuta dalla ASM) pari a € 4.416.123,93, che, pertanto, deve essere sommato alle precedenti voci di spesa.

Per quanto detto, il totale della spesa farmaceutica territoriale, compreso il Ticket ammonta a € 48.823.567,21, che rappresenta il 14,38% della quota del F.S.R. assegnato alla ASM.

Tabella 3.15 : Sistema degli obiettivi 2012 – 2013 assegnati alle ASL lucane
3.1.1. Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale

Definizione	Rispetto Del Tetto Massimo Di Spesa Farmaceutica Territoriale	
Criterio per la valutazione positiva	Tetto di spesa x Assistenza Farmaceutica Territoriale 13, 1 % del valore complessivo di riparto del fondo sanitario regionale assegnato all'azienda	
	FSR trasferito alla ASM dalla Regione anno 2012	€ 339.572.000,00
	Tetto di spesa x assistenza farmaceutica territoriale (13, 1 %)	€ 44.483.932,00
	Spesa farmaceutica territoriale della ASM anno 2012	€ 44.407.443, 28 pari a 13.08% vedi nota sotto
Fonte	Ufficio Risorse finanziarie del Dipartimento Salute	

Intervalli Di Raggiungimento Obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	SI		NO

Tabella 3.16 : Sistema Degli Obiettivi 2012 – 2013 Assegnati Alle ASL Lucane
3.1.2. Spesa farmaceutica territoriale pro capite

Definizione	Spesa Farmaceutica Territoriale Pro Capite	
Numeratore	Spesa farmaceutica convenzionata + spesa per la distribuzione diretta	43.992.957,25
Denominatore	Popolazione residente pesata	200.575
Formula matematica	Spesa farmaceutica convenzionata + spesa per la distribuzione diretta / Popolazione residente pesata	219,34
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione	E inclusa la mobilità intra-regionale E esclusa la mobilità extraregionale Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A	

Intervalli Di Raggiungimento Obiettivo	0%	50%	100%
Risultato	>250	Da 215 a 250	<215

La spesa farmaceutica territoriale pro – capite sostenuta dalla ASM nel 2012 ammonta a € 219,34, e si discosta lievemente dal raggiungimento del 100% del target stabilito dalla programmazione regionale, collocandosi nella fascia intermedia di raggiungimento dell'obiettivo pari al 50%.

Il costo della assistenza farmaceutica territoriale ha fatto registrare una notevole riduzione nel 2012 rispetto all'anno precedente, per effetto dell'introduzione del ticket sulle prescrizioni farmaceutiche, oltre che per le strategie di razionalizzazione della spesa e di ricerca dell'appropriatezza prescrittiva messe in campo dalla Azienda.

3.7 Proposte per la copertura del debito

Il quadro generale all'interno del quale si colloca la gestione dell'ASM nel 2012 è caratterizzato dal perdurare di una grave crisi economico – finanziaria che ha investito l'intera Nazione, contrassegnata da una crescita progressiva del debito pubblico, che ha imposto l'adozione di scelte di politica economica orientate fondamentalmente alla riduzione della spesa pubblica, da realizzare non in maniera generalizzata e diffusa, ma selettivamente, in considerazione della rilevanza sociale dei settori interessati e tenendo conto di tutti i possibili spazi di razionalizzazione da utilizzare per evitare di compromettere la quantità

e la qualità di servizi la cui erogazione costituisce diritto costituzionalmente garantito alla popolazione.

Rigore per lo sviluppo: tale slogan definisce il perimetro che ha orientato le strategie aziendali, indirizzate alla ricerca degli equilibri economici da rendere compatibile con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, solidaristico, equo. In tal senso il 2012 ha rappresentato certamente un anno di svolta nella gestione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, contrassegnata dal raggiungimento di apprezzabili risultati sotto il profilo economico – finanziario, che costituiscono la condizione indispensabile a garantire la sostenibilità del sistema e a creare le premesse per avviare una nuova stagione per la sanità della provincia materana.

Nei tre esercizi precedenti l'Azienda ha chiuso il proprio bilancio con perdite molto consistenti, pari a -23,7 milioni nel 2009, -23,6 milioni nel 2010 e -18,6 nel 2011, consolidando i propri costi su livelli che costituiscono inevitabilmente il punto di partenza della gestione 2012, caratterizzata dall'insediamento di una nuova Direzione Strategica rispetto al passato.

Alla luce di tali considerazioni appare evidente come la perdita evidenziata nel bilancio d'esercizio 2012, pari a -2,7 milioni di euro, sia riconducibile esclusivamente all'inevitabile condizionamento dei riflessi economici determinati dal consolidamento dei modelli gestionali ereditati dalle precedenti gestioni e dal conseguente livello su cui si sono assestati i costi aziendali, che ne costituiscono il presupposto strutturale oltre a fornire un'indispensabile chiave di lettura.

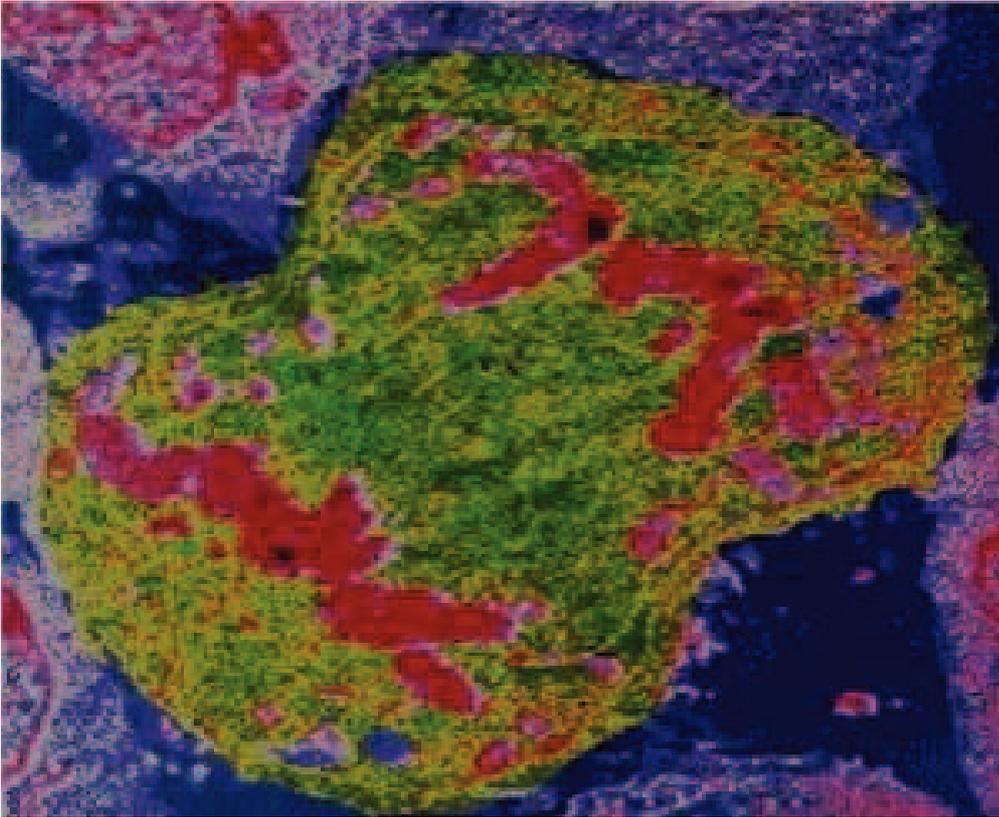
Gli sforzi intrapresi nel corso del 2012 sono stati finalizzati a ridurre il più possibile il livello dei costi consolidato negli anni precedenti, per contenere la perdita d'esercizio entro limiti compatibili con la tenuta del sistema, ed avviare un percorso virtuoso finalizzato al raggiungimento nel breve periodo del pareggio di bilancio.

Considerata l'entità abbastanza contenuta della perdita di esercizio 2012 da parte dell'ASM, e soprattutto l'azione di risanamento strutturale intrapresa da quest'Azienda, appare plausibile la possibilità di prevedere la copertura della stessa da parte della redditività aziendale negli esercizi futuri al netto di una forte instabilità che caratterizza intrinsecamente il settore sanitario e che potrebbe compromettere il perseguimento di tali impegni.

L'Azienda intende proseguire il percorso virtuoso avviato nel 2012, che ha portato al cospicuo ridimensionamento della perdita d'esercizio nel 2012, per giungere già a partire dall'anno prossimo al raggiungimento del pareggio di bilancio.

Il principio guida da porre alla base delle scelte gestionali deve rimanere: la lotta ad ogni forma di "anti-economicità" nell'ambito della gestione, intendendo

per anti-economicità ogni spesa, ogni investimento, ogni prestazione, ogni servizio, ogni operatore al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema di offerta dei servizi, dei comportamenti professionali, e più in generale delle modalità di approccio agli interventi rispetto alle comunità di riferimento, in grado di fornire concrete risposte all'annoso conflitto tra limitatezza delle risorse disponibili e garanzia dei diritti da tutelare.



4. Andamento della Produzione

4.1 Assistenza Ospedaliera

□ OSPEDALE DI MATERA

L'analisi dei dati effettuata, va contestualizzata nello scenario normativo e istituzionale. In particolare, la Regione è caratterizzata da una scarsità di risorse e dalla necessità di razionalizzare le linee produttive. Nel 2012, l'andamento dell'attività ospedaliera di Matera ha mostrato una invarianza dei ricoveri ordinari sia nel numero che nella qualità, una significativa riduzione del numero di DH (-43%), una riduzione del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali, pari al -6%, una riduzione in termini assoluti della mobilità ospedaliera attiva extraregionale (sia nel numero dei ricoveri importati (-8%) che nella relativa valorizzazione economica (-6%).

Attività Di Pronto Soccorso

Nel 2012 si è registrato rispetto al 2011 un lieve decremento del numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso, pari al -3% e tale riduzione è stata più significativa con riferimento ai codici gialli (-6%). Si rileva che nel 2012 hanno avuto accesso circa 90 pazienti al giorno, contro i 93 dell'anno precedente. I codici verdi hanno costituito la maggior parte degli accessi, rappresentando il 62% del totale dell'utenza nel 2012, in leggero aumento rispetto al 2011 di un punto percentuale (61%). Successivamente, in ordine decrescente, vi sono i codici gialli, ovvero i pazienti mediamente critici, che nel 2012 sono stati pari al 22% del totale e nel 2011 del 23%. A seguire, vi sono i codici bianchi, pazienti non critici, con un'incidenza del 14% sul totale sia nel 2012 che nel 2011. Infine, i codici rossi, vale a dire i pazienti molto critici, hanno costituito nel 2012, l'1% sul totale dell'utenza.

Grafico 4.1 : Percentuale Di Accessi Al P.S. Per Codici Di Triage

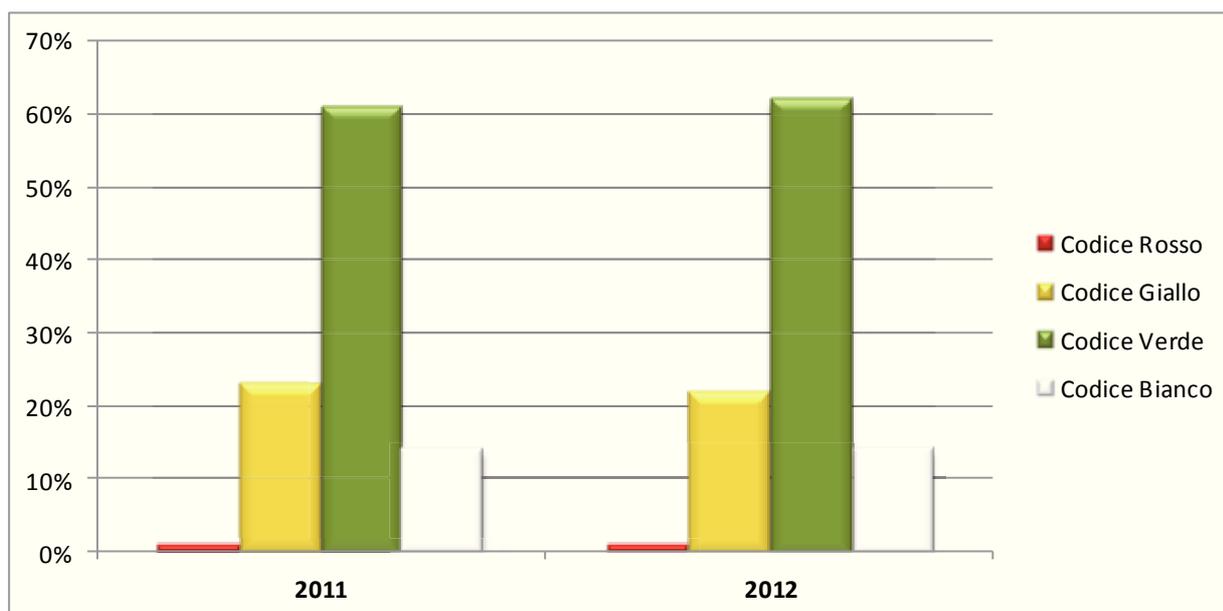
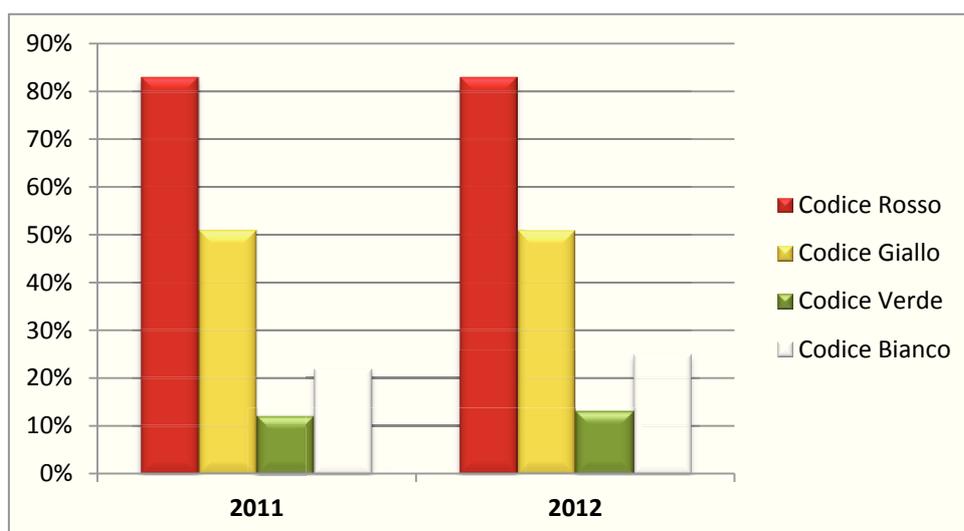
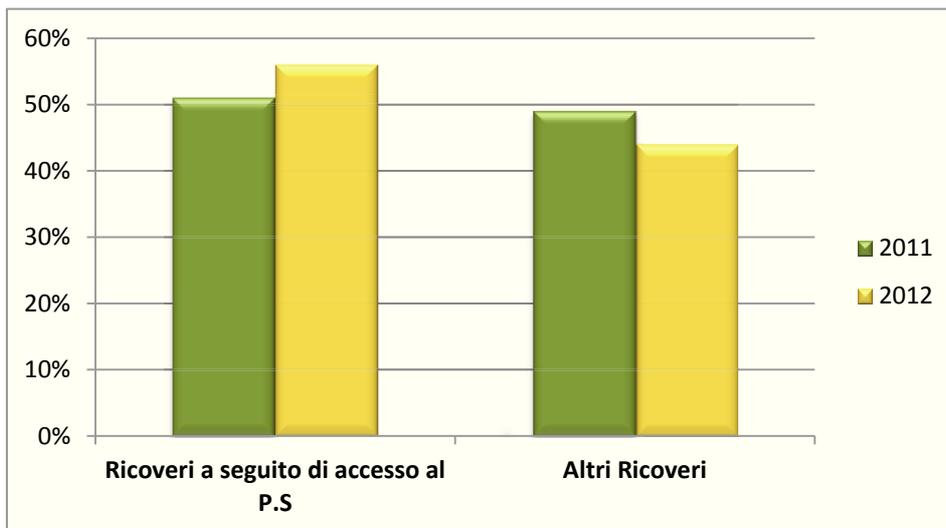


Grafico 4.2. : Percentuale Di Accessi Al P.S. Seguiti Da Ricovero



Nel 2012 gli accessi seguiti da ricovero sono stati 7.843 con un decremento del 1% rispetto all'anno precedente e rappresentando il 24% del totale degli accessi, contro il 23% del 2011. I ricoveri effettuati a seguito di accesso al P.S. hanno rappresentato il 56% del totale dei ricoveri erogati nel Presidio Ospedaliero di Matera, con un significativo incremento rispetto al 2011 in cui l'incidenza si è attestata al 51%.

Grafico 4.3 : Iter Ricoveri



Per quanto riguarda un altro dato importante, nel 2012 si è registrato un incremento dell'indice di attrazione extraregionale, ovvero l'incidenza dei pazienti provenienti da fuori Regione sul totale dell'utenza confluita al P.S. di Matera, che è passata dal 13% nel 2011 al 14% nel 2012. E' rimasto, sostanzialmente stabile l'indice di attrazione intra-regionale all'1%.

Grafico 4.4 : Indice Di Attrazione Extra-Regionale e Intra-Regionale

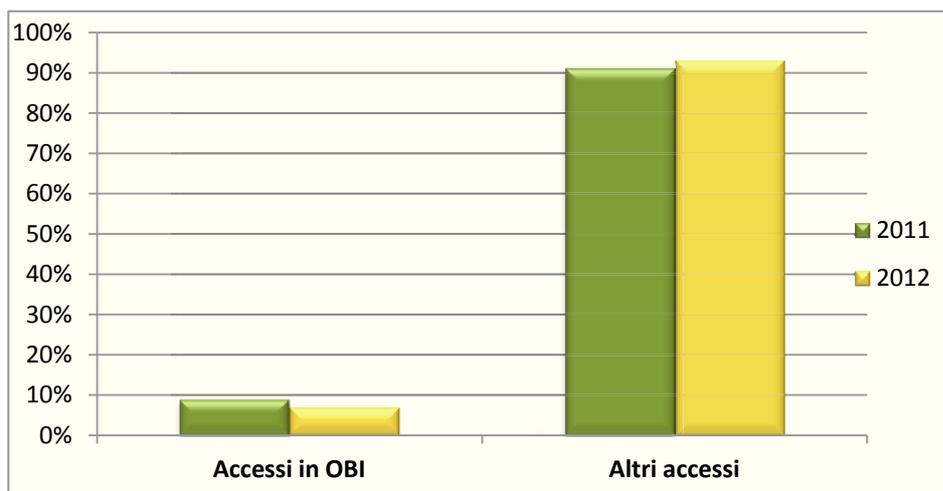


In riferimento alla provenienza dell'utenza al Pronto Soccorso di Matera, nel 2012 si è registrato un sostanziale mantenimento della mobilità attiva.

In particolare, gli accessi in mobilità attiva effettuati al P.S. nel 2012 sono stati 4.715 e 4.731 l'anno precedente.

Dei quasi 33.000 accessi al P.S. di Matera, il 7% sono stati assistiti in Osservazione Breve Intensiva, con un decremento del 19% rispetto al 2011.

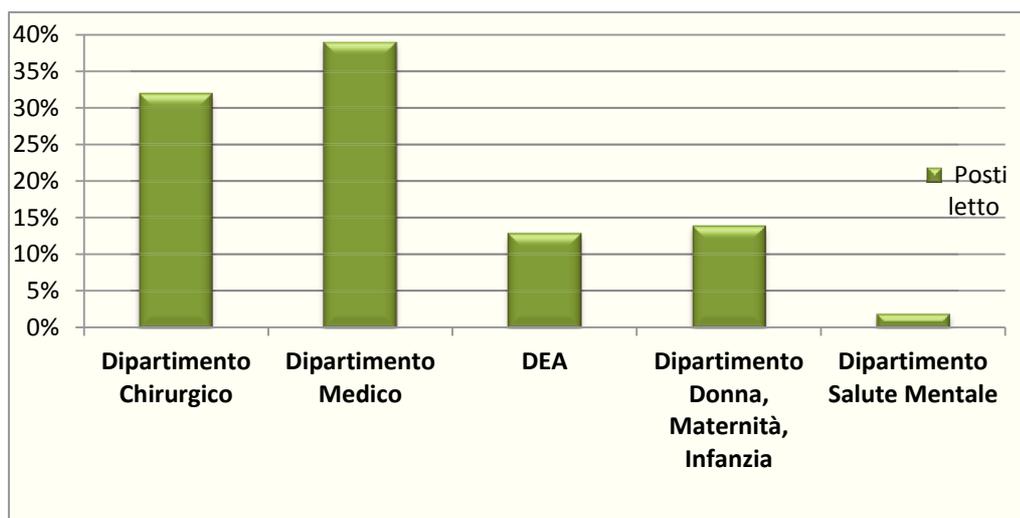
Grafico 4.5 : Tipologia Di Accessi



Attività Di Degenza

I posti letto ordinari dei vari reparti del P.O. di Matera, nel 2012, sono rimasti pressoché invariati rispetto all'anno precedente. In particolare, come possiamo vedere dal grafico, Il dipartimento medico presenta una percentuale pari al 39%, quello Chirurgico pari al 32%. A seguire, troviamo il Dipartimento Donna, maternità e infanzia e il DEA con il 13% e, infine, il Dipartimento di Salute Mentale con il 2%.

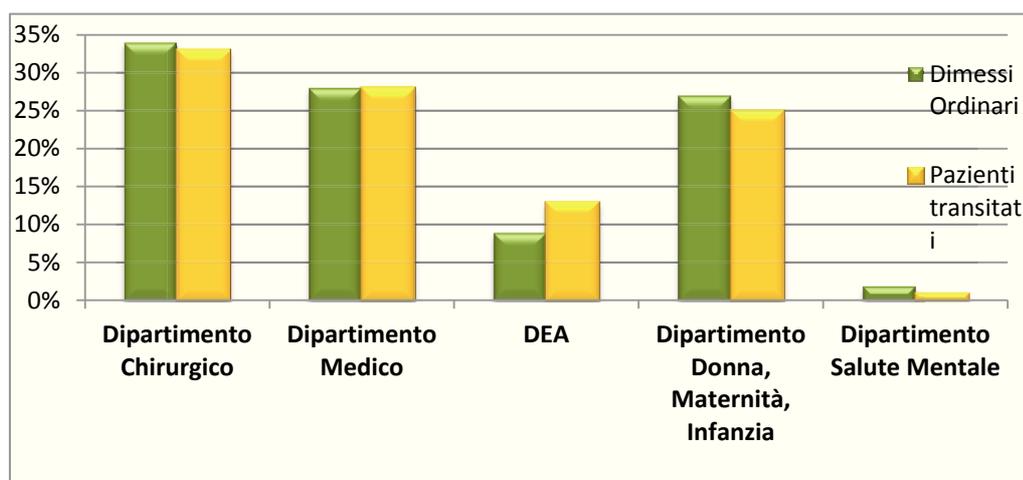
Grafico 4.6 : Percentuale Posti Letto Ordinari anno 2012



Nel 2012 i ricoveri ordinari effettuati nel P.O. di Matera sono stati 11.826, con un lieve incremento inferiore al +1% rispetto all'anno precedente; i ricoveri conseguenti agli interventi effettuati dalle UU.OO. di Chirurgia Vascolare e Gastroenterologia, sono stati attribuiti all'U.O. di Chirurgia Generale.

La maggior parte dei reparti ha fatto registrare un sostanziale mantenimento dei ricoveri ordinari, alcuni di essi hanno evidenziato percentuali di incremento, mentre altri hanno un saldo negativo.

Grafico 4.7 : Dimessi Ordinari e Pazienti Transitati Per Dipartimento



Il Dipartimento Chirurgico è quello che eroga la maggior parte dei ricoveri (34%), ed è quello nel quale transita la maggior parte dei ricoveri (33%). Successivamente, troviamo il Dipartimento Medico (28%), il Dipartimento Donna, Maternità, Infanzia (27%), il DEA (9%) e, infine, il Dipartimento di Salute Mentale (2%).

Per la valutazione dei livelli di performance relativa a ogni reparto, è importante la rilevazione dei pazienti transitati da ognuno di questi perché permette di misurare gli indicatori di attività con una maggiore precisione rispetto al calcolo basato sul numero di dimessi.

Il Dipartimento che nel 2012 presenta la degenza media più alta è quello di Salute Mentale, con un valore, pari a 11,9 giornate segue il Dipartimento Medico, con un valore pari a 10,7 giornate. Tutti gli altri Dipartimenti hanno fatto registrare nel 2012 una degenza media inferiore a 7,8 giornate, che costituisce il valore medio della degenza dell'Ospedale di Matera.

Le linee di indirizzo regionali e nazionali fissano l'indicatore dell'occupazione dei posti letto ordinari su valori non inferiori al 70-75%. L'analisi di questo tasso per il P.O. di Matera mostra come, è stato poco inferiore all'85%.

Attività di Day Hospital/Day Surgery

Come previsto dagli obiettivi, nel 2012 sono stati effettuati ricoveri in Day Hospital/ Day Surgery con una riduzione pari al 43% rispetto al 2011. In particolare, per i ricoveri di tipo diagnostico, c'è stato un trasferimento delle prestazioni in regime assistenziale ambulatoriale, attivando il Day Service.

I reparti che hanno fatto registrare le riduzioni più significative sono quelli dell'area chirurgica con particolare riferimento all'Oculistica con una riduzione di 758 ricoveri, pari al -72% e all' O.R.L. con una riduzione di 306 DH, pari al -77%.

Attività Chirurgica

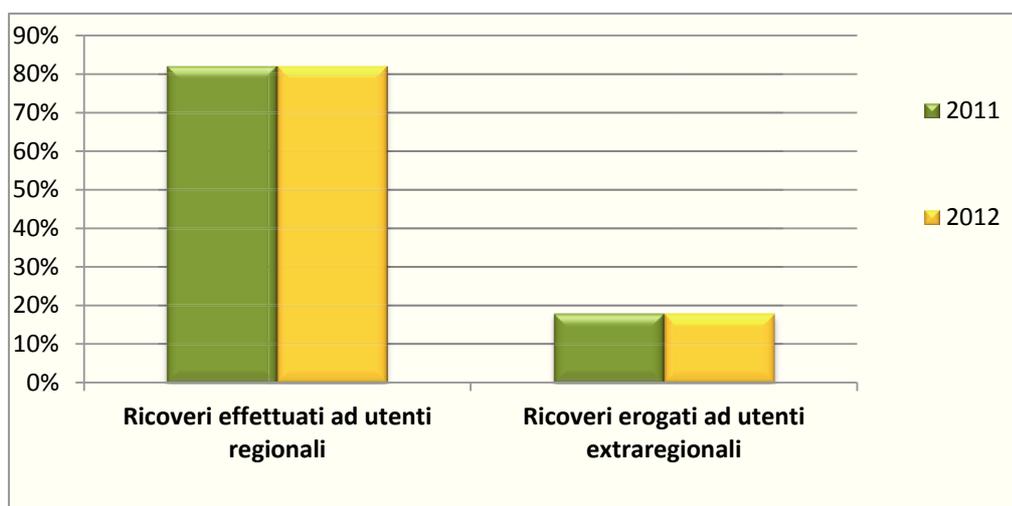
Nel 2012 sono stati effettuati interventi chirurgici del 2% in meno rispetto all'anno precedente. Rispetto al 2011 si evidenzia l'ulteriore spostamento del setting assistenziale utilizzato dal Day hospital all'ambulatorio, in linea con gli indirizzi nazionali e regionali.

I ricoveri erogati ad utenti provenienti da fuori Regione nel 2012, mostrano una riduzione dell'8% rispetto all'anno precedente.

Nel 2012 l'indice di attrazione ospedaliera extraregionale dell'Ospedale Madonna delle Grazie è stato pari al 18,2%, in lieve aumento rispetto al 2011 del +2%.

Per quanto riguarda la mobilità ospedaliera, la Regione da cui proviene la maggior parte della mobilità è la Puglia, che costituisce l'87% del totale, seguita dalla Calabria che rappresenta il 5% del totale, gli Stati esteri che rappresenta il 2% dei casi, la Lombardia con l'1% dei casi, e via via tutte le altre.

Grafico 4.8 : Ricoveri Per Provenienza Di Utenza



Attività Specialistica Ambulatoriale

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dai servizi del P.O. di Matera hanno mostrato una riduzione del 6% rispetto al 2011.

INDICATORI DI PERFORMANCE

Di seguito si fornisce l'analisi dei principali indicatori di performance dell'Ospedale di Matera nel corso del 2012, raffrontati con gli standard medi regionali e nazionali.

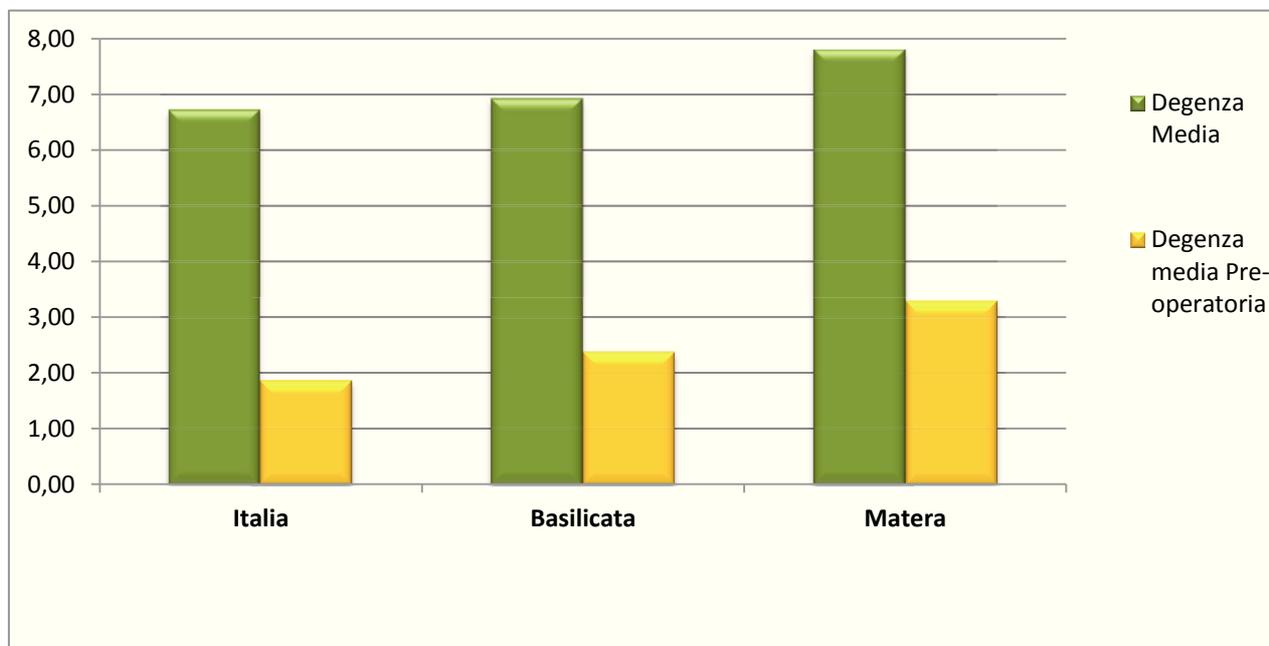
INDICATORI DI EFFICIENZA

Gli indicatori di efficienza costituiti dalla degenza media (numero medio di giornate di permanenza dei pazienti presso i reparti ospedalieri) e dalla degenza media pre - operatoria.

Come possiamo vedere dal grafico, la degenza media per Matera è un valore superiore rispetto alla media nazionale (+16%) e a quella regionale (+13%).

Anche per quanto riguarda la degenza media pre-operatoria, notiamo una media più alta rispetto ai valori nazionali e regionali.

Grafico 4.9 : Indicatori Di Efficienza

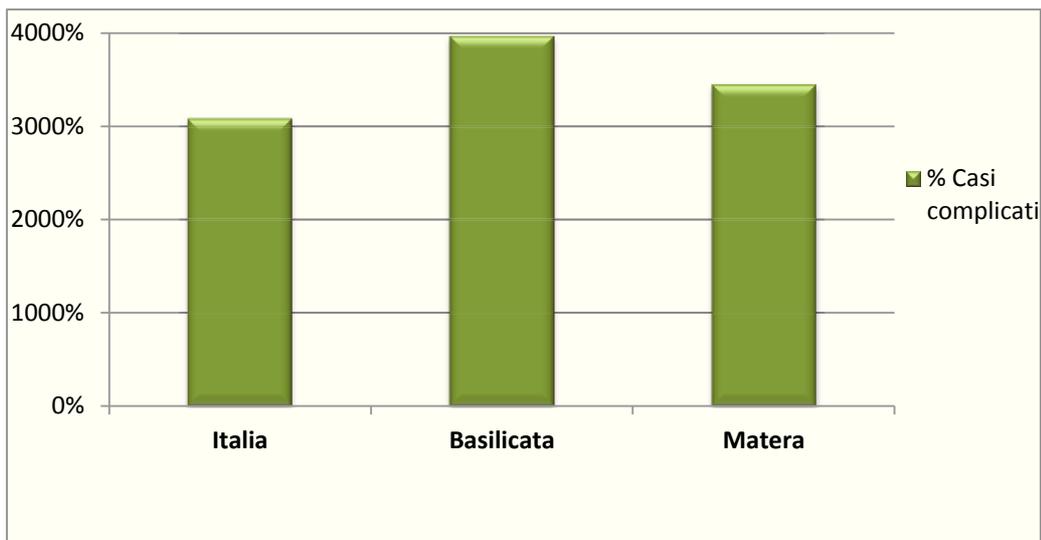
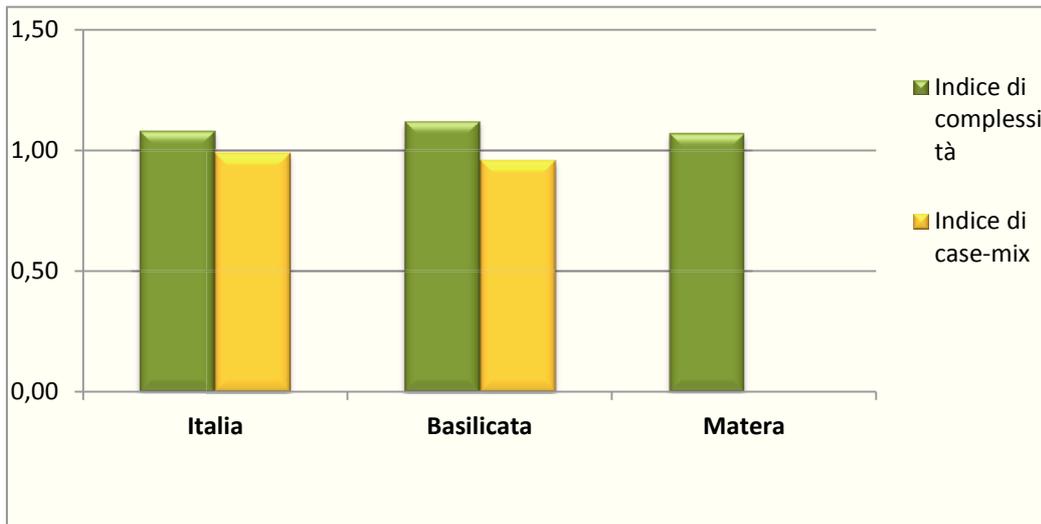


INDICATORI DI COMPLESSITÀ

Gli indicatori di complessità sono costituiti dall'indice di complessità (peso medio dei ricoveri ordinari), dall'indice di case - mix (rapporto tra l'indice di complessità dell'Ospedale e quello medio Italiano), e dalla percentuale dei casi complicati.

Per quanto riguarda l'indice di complessità la media è in linea con il resto dei valori mentre, la percentuale di casi complicati è superiore al valore medio nazionale (+12%) e inferiore a quello regionale (-13%).

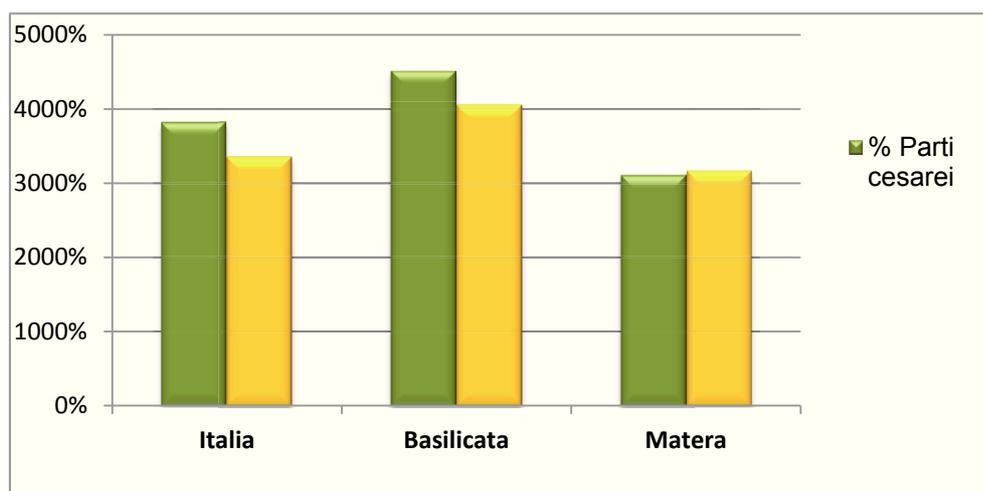
Grafico 4.10 : Indicatori di Complessità



INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

Gli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa sono costituiti dalla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti, e dalla percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici, che come dimostrano i valori, sono entrambi inferiori rispetto alla media nazionale e regionale.

Grafico 4.11 : Indicatori Di Appropriattezza



□ PRESIDIO OSPEDALIERO POLICORO

Come detto in precedenza, l'analisi dei dati necessita di essere contestualizzata nello scenario normativo e istituzionale. L'andamento dell'attività del P.O. di Policoro nel 2012, ha mostrato un mantenimento dell'efficienza funzionale con una invarianza dei ricoveri ordinari, una ulteriore riduzione del numero di DH (-14%), una riduzione del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali, pari al -1%, un incremento della mobilità ospedaliera attiva extraregionale nel numero dei ricoveri importati (+7%), una complessità della casistica trattata inferiore a quella media nazionale e a quella regionale.

Attività Di Pronto Soccorso

Nel 2012 si è registrato rispetto al 2011 un lieve decremento del numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso, pari al -1%. Tale riduzione ha riguardato essenzialmente i codici verdi (-4%) mentre, si è registrata una espansione significativa dei codici gialli (+20%) ed in misura minore dei codici bianchi (+14%).

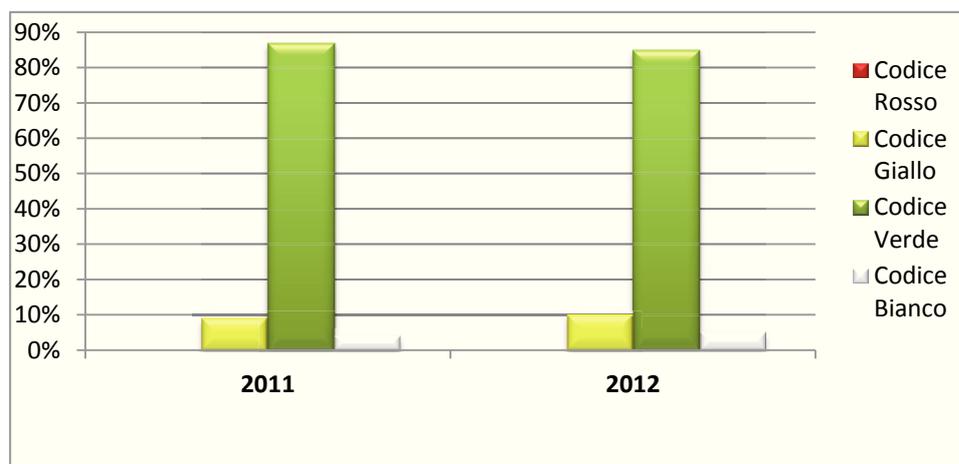
Dai dati riportati si rileva che nel 2012 hanno avuto accesso mediamente 74 pazienti al giorno, contro i quasi 75 dell'anno precedente.

Gli accessi più frequenti sono rappresentati dai codici verdi, vale a dire i pazienti poco critici, a priorità bassa, con prestazioni differibili, che nel 2012 hanno costituito l'85% del totale dell'utenza, in leggero calo rispetto al 2011, in cui rappresentavano l'87%. Subito dopo, in ordine decrescente di frequenza, vi sono i codici gialli, vale a dire i pazienti mediamente critici, con priorità

intermedia, che nel 2012 hanno rappresentato il 10% del totale, in aumento rispetto all'anno precedente, in cui costituivano il 9%. A seguire, vi sono i codici bianchi, vale a dire i pazienti non critici, non urgenti, con un'incidenza del 5% sul totale dell'utenza nel 2012, con un lieve aumento rispetto al 2011 in cui rappresentavano il 4%.

I codici rossi, vale a dire i pazienti molto critici, con priorità massima e con accesso immediato alle cure, sia nel 2010 che nel 2011 hanno rappresentato una percentuale irrisoria sul totale, pari allo 0%.

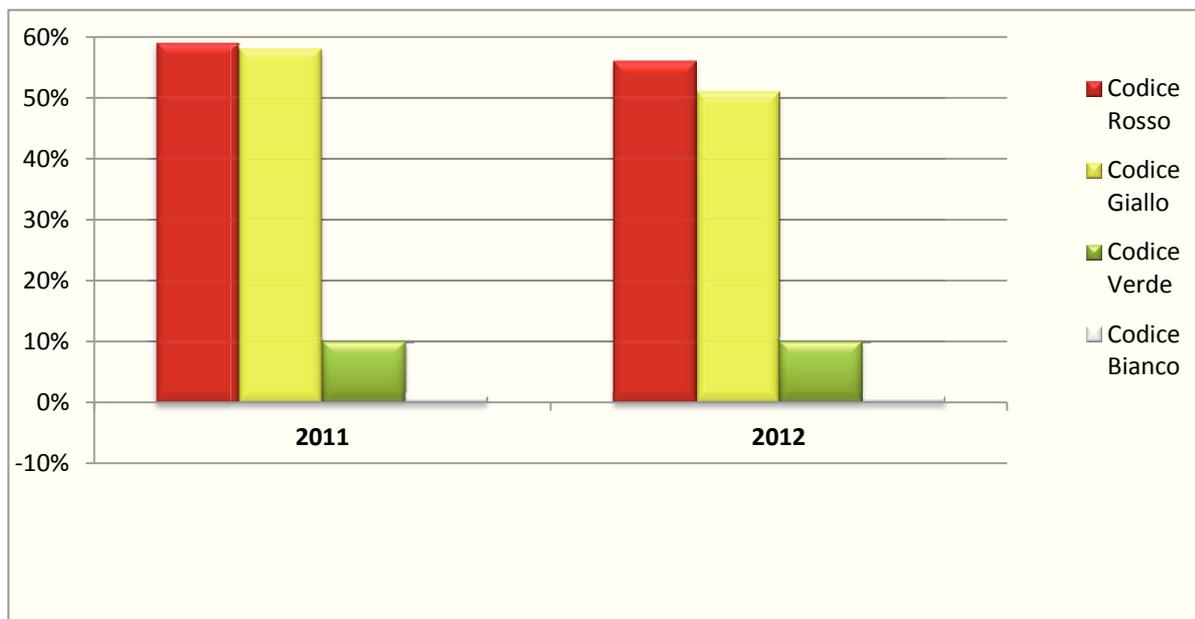
Grafico 4.12 : Percentuale Di Accessi Al P.S. Per Codici Di Triage



Nel 2012 gli accessi seguiti da ricovero sono stati 3.811 con un lieve decremento del -1% rispetto all'anno precedente, rappresentando il 14% del totale degli accessi, in linea con l'anno precedente.

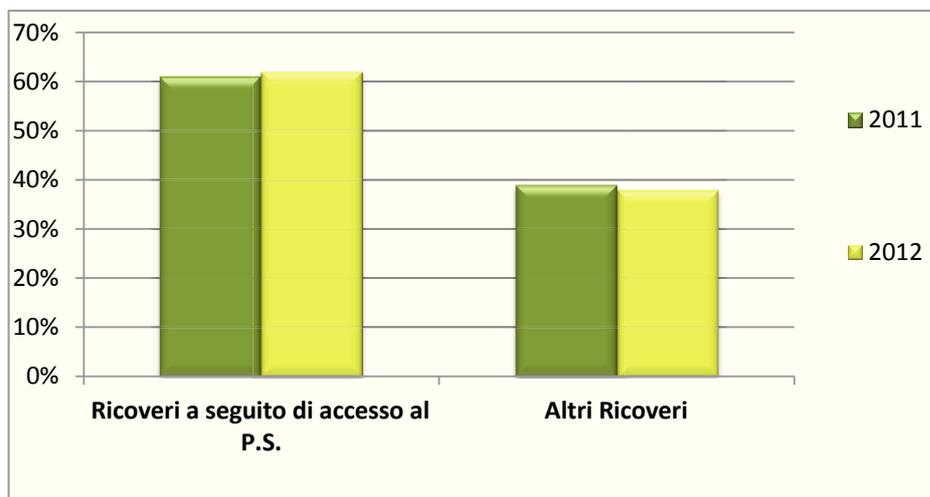
Per quanto riguarda le percentuali, gli accessi con codice bianco seguiti da ricovero sono per il 2011 e il 2012 pari all'1%, quelli con il codice giallo sono per il 2011 pari al 58% mentre per il 2012 pari al 51%. A seguire, gli accessi con codice rosso, presentano una percentuale del 59% per il 2011 e di 56% per il 2012. Infine, gli accessi con codice verde presentano per il 2011 e il 2012 la stessa percentuale del 10%.

Grafico 4.13 : Percentuale Di Accessi Al P.S. Seguiti Da Ricovero



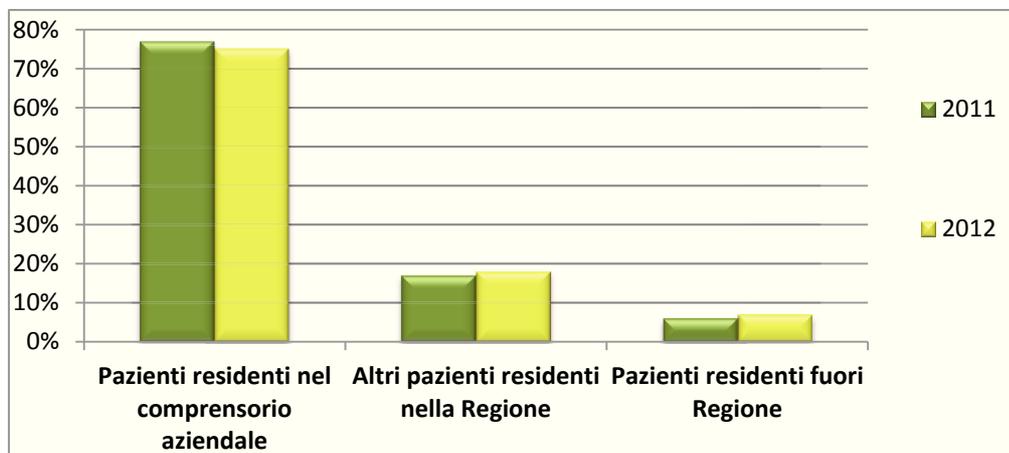
Nel 2012 i ricoveri effettuati a seguito di accesso al Pronto Soccorso hanno rappresentato il 62% circa del totale dei ricoveri erogati nell'Ospedale di Policoro, con un lievissimo incremento dell'incidenza rispetto al 2011, anno in cui la stessa si è attestata al 61%.

Grafico 4.14 : Iter Ricoveri



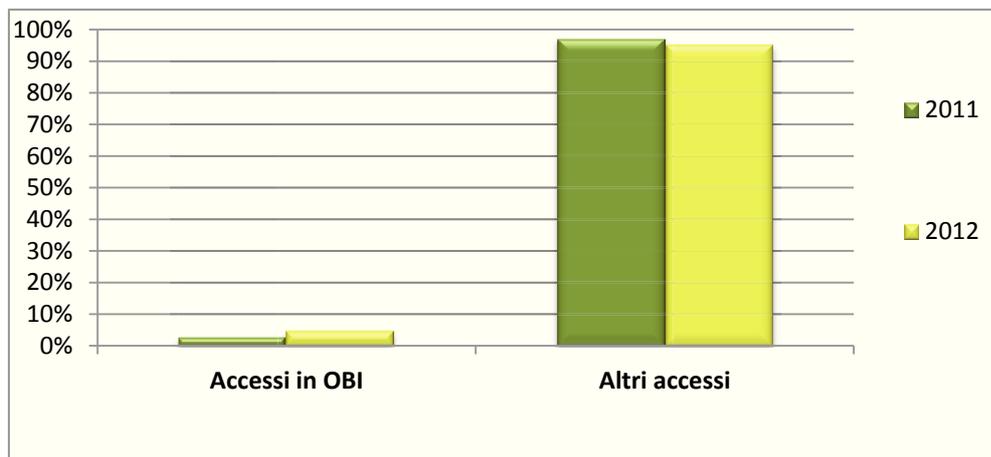
Per quanto riguarda la mobilità, nel 2012, al P.S. di Policoro si è verificato un aumento del 7% dovuto alla componente intra-regionale e extraregionale.

Grafico 4.15 : Indice Di Attrazione Extra-Regionale E Intra-Regionale



Degli accessi al Pronto Soccorso di Policoro, 1.230 sono stati assistiti in Osservazione Breve Intensiva, pari al 5% del totale, facendo registrare rispetto al 2011 un significativo incremento del +52%.

Grafico 4.16 : Tipologia di accessi

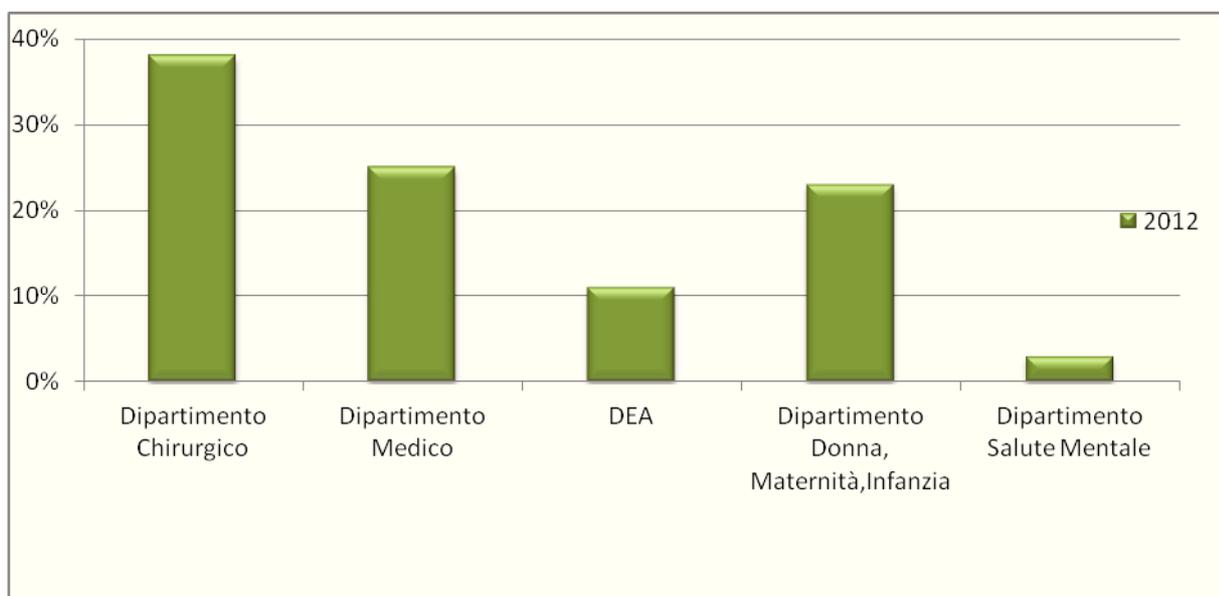


Attività Di Degenza

Ricoveri Ordinari

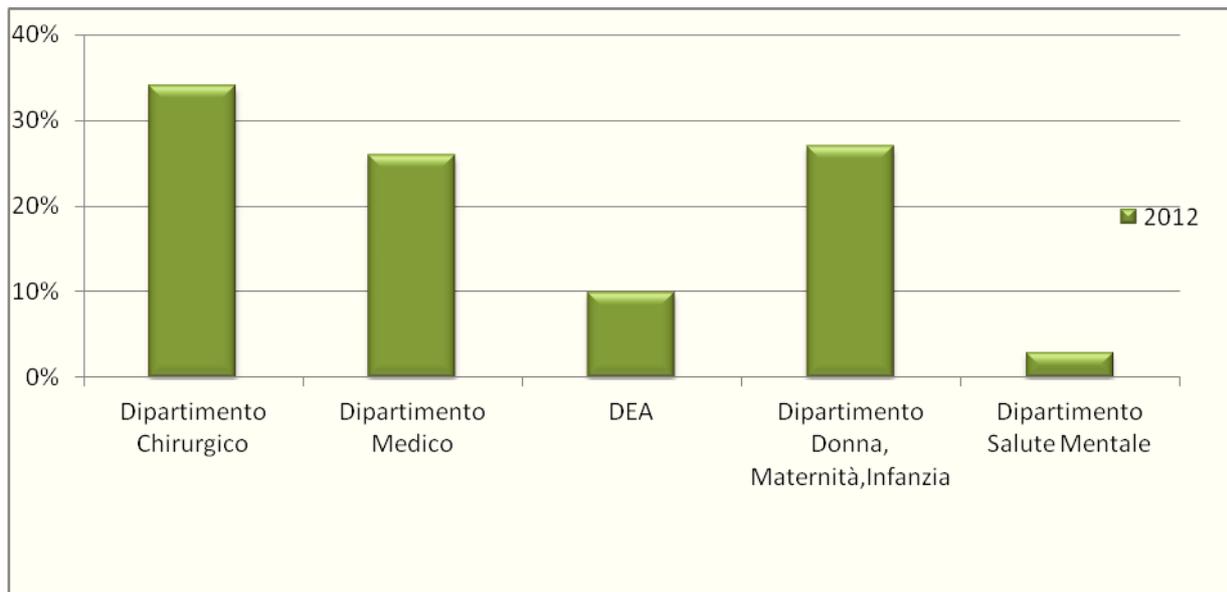
I posti letto ordinari dei vari reparti del P.O. di Policoro, nel 2012, pari complessivamente a 90 sono rimasti invariati rispetto all'anno precedente.

Grafico 4.17 : Percentuale Posti Letto Ordinari



Nel 2012 i ricoveri ordinari effettuati nel P.O. di Policoro sono stati 5.375, perfettamente in linea rispetto all'anno precedente. Tale andamento è la risultante complessiva dell'aumento fatto registrare da alcuni reparti quali in particolare la Cardiologia (+46%), l'Ortopedia (+7%), la Chirurgia (+6%) e la Psichiatria (+4%), da una parte e della riduzione registrata in altri reparti e nello specifico la Pediatria (-13%); negli altri reparti si rileva una sostanziale stabilizzazione.

Grafico 4.18 : Dimessi Ordinari E Pazienti Transitati Per Dipartimento



Il dipartimento chirurgico eroga la maggior parte dei ricoveri (33%), seguito dal Dipartimento Donna, Maternità, Infanzia (27%), dal Dipartimento Medico (26%), dal DEA (10%) e infine troviamo il Dipartimento di Salute Mentale (4%). Il trend del numero dei pazienti transitati evidenzia una lieve riduzione del -1% rispetto al 2011. Il reparto presso il quale sono transitati più pazienti anche nel 2012 si è confermata la Medicina Generale con -3% rispetto al 2011, seguito dalla Chirurgia con +6% rispetto al 2011.

Il Dipartimento Chirurgico è quello nel quale transita la maggior parte dei ricoveri (30%), seguito Dipartimento Donna, Maternità, Infanzia (29%), dal Dipartimento Medico (27%), DEA (10%) e Dipartimento di Salute Mentale (4%).

Il Dipartimento che nel 2012 presenta la degenza media più alta è quello di Salute Mentale, con un valore, pari a 9,1 giornate, in lieve aumento rispetto al 9,0 dell'anno precedente seguito dal Dipartimento Medico, con un valore pari a 5,9 giornate; anche gli altri Dipartimenti, ad eccezione del DEA, hanno fatto registrare nel 2012 una degenza media superiore a rispetto all'anno precedente.

L'analisi del tasso di occupazione dei posti letto ordinari del P.O. di Policoro evidenzia un incremento rispetto all'anno precedente (+3%), facendo registrare nel 2012 un valore pari al 81,2%. Tuttavia, l'analisi dei singoli reparti evidenzia reparti con tassi di utilizzazione superiori al 100% (nell'ordine

Psichiatria, Pediatria, Medicina) e reparti con lo stesso indicatore inferiore al 70% (nell'ordine Ostetricia e Ginecologia, Terapia Intensiva, Ortopedia). Le linee di indirizzo nazionali e regionali fissano tale indicatore su valori non inferiori al 70 – 75%.

Attività Di Day Hospital/ Day Surgery

Nel 2012 nell'Ospedale di Policoro sono stati effettuati complessivamente 785 ricoveri in Day Hospital/ Day Surgery, con una riduzione DEL -14% rispetto al 2011. Come già detto per l'ospedale di Matera, l'Azienda ha seguito un'azione di contenimento dei ricoveri in regime di Day hospital trasferendo le stesse prestazioni in regime assistenziale ambulatoriale, attraverso l'attivazione del Day Service.

Attività Chirurgica

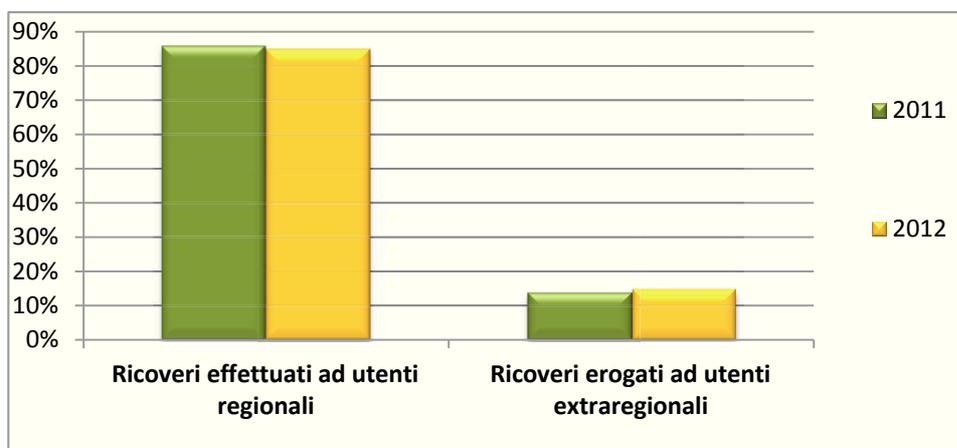
Nel 2012 sono stati effettuati interventi chirurgici con un incremento del +5,5% rispetto al 2011. si evidenzia spostamento del setting assistenziale utilizzato dal day hospital all'ambulatorio, in linea con gli indirizzi nazionali e regionali.

I ricoveri erogati ad utenti provenienti da fuori Regione nel 2012, mostrano un aumento del 7% rispetto all'anno precedente.

Nel 2012 il Dipartimento che fa registrare il maggior numero di ricoveri importati da fuori regione è il chirurgico, in linea con l'anno precedente.

Inoltre, l'indice di attrazione ospedaliera extraregionale dell'Ospedale di Policoro è stato pari al 15%, in aumento rispetto al 2011.

Grafico 4.19 : Ricoveri Per Provenienza Di Utenza



La Regione da cui proviene la maggior parte della mobilità ospedaliera attiva extra-regionale dell'Ospedale di Policoro è la Calabria, che costituisce il 73% del totale, seguita dalla Puglia che rappresenta il 10% del totale, la Lombardia con il 4% dei ricoveri, come i Paesi Esteri, la Campania, il Lazio e l'Emilia Romagna con il 2% dei casi, e via via tutte le altre.

Attività Specialistica Ambulatoriale

Nel 2012, Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dai servizi del P.O. di Policoro, mostrano una riduzione del -1% rispetto al 2011. Tale è stata più significativa in alcuni di essi, meno in altri.

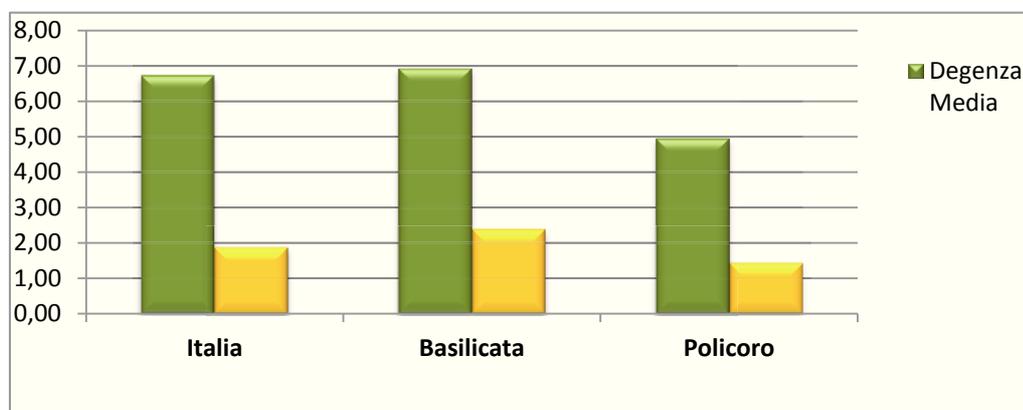
INDICATORI DI PERFORMANCE

Di seguito si fornisce l'analisi dei principali indicatori di performance dell'Ospedale di Policoro nel corso del 2012

INDICATORI DI EFFICIENZA

Gli indicatori di efficienza considerati in questa sede sono costituiti dalla degenza media e dalla degenza media pre - operatoria. La degenza media registrata nel 2012 è stata pari a 4,94 giornate, valore che risulta inferiore sia a quello medio nazionale, sia a quello regionale. Bisogna precisare però, che il confronto non è omogeneo in quanto la complessità della casistica trattata nell'Ospedale di Policoro è significativamente inferiore sia a quella media nazionale che a quella media regionale. La degenza media pre-operatoria (vale a dire il numero medio di giornate di degenza effettuate prima di un intervento chirurgico) registrata nel 2012 è stato pari a 1,44 giorni, nettamente inferiore sia al valore medio nazionale (-23%) sia a quello regionale (-39%).

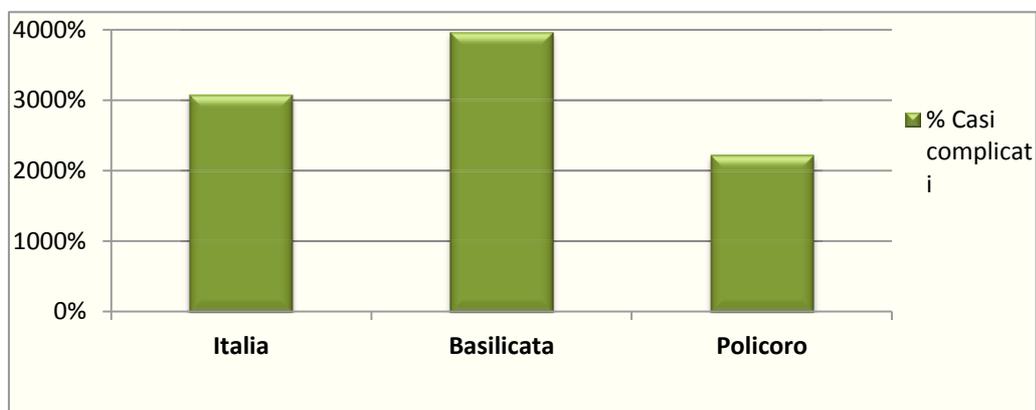
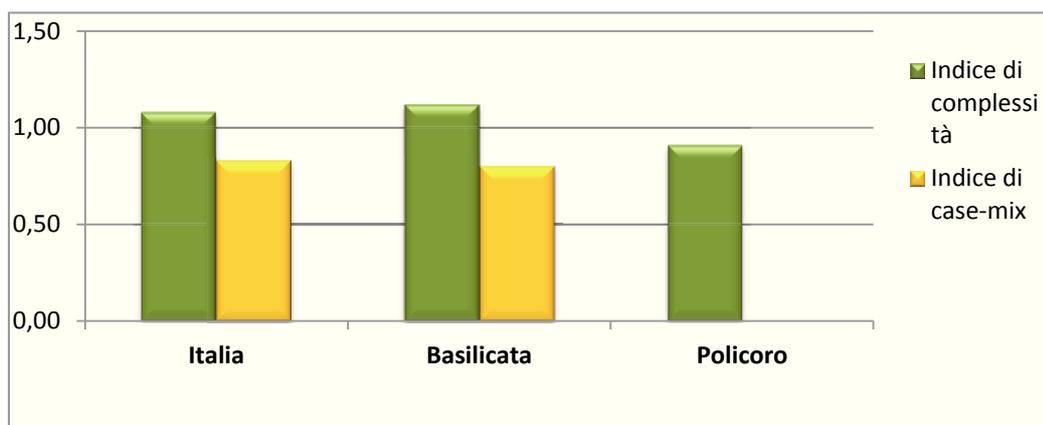
Grafico 4.20 : Indicatori di Efficienza



INDICATORI DI COMPLESSITÀ

Gli indicatori di complessità considerati in questa sede sono costituiti dall'indice di complessità, dall'indice di case - mix, dalla percentuale dei casi complicati e dai valori in tabella possiamo vedere come sono tutti inferiori sia al valore medio nazionale che regionale. E' necessario evidenziare l' assenza nel P.O. di UU.OO. specialistiche che condizionano non poco la complessità dei casi trattati.

Grafico 4.21 : Indicatori di Complessità

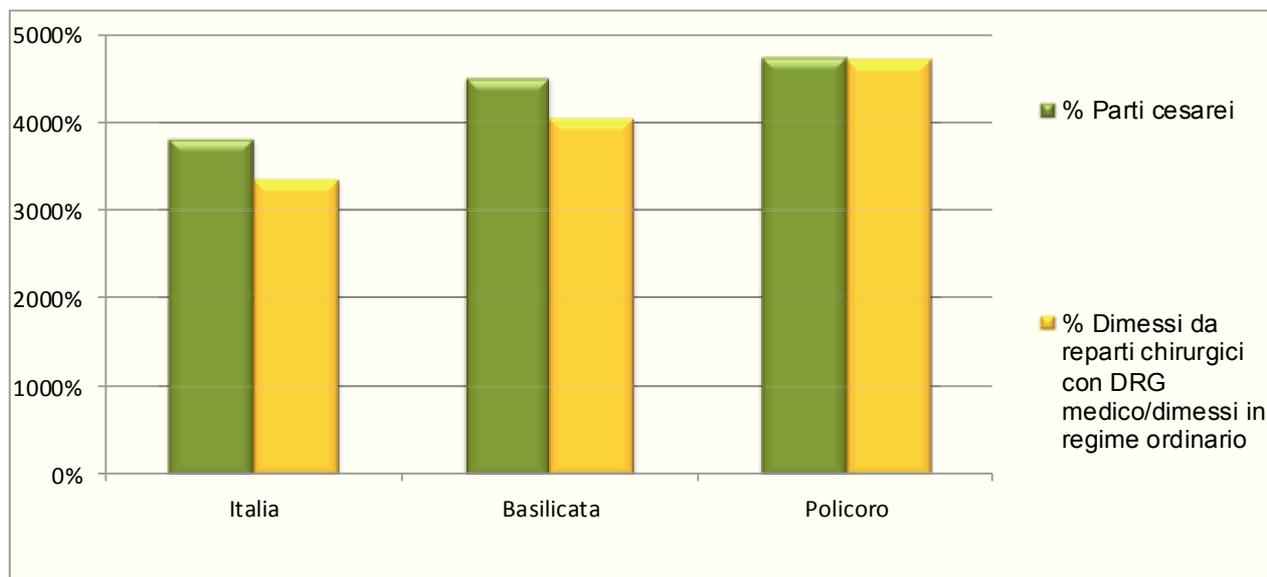


INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

Gli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa considerati in questa sede sono costituiti dalla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti e dalla percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei

dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici, entrambi superiori alla media dei valori nazionali e regionali.

Grafico 4.22: Indicatori di Appropriatezza



Obiettivi Di Attività 2012

Obiettivi	Indicatori	Risultati
Appropriatezza organizzativa	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	I ricoveri regionali effettuati sui residenti della ASM, evidenziano un calo di oltre 2100 ricoveri, pari al 9%, grazie soprattutto al decremento dei DH.
	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari	La percentuale di dimessi nel 2012 è stata pari a 34,63, inferiore rispetto al 2011 (36,83)
	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i DRG LEA chirurgici	Raggiunto l'obiettivo (64%)
	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	La percentuale è stata del 51%, discostandosi dal target definito dalla programmazione ma il numero dei DH effettuato dagli ospedali per acuti presenta una riduzione del 60% rispetto al 2011.
	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	La percentuale di ricoveri ordinari medici brevi sul totale dei ricoveri ordinari medici effettuati dagli Ospedali di Matera e Policoro nel 2012 è stata pari al 15%, avvicinandosi

		molto al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.
	Giorni di degenza media precedenti all'intervento chirurgico	La degenza media pre-operatoria negli Ospedali di Matera e Policoro nel 2012 è stata pari a 1,1 giornate, avvicinandosi molto al raggiungimento dell'obiettivo al 100%.
Appropriatezza clinica	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 gg	Nel 2012 è stata pari a 33,74%, discostandosi significativamente dal target stabilito dalla programmazione regionale ma il risultato è migliorato, considerando che nel 2011 era pari a 26,43%.
	Percentuale di parti con taglio cesareo primario	La percentuale di parti con tagli cesareo primario sul totale dei parti effettuati negli Ospedali di Matera e Policoro nel 2012 è stata pari al 25%, raggiungendo al 100% il target definito dalla programmazione regionale.
Controllo cartelle cliniche	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	Nel corso dell'anno 2012 sono state controllate 2000(campione random) cartelle cliniche su un totale di 14.059, corrispondenti al 14 % del totale.

4.2 Assistenza Territoriale

Con riferimento all'assistenza territoriale si riportano di seguito i principali dati di attività relativi al periodo 2011 - 2012, distinguendo tra le varie linee assistenziali.

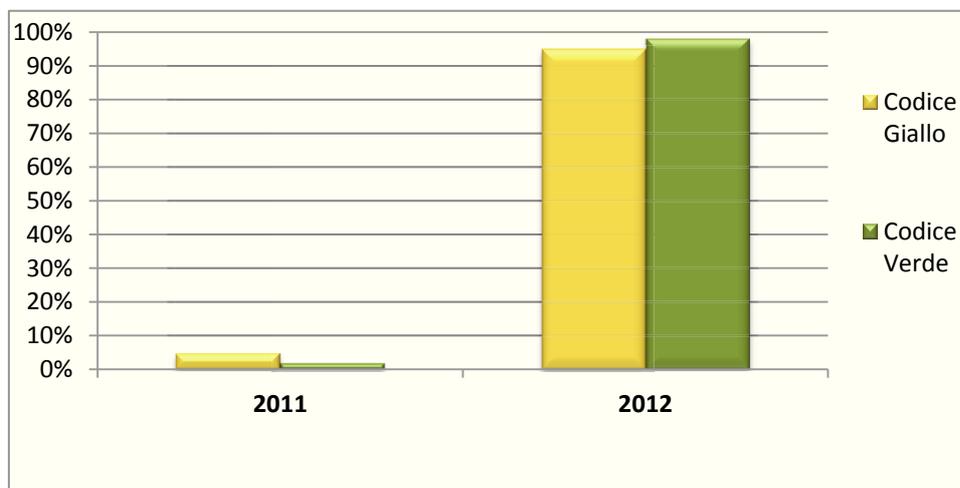
□ OSPEDALE DI TRICARICO

Nel 2013 è stata avviata la sperimentazione sulla "Convenzione per l'utilizzo dei locali dell'Ospedale Distrettuale di Tricarico predisposti per l'attività dei Medici di Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta" per una durata di 3 anni.

Attività Pronto Soccorso

Nel 2012 si è registrato rispetto al 2011 un incremento del numero complessivo di accessi al P.S. di Tricarico, con una percentuale del +5%. Nello specifico si è registrato un azzeramento dei codici bianchi, un dimezzamento dei codici gialli (-45%), mentre i codici verdi hanno fatto registrare un incremento del +9%. Dai dati riportati si rileva che nel 2012 hanno avuto accesso mediamente 6 pazienti al giorno.

Grafico 4.23 : Percentuale Di Accessi Al P.S. Per Codici Di Triage



Gli accessi più frequenti sono rappresentati dai codici verdi, vale a dire i pazienti poco critici, a priorità bassa, con prestazioni differibili, che nel 2012, hanno costituito il 98% del totale dell'utenza. Subito dopo, in ordine decrescente di frequenza, vi sono i codici gialli, vale a dire i pazienti mediamente critici, con priorità intermedia, che nel 2012 hanno rappresentato il 2% del totale, in riduzione rispetto all'anno precedente, in cui costituivano il 3%.

Attività Di Degenza

L'Ospedale di Tricarico, è un Ospedale Distrettuale deputato alla gestione della Riabilitazione attraverso il Polo Riabilitativo, gestito in convenzione con la Fondazione ONLUS Don Gnocchi e alla gestione della Lungodegenza attraverso le UU.OO. di Medicina in esso operanti.

Nel 2012 i ricoveri ordinari effettuati nell'Ospedale di Tricarico hanno presentato un lieve decremento, pari al -8% rispetto al 2011.

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari dell'Ospedale di Tricarico nel 2012 è stato pari al 80,8%, presentando un decremento rispetto all'anno precedente pari all'11%.

Attività Specialistica Ambulatoriale

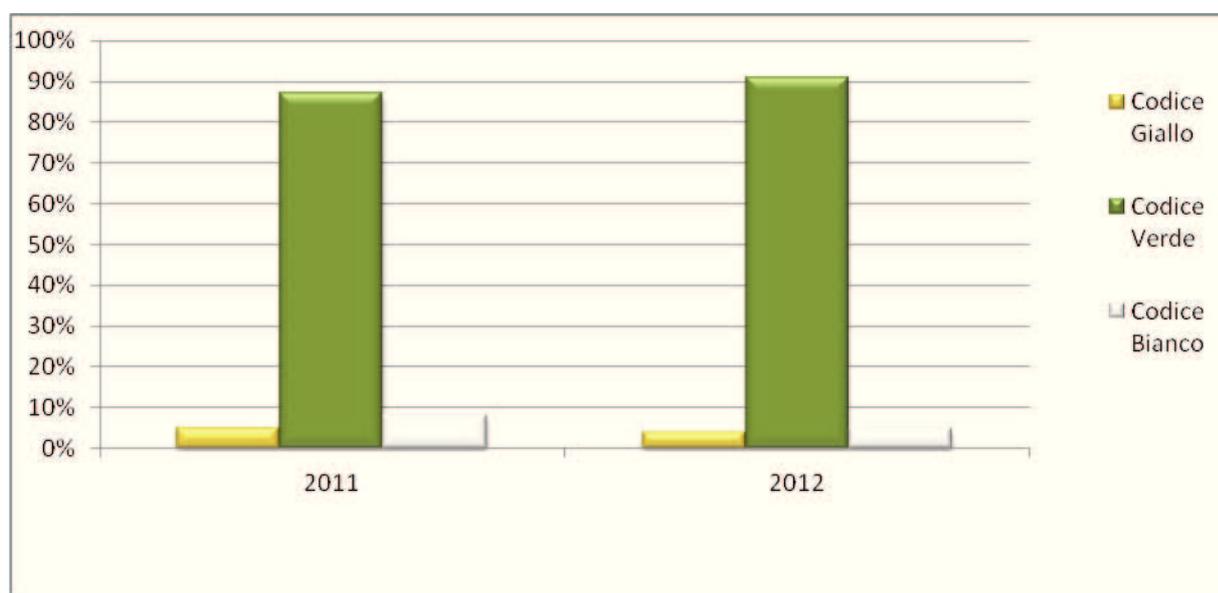
Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2012 hanno evidenziato una riduzione del -4% rispetto all'anno precedente.

□ OSPEDALE DI STIGLIANO

Attività Pronto Soccorso

Nel 2012 si è registrata rispetto al 2011 una riduzione del numero complessivo di accessi al P.S., con una percentuale del -20%. Gli accessi più frequenti sono rappresentati dai codici verdi, che nel 2011 hanno costituito il 91% del totale dell'utenza. Subito dopo vi sono i codici bianchi, e infine i codici gialli, che nel 2012 hanno rappresentato il 4% del totale.

Grafico 4.24 : Percentuale Di Accessi Al P.S. Per Codici Di Triage



Attività Di Degenza

Nel corso del 2012 si è dato corso al processo di riorganizzazione previsto dalla programmazione aziendale, per effetto del quale si è provveduto a dismettere completamente i posti letti per acuti residuali, ed a riconvertirli esclusivamente in posti letto di lungodegenza medica.

Nel 2012 i ricoveri ordinari effettuati presentano una riduzione del -49% rispetto all'anno precedente ma c'è stato un incremento dei ricoveri di lungodegenza medica del +37%.

Nel 2012 la degenza media registrata nell'Ospedale di Stigliano è stata pari a 32,7 giorni, con un incremento rispetto al 2011, pari al +61%, grazie alla cessazione dei ricoveri per acuti e all'incremento di quelli in lungodegenza.

Attività Specialistica Ambulatoriale

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2012 hanno mostrato una riduzione del 4% rispetto all'anno precedente che ha riguardato tutti i

servizi. Si riportano di seguito, le prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate nel 2012, con riferimento sia al numero di prestazioni che alla corrispondente valorizzazione economica, opportunamente raffrontate con l'anno precedente.

Tabella: Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali anno 2012 (Fonte: Relazione di Gestione 2012)

Distretto Stigliano				
	Numero prestazioni		Valore prestazioni	
Servizio	2011	2012	2011	2012
Dermatologia	134	98	2.582	1.932
Neurologia	388	364	7.326	6.776
Neuropsichiatria	45	49	564	665
Oculistica	770	627	12.566	10.616
Odontoiatria	318	266	9.288	7.533
Ortopedia	151	154	2.822	2.974
Otorinolaringoiatria	783	810	12.318	12.848
Pediatria	439	354	7.737	6.818
Totale	3.028	2.722	55.202	50.162

Hospice Di Stigliano

L'Hospice di Stigliano ha una dotazione di 8 posti letto, e, nel 2012, ha effettuato 225 ricoveri, tra quelli ordinari e quelli in Day Hospital.

□ OSPEDALE DI TINCHI

Nel 2012 si è consolidato il processo di riconversione dell'Ospedale di Tinchi in senso distrettuale, con la chiusura definitiva di tutti i posti letto per acuti. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2012 sono state complessivamente 299.478, evidenziando un incremento del +1% rispetto

all'anno precedente, coerente con il percorso di riconversione delle attività in senso territoriale . Tale incremento ha riguardato quasi tutti i servizi, con le sole eccezioni della Fisioterapia e della Radiologia.

Inoltre, si è registrata, rispetto al 2011, una sostanziale riduzione del numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso, pari al 4% coerentemente con il processo di riconversione territoriale dell'Ospedale di Stigliano, diventando così Punto Territoriale di Soccorso.

Inoltre, all'ospedale di Tinchi è conferito un ruolo strategico nell'ambito della rete delle attività riabilitative, attraverso una serie di interventi.

Specialistica Ambulatoriale Territoriale

Le strutture territoriali della ASM nel 2012 hanno evidenziato un mantenimento con l'anno precedente.

In tutto l'anno è proseguita l'attività di consulenza odontoiatrica presso la casa circondariale di Matera, esattamente ci sono stati 10 accessi.

Per la specialistica di neurologia è stato possibile offrire un servizio di visite domiciliari per persone allettate e sono state consegnate 138 protesi, di tipo fisso e mobile, odontoiatriche.

Con riferimento alla specialistica ambulatoriale esterna, nel corso dell'anno è stata istituito il Comitato Zonale provinciale unico e la gestione dei rapporti con i 18 centri accreditati convenzionati esterni.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Nel 2012 i servizi di assistenza domiciliare integrati della ASM, hanno trattato 2197 casi, per l'82% rivolti a una popolazione con età > 65 anni, mentre i pazienti con età > 75 costituiscono il 70% dell'utenza complessiva.

E' stato prodotto un documento comune tra le direzioni dell'Ospedale di Matera e il Distretto che ha per oggetto la dimissione concordata e la formalizzazione di percorsi post dimissione che coinvolgono sia l'U.O. ospedaliera, che dimette, sia il Distretto, che effettua la successiva presa in carico.

La procedura prevede il coinvolgimento degli utenti, l'attività di counselling individuale e di gruppo, l'interazione con le altre risorse territoriali; è inoltre prevista l'attivazione di attività programmate e d' interventi proattivi; l'attenzione ai determinanti della salute.

Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare un importante contributo viene dato da alcune specialistiche territoriali che eseguono visite domiciliari a richiesta del MMG e dal centro di coordinamento tra cui la Chirurgia territoriale su tutti i distretti dell'ASM, la Fisiatria, prevalentemente nel territorio ambito metapontino e la geriatria territoriale nei Comuni di Matera e Grottole.

Si riporta di seguito, un prospetto sintetico contenente i principali dati di attività dell'ADI erogata nel corso del 2012.

Tabella 4.1 : Prestazioni effettuate dalla U.O. di Geriatria Territoriale nel 2012

Attività Ospedaliere	Attività Territoriali Comune di Matera	Attività Territoriali Comune di Grottole
Consulenze Ospedaliere per dimissioni protette	Visite Geriatriche domiciliari	Visite Geriatriche ambulatoriali
Visite ambulatoriali P.O. di Matera	Accessi domiciliari non registrati al CUP	Visite Geriatriche ambulatoriali di controllo

Tabella 4.2 : Dati di attività dell'ADI nel 2012

ADI	Anno 2012
% cittadini \geq 65 (n° cittadini in ADI > 65/cittadini residenti)	5,27%
Ore prestazioni infermieristiche	88.726
Ore prestazioni riabilitative	52.474
Ore prestazioni totale	141.200
Cittadini assistiti	2.197
Utenza in trattamento > 75	70,23%
Utenza in trattamento > 65	81,92%
% rispetto popolazione anziana >65	5,27%
% rispetto popolazione anziana >75	9,93%

Cure Primarie

Nel 2012 le disposizioni nazionali e regionali hanno previsto l'invio delle prescrizioni on line dei MMGG e dei PLS al Ministero delle Finanze. Sono stati 35 i medici che non hanno attivato la procedura online e per questo c'è stata la trattenuta sulle competenze mensili.

Un'altra attività ha riguardato la gestione di circa 40.000 ricettari del SSN per tutta l'Azienda ma uno degli obiettivi fondamentali che è stato perseguito, riguarda l'integrazione tra tutti i punti della rete di offerta assistenziale. Durante il 2012 c'è stata una costante attività di monitoraggio dei medici di assistenza primaria in ordine alle prescrizioni farmaceutiche ed ambulatoriali, per orientare i comportamenti verso il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni, dell'efficacia e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Assistenza Farmaceutica Territoriale

Nel corso del 2012 è stato gestito il progetto regionale del governo clinico per tutti i MMG e i PLS di tutta l'ASM, che ha comportato il monitoraggio della spesa farmaceutica del singolo medico che è stata confrontata con gli obiettivi

assegnati.

In particolare, sono stati fatti 15 audit con i MMG per l'appropriatezza prescrittiva da parte del responsabile dell'assistenza primaria ai quali ha partecipato il responsabile della farmacia territoriale. Tali audit hanno rappresentato l'occasione per sensibilizzare i MMG sulla farmacovigilanza e sulla segnalazione spontanea delle reazioni avverse ai farmaci, oltre che sulla necessità di promuovere la terapia del dolore attraverso l'impiego dei farmaci oppiacei il cui utilizzo risulta ancora inadeguato rispetto alle reali esigenze terapeutiche dei pazienti. Inoltre, i medici sono stati invitati a segnalare le reazioni avverse da farmaco e a sensibilizzare gli assistiti sulla partecipazione ai programmi di screening. Per quanto riguarda le pratiche prescrittive, le contestazioni effettuate nei confronti dei medici prescrittori sono state 45.

Attività Socio – Sanitarie

Le attività Socio Sanitarie vengono svolte insieme ai servizi sociali comunali, attraverso gli Sportelli Socio sanitari nella Asl ex 4 (che prevedono la presenza di un assistente sociale della Asl e uno del Comune) e le Unità di Valutazione Zonale nella Asl ex 4 e solo tramite le UOZ nella Asl ex 5.

Gli assistenti sociali in servizio nei comuni che rientrano nel territorio della ASL ex 4 sono 13 di cui, due sono a richiesta e uno ha l'incarico per tre comuni. Per quanto riguarda, invece, l'ASL ex 5 gli assistenti sociali sono 18.

Un altro punto fondamentale, riguarda i Punti Unici di Accesso nel territorio della ASM, a cui ogni cittadino ha la possibilità di accedere ed è messo in rete attraverso i Distretti di base allocati in centri di riferimento. In questo modo, all'interno della postazione, i medici e gli operatori sanitari, gestiscono le richieste di persone con patologie invalidanti e croniche. Gli Sportelli Unici sono stati avviati grazie al coordinamento sociale distrettuale nella Asl ex 4. I PUA sono pensati come una continuazione degli Sportelli Unici prevedendo anche le prestazioni sanitarie rivolte al paziente nel proprio domicilio.

Infine, un importante aspetto è un sistema informativo unico per tutte le prestazioni sociali effettuate nella ASM, attraverso una cartella socio sanitaria informatizzata non utilizzata in tutti i distretti.

Salute Mentale Adulti

Le attività erogate nell'ambito della salute mentale dalla ASM nel 2012 sono riconducibili a quelle effettuate dalle strutture operative in cui l'Area della Salute Mentale si articola.

Tabella 4.3 : Strutture E Principali Attività Dell'area Di Salute Mentale

Strutture	Attività
-----------	----------

Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	Gestione della farmaco terapia, degenze ricoveri;
Centro di Salute Mentale	Attività infermieristiche supporto psicologico e psicoterapie, Visite psichiatriche.
Strutture Semiresidenziali	La continuità terapeutica
Strutture Residenziali	L'attività psichiatrica presso il carcere circondariale di Matera
	Collaborazione con il Tribunale
	Emergenze-urgenze

L'utenza complessiva del CSM di Matera è pari complessivamente a 950 pazienti su un totale di circa 120 abitanti. Le attività programmate di riabilitazione, prevedono la frequenza complessiva di ulteriori N.20 utenti. Le residenze dell'ambito della ex ASL n. 4 di Matera sono dotate di 49 posti letto e assistenza h 24 mentre il Gruppo Appartamento di Tricarico, di Grassano e di Pomarico sono dotati di 12 posti letto e assistenza h.6 suddivisa per fasce orarie. Nell'ambito dell'Area della salute umana, ci sono attività effettuate dall'U.O.S. Servizio per i disturbi del comportamento alimentare, e dalla U.O.S. Esordi Psicotici.

SER. T

Nell'ASM operano due Servizi per le Tossicodipendenze, una U.O.C. a Matera e una U.O.S. a Policoro. Nel 2012 è stato implementato il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) che, rileva le prestazioni.

Servizio Di Emergenza Territoriale 118

Nel 2012 sul territorio della ASM sono state attive 13/14 postazioni di 118. Nella tabella successiva, troviamo le prestazioni effettuate da ogni postazione nel 2012 e nel 2011. Notiamo un lieve incremento delle prestazioni effettuate nel 2012 e le prestazioni effettuate dall'Elisoccorso sono state 238.

Tabella 4.4 : Prestazioni Effettuate Da Ogni Postazione

Postazioni 118	2011	2012
MATERA (Via Trieste)	1.988	2.037
FERRANDINA	938	964
BERNALDA	1.308	1.270
TRICARICO	524	639
IRSINA	315	441

MATERA (Ospedale)	2.207	1.942
GRASSANO	753	800
C.ENEAS TRISAIA SS 106	681	768
POLICORO (Ospedale)	1.514	1.554
S.MAURO FORTE	249	302
TURSI	824	771
TINCHI (OSPEDALE)	1.664	1.577
STIGLIANO (Ospedale)	476	492
TOTALE	13.441	13.558

Obiettivi Di Attività 2012

Obiettivi	Indicatori	Risultati
Efficacia Assistenziale Territoriale	Tasso ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50 - 74 anni	Nonostante il raggiungimento dell'obiettivo considerato non sia al momento valutabile con certezza, i primi dati elaborati sono indicativi quanto meno di un trend decrescente dal 2011 al 2012.
	Tasso ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20 - 74 anni	Nonostante il raggiungimento dell'obiettivo considerato non sia al momento valutabile con certezza, i primi dati elaborati sono indicativi quanto meno di un trend decrescente dal 2011 al 2012.
	Tasso ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50 - 74 anni	Nonostante il raggiungimento dell'obiettivo considerato non sia al momento valutabile con certezza, i primi dati elaborati sono indicativi quanto meno di un trend decrescente dal 2011 al 2012.
	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI	Il numero di pazienti trattati in ADI con età superiore ai 64 anni nel 2012 è stato pari a 2.129, che rappresentano il 5,4% del totale, in aderenza al target fissato dalla programmazione.
	Consumo di inibitori di pompa protonica	Nel 2012 è stato pari a 31,93 unità posologiche erogate per abitante, che evidenzia uno scostamento significativo rispetto al target.
	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	Il numero di pazienti che ha consumato 1 o 2 confezioni di statine all'anno è stato pari nel 2012 a 1.456, pari all'8,19% del numero complessivo, raggiungendo l'obiettivo preposto.
	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema	Nel 2012 il numero di confezioni di farmaci erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale è stato pari a 233.504, pari al 46,11% del numero

renina – angiotensina	del numero totale, discostandosi significativamente dal target stabilito dalla programmazione regionale.
Percentuale di abbandono di pazienti in terapia antidepressivi	Gli utenti dell'ASM che consumano 1 – 2 confezioni di antidepressivi all'anno nel 2012 sono stati 1.969, pari al 19,04% del totale degli utenti che consumano antidepressivi, in piena aderenza al target fissato dalla programmazione regionale.
Consumo di farmaci antibiotici	La percentuale di antibiotici consumati nel 2012 si discosta leggermente dal target stabilito del 20%, presentando un valore del 24,32%.

Obiettivi	Indicatori	Risultati
Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	il totale della spesa farmaceutica territoriale compreso il Ticket, rappresenta il 14,38% della quota del F.S.R. assegnato alla ASM, ma non è un dato definitivo in quanto bisogna considerare l'importo del Pay-back versato dalle aziende farmaceutiche alle Regioni.
	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	La spesa ammonta a 219,34€ e si discosta lievemente dal raggiungimento del 100% del target stabilito che è pari a 215,00€.
	Percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto	La percentuale è stata pari all'83,63%, raggiungendo al 100% l'obiettivo fissato (>75%).
	Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto	La percentuale è stata pari al 69,19%, discostandosi dall'obiettivo prefissato (>84%).
	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associato sui sartani non associati	La percentuale è stata pari al 20,11%, raggiungendo al 100% l'obiettivo fissato dalla Regione (>18%)..
	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associato sui sartani non associati	La percentuale è stata pari al 17,31%, collocandosi nella fascia intermedia di raggiungimento dell'obiettivo pari al 50% (da 14% al 18%).

Risk management	Piano di previsione delle attività di risk management	L'Azienda ha provveduto a predisporre il piano di previsione delle attività di risk management, che è stato inoltrato alla Regione con nota prot. n. 20120046164.
	Relazione di attuazione delle attività di risk management	L'Azienda ha provveduto a predisporre la relazione inerente lo stato di attuazione del piano delle attività di risk management, che è stato inoltrata alla Regione con nota del 20.02.2013 prot. n. 20130014227.
Valutazione strategie per il controllo del dolore	Consumo di farmaci oppioidi	Il consumo di farmaci oppioidi è stato pari a 0,51 DD per residente, discostandosi pertanto dalle percentuali di raggiungimento pieno o parziale dell'obiettivo fissato dalla Regione (>1,6%).
Liste di attesa	Miglioramento sui tempi di attesa	Apertura delle liste di prenotazione dei centri accreditati; Introduzione delle classi di priorità; Lista palese dei programmati interni; Gestione prime visite con lista dedicata e aumento dell'offerta da parte degli specialisti; Governo della richiesta generica con tavolo condiviso con i MMG; Pulizia della lista delle procedure programmate a lungo termine.

4.3 Prevenzione

Le attività di prevenzione della ASM sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e dal Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale, attraverso le UU.OO. che operano su tutto il territorio aziendale.

Dipartimento Di Prevenzione Collettiva Della Salute Umana

La struttura del Dipartimento prevede per ogni articolazione funzionale 2 Unità Operative Complesse, una per ambito territoriale di riferimento, per un totale di 8 UU.OO.

Vengono riportate di seguito, i dati di attività per ciascuna U.O.C.

Servizio Igiene Degli Alimenti E Della Nutrizione (S.I.A.N.) – Montalbano Jonico

Le ispezioni effettuate sono state 232 (ristorazione pubblica, collettiva; distribuzione al dettaglio e all'ingrosso, ecc.), verificando gli atti amministrativi sanitari, l'igiene del personale, le condizioni igieniche delle strutture e delle attrezzature, ecc. Per 3 casi di tossinfezione alimentare è stata effettuata sorveglianza e nell'ambito dell'attività di campionamento sono stati effettuati n. 80 prelievi di alimenti.

Il controllo delle acque destinate al consumo umano è demandato all'ARPAB, che stabilisce le frequenze dei campionamenti in funzione dell'andamento della qualità dell'acqua e delle criticità evidenziate durante i precedenti controlli. I campionamenti effettuati sono stati 74 .

Servizio Igiene Degli Alimenti E Della Nutrizione (S.I.A.N.) – Matera

Le aree di intervento per questo servizio sono diverse e tra queste abbiamo la verifica preliminare alla realizzazione, attivazione, modifica di attività di produzione, preparazione e confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande e rilascio relativo parere; gli interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti; la tutela e controlli di competenza delle acque destinate al consumo umano.

Dipartimento Di Prevenzione Della Sanità E Benessere Animale

La struttura del Dipartimento prevede per ogni articolazione funzionale 2 Unità Operative Complesse, una per ambito territoriale di riferimento per un totale di 6 UU.OO.CC.

Obiettivi Di Attività 2012

Obiettivi	Indicatori	Risultati
Prevenzione primaria	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	nel 2012 la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi) nell'ASM è stata pari 98,10%, raggiungendo al 100% l'obiettivo (>90%).
	Copertura per vaccino MPR	nel 2012 la copertura vaccinale per MPR nei bambini di 2 anni nell'ASM è stata pari a 91,59%, raggiungendo al 100% l'obiettivo (>90%).
	Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni	nel 2012 la copertura per vaccino antinfluenzale è stata pari al 65%, raggiungendo al 50% l'obiettivo (>75%).

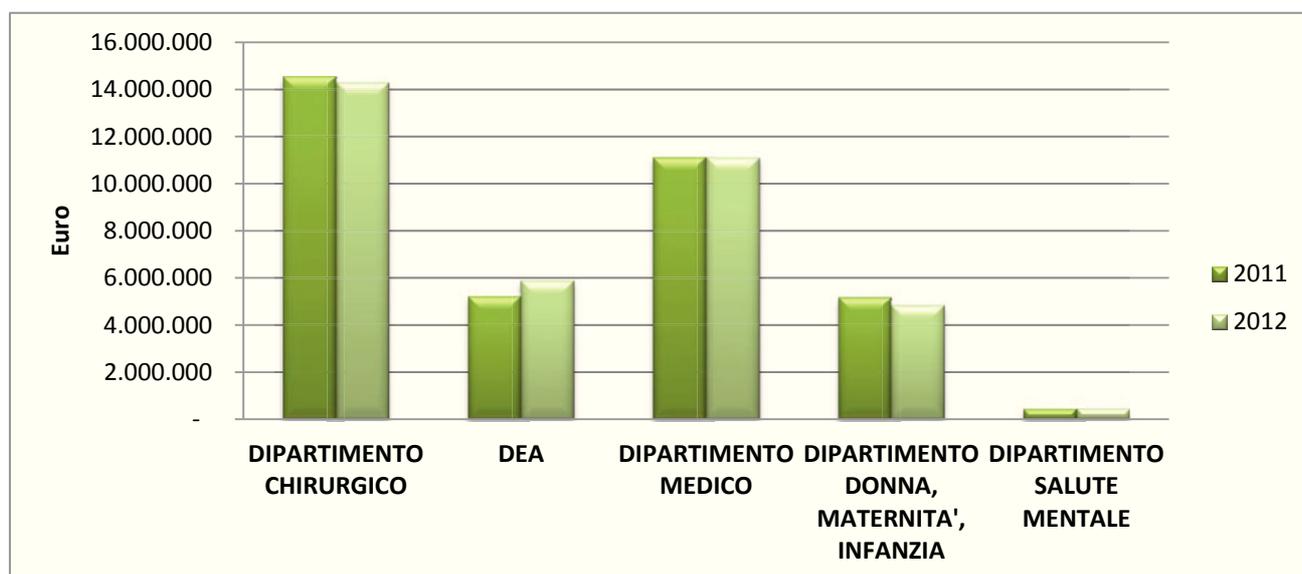
Prevenzione secondaria	Estensione grezza dello screening mammografico	nel 2012 l'estensione grezza dello screening mammografico alla popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 93,14%, raggiungendo al 100% l'obiettivo.
	Adesione grezza dello screening mammografico	nel 2012 l'adesione grezza allo screening mammografico da parte della popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 56%, raggiungendo al 50% l'obiettivo (>80%).
	Estensione grezza dello screening cervice uterina	nel 2012 l'estensione grezza dello screening della cervice uterina alla popolazione femminile interessata della ASM è stata pari all'86%, raggiungendo al 50% l'obiettivo (>95%).
	Adesione grezza dello screening cervice uterina	che nel 2012 l'adesione grezza allo screening della cervice uterina da parte della popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 22%, discostandosi dall'obiettivo (>60%).
Sicurezza negli ambienti di lavoro	Percentuale di imprese attive sul territorio controllate	nel 2012 la percentuale di imprese attive sottoposte a controlli da parte dell'ASM è stata pari 11,39%, raggiungendo al 100% l'obiettivo (>10%).
Sanità veterinaria	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	nel 2012 tutti gli allevamenti bovini e bufalini (583), sono stati sottoposti a controlli da parte dei servizi veterinari della ASM, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo.
	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina	Nel 2012 tutti gli allevamenti ovi caprini, bovini e bufalini (1.704), sono stati sottoposti a controlli per brucellosi da parte dei servizi veterinari della ASM, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo.
	Percentuale di aziende ovi caprine controllate per anagrafe ovi caprina	la percentuale di aziende ovi caprine controllate per anagrafe ovi caprina è stata pari al 3,4%, consentendo all'Azienda di raggiungere al 50% l'obiettivo (>5%).
	Percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	Nel 2012 i servizi veterinari della ASM hanno analizzato 8 campioni di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale, pari al 100% dei campioni programmati.

Assistenza Ospedaliera

Si forniscono di seguito i dati di attività relativi agli anni 2011 e 2012 di ciascuno degli Ospedali della ASM. Pare opportuno sottolineare come la valorizzazione economica dei ricoveri è attribuita interamente ai reparti che effettuano le dimissioni dei pazienti, senza cioè tener conto degli eventuali transiti in altri reparti. In virtù di tale criterio di imputazione, determinato dalla procedura di elaborazione delle SDO, risulta sottodimensionata la valorizzazione economica dell'attività di alcuni reparti, quali in particolare la Terapia Intensiva-Rianimazione, l'UTIC, la Pneumologia, che sono tipicamente reparti di transito dei pazienti, e conseguentemente sopravvalutata l'attività dei reparti che procedono alle dimissioni degli stessi pazienti.

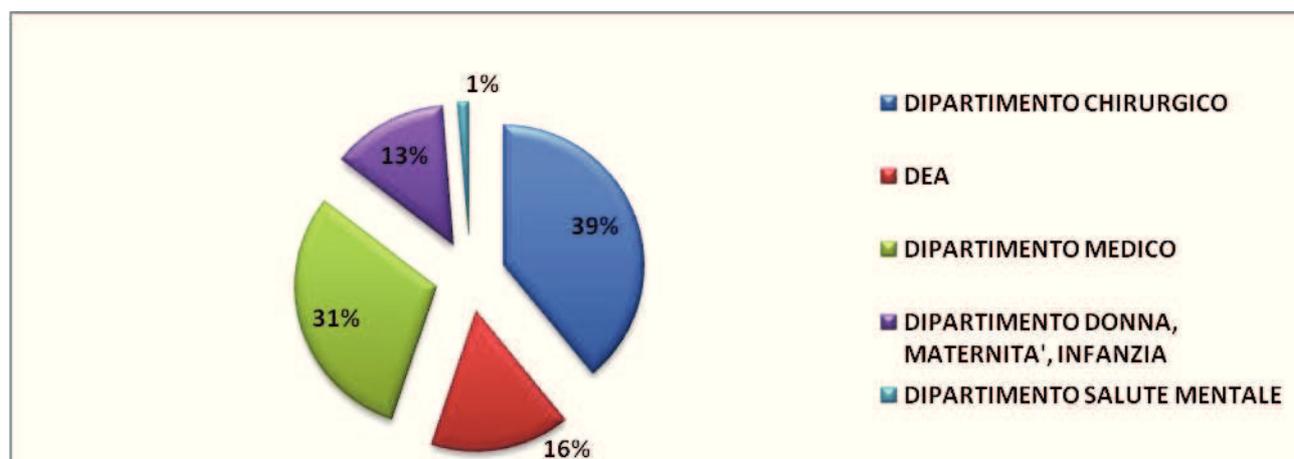
Nel 2012 il valore economico dei ricoveri ordinari effettuati dall'Ospedale di Matera è stato pari a 36,54 milioni di euro, evidenziando un lieve incremento rispetto all'anno precedente, inferiore all'1%, che riflette l'incremento nel numero dei ricoveri ordinari effettuati nello stesso periodo.

Grafico 4.25 : Valorizzazione Economia Dei Ricoveri Ordinari - Ospedale Di Matera (fonte dati: Relazione di gestione 2012)



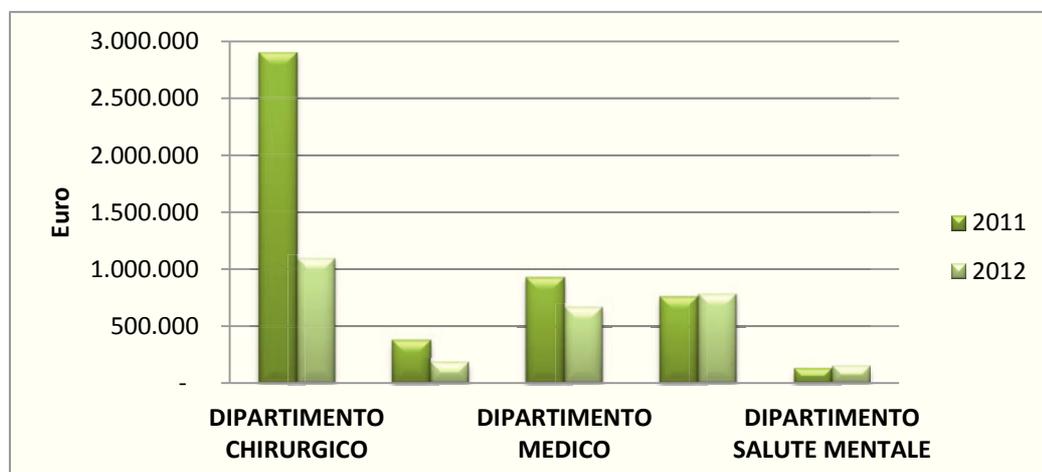
I Dipartimenti del P.O. di Matera nel 2012 hanno evidenziato complessivamente un sostanziale mantenimento della valorizzazione economica dei ricoveri ordinari, facendo rilevare le seguenti specificità: il Dipartimento Chirurgico è quello che evidenzia la maggiore riduzione passando da 14,55 a 14,279 milioni di euro, mentre il DEA è il Dipartimento con il maggiore incremento del valore della produzione ospedaliera in regime ordinario, passando da 5,223 a 5,870 milioni di euro. Tutti gli altri Dipartimenti evidenziano una perfetta stabilità del valore della produzione di ricoveri ordinari tra il 2012 e l'anno precedente.

Grafico 4.26 : Valorizzazione Economica Dei Ricoveri Per Dipartimento - Anno 2012 - Ospedale di Matera (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)



La valorizzazione economica dei DH effettuati nell'Ospedale di Matera nel 2012 è stata pari a 2.877.772 euro, con una riduzione pari al -44% rispetto all'anno precedente. Tale andamento riflette fedelmente la contrazione dei volumi di attività precedentemente descritta.

Grafico 4.27 : Valorizzazione Economica Dei DH - Anno 2012- Ospedale Di Matera (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)



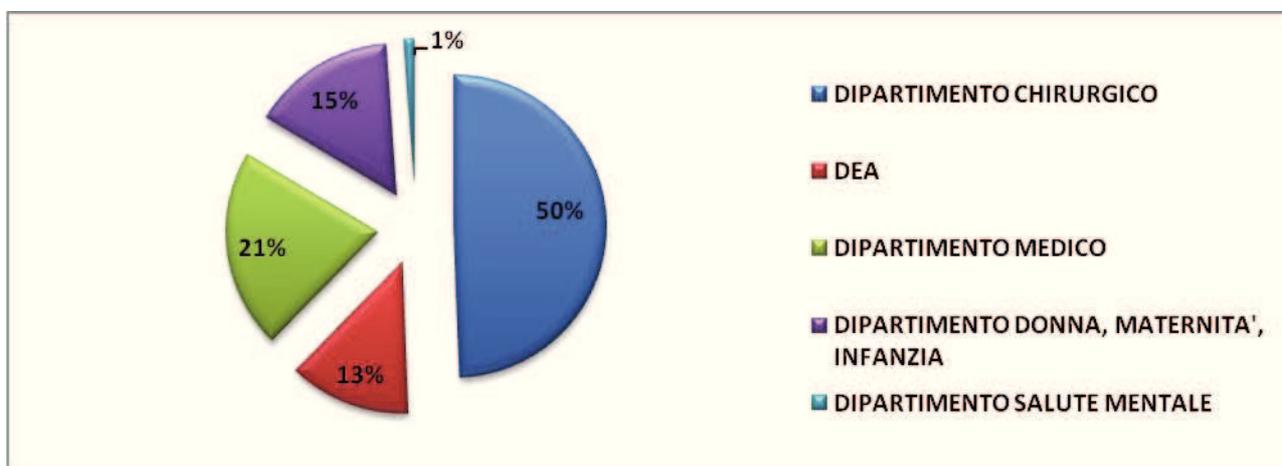
Il grafico sopra riportato evidenzia la drastica riduzione del valore economico dei DH con riferimento particolare al Dipartimento Chirurgico, al medico e al DEA.

I ricavi relativi alla valorizzazione economica dei ricoveri importati nel 2012 sono stati, pari 7.197,824 euro, evidenziando un lieve calo rispetto al 2011,

nella misura del -6%.

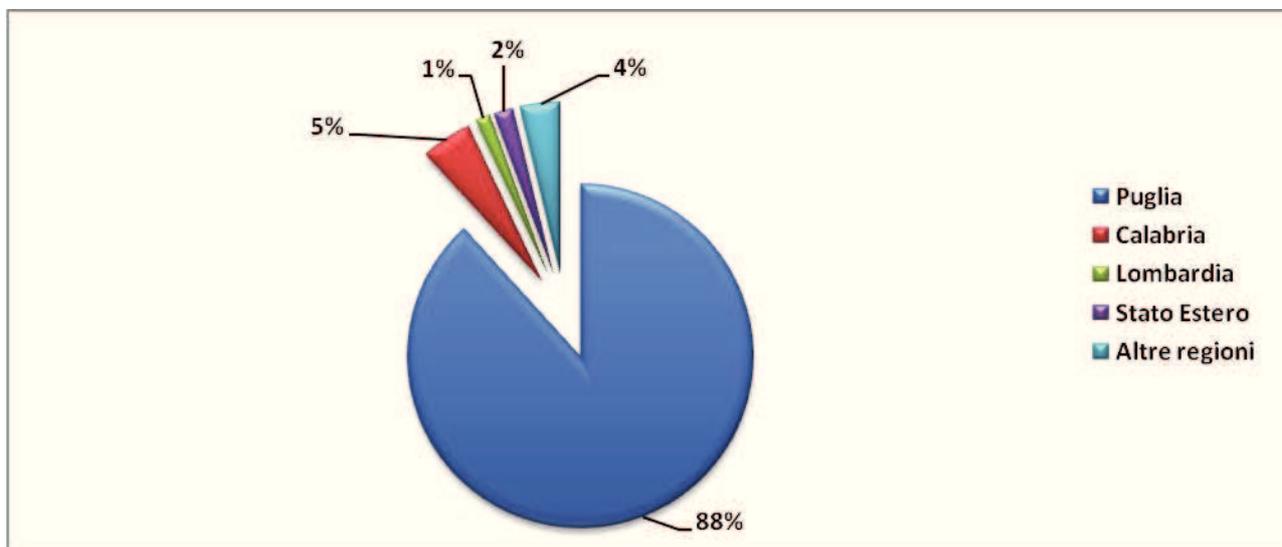
La riduzione percentuale (-6%) della valorizzazione economica dei ricoveri importati è inferiore alla riduzione percentuale del numero degli stessi ricoveri, evidenziando come la contrazione delle attività ha riguardato specificatamente i ricoveri a bassa valorizzazione economica e conseguentemente quelli a minore complessità assistenziali, quali nello specifico i ricoveri in regime diurno.

Grafico 4.28 : Valorizzazione Economica Della Mobilità Attiva Extraregionale Per Dipartimento - Anno 2012 - Ospedale Di Matera (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)



Dal grafico sopra riportato si evince come il 50% del valore della mobilità attiva extraregionale nel 2012 sia imputabile al Dipartimento Chirurgico, il 21% al Dipartimento Medico il 15% al Dipartimento Donna, Maternità e Infanzia, il 13% al Dea e l'1% al Dipartimento Salute Mentale.

Grafico 4.29 : Mobilità Ospedaliera Attiva Per Regione Di Provenienza - ANNO 2012 - Ospedale Di Matera (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)

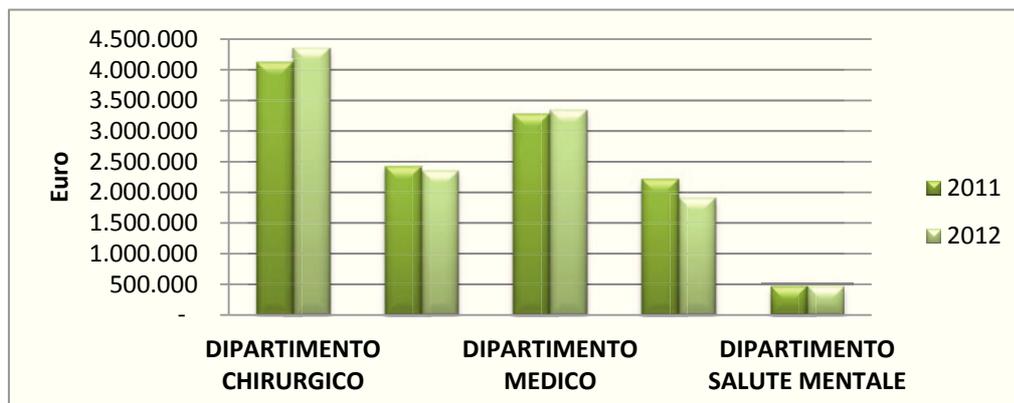


La Regione da cui proviene la maggior parte della mobilità ospedaliera attiva extraregionale dell'Ospedale di Matera è la Puglia, che costituisce l'88% del totale, seguita dalla Calabria che rappresenta il 5% del totale, gli Stati esteri che rappresenta il 2% dei casi, la Lombardia con l'1% dei casi, e via via tutte le altre.

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Matera nel 2012 è stato pari a 13.876.154 euro, con un incremento, pari al +2% rispetto all'anno precedente. Tale incremento acquista un significato particolare se raffrontato con la contestuale riduzione del numero di prestazioni ambulatoriali, trovando giustificazione nel consolidamento del cambiamento di setting assistenziale operato nel corso del 2012, contrassegnato dal passaggio da prestazioni elementari a pacchetti (PAC o APA), comprendenti più prestazioni.

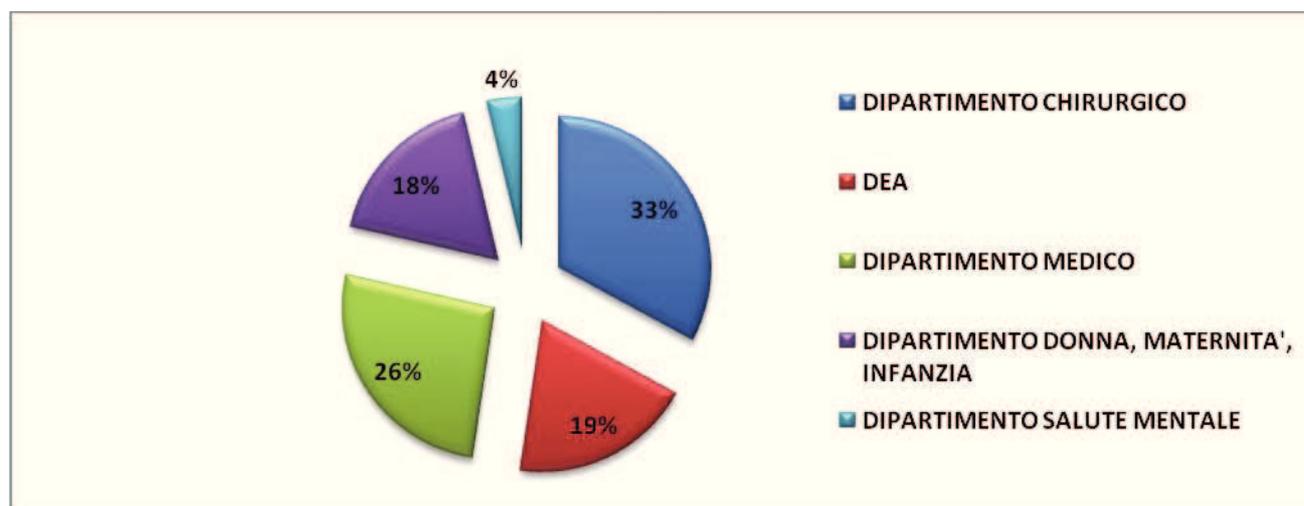
Nel 2012 il valore economico dei ricoveri effettuati dall'Ospedale di Policoro è stato pari a 12,4 milioni di euro, rimanendo sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente (-0,7%), analogamente al trend del numero dei ricoveri effettuati.

Grafico 4.30 : Valorizzazione Economica Dei Ricoveri Ordinari - ANNO 2012 - Ospedale Di Policoro (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)



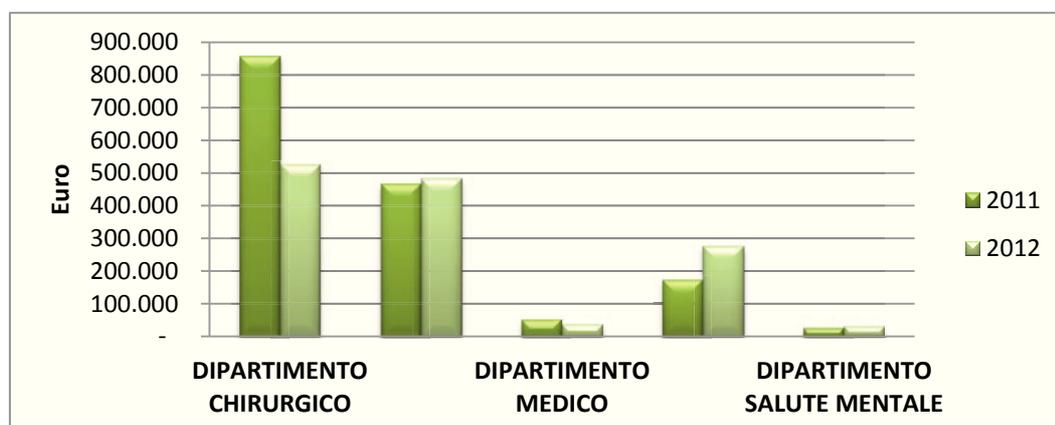
I Dipartimenti del P.O. di Policoro che, sia pur lievemente, hanno evidenziato un incremento della valorizzazione economica rispetto all'anno precedente sono stati, il Dipartimento Medico, il Dipartimento Chirurgico e il Dipartimento Salute Mentale; tutti gli altri Dipartimenti, invece, hanno fatto registrare, sia pure in termini contenuti, una riduzione.

Grafico 4.31 : Valorizzazione Economica Dei Ricoveri Per Dipartimento - Anno 2012 - Ospedale Di Policoro (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)



La valorizzazione economica dei DH effettuati nell'Ospedale di Policoro nel 2012 è stata pari a 1.348.737 euro, con una riduzione pari al -14% rispetto all'anno precedente. Tale andamento riflette fedelmente la contrazione dei volumi di attività precedentemente descritta.

Grafico 4.32 : Valorizzazione Economica Dei DH - Anno 2012 - Ospedale Di Policoro (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)

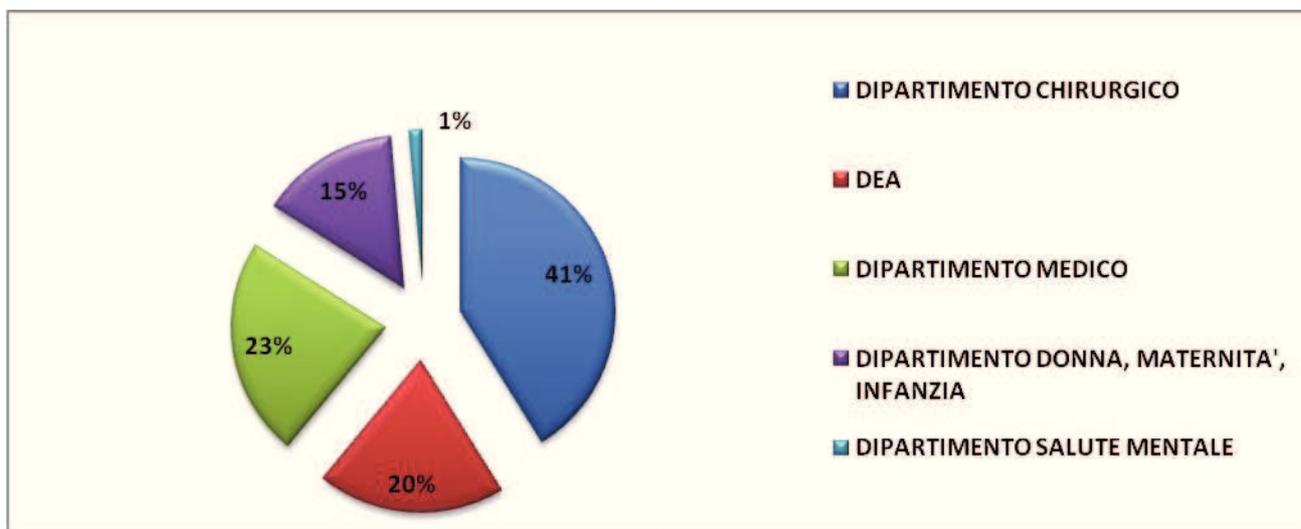


I grafici sopra riportati evidenziano la riduzione del valore economico dei DH con riferimento particolare al Dipartimento Chirurgico e in misura inferiore a quello Medico; quest'ultimo aveva già fatto registrare nel 2011 una drastica riduzione.

I ricavi relativi alla valorizzazione economica dei ricoveri importati nel 2012 sono stati pari 2.112.460 euro, evidenziando un lieve incremento rispetto al

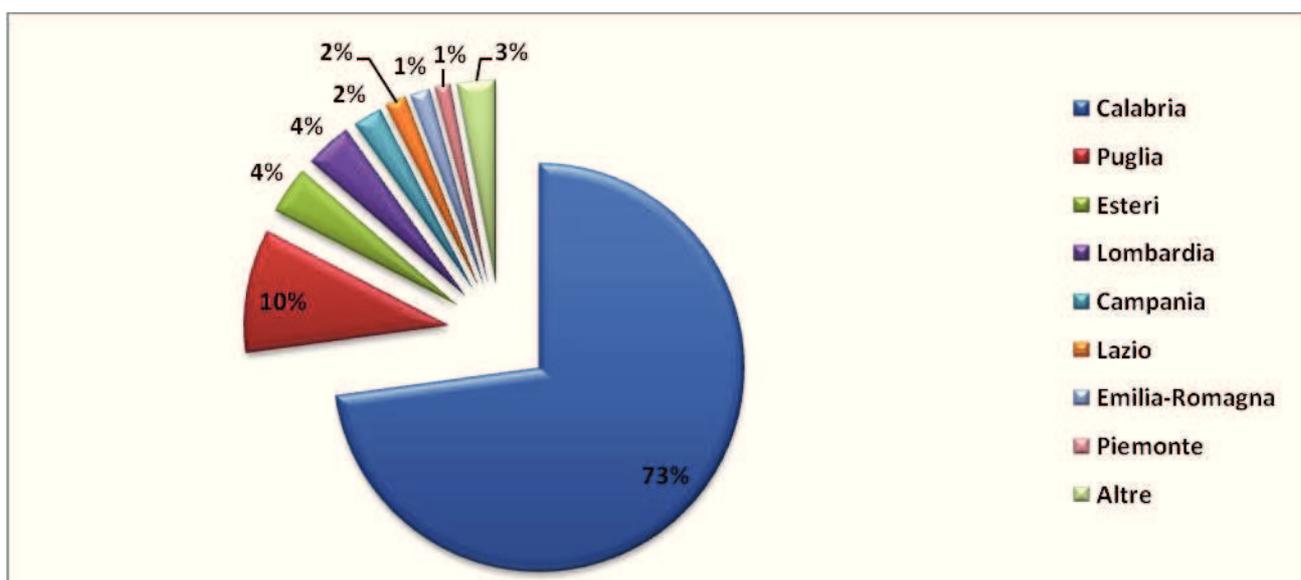
2011, nella misura del +1%. Tale aumento conferma il trend di espansione in atto da alcuni anni.

Grafico 4.33 : Valorizzazione Economica Della Mobilità Attiva Extraregionale Per Dipartimento - Anno 2012 - Ospedale Di Policoro (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)



Dal grafico sopra riportato si evince come il 41% del valore della mobilità attiva extraregionale nel 2012 sia imputabile al Dipartimento Chirurgico, il 20% al DEA, il 23% al Dipartimento Medico il 15% al Dipartimento Donna, Maternità e Infanzia, l' 1% al Dipartimento Salute Mentale.

Grafico 4.34 : Mobilità Ospedaliera Attiva Extraregionale Per Regione Di Provenienza Dell'utenza - Anno 2012 - Ospedale Di Policoro (Fonte dati: Relazione di gestione 2012)



La Regione da cui proviene la maggior parte della mobilità ospedaliera attiva

extraregionale dell'Ospedale di Policoro è la Calabria, che costituisce il 72% del totale, seguita dalla Puglia che rappresenta il 10% del totale, la Lombardia con il 4% dei ricoveri, come i Paesi Esteri, la Campania, il Lazio e l'Emilia Romagna con il 2% dei casi, e via via tutte le altre.

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Policoro nel 2012 è stato pari a 4.087.612 euro, con un significativo incremento, pari al +16% rispetto all'anno precedente.

Tale incremento, che evidenzia una dinamica già manifestata nell'anno precedente, acquista un significato tanto maggiore se confrontato con la riduzione dei volumi di attività, analizzata nel punto precedente, trovando giustificazione nel cambiamento di setting assistenziale consolidato nel corso del 2012, contrassegnato dal passaggio da prestazioni ambulatoriali elementari a pacchetti (PAC o APA), comprendenti più prestazioni.

Assistenza Territoriale

Con riferimento all'assistenza territoriale si riportano di seguito i principali dati di attività relativi al periodo 2011 - 2012, distinguendo tra le varie linee assistenziali.

Nel 2012 il valore economico dei ricoveri effettuati dall'Ospedale di Tricarico è stato pari a 5,8 milioni di euro, evidenziando un lieve decremento rispetto all'anno precedente pari al -2,8%, significativamente inferiore al decremento del numero dei ricoveri ordinari, pari come detto a -8%. Tale decremento è stato determinato fondamentalmente dall'azzeramento dei ricoveri per acuti precedentemente erogati nell'Ospedale di Tricarico, solo in parte compensato dall'incremento dei ricoveri di lungodegenza. Vale la pena ricordare come il fatturato del Polo Riabilitativo Don Gnocchi sia corrisposto alla stessa Fondazione da parte della ASM.

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Tricarico nel 2012 è stato pari a 962.853 euro, con una riduzione del -10% rispetto all'anno precedente.

Nel 2012 il valore economico dei ricoveri effettuati dall'Ospedale di Stigliano è stato pari a 0,9 milioni di euro, evidenziando un decremento rispetto all'anno precedente pari al -32%, che va di pari passo con il decremento del numero dei ricoveri realizzato nell'anno in oggetto, conseguente al processo di riconversione in Ospedale Distrettuale che ha di fatto comportato la cessazione delle attività di ricovero per acuti.

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Stigliano nel 2012 è stato pari a 777.170 euro, con una riduzione del -7% rispetto all'anno precedente.

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi dell'Ospedale di Tinchi nel 2012 è stato pari a 3.821.727 euro, con un incremento del +1% rispetto all'anno precedente, in linea con l'incremento fatto registrare dal numero delle prestazioni.

La valorizzazione economica delle prestazioni specialistiche ambulatoriali territoriali è stata pari nel 2012 a 1.040.213, evidenziando una lievissima riduzione rispetto all'anno precedente di circa il -1%.

Il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, gestita in convenzione con cooperative, per l'anno 2012 è stato pari a 3.505.237 euro.



5. Azioni e Progetti

Premessa

La visione strategica dell'Azienda è improntata al miglioramento continuo della qualità della propria offerta di salute, nel rispetto dei bisogni, delle aspettative e delle preferenze della persona, nelle dimensioni della:

- Appropriatelyzza tecnico-professionale, organizzativa e gestionale , per erogare prestazioni congrue con il bisogno di salute da soddisfare;
- Efficacia per gli esiti di salute dell'individuo e della collettività, basando le attività cliniche ed organizzative sul metodo scientifico;
- Sicurezza per il paziente, intesa come "libertà da danni non necessari o danni potenziali associati alle cure sanitarie", e per gli operatori coinvolti nella pratica assistenziale;
- Efficienza nella gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, utilizzando con responsabilità le risorse disponibili;
- Equità per garantire a tutti e a ciascun cittadino l'opportunità di accesso a servizi e prestazioni di uguale qualità.

I valori

L'Azienda assume quali valori fondanti della propria organizzazione i seguenti:

a. Centralità della persona

Il destinatario delle attività assistenziali è la persona, paziente attuale o potenziale, e l'Azienda progetta e realizza le attività e i servizi sulla base dei bisogni del singolo e della comunità, nel rispetto dei principi universali a tutela della dignità della persona, adottando nella erogazione delle prestazioni il modello della presa in carico e dei percorsi clinico-assistenziali.

L'Azienda adotta un modello organizzativo finalizzato alla valorizzazione delle risorse umane, consapevole del ruolo fondamentale che le stesse svolgono nella missione e nella visione aziendali.

b. Integrazione

L'Azienda persegue una visione sistemica dell'organizzazione e programma e sviluppa le attività in un sistema integrato e coerente, promuovendo la collaborazione fra discipline, professioni ed altre istituzioni, al fine di condividere saperi e competenze.

c. Apertura, Trasparenza e Collaborazione

Il contesto organizzativo è improntato alla ricerca del confronto e allo scambio di informazioni ed esperienze, in un clima di collaborazione e di supporto reciproco, allo scopo di motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali.

L'Azienda, consapevole della propria funzione nel contesto sociale, economico e culturale nel quale opera, si impegna a realizzare la trasparenza e la collaborazione con tutte le parti interessate del territorio di riferimento.

d. Informazione, Comunicazione e Partecipazione

Un sistema informativo è essenziale nella gestione di un sistema complesso rappresentato da una organizzazione sanitaria, e deve garantire lo scambio di informazioni e la comunicazione fra il paziente, i cittadini ed i professionisti. Per poter soddisfare questo obiettivo, esso deve essere orientato ai bisogni di salute ed alla gestione dei servizi, in grado di descrivere e di misurare, al fine di facilitare la valutazione ed il miglioramento, e di assicurare la qualità dei dati (riproducibilità, accuratezza, completezza, tempestività).

La competenza comunicativa è una delle competenze necessarie nell'espletamento dell'attività di cura ed è una componente essenziale della professione sanitaria. L'Azienda adotta uno stile comunicativo efficace verso tutte le parti interessate e favorisce lo sviluppo della competenza comunicativa degli operatori.

L'Azienda, considerando il paziente non come recettore passivo ma quale protagonista nelle attività di cura, favorisce la partecipazione e il coinvolgimento della persona nelle scelte inerenti i bisogni di salute.

e. Qualità, Formazione e Ricerca

La qualità, la formazione e la ricerca sono strumenti fortemente integrati e interdipendenti, finalizzati al miglioramento dell'assistenza erogata.

L'Azienda ricerca il miglioramento continuo della qualità assistenziale in tutte le sue dimensioni (professionale, organizzativa, relazionale, percepita), e considera la formazione continua come parte integrante della professione e della organizzazione, in quanto strumento che consente di adeguare conoscenze, competenze e abilità agli obiettivi di entrambe.

La ricerca, oltre che significare studi clinici o di laboratorio, trasferita nella pratica quotidiana della attività assistenziale, diventa un modo di agire dell'operatore, caratterizzato dallo sforzo di verificare le ipotesi,

dall'uso della logica argomentativa, dalla continua ricerca delle prove di efficacia clinica e dalla verifica dei risultati raggiunti, un atteggiamento che riassume tutti i valori dell'Azienda.

f. Innovazione

L'Azienda favorisce la ricerca e la implementazione di soluzioni innovative, siano esse concettuali, organizzative, tecnologiche.

g. Valutazione

L'Azienda ritiene la valutazione fase essenziale ed ineludibile nella gestione delle attività assistenziali e si impegna a valutare sistematicamente i risultati delle stesse attraverso indicatori predefiniti e condivisi con le parti interessate, e a favorire l'autovalutazione partecipata di gruppo (fra pari) quale strumento efficace per i cambiamenti più proficui per l'organizzazione ed i suoi operatori.

Tabella 5.1 :

Valori	Progetti
Centralità della persona	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto servizio civile per la realizzazione di interventi di sostegno a anziani, disabili adulti e disabili minori - Violenza di genere e stalking - Pediatria a Matera: la "Biblioteca del sorriso" - Policoro. Accesso più rapido al Pronto Soccorso - Nuovi spazi per Pediatria e Oculistica - Raddoppiano i posti di Rianimazione - Comitato Misto Consultivo: ottobre 2013 - Sportello di informazione indipendente sul farmaco

Integrazione	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto Casa della Salute - Incontro con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta - Salute mentale: ASM e AMASAM insieme - Progetto RAI DMM - I vertici dell'Asl B.A.T. studiano la Casa della Salute del Presidio Ospedaliero di Tricarico
Apertura, Trasparenza e Collaborazione	<ul style="list-style-type: none"> - Spending Review e sanità - Valutazione della performance 2012 dei sistemi sanitari regionali - Prevenzione della corruzione
Informazione, Comunicazione e Partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> - Progetto estate sicura
Qualità, Formazione e Ricerca	<ul style="list-style-type: none"> - Il Laboratorio di Genetica dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera nella rete europea Orphanet - Valutazione della qualità: risultato positivo per l'ambulatorio di Endocrinologia di Matera - Il Laboratorio Unico Logico
Innovazione	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio analisi HI-TECH al Presidio Ospedaliero di Matera: risultati in rete e firma digitale dei referti
Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema di misurazione e valutazione della Performance

5.1 Centralità della persona

Progetto servizio civile per la realizzazione di interventi di sostegno a anziani, disabili adulti e disabili minori

Il Progetto servizio civile è un progetto rivolto all'assistenza ai minori che vivono in condizioni di disagio, dovuto alla disabilità. Il progetto ha riguardato alcuni cittadini disabili residenti nei Comuni sedi di progetto. Sono stati realizzati interventi di sostegno e di affiancamento nelle attività socio-sanitarie. I giovani volontari impegnati nel progetto sono stati 20, quattro per ciascuna sede.

Il progetto ha visto il sostegno delle associazioni di volontariato "Associazione Italiana Persone Down" di Matera e Montescaglioso, "Don Pancrazio Toscano" di Tricarico, "Confraternita" di Grassano, "Donna e Vita" di Montescaglioso e "Croce Rossa Italiana" di Bernalda, Ferrandina e Matera.

La pubblicazione delle esperienze prodotte nell'ambito del progetto di Servizio Civile conferma l'attenzione dell'ASM verso i problemi dei cittadini che vivono in condizioni disagiate, coinvolgendo i giovani in un programma solidale di impegno verso il prossimo, che costituisce una opportunità di avvicinamento

dei giovani al mondo della disabilità e al volontariato.

Violenza di genere e stalking: Palazzo Chigi approva il progetto "ALBA". Procedura speciale nei Pronto Soccorso di Matera e Policoro per aiutare le vittime

Il progetto "ALBA", presentato dalla ASM ed approvato dal Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha come obiettivo quello di sviluppare la sensibilità degli operatori sanitari sui temi della violenza di genere e dello stalking e le loro capacità di interpretare le situazioni personali e familiari a rischio, implementando una procedura protetta nei Pronto Soccorso per la cura e l'assistenza alle vittime. L'iniziativa prevede la realizzazione di specifici percorsi di formazione erogata da esperti della materia a tutti i professionisti della sanità che prestano la prima assistenza alle persone vittime di violenza di genere e di stalking: tra questi medici di medicina generale, ginecologi, psichiatri, infermieri, ostetriche ed operatori del 118.

Il progetto, realizzato in due distinte fasi presso gli ospedali di Matera e Policoro, punta a favorire nelle professionalità aziendali una forte sensibilizzazione al tema dei maltrattamenti, della violenza sessuale e dello stalking, oltre a sviluppare linguaggi e competenze comunicative condivise, attraverso l'affinamento delle capacità di "ascolto attivo" e di "interpretazione" di tutte quelle situazioni dietro cui si celano storie di maltrattamenti e abusi.

Pediatria a Matera: la "Biblioteca del sorriso"

L'Azienda sanitaria di Matera ha ricevuto da una società di comunicazione e di indagini di mercato oltre 300 tra libri di avventura, didattici, collane per ragazzi e classici del passato e ha così realizzato la "Biblioteca del sorriso", presso il reparto di pediatria dell'ospedale Madonna delle Grazie e l'Ufficio vaccinazioni di Matera.

Le finalità dell'iniziativa è quella di contribuire alla promozione della lettura coinvolgendo bambini e famiglie.

Da oltre 10 anni la pediatria di Matera realizza il progetto "nati per leggere", poiché è scientificamente dimostrato che leggere ai bambini favole e filastrocche, sin dalla tenera età, migliora la capacità di lettura e scrittura e sviluppa l'attaccamento del bambino verso chi legge loro le favole. Tutto ciò che è umanizzazione in sanità è importante e va a valorizzato, soprattutto se avviene in settori come la pediatria, dove si trattano pazienti fragili con esigenze del tutto particolari. Sanità non significa soltanto erogare cure, ma vicinanza, calore umano a chi ne ha bisogno.

Presidio Ospedaliero di Policoro. Accesso più rapido al Pronto Soccorso - Nuovi spazi per Pediatria e Oculistica - Raddoppiano i posti di Rianimazione

L'Azienda sta attuando un ampio progetto di potenziamento dei servizi, che parte dall'ammodernamento e da un più razionale utilizzo delle strutture esistenti, per confermare l'ospedale di Policoro nel ruolo di punto di riferimento per l'intera fascia Metapontina e l'alto cosentino.

E' stato migliorato e reso più agevole l'accesso al Pronto Soccorso presso il Presidio Ospedaliero di Policoro, con la realizzazione di un nuovo ingresso ed un parcheggio riservato esclusivamente agli utenti; è stato effettuato il trasferimento del reparto di Pediatria, dove negli ampi e più moderni spazi del terzo piano vengono erogate anche le prestazioni dell'ambulatorio di ostetricia; il reparto di Oculistica è stato invece ricollocato al primo piano, in spazi che ospitano anche i locali della chirurgia ambulatoriale e le sale per le prestazioni specialistiche; migliorata, infine, la collocazione del Centro Trasfusionale e del centro prelievi, ora al piano terra per agevolare l'accesso di utenti e volontari, e del laboratorio analisi, cui sono stati assegnati ulteriori locali per l'implementazione della rete aziendale dei laboratori.

Ottobre 2013: Insediato il Comitato Misto Consultivo

A ottobre 2013 si è insediato il Comitato Misto Consultivo; i compiti del Comitato sono di carattere propositivo e consultivo e riguardano principalmente l'analisi dei bisogni espressi dalla popolazione, con particolare riferimento alle questioni provenienti dalla "fragilità" che sfocia nella cronicità, a cui appartengono tutte le patologie per le quali le normative in atto prevedono l'esenzione del ticket sanitario.

Lo stesso organismo promuove, inoltre, la personalizzazione delle cure, l'umanizzazione dei servizi e la gestione di un sistema di accoglienza integrato nella rete dei servizi sanitari ed aziendali.

Sportello di informazione indipendente sul farmaco

A seguito della convenzione stipulata tra la ASM di Matera e l'Università degli Studi di Foggia (Unità di Farmacologia) è stato attivato lo "Sportello di Informazione Indipendente sul Farmaco".

Grazie a questa innovativa e concreta iniziativa, è possibile ricevere informazioni su specifico quesito in materia di farmacologia, come ad esempio:

- interazioni farmacologiche semplici e complesse;

- reazioni avverse da farmaci complesse ed inaspettate;
- collocamento del farmaco nella terapia: linee guida internazionali;
- utilizzo di farmaci al di fuori dell'indicazione;
- approfondimento del meccanismo d'azione dei nuovi farmaci;
- aggiornamento sui dati relativi alla comparsa di Reazioni Avverse.

Lo Sportello ha come obiettivo specifico quello di offrire conoscenze mirate e di rapida fruizione, e si propone come strumento di diffusione e promozione della conoscenza dei problemi farmaco-correlati, garantendo una Informazione Indipendente.

5.2 Integrazione

Il Progetto Casa della Salute

Nel 2013 viene avviato un progetto di sperimentazione della Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta di Tricarico e l'integrazione con Attività Distrettuali/Ospedale Distrettuale - Casa della Salute. L'Azienda ha messo a disposizione dei medici di Tricarico i locali idonei per l'attività di cui all'ACN e all'AIR e le relative utenze ad uso gratuito.

Alcuni dei compiti previsti per i medici sono:

- mettere a disposizione gli arredi e le attrezzature necessarie per svolgere le attività previste;
- mettere a disposizione il personale di studio;
- garantire la presenza di almeno un medico presso la struttura tutti i giorni;
- rispettare gli obiettivi assistenziali e di appropriatezza prescrittiva concordati con il Direttore del Distretto;
- ridurre gli accessi impropri al P.S. sulla base dei criteri concordati con il Direttore del Distretto.

Incontro con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

L'incontro tra ASM, MMG e pediatri di libera scelta, è servito a condividere i temi relativi alle liste di attesa e all'importanza della medicina territoriale per quanto riguarda la prevenzione, il miglioramento dell'assistenza sanitaria e la sua efficacia ed economicità. Per quanto riguarda il primo punto, una particolare attenzione è stata posta alle classi di priorità per le visite e le prestazioni diagnostiche e terapeutiche e per l'appropriatezza delle prescrizioni. La funzione della medicina territoriale è particolarmente rilevante per le sue connessioni con due elementi strutturali: l'evoluzione della domanda di salute della popolazione italiana e le caratteristiche del nostro sistema sanitario, finora molto centrato sulla medicina ospedaliera.

In questo contesto è cresciuta la consapevolezza del ruolo che deve essere svolto dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta nel sistema sanitario, come raccordo tra il territorio e l'ospedale, oltre che negli assetti della medicina territoriale. La medicina di base dovrà sempre di più avere un ruolo di indirizzo verso prestazioni ambulatoriali più adeguate e di rapporto diretto con la cronicità crescente delle patologie grazie dell'aumentata aspettativa di vita della popolazione. Ogni scelta per diventare effettivamente operativa, dovrà essere partecipata e condivisa dai medici e dai pediatri di libera scelta.

Salute mentale: ASM e AMASAM insieme per migliorare i servizi

L'ASM insieme all'Amasam ha attivato un percorso di collaborazione denominato "Dopo di noi" che ha come obiettivo quello di fornire cura e assistenza alle persone affette da problemi psichici senza famiglia.

Tale percorso condiviso Azienda/volontariato è utile per migliorare i servizi sanitari destinati alla salute mentale, anche attraverso la sperimentazione di sinergie progettuali che coinvolgano gli attori istituzionali locali e danno un ruolo centrale alle famiglie.

La volontà dell'ASM è quella di studiare approfonditamente le problematiche riguardanti la rete dei servizi aziendali, adottando poi ogni scelta organizzativa consentita, che sappia coniugare l'attuale congiuntura con le legittime aspettative dei pazienti psichiatrici e delle loro famiglie.

Progetto RAI DMM (Rete Assistenziale Integrata per il Diabete Mellito e le Malattie Metaboliche)

Nell'ambito delle attività del Basilicata Barometer Diabetes Observatory, l'ASM di Matera ha dato il via al Progetto RAI DMM (Rete Assistenziale Integrata per il Diabete Mellito e le Malattie Metaboliche).

La costruzione del network contribuisce ad avvicinare il più possibile le cure alla residenza del paziente, gerarchizzando i livelli assistenziali in modo che sia resa praticabile la continuità di cura fra MMG e PLS e i centri Diabetologici. Particolare attenzione viene data anche alla prevenzione delle malattie metaboliche e al conseguimento di obiettivi di appropriatezza organizzativa e prescrittiva.

Nella rete sono individuate le attività proprie di ciascun livello organizzativo dal centro di coordinamento al MMG o PLS, oltre ad attività formative finalizzate all'allineamento delle conoscenze in materia diabetologica e alla condivisione del relativo PDTA da parte di tutti gli attori coinvolti.

Nuovi modelli gestionali per l'integrazione ospedale territorio. I vertici

dell'Asl B.A.T. studiano la Casa della Salute del Presidio Ospedaliero di Tricarico

I vertici dell'Asl B.A.T. hanno manifestato particolare attenzione al livello di integrazione ospedale/territorio favorito dalla Casa della Salute dell'ASM, soffermandosi nell'analisi delle soluzioni organizzative applicate.

La sperimentazione del presidio distrettuale di Tricarico è divenuta un modello gestionale da estendere ad altre realtà territoriali.

L'integrazione dei professionisti del territorio con gli specialisti ospedalieri migliora sensibilmente la qualità della presa in carico delle patologie croniche, che infatti avviene in un'unica sede che eroga prestazioni di secondo livello assistenziale e rende più facile per i cittadini ottenere una consulenza dai medici di famiglia e dai pediatri, poiché presenti in ospedale dalle 8 alle 20 dal lunedì al venerdì e il sabato dalle 8 alle 10.

5.3 Apertura, Trasparenza e Collaborazione

Spending Review e sanità: è l'appropriatezza la vera sfida

La ASM e l'Ordine dei Medici della provincia di Matera hanno istituito un tavolo permanente di confronto sull'appropriatezza allo scopo di approntare misure di risparmio e contenimento dei costi, migliorando nel contempo i tempi di risposta e la qualità dei servizi sanitari.

Il lavoro sull'appropriatezza riguarda, anzitutto, la gestione delle liste d'attesa, con l'introduzione di classi di priorità per patologia: in pratica le liste dipendono dalla gravità/specialità della patologia e dal tipo di prestazione sanitaria che questa richiede. Così, in breve, per una visita urgente i tempi d'attesa saranno ridottissimi, mentre saranno ricondotti ad ordinarietà i tempi per un controllo prescritto dal medico -ad esempio- a 12/18 mesi dalla prima visita. La collaborazione tra ASM e Medici (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta) consente quindi di favorire l'emissione di prescrizioni corrette rispetto alla gravità/peculiarità della patologia, in modo da dare la precedenza ai casi davvero urgenti.

L'altro fronte è il recupero di efficienza sul versante dei percorsi terapeutici e farmaceutici, negli ospedali e nelle prescrizioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. In breve, vengono passati al vaglio dell'appropriatezza tutte le terapie, sanitarie e farmacologiche sia in ambito strettamente ospedaliero sia nelle prescrizioni disposte direttamente dai medici di base.

La valutazione della performance 2012 dei sistemi sanitari regionali

La Basilicata fa parte del network relativo alla valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali; è l'unica regione del sud a confrontarsi con realtà del centro-nord. Infatti, il Laboratorio Management e Sanità, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha pubblicato un report 2012 sul sistema di valutazione della performance di un network di 8 Regioni: Basilicata, Liguria, Marche, PA Bolzano, PA Trento, Toscana, Umbria e Veneto.

Il sistema di valutazione permette il confronto sia a livello regionale che aziendale sui circa 160 indicatori, di cui 100 di valutazione, selezionati tramite un processo di condivisione tra le Regioni. In ottica multidimensionale, si prendono in considerazione diverse tematiche: dagli aspetti tipicamente clinico-sanitari agli aspetti economico-finanziari; dalla voce dai cittadini e degli operatori agli orientamenti strategici regionali, al fine di migliorare lo stato di salute dei cittadini. Nel 2012 la Basilicata e la Toscana hanno effettuato sia un'indagine di clima interno su tutti i dipendenti del sistema sanitario regionale che un'indagine sulla soddisfazione ed esperienza dei pazienti di tutti i Pronto Soccorso. Complessivamente, le performance delle varie dimensioni sono riassunte in 60 indicatori di sintesi, rappresentati in forma grafica tramite "il bersaglio", con 5 fasce di valutazione a seconda della performance conseguita: al centro i punti di forza, corrispondenti alle fasce verdi, mentre nelle aree rosse e arancioni i punti di debolezza. La definizione degli standard da parte delle Regioni diventa un punto di partenza per orientare la programmazione sanitaria, mentre il confronto permette di prendere spunti da altri che hanno performance migliori circa differenti modalità organizzative e leve gestionali per impostare nuove strategie.

Le Regioni aderenti al network considerano un valore la trasparenza e l'accountability del proprio operato e rendono pubblici i propri risultati.

Prevenzione della corruzione

Lo scorso 28 Novembre 2013 è entrata in vigore la Legge n° 190 del 6 Novembre 2012 contenente le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

A norma dell'art. 1 comma 7 della legge n.190/2012 il Direttore Generale, organo di indirizzo politico dell'ASM, con Deliberazione n. 401 del 2 Aprile 2013, ha individuato il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Per corruzione si intende il caso di abuso da parte del dipendente del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati, sono ricomprese le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini Privati delle funzioni o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo,

tecnico o sanitario o di altro genere e riguardare ogni dipendente quale che sia la qualifica ricoperta.

L'ASM svolge le sue attività nell'osservanza dei principi di centralità della persona, della correttezza dell'azione amministrativa, della comunicazione, della semplificazione dell'azione amministrativa e del rispetto della privacy. Il sistema di garanzie introdotto dal piano della prevenzione della corruzione si fonda sul ruolo attivo del cittadino ed implica un rapporto equo e costante tra Azienda e cittadini. La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso una efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale il cittadino partecipa alla progettazione ed al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi costituiscono gli elementi concreti messi in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire anche la effettività delle misure preventive del piano della prevenzione della corruzione.

L'ASM ha introdotto un Piano Triennale di prevenzione e corruzione. Il Piano Triennale disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e della illegalità, nel rispetto dei decreti attuativi, delle circolari, delle linee guida, delle direttive e degli indirizzi forniti dalle istituzioni alle quali è demandata l'attuazione della norma.

Al Responsabile della prevenzione della corruzione competono le seguenti attività e funzioni:

- Elaborare la proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico;
- Definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- Verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità;
- Proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti nell'organizzazione;
- Verificare, con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- Individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- Pubblicare entro il 15 dicembre di ogni anno sul sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività.

5.4 Informazione, Comunicazione e Partecipazione

Progetto "Estate sicura"

L'Azienda sanitaria di Matera, in collaborazione con l'Associazione Gian Franco Lupo "Un sorriso alla vita"- onlus, per la stagione estiva 2013 ha predisposto il progetto "Estate sicura" -coste joniche: sole buono se ti proteggi! Conoscere ed imparare è importante per non rischiare.

Si tratta di una campagna informativa ed educativa per la prevenzione del melanoma, attraverso degli incontri con i turisti che trascorrono le vacanze nei principali lidi delle coste joniche della Basilicata.

Una brochure informativa e dei questionari sono stati distribuiti ed illustrati sui lidi, da personale medico e sanitario che ha partecipato al progetto.

5.5 Qualità, Formazione e Ricerca

Il Laboratorio di Genetica dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera nella rete europea Orphanet

Il Laboratorio di cito genetica e genetica molecolare dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, è stato inserito, a partire dal 2012, all'interno della rete europea Orphanet. Il centro è stato individuato come riferimento per lo studio molecolare delle talassemie (anemia mediterranea), della fibrosi cistica, della sordità congenita non sindromica, dell'emocromatosi HFE correlata, della citogenetica pre e post natale, per lo screening molecolare sulla trombofilia ereditaria, lo studio biochimico e molecolare del deficit di glucosio 6 fostato deidrogenasi (favismo), lo studio molecolare della febbre mediterranea familiare, l'iperplasia surrenalica congenita.

Si tratta dell'unica struttura in Basilicata inserita nella rete europea la cui organizzazione è gestita da un consorzio di cui fanno parte circa 40 paesi ed il relativo coordinamento ha sede in Francia.

I team nazionali hanno il compito di raccogliere informazioni sulle consulenze specialistiche, sui laboratori di diagnosi, sulle attività di ricerca in corso e sulle associazioni dei pazienti nei rispettivi paesi.

Orphanet offre una serie di servizi gratuiti tra cui: un elenco delle malattie rare con relative classificazioni stabilite sulla base di quelle esistenti pubblicate da esperti, un elenco dei servizi specialistici presenti nei paesi che fanno parte di Orphanet, con informazioni sulle consulenze, sui laboratori di diagnosi, sui progetti di ricerca in corso, sulle sperimentazioni cliniche, sui registri, sui network, sulle piattaforme tecnologiche e sulle associazioni di pazienti, un servizio di assistenza alla diagnosi che permette la ricerca per segni e sintomi, una raccolta di studi e articoli tematici.

Il laboratorio di genetica del presidio ospedaliero di Matera va assumendo una

crescente importanza nella pratica clinica e rappresenta anche un punto di riferimento per attuare una valida e mirata azione di prevenzione per numerose patologie.

Valutazione della qualità: risultato positivo per l'ambulatorio di Endocrinologia di Matera

L'Ambulatorio di Endocrinologia, che fa parte dell'unità operativa complessa di diabetologia e malattie metaboliche ed endocrine, ha partecipato all'indagine di valutazione della qualità dei servizi diagnostici ed ambulatoriali. L'analisi dei dati raccolti, ha evidenziato, a Matera e Tricarico, giudizi positivi o molto positivi sulla qualità delle prestazioni erogate in più del 95% dei casi, con percentuali variabili da circa il 92% sulla disponibilità all'ascolto, a percentuali di giudizio positivo superiori al 99% per gentilezza e cortesia. A Tricarico i giudizi positivi sulla qualità delle prestazioni erogate hanno raggiunto il 100% dei casi. L'Endocrinologia è stata attivata nell'ospedale di Matera circa 5 anni fa, nell'anno 2011 l'ambulatorio ha erogato, in totale, 4.946 prestazioni.

L'attività endocrinologica viene regolarmente svolta con un accesso settimanale anche presso l'ospedale distrettuale di Tricarico. Per l'Endocrinologia su un totale di 211 questionari consegnati agli utenti, ne sono stati restituiti 138 di cui 134 compilati e 4 non compilati. La partecipazione all'iniziativa è stata considerata altamente soddisfacente, il 65,40% degli utenti che hanno avuto accesso all'ambulatorio ha voluto esprimere la propria valutazione sul servizio. Il questionario si componeva di domande relative al contesto in cui opera l'ambulatorio, ai tempi di attesa, all'accesso logistico, alla valutazione degli ambienti, del personale medico e infermieristico, del rispetto della privacy, della terapia del dolore, infine della refertazione, delle aspettative sulle prestazioni ambulatoriali.

Nel presidio ospedaliero distrettuale di Tricarico, invece, su un totale di n° 43 questionari consegnati agli utenti, ne sono stati restituiti n° 24 compilati. Anche in questo caso la partecipazione all'iniziativa è stata considerata altamente soddisfacente, il 56% ha voluto esprimere la propria valutazione sul servizio.

L'Endocrinologia è una branca specialistica che si occupa dello studio, della diagnosi e della terapia delle ghiandole endocrine: l'ipofisi, la tiroide, il surrene, le paratiroidi, il testicolo e l'ovaio.

Il Laboratorio Unico Logico

Il Laboratorio Unico Logico è un modello aziendale unificato ed omogeneo che, tenendo conto delle diverse peculiarità territoriali e vocazioni delle diverse

strutture, garantisce nel contempo un miglioramento della qualità del servizio erogato, contenendo infine i relativi costi di gestione.

Il modello:

- definisce una strategia di reingegnerizzazione della Medicina di Laboratorio attraverso una elevata condivisione delle attività in modo da
 - 1) fornire informazioni in modo più efficiente;
 - 2) aumentare gli standard di qualità e migliorare l'offerta anche attraverso il "Laboratorio Unico Logico" che è in grado di dialogare in maniera bidirezionale con tutte le aree di diagnostica di laboratorio presenti nell'azienda;
- individua strutture e attività aziendali tra cui:
 - 1) il Laboratorio di Matera come Laboratorio di Riferimento con la condivisione delle attività e del personale impiegato in aree specialistiche dell'Ospedale Madonna delle Grazie;
 - 2) Il Laboratorio di Policoro svolge attività di laboratorio per la clinica di riferimento con attività diagnostiche di base e/o specialistiche che vengono individuate consolidando in questa sede la diagnostica della "Autoimmunità";
 - 3) I laboratori dei presidi di Tinchi e Stigliano mantengono "tecnologie diagnostiche leggere" in grado di assicurare un pacchetto di analisi utili per i servizi di PTS.

5.6 Innovazione

Laboratorio analisi HI-TECH al Presidio Ospedaliero di Matera: risultati in rete e firma digitale dei referti

Migliorare efficienza e qualità del servizio attraverso la razionalizzazione delle risorse umane e strumentali e le opportune offerte dall'information technology, sono questi i principi cui si ispira la nuova area "Core Lab" del Laboratorio Analisi della Unità Operativa di Patologia Clinica del Presidio Ospedaliero di Matera, inaugurata il 25 maggio 2012..

La riorganizzazione ha portato all'accorpamento in un'unica area di tutte le attività di laboratorio e alla completa informatizzazione del processo di validazione e diffusione dei referti. Il Laboratorio, infatti, è collegato in rete con tutti i reparti ospedalieri dell'Ospedale e con le strutture territoriali dell'Azienda e ciò rende immediata la consultazione dei referti da remoto in tempo reale. Si riducono così i tempi di risposta, essendo stata eliminata la consegna manuale e i costi di consegna dei referti, soprattutto per richieste provenienti da strutture extraospedaliere.

L'ulteriore novità è l'introduzione della firma digitale dei referti, elemento che segna un ulteriore importante tassello verso la completa informatizzazione dei servizi di supporto all'attività sanitaria.

Tale riorganizzazione consente all'Azienda di incrementare la sicurezza e la qualità delle prestazioni, consentendo di raggiungere nuovi traguardi nello sviluppo tecnologico dell'Azienda.

L'area CoreLab permette ad ogni unità operativa e alle strutture dislocate sul territorio di accedere ai dati con immediatezza ed in totale sicurezza per gli utenti poiché ogni sanitario ha anche la possibilità di consultare la banca dati.

5.7 Valutazione

Sistema di misurazione e valutazione della Performance

Il Sistema di misurazione della performance della Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) è orientato principalmente al cittadino e agli operatori al fine di favorire i processi di miglioramento e innovazione.

La misurazione della performance consente di migliorare l'allocazione delle risorse, sempre più scarse, fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze.

Il sistema si inserisce nell'ambito del ciclo di gestione della performance articolato, secondo l'articolo 4, comma 2, del decreto Legislativo n. 150/2009 e smi, nelle seguenti fasi e composto dai seguenti elementi fondamentali.

Tabella 5.2:

Fasi	Elementi
Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori	Indicatori, collegati ad obiettivi e puntano a generare risultati adeguati a agli stessi;
Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	Target, che sono i risultati che si intende ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo. Attraverso i target, si monitorano, valutano e modificano i comportamenti, dando un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento;
Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi	Infrastruttura di supporto ed i soggetti responsabili dei processi di acquisizione, confronto, selezione, analisi, interpretazione e diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.
Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale	

Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	
Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.	

La maggior parte degli indicatori e target, per l'anno in corso, sono stati assegnati dalla Regione Basilicata attraverso la DGR n. 298/2012.

La misurazione della performance, così delineata, è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia dei servizi pubblici, poiché, se opportunamente sviluppato, può rendere un'organizzazione capace di:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

La presente procedura è adottata, ai sensi del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (di seguito decreto) ed esplicita il sistema di Sistema di misurazione e valutazione della performance che la Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) intende adottare nel primo triennio di definizione ed applicazione del Piano della Performance anni 2012-2014.

Il 2012 rappresenta, quindi, l'anno di prima applicazione per quanto riguarda la definizione, misurazione e valutazione della performance aziendale anche sotto l'impulso del neo costituito Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della performance che, ai sensi dell'articolo 14 del Decreto Legislativo 150/2009, ha sostituito il Nucleo di Valutazione, di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.



Flowers Joseph Stella (Muro Lucano, 1877 – New York, 1946)

6. Prospettive

Obiettivi di miglioramento

L'Azienda ha come obiettivo quello di continuare a migliorare la propria attività al fine di favorire il mantenimento in buona salute della popolazione.

L'Azienda si propone di raggiungere l'eccellenza anche attraverso l'innovazione tecnologica e gestionale, spostando l'attenzione dalla malattia al malato. Diventa necessario mantenere un sistema a rete integrato di persone, strutture, tecnologie e processi, atto a garantire:

- Efficacia per gli esiti di salute dell'individuo e della collettività;
- Sicurezza per il paziente, e per gli operatori coinvolti nella pratica assistenziale;
- Efficienza nella gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie;
- Equità per garantire a tutti e a ciascun cittadino l'opportunità di accesso a servizi e prestazioni di uguale qualità.

Gli obiettivi di efficacia, efficienza ed equità del sistema dovranno comunque trovare fondamento nel sistema di valori considerati che faranno da collante tra ogni attività e la missione aziendale.

Gli strumenti per la realizzazione degli obiettivi di miglioramento su cui l'Azienda intende continuare a investire sono:

- Governo Clinico
- Formazione
- Reti integrate dei servizi
- Percorsi Assistenziali
- Sicurezza della cura
- Audit Clinico
- Comunicazione
- Sistema Informativo
- Partecipazione
- Sistemi di Valutazione
- Accredimento

L'organizzazione dei servizi secondo il modello delle reti integrate dei servizi si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della stessa. Nell'attuale contesto organizzativo sanitario, al fine di perseguire efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema, l'assistenza si costituisce sempre meno come fatto "singolare" e sempre più come processo inserito in una rete di servizi con cui il sistema si "prende cura" del bisogno espresso.
