

Allegato alla delibera
N° 123 del 30 GEN. 2014

Allegato 5

Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
Via Montescaglioso - Matera

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
Nominato con D.G.R. n. 334 del 21.03.2012 e D.P.G.R. n. 80 del 21.03.2012

N. 1362

del 23 DIC. 2013

OGGETTO: : Obiettivi strategici aziendali anno 2014 - DOCUMENTO DI DIRETTIVE

DESCRIZIONE	Data	Allegati n°
Documenti integranti il provvedimento		
Documento di Direttive di Budget anno 2014		1

U.O. PROPONENTE : "U.O. Controllo di Gestione e Pianificazione Strategica"

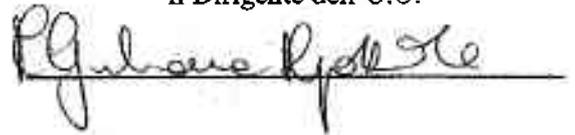
Si attesta che la spesa di € relativa alla presente deliberazione costituisce:

- costo di competenza dell'esercizio
 incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni di budget dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale
..... del bilancio corrente, attribuibile alla struttura:
..... - centro di costo/responsabilità

Matera, li _____

Il Dirigente dell'U.O.



U.O. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

Si riscontra la corretta imputazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

Il Dirigente dell'U.O. Gestione Risorse
Finanziarie

Matera, li _____

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo

Viene espresso parere favorevole del Direttore Sanitario

In data 23 DIC. 2013 nella sede legale dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), il
Direttore Generale Dott. Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta, acquisito il parere favorevole del
Direttore Amministrativo Dott. Pietro Quinto e del Direttore Sanitario Dott. Andrea Sacco,



IL DIRETTORE GENERALE

VISTA

- la Legge Regionale n. 34 del 27.03.1995, pubblicata sul B.U.R. Basilicata n. 25 del 3.04.1995, la quale all'art. 16 stabilisce: "*allo scopo di pervenire alla formulazione di articolate e puntuali previsioni, relativamente ai risultati da conseguire, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare, agli investimenti da compiere è obbligatoria l'adozione della metodica di budget secondo una struttura che – tra l'altro – comprenda il "Documento di Direttive"*";

VISTA

- la D.G.R. n. 334 del 21.03.2012 e D.P.G.R. n. 80 del 21.03.2012 aventi ad oggetto "*art. 9 della L.R. n. 39/2001 e art. 2 e 5 della L.R. 12/2008 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera*";

VISTA

- la D.G.R. n. 298 del 14 marzo 2012 "*Patto della salute 2010 – 2012 - Obiettivi di Salute e Programmazione Economico-Finanziaria anni 2010 – 2013 per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IRCCS – CROB*";

VISTA

- la D.G.R. n. 337 del 27 marzo 2013 "*DGR 298/2012 – obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria – anni 2012 – 2013 – per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali – Conferma obiettivi 2013*";

VISTI

- I CC. NN. LL. 2006 – 2009 dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria e dell'Area S.P.T.A.
- La Legge Regionale 39 / 2001, relativa al riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
- La Legge Regionale n. 12/2008 "*Riassetto organizzativo e Territoriale del Servizio Sanitario Regionale*";
- La Legge Nazionale n. 150 del 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

RILEVATO

- Che la citata L.R. n. 34/1995 al comma 2 dell'art. 17 specifica che "*le direttive di raccordo sono elaborate dal Direttore Generale, in aderenza ai contenuti ed alle scelte della pianificazione aziendale ed indicano : Obiettivi, Linee Guida, Criteri, Vincoli e Parametri per l'elaborazione del Budget*";
- Altresì, che al comma 1 dell'art. 17 si statuisce che "*le direttive sono formulate allo scopo di realizzare il raccordo tra gli strumenti della programmazione e il budget*";

PREMESSO

- Che gli obiettivi aziendali individuati rappresentano elemento necessario per l'attuazione del processo di *budgeting*;
- Che tale adempimento è necessario altresì per procedere, nel rispetto della normativa vigente, alla valutazione dei dirigenti in base ai risultati dagli stessi conseguiti in relazione alle risorse assegnate;
- Che tali obiettivi aziendali saranno opportunamente integrati in seguito ad emanazione di ulteriori obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria da parte della Regione Basilicata;

DATO ATTO

- che il processo di cui sopra deve proseguire con l'articolazione degli *obiettivi generali* di azienda e degli *obiettivi specifici* riferiti ai Dipartimenti e a ogni singola Unità Operativa semplice e/o complessa con definizione negoziata degli stessi obiettivi e delle risorse necessarie;
- che gli obiettivi generali e strategici aziendali sono stati proposti, discussi e condivisi nella seduta del Collegio di Direzione del 23.12.2013;
- che alla fine di ogni anno dovrà essere effettuata, anche dal Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), una verifica puntuale fra gli obiettivi assegnati e concordati in sede di budget e le attività svolte nelle varie strutture aziendali;
- che ove gli obiettivi generali vengano concretizzati in obiettivi specifici di Dipartimento e/o di Struttura, gli stessi una volta individuati, devono essere verificabili attraverso un sistema di indicatori chiari e misurabili, definiti e concordati già in fase di determinazione degli obiettivi stessi e/o dei Piani di Attività;

VISTI

- il Piano Sanitario Nazionale;
- il Piano Sanitario Regionale: "Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012-2015";

VISTI

- La L.R. n. 39/2001;
- Il D.Lvo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni ;
- Il D.Lvo 229/99;
- La L.R. n. 12/2008;

RITENUTO

- Di dare immediata esecutività al presente provvedimento al fine di consentire l'immediato iter procedurale conseguente;

PRESO ATTO

- del parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, come innanzi espresso, con l'apposizione delle rispettive firme ai sensi dell'art. 18 della L. R. n. 39 /2001;

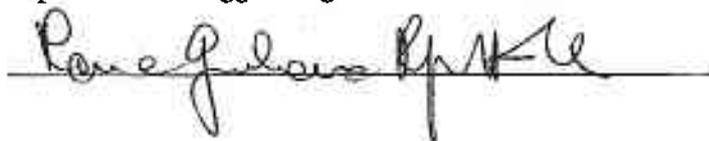
DELIBERA

Per quanto espresso in premessa, che qui s'intende integralmente riportato:

- di **approvare** il "Documento di Direttive di Budget anno 2014" allegato alla presente Deliberazione Aziendale per farne parte integrante e sostanziale;
- di **stabilire** che il suddetto documento potrà essere integrato in seguito all'assegnazione di eventuali e/o ulteriori obiettivi di salute e di programmazione economico - finanziaria da parte della Regione Basilicata;
- di **dare mandato** all'U.O. "Controllo di Gestione e Pianificazione Strategica" di concerto con il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Comitato di Budget di negoziare e contrattare con i Direttori dei Dipartimenti Aziendali gli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria;
- di **articolare** tali obiettivi per le singole UU.OO. Aziendali, predisponendo le relative schede di Budget di Attività e Risorse;
- di **notificare** la presente deliberazione mediante la pubblicazione nell'area riservata del sito aziendale all'indirizzo www.asmbasilicata.it/:
 - ✓ all' Organismo Indipendente di Valutazione;
 - ✓ ai Direttori di Dipartimento;
 - ✓ ai Direttori dei Distretti;
 - ✓ ai Direttori delle UU.OO. Amministrative;
 - ✓ ai Dirigenti degli Uffici di Staff della Direzione Generale
- di **dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo

L'Istruttore _____

Il Dirigente dell'U.O. dichiara, altresì, che la presente proposta deliberativa è conforme alle disposizioni di legge e regolamentari in materia





Il presente verbale viene letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale
Dott. Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta

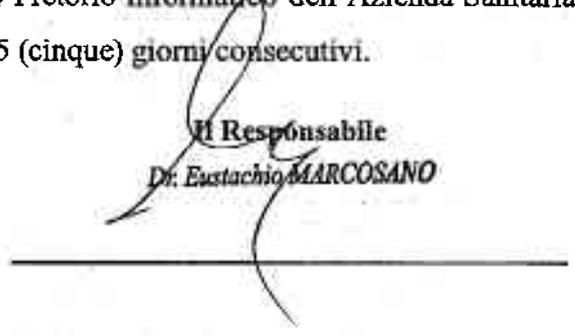


CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che, in conformità a quanto disposto dall'art. 32 della Legge 18 giugno 2009 n. 69 e s.m.i., la presente deliberazione è pubblicata nell'Albo Pretorio Informativo dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), sito web www.asmbasilicata.it, per 5 (cinque) giorni consecutivi.

Matera, li 23 DIC. 2013

Il Responsabile
Dr. Eustachio MARCOSANO



Trasmessa al Collegio Sindacale

Trasmessa alla Regione Basilicata – art. 44 comma 2° L.R. nr. 39 del 31.10.2001



Divenuta esecutiva in data 23 DIC. 2013 ai sensi dell'art. 44 – 8° comma – Legge Regionale n. 39 del 31.10.2001.

Matera, li 23 DIC. 2013

Il Responsabile
Dr. Eustachio MARCOSANO





azienda sanitaria locale
materà

DOCUMENTO DI DIRETTIVE DI BUDGET ANNO 2014

ANALISI DI CONTESTO

Il quadro generale all'interno del quale si colloca la gestione dell'ASM 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 fundamentalmente alla riduzione della spesa pubblica, realizzate 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.

In questo scenario la spesa sanitaria ha rappresentato uno dei settori più meritevoli di attenzioni, in virtù sia delle dimensioni intrinseche, in termini assoluti (come quantità di risorse finanziarie assorbite) e relativi (come peso sull'economia complessiva), sia del persistere di profonde differenze tra le diverse realtà regionali in termini di qualità, accessibilità e sostenibilità economica.

Il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, definito "Spending Review", avente 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, oltre a prevedere una riduzione delle risorse da destinare al Servizio Sanitario Nazionale, ha introdotto una serie di misure che, nel disciplinare specifici settori di attività (ridimensionamento delle dotazioni organiche, blocco del turn over del personale, tetti per la spesa farmaceutica, riduzione del numero dei posti letto, riduzione in percentuali definite degli importi dei contratti per la fornitura di beni e servizi, ecc.), ha di fatto posto dei vincoli alla gestione delle aziende del sistema sanitario. La gestione della ASM, quindi, si è sviluppata lungo le stesse direttrici che hanno ispirato l'azione di Governo, sia a livello centrale che regionale, sintetizzabili nelle seguenti parole chiave: rigore per lo sviluppo.

Tale slogan definisce il perimetro che ha orientato le strategie aziendali, indirizzate alla ricerca degli equilibri economici da rendere compatibili 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 ed equo.

Le risultanze del bilancio d'esercizio 2012, chiusosi con una perdita pari a -2,7 milioni di euro, infatti, evidenziano la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il quasi azzeramento di un deficit economico che ha storicamente gravato sulle gestioni precedenti, attestandosi su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale.

Tale azione, che ha consentito di ridurre la perdita di bilancio di circa 16 milioni di euro rispetto all'anno precedente, è stata realizzata mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli relativi ai servizi non sanitari e alla riduzione della spesa per il personale, che si collocano nell'ambito di un macro obiettivo che ha qualificato le strategie aziendali: il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico - professionale a quello



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

gestionale - organizzativo, nella ferma convinzione che il recupero dell'appropriatezza sia l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse.

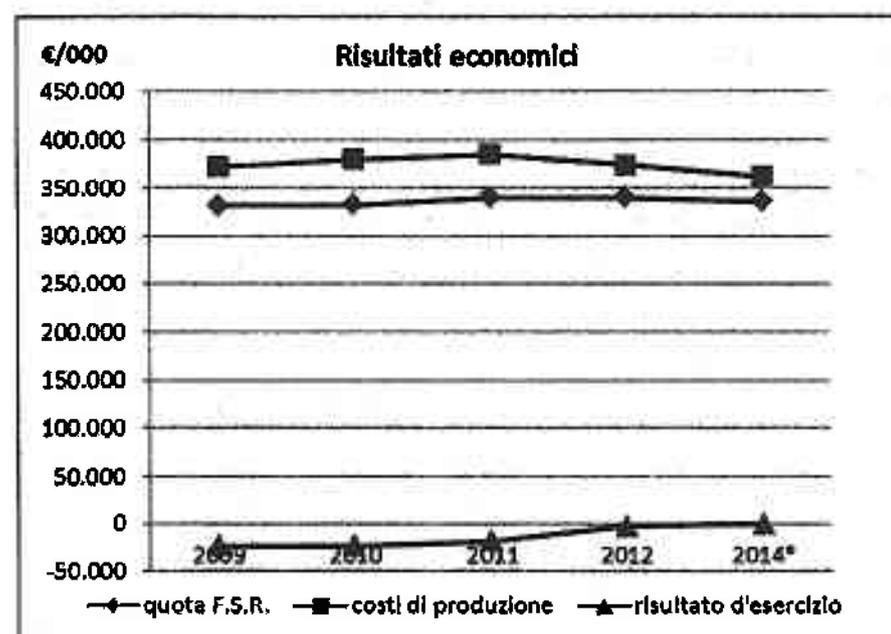
Gli interventi finora messi in opera hanno consentito di contenere i costi senza intaccare i livelli quali-quantitativi assistenziali, senza, cioè, determinare una reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, si è sostanzialmente mantenuta sugli stessi livelli dell'anno precedente, risultando, rispetto a quest'ultima, maggiormente qualificata sotto il profilo della congruità delle modalità operative e dei setting assistenziali adoperati.

Al fine di coniugare il raggiungimento degli obiettivi economici con il mantenimento degli standard assistenziali, quest'Azienda ha posto in essere nei due anni passati e intende consolidare per l'anno 2014, una serie di azioni e di interventi che le consentirà di contenere i costi senza intaccare i livelli quali-quantitativi di assistenza, senza, cioè, determinare una reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, deve risultare maggiormente qualificata sotto il profilo della congruità dei setting assistenziali adoperati.

A tal proposito si ribadisce come la ricerca dell'appropriatezza, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico - professionale a quello gestionale - organizzativo e lo sviluppo di processi di integrazione professionale e gestionale all'interno dell'Azienda e fuori di essa, rimangono le uniche leve a disposizione del management aziendale per poter di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse.

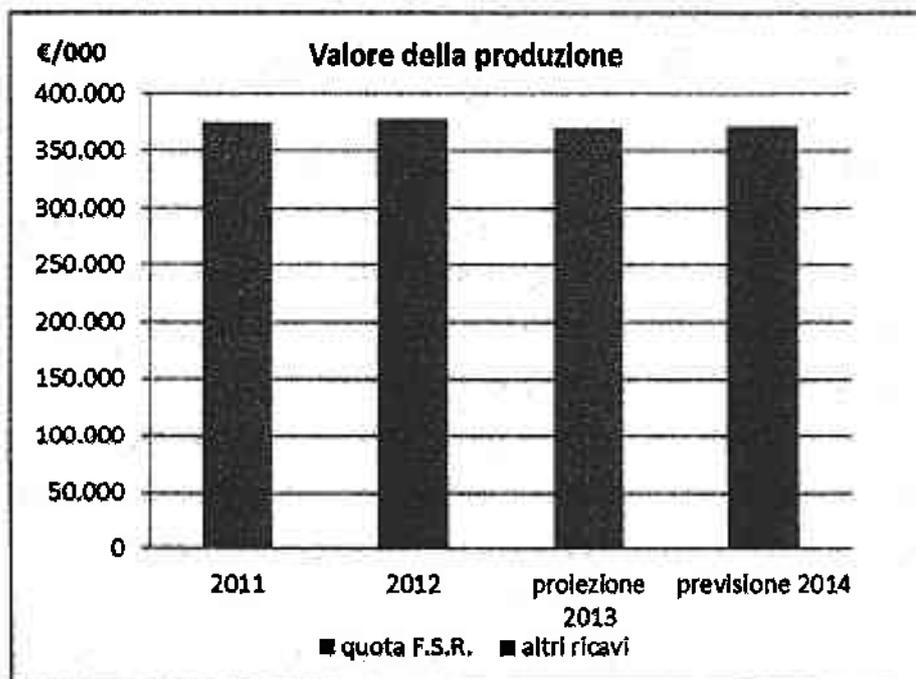
Si riporta di seguito, in forma tabellare e grafica, il trend dei principali risultati economici relativi agli anni 2009 - 2012, con le previsioni per il 2014.

	2009	2010	2011	2012	previsione 2014
quota F.S.R.	331.390	331.843	339.626	339.241	335.570
costi di produzione	373.218	380.967	386.070	375.327	363.584
risultato d'esercizio	-23.664	-23.609	-18.696	-2.708	0



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

VALORE DELLA PRODUZIONE	2011	2012	proiezione 2013	previsione 2014		
quota F.S.R.	339.626	339.857	335.570	335.570		
altri ricavi	35.522	38.939	34.475	35.845		
Totale valore della produzione	375.148	378.796	370.045	371.415		

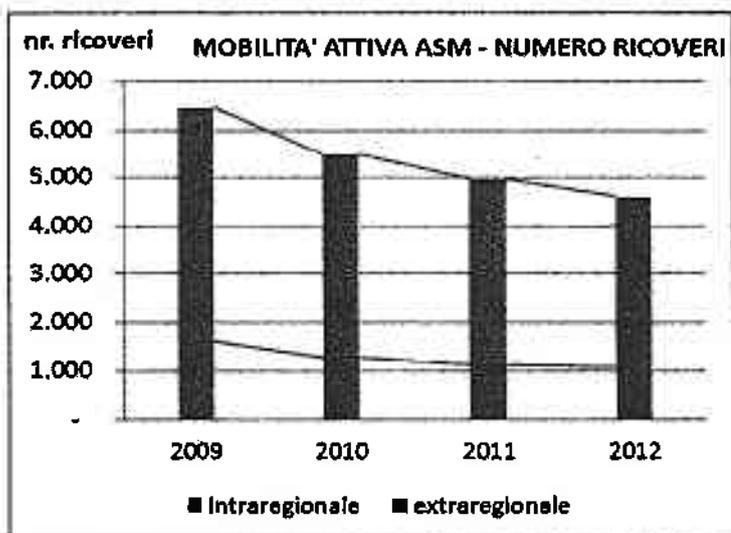


Gli effetti positivi delle azioni di riorganizzazione dell'offerta assistenziale poste in essere dall'Azienda sono apprezzabili nei primi risultati di attività registrati nel 2012 e nel 2013, con particolare riferimento all'andamento del tasso di ospedalizzazione oltreché alle dinamiche inerenti la mobilità sanitaria (ultimi dati disponibili sono riferiti all'anno 2012).

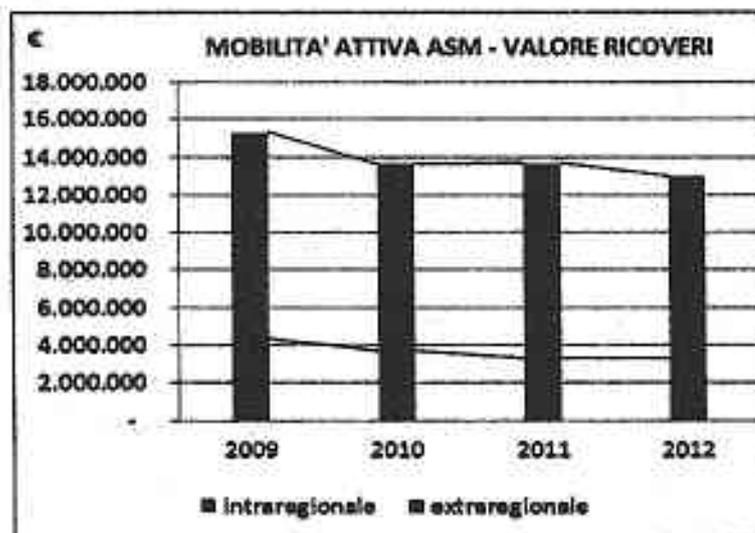
In riferimento alla **mobilità sanitaria attiva** (ricoveri erogati dalle strutture aziendali ai pazienti residenti fuori regione) complessivamente considerata, nell'anno 2012 si è confermata una lieve riduzione sia nel numero che nella valorizzazione economica dei ricoveri effettuati a cittadini residenti al di fuori della ASM (sia all'interno della Regione che al di fuori di essa), in analogia al trend decrescente che ha interessato l'intera produzione ospedaliera da parte delle strutture aziendali, come si evince dall'analisi del tasso di ospedalizzazione. La conferma di tale andamento è riscontrabile dal trend dell'indice di attrazione (che rileva l'incidenza dei ricoveri effettuati a cittadini residenti al di fuori della ASM sul totale dei ricoveri effettuati dagli ospedali aziendali), che nel 2012 evidenzia un incremento rispetto agli anni precedenti.

MOBILITA' ATTIVA NUMERO RICOVERI	2009	2010	2011	2012
intraregionale	1.611	1.285	1.124	1.073
extraregionale	4.873	4.216	3.848	3.542
Totale	6.484	5.501	4.972	4.615

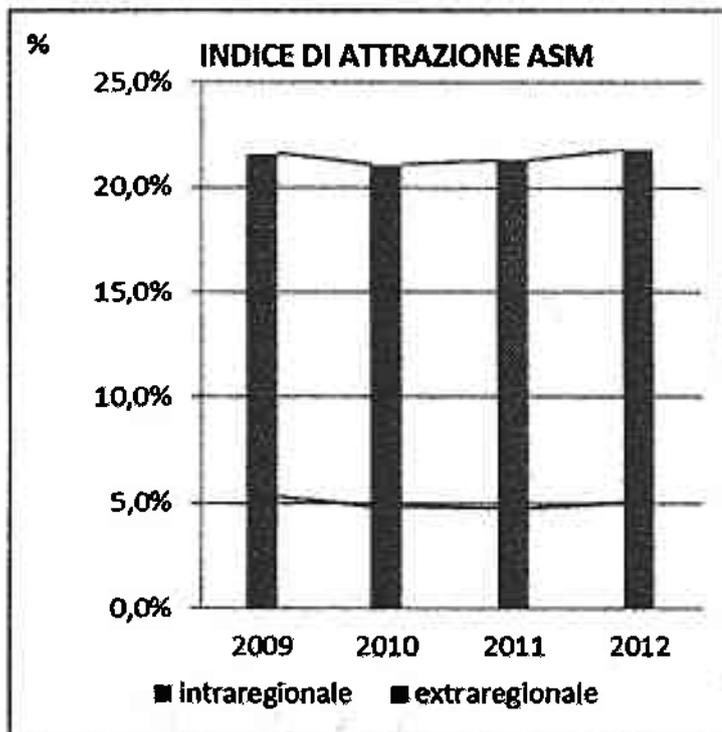
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA



MOBILITA' ATTIVA VALORE RICOVERI	2009	2010	2011	2012
intraregionale	4.342.364	3.656.647	3.265.180	3.259.005
extraregionale	10.954.607	9.985.901	10.413.801	9.759.151
Totale	15.296.971	13.642.548	13.678.981	13.018.156



INDICE DI ATTRAZIONE	2009	2010	2011	2012	Scostamento 2012 - 2011	
					Assoluto	%
intraregionale	5,3%	4,8%	4,8%	5,1%	0,00	6%
extraregionale	16,3%	16,2%	16,5%	16,8%	0,00	1%
Totale	21,6%	21,1%	21,3%	21,8%	0,01	2%



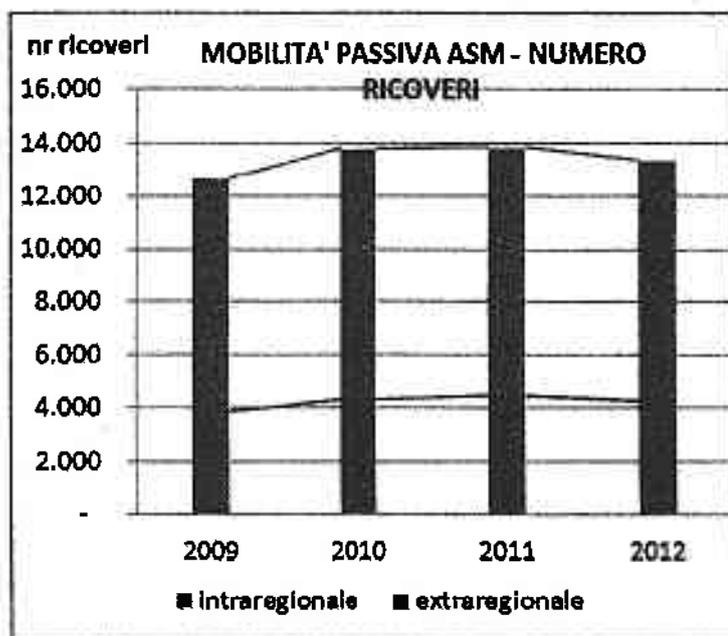
Con riferimento alla **mobilità passiva**, nel 2012 si è registrata una riduzione complessiva del numero dei ricoveri effettuati da residenti aziendali presso altre strutture (sia regionali che extraregionali), a cui è corrisposto un incremento della relativa valorizzazione economica. In assenza di dati specifici inerenti alla tipologia di DRG di fuga, la prima considerazione che può farsi è che l'andamento divergente tra numero di ricoveri esportati e relativa valorizzazione economica, sia imputabile ad un incremento circoscritto sostanzialmente ai DRG più costosi, vale a dire quelli più, riconducibili sostanzialmente a prestazioni non erogate e non erogabili dalle strutture aziendali (cardiochirurgia, neurochirurgia, trapianti, ecc.), ed in quanto tali afferenti a quella fetta per così dire "fisiologica" della mobilità passiva, che trova risposta nella rete assistenziale regionale o al di fuori di essa.

L'indice di fuga, vale a dire la percentuale di pazienti residenti che ha effettuato ricoveri al di fuori degli ospedali aziendali, presso strutture intra o extraregionali, nel 2012 è stata pari al 44,6%, evidenziando un incremento complessivo rispetto agli anni precedenti, che ha riguardato sia la componente intraregionale sia, in misura inferiore, la componente extraregionale.

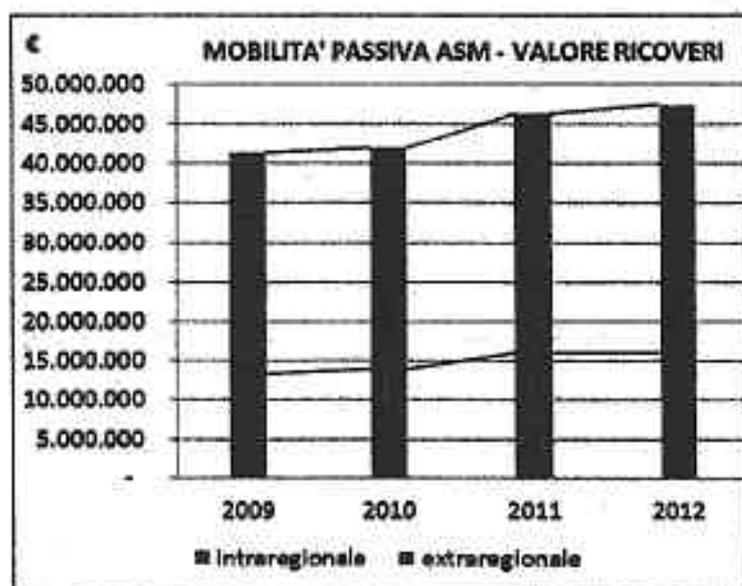
Ad ogni buon conto la fuga ospedaliera si attesta ancora su valori piuttosto alti, in analogia a quanto succede nell'altra Azienda Sanitaria Regionale, determinati in gran parte dalla posizione geografica in cui è situata la Provincia di Matera, ed in particolare la città capoluogo, collocata a ridosso della provincia di Bari e di quella di Taranto, vicina a strutture che sono tradizionalmente considerati colossi in ambito sanitario, quali l'Ospedale Miulli di Acquaviva, il Policlinico di Bari, l'Ospedale di San Giovanni Rotondo, ecc., oltre alle cliniche private accreditate diffuse a Bari e a Taranto, che da sempre attirano l'utenza materana.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

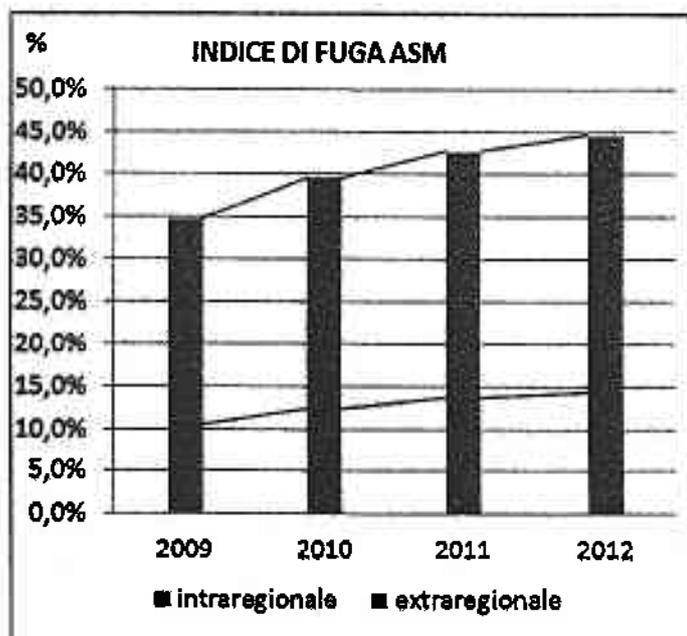
MOBILITA' PASSIVA NUMERO RICOVERI	2009	2010	2011	2012	Δ %
intraregionale	3.855	4.284	4.460	4.276	11%
extraregionale	8.802	9.498	9.373	9.072	3%
Totale	12.657	13.782	13.833	13.348	5%



MOBILITA' PASSIVA VALORE RICOVERI	2009	2010	2011	2012	Δ %
intraregionale	13.371.057	13.867.364	16.016.506	16.057.293	20%
extraregionale	27.983.572	28.030.500	30.392.679	31.468.252	12%
Totale	41.354.629	41.897.864	46.409.185	47.525.545	15%



INDICE DI FUGA	2009	2010	2011	2012	
intraregionale	10,6%	12,3%	13,8%	14,3%	35%
extraregionale	24,2%	27,3%	29,0%	30,3%	25%
Totale	34,8%	39,6%	42,7%	44,6%	28%



IL PIANO DELLE AZIONI

In questa cornice s'inserisce la programmazione aziendale per l'anno 2014

Sono stati avviati e, si consolideranno nel corso del 2014, alcuni processi di ridefinizione degli assetti strutturali e funzionali e una serie di iniziative, che privilegiano il perseguimento della sostenibilità economica non attraverso il taglio lineare dei servizi ma mediante la razionalizzazione funzionale dei processi clinici ed organizzativi, sanitari ed amministrativi, che ha avuto come intrinseca conseguenza la riduzione dei costi.

Le azioni di razionalizzazione dei costi promosse dall'Azienda, nella direzione del perseguimento dell'efficienza gestionale e del miglioramento della qualità dei servizi, si collocano all'interno di due macro obiettivi che qualificano le strategie di politica sanitaria perseguita dall'Azienda:

- **il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico - professionale a quello gestionale - organizzativo,**
- **lo sviluppo di molteplici processi di integrazione professionale e gestionale all'interno dell'Azienda e fuori di essa.**

Il recupero dell'appropriatezza, declinata sotto sia sotto il profilo clinico - assistenziale che organizzativo - gestionale, risulta essere l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale

delle risorse, l'unico strumento nelle mani del management strategico capace di favorire la razionalizzazione dei costi senza intaccare i livelli quali-quantitativi assistenziali, senza, cioè, determinare una reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. P. P.', is located in the lower right quadrant of the page.

DOCUMENTO DI DIRETTIVE DELL' AZIENDA SANITARIA DI MATERA ANNO 2014

Fermo restando gli obiettivi di salute e programmazione economico – finanziaria che la Regione ha assegnato alle aziende sanitarie con le DD.GG.RR. 298 / 2012 e 377 /2013 ed eventuali nuovi e/o integrazioni di obiettivi che verranno assegnati al Direttore Generale e alla ASM nel corso del 2014, le Linee di indirizzo prioritarie che l'Azienda Sanitaria di Matera perseguirà nel corso del 2014 riguardano gli i settori e le attività sotto elencate.

OBIETTIVI PRIORITARI ASM PER L'ANNO 2014

1. **Consolidamento del processo di riorganizzazione della 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:

1.1.Consolidamento del Processo di Riconversione in senso territoriale degli Ospedali Distrettuali

- 1.2.La 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, in conformità, da una parte, all'esigenza di razionalizzazione delle risorse disponibili e contenimento dei costi, e, dall'altra, alle evoluzioni del quadro epidemiologico e demografico, attuata attraverso la rimodulazione dei posti letto e, più in generale, la riprogettazione dei modelli organizzativi e logistici, secondo una prospettiva di sistema tesa a favorire l'integrazione funzionale delle risorse ed ottimizzare il livello di efficacia e di efficienza dei servizi.

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 e a rispettare i parametri quantitativi definiti dalla programmazione regionale.

Lungo le suddette direttrici si dovrà sviluppare l'azione della ASM. In continuità rispetto al processo già avviato negli ultimi anni.

1.1.1. Consolidamento del processo di riconversione degli Ospedali Distrettuali

Il processo di riconversione degli Ospedali Distrettuali Aziendali è funzionale alla definizione del 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.



- l'Ospedale di Stigliano è stato completamente riconvertito per le attività di Lungodegenza Medica (cod. 60), cui è stato assegnato un ruolo strategico quale Centro di Riferimento per la rete aziendale delle Cure Palliative, essendo tra l'altro sede di Hospice;
- l'Ospedale di Tricarico è stato completamente riconvertito per le attività di Lungodegenza Medica (cod. 60) e per quelle di Riabilitazione (codd. 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.

l'Ospedale di Tinchi si qualificherà ulteriormente con il mantenimento delle attività di tipo territoriale tradizionalmente erogate, inoltre è stato individuato come sede territoriale per l'avvio di un progetto sperimentale per la concessione del servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologica, cardiologica, polmonare e oncologica (codice struttura 56), (delibera n. 1139/2012), e per l'organizzazione di un ambulatorio di chirurgia del piede diabetico, dopo aver predisposto un protocollo per la definizione del "percorso diagnostico - terapeutico dell'ambulatorio di chirurgia del piede diabetico – vulnologia e ferite difficili", (del. az. n. 1158/2013).

1.1.2. QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE PER GLI OSPEDALI PER ACUTI

Ridefinizione del modello organizzativo degli Ospedali per Acuti

Nel corso del 2013 è stato costituito un *Team Organizzativo Gestionale* presso la Direzione Sanitaria Ospedaliera (delibera n. 3/2013), che ha predisposto il *Piano Strategico dell'Ospedale di Matera* (delibera n. 1085/2013), presentato all'Assessorato Regionale e tuttora in fase di studio e valutazione, in cui si 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. Nell'immediato sono stati attivati i primi 8 posti letto della Terapia Subintensiva Generale, di cui 3 destinati alla Stroke (delibere nn. 984/2013 e 1023/2013); nei primi mesi del 2014 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 oltrechè degli angiografi.

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 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.

2. **Avvio sperimentale di modelli di gestione integrata di UU.OO. omogenee sotto il profilo assistenziale all'interno degli Ospedali per acuti.** Nello specifico si dovrà consolidare il processo di aggregazione funzionale in riferimento a:

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

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.

3. **Riorganizzazione delle attività di Laboratorio erogate dai servizi presenti nelle strutture ospedaliere, con l'individuazione del Laboratorio Unico Logico** presso il P.O. di Matera (delibera aziendale n. 762/2012), che si inquadra in un'ottica di razionalizzazione delle risorse e di efficientamento della gestione da conseguire attraverso la centralizzazione degli acquisti di materiali sanitari e la omogeneizzazione delle forniture, con la condivisione del software gestionale del laboratorio di Matera in modo tale da favorire l'estensione di un Sistema Informatico di Laboratorio Aziendale centrato sul paziente ed integrato con gli altri sistemi informatici (Anagrafe Sanitaria, Cup, Cartella Clinica, ecc.), in grado di rendere possibile nel Laboratorio Unico Logico la condivisione delle richieste e dei risultati e la diffusione on line delle risposte. Nel nuovo modello organizzativo ciascuno dei Laboratori presenti all'interno delle 5 strutture ospedaliere in cui si articola l'Azienda, dovrà assumere una fisionomia ed una strutturazione ben precisa, targata sulle effettive esigenze cui è chiamata a fornire risposte, in considerazione della mission e della vocazione assistenziale assegnata al

singolo ospedale in cui l'U.O. di Laboratorio è collocata. La razionalizzazione delle risorse conseguente fondamentalmente alle economie di scala realizzabili sia sui costi fissi attraverso la centralizzazione dei canoni per le macchine e la manutenzione, che su quelli variabili realizzabili attraverso la centralizzazione degli acquisti, ha già consentito di ridurre i costi di gestione di circa 900.000 euro, con un efficientamento della gestione delle risorse umane attraverso un uso più flessibile delle stesse, favorendo un'omogeneizzazione delle attività a garanzia della qualità del servizio erogato.

4. *Potenziamento dell'assistenza territoriale*, finalizzato a decongestionare le attività degli Ospedali ed al contempo spostare progressivamente il baricentro assistenziale verso il territorio.

Accanto alla riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera, l'Azienda per l'anno 2014 intende consolidare la strategia di potenziamento e di governance delle attività territoriali, avviata negli anni precedenti, attraverso il coinvolgimento diretto di tutti gli erogatori di assistenza diffusi capillarmente sul territorio di competenza, ivi compresi i MMG/PLS/MCA, puntando a realizzare forme di integrazione ospedale – territorio finalizzate a favorire i processi di deospedalizzazione e promuovere un modello di ospedale radicato nel territorio e funzionalmente collegato con tutta la rete assistenziale anche mediante l'adozione di procedure e protocolli condivisi.

La presa in carico del paziente modulata su livelli di intensità assistenziale attraverso l'integrazione delle varie figure professionali e la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'incentivazione di forme evolute di aggregazione dei professionisti, costituiscono obiettivi centrali che l'Azienda dovrà perseguire nel corso dell'anno 2014.

In particolare le azioni su cui l'Azienda sanitaria di Matera sarà impegnata nel corso del 2014 si riferiscono ad attività sinergiche fra gli operatori ospedalieri e operatori del territorio al fine di perseguire:

- la progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- la riduzione dell'indice di fuga ospedaliera,
- l'incremento dell'indice di attrazione ospedaliera,
- il recupero dell'appropriatezza nell'utilizzo del setting assistenziale, da realizzarsi con la riduzione dei ricoveri (in particolare day hospital) e attraverso il contestuale utilizzo di forme nuove ed alternative di assistenza, prime fra tutte il day service,
- l'incremento degli interventi chirurgici, con aumento dell'indice di complessità,
- l'aumento della complessità delle patologie trattate ed in particolare dei DRG oncologici,
- l'incremento delle prestazioni ambulatoriali,
- la riconversione in senso territoriale delle attività, già evidenziata dalla crescita delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata, ma soprattutto testimoniata dalla rifunionalizzazione in senso distrettuale degli Ospedale periferici.

5. **Implementazione della Casa della Salute** (delibera n. 77/2013), 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 medicina 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
6. **Consolidamento del Tavolo Permanente tra l'ASM e l'Ordine dei Medici**, (istituito nel corso del 2012), finalizzato a implementare un confronto costante sull'appropriatezza al fine di favorire l'integrazione tra l'ospedale e il territorio, tra i medici operanti nell'Azienda ed i MMG/PLS, con il duplice obiettivo di migliorare tempi e qualità dei servizi ed al contempo contenere la spesa sanitaria. Tra le prime azioni poste in essere dal tavolo vi è la gestione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche da migliorare attraverso l'introduzione delle classi di priorità per patologia.
7. **Progetto di sperimentazione di aggregazioni dei servizi di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale** che quest'Azienda sta per avviare. L'obiettivo della sperimentazione è quello di allargare l'offerta assistenziale garantita dai Medici di Medicina Generale anche dopo l'orario di chiusura degli studi medici, per assicurare al paziente un riferimento unico per 20 ore giornaliere.

Nello specifico l'Azienda, attraverso l'integrazione delle attività tra i Medici dell'Assistenza Primaria e quelli della Continuità Assistenziale, intende sperimentare un sistema, che preveda l'ampliamento dell'orario di apertura delle medicine di gruppo in modo che il cittadino, anche dopo le 20, possa trovare nella stessa struttura in cui opera il proprio medico di fiducia, una risposta adeguata al proprio bisogno assistenziale, garantita dal medico di turno il quale avrà accesso alla cartella clinica informatizzata del paziente e sarà in contatto con il suo medico curante. Azioni rivolte all'efficienza gestionale che riguardano aspetti non sanitari e che comportano importanti recuperi di efficienza gestionale con evidenti riduzioni di costi.

8. ***Riqualificazione del processo organizzativo ed assistenziale relativo alla patologia diabetica (delibera n. 1025/2013)***, in collaborazione con il Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

Nell'ambito del perseguimento delle strategie di miglioramento continuo della pratica clinica ed assistenziale e di contestuale razionalizzazione nell'allocazione delle risorse, si colloca l'attivazione e il necessario consolidamento del percorso strutturato di riqualificazione del processo organizzativo relativo alla patologia diabetica, che rappresenta una delle patologie più rilevanti sia sotto il profilo della prevalenza nella popolazione (con particolare riferimento alla Basilicata, seconda solo al Molise in ambito nazionale), sia dal punto di vista dell'assorbimento di risorse ad essa correlate. Con tale intervento si intende fornire una risposta organica e coordinata alla suddetta malattia, attraverso il superamento dell'attuale frammentazione e scoordinamento tra le varie fasi del relativo percorso sanitario, in un'ottica di recupero complessivo dell'appropriatezza dei trattamenti assistenziali, che consenta di ridurre l'inefficienza, di razionalizzare al meglio le risorse e di aumentare l'efficacia delle cure. La riorganizzazione e la riqualificazione dei percorsi assistenziali, intrinseci al management applicato alla patologia diabetica, mira a realizzare concretamente l'integrazione ed il coordinamento tra l'ospedale e il territorio, al fine ultimo di garantire la più efficace ed efficiente cura del diabete nelle diverse articolazioni e livelli dell'assistenza interessati.

9. ***Consolidamento delle attività inerenti lo Sportello di Informazione Indipendente sul Farmaco, (delibera n. 1213/2012)*** con la collaborazione del Dipartimento di Medicina clinica e sperimentale dell'Università degli Studi di Foggia, che costituisce una tappa importante nell'ambito del percorso strutturato intrapreso per garantire sia ai medici dipendenti che a quelli convenzionati e, in particolare, ai MMG/PLS, una informazione pubblica ed indipendente finalizzata a promuovere l'uso corretto dei farmaci, ad orientare il processo di definizione delle scelte terapeutiche, oltrechè naturalmente a favorire il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva. Nello specifico lo Sportello garantisce le seguenti attività:

- Farmacologia di consultazione;
- Servizio di informazione sul farmaco;
- Informazione e formazione;
- Valutazioni di farmacoeconomia, farmacovigilanza e fitovigilanza.

10. ***Ammodernamento dei processi di gestione del farmaco e della terapia farmacologica***

Un'azione significativa che l'Azienda intende porre in essere nel 2014 per favorire la razionalizzazione dei consumi dei materiali sanitari, con significative ricadute in termini di contenimento dei relativi costi, riguarda l'ammodernamento dei processi di gestione del farmaco e della terapia farmacologica al fine di ottenere un efficace controllo del rischio clinico e nel contempo un migliore governo della spesa farmaceutica con significativi risparmi in termini di risorse umane e finanziarie.

Nello specifico, l'Azienda intende introdurre un moderno ed innovativo sistema hardware e software integrato in grado di gestire in modo automatico ed informatizzato i processi relativi alla gestione, prescrizione, somministrazione e tracciabilità dei farmaci e relative terapie, sia a livello centrale (Magazzino farmaceutico) che periferico (Unità Operative).

Gli obiettivi attesi da tale intervento sono riconducibili ai seguenti:

- innalzamento del livello qualità dei processi, attraverso l'introduzione di moderni sistemi di gestione, controllo e tracciabilità
- incremento del livello di sicurezza, attraverso la riduzione dei rischi connessi agli aspetti clinici relativi alla prescrizione e alla somministrazione della terapia:
 - o migliorando l'appropriatezza della prescrizione;
 - o eliminando la fase di trascrizione;
 - o controllando la somministrazione;
 - o introducendo nel sistema i nuovi protocolli terapeutici;
- incremento dell'efficienza gestionale, attraverso l'ottimizzazione dei processi e delle risorse;
- incremento dell'economicità, migliorando nel suo complesso l'intera gestione logistica del farmaco:
 - o riducendo sensibilmente le scorte;
 - o controllando e monitorando il consumo dei farmaci;
 - o azzerando gli scaduti;
 - o contraendo sensibilmente il tempo delle risorse utilizzate per la gestione logistica del farmaco.

Per effetto delle suddette azioni la stima del trend del costo dei beni di consumo ad uso sanitario, che aveva evidenziato un significativo calo nel 2012 rispetto al 2011, con un incremento nel 2013 rispetto all'anno precedente (determinato essenzialmente dall'implementazione delle attività di emodinamica – coronarografia, angioplastica, impianto di stent –, dall'incremento dei costi relativi alle terapie oncologiche ed ematologiche, oltre all'incremento della distribuzione diretta dei farmaci in ottemperanza agli indirizzi di programmazione regionale), farà registrare nel 2014 una riduzione sostanziale rispetto all'anno precedente e molto più contenuta rispetto al 2012.

Inoltre si dovranno continuare le attività di monitoraggio e verifica dell'applicazione delle procedure di richiesta, conservazione e smaltimento dei farmaci e presidi sanitari tramite un lavoro sinergico e di fattiva collaborazione tra gli operatori dei reparti, delle Farmacie ospedaliere e delle Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri aziendali.

Un'attenzione particolare sarà rivolta alle seguenti attività:

- monitoraggio dei prodotti scaduti al fine di una razionalizzazione della gestione delle scorte e di una minimizzazione dei farmaci scaduti, con un contenimento degli stessi entro un valore abbondantemente inferiore all'1% del totale dei farmaci, in conformità alle indicazioni regionali;
- incentivazione dell'utilizzo di farmaci biosimilari in grado di garantire, a parità di efficacia terapeutiche, condizioni economiche più vantaggiose salvaguardando l'appropriatezza ed il rispetto dei LEA;

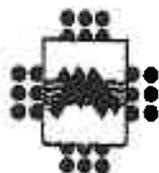
- Applicazione e aggiornamento costante del Prontuario Terapeutico Aziendale, che costituisce uno strumento dinamico per il governo ragionato della spesa farmaceutica, con l'obiettivo di disciplinare le modalità di approvvigionamento dei farmaci presso gli ospedali aziendali, tenendo in debita considerazione il rapporto rischio – beneficio e costo – efficacia.

- 11. Monitoraggio della gestione dei servizi non sanitari appaltati**, attraverso una razionalizzazione delle attività e le conseguenti rimodulazioni dei contratti, che consentiranno di realizzare importanti economie. Significativa in tal senso è la riorganizzazione del servizio di *vigilanza*
- 12. Potenziamento del sistema informativo aziendale e più in generale del sistema di controllo direzionale**, al fine di consentire il concreto esercizio della governance dei processi gestionali oltrechè sanitari. In tal senso nel corso del 2013 è stato avviato e sarà consolidato nel 2014 un percorso strutturato per *la progettazione e l'implementazione di un sistema di controllo direzionale*, che, attraverso l'attivazione di un datawarehouse, consente il monitoraggio costante ed interattivo di tutti i flussi informativi sottostanti la gestione aziendale, da quelli meramente contabili ed economici a quelli tipicamente sanitari ed assistenziali. La suddetta piattaforma informatica è stata progettata per fornire informazioni direttamente a tutti i livelli di organizzativi, da quelli più elevati del vertice aziendale fino ai responsabili delle singole unità operative, favorendo l'acquisizione di una base dati indispensabile ed imprescindibile per lo sviluppo e la diffusione della rendicontazione sociale.
- 13. Monitoraggio ed implementazione del bilancio sociale** della ASM, predisposto ed approvato nel dicembre 2013 per rendicontare sui primi 18 mesi di gestione dall'inizio del mandato (bilancio di metà mandato).

Nel corso del 2014 si dovrà monitorare ed implementare le attività previste nel Bilancio Sociale, oltrechè darne ampia diffusione ai cittadini /utenti.



Att. 6



azienda sanitaria locale
materata

DIREZIONE GENERALE

Tel : 0835/253648

Fax: 0835/253651

E-mail: rocco.maglietta@asmbasilicata.it

Protocollo n. 20130042990

d. o. l. 03. 19

Matera, 24 MAG. 2013

Al Dirigente Generale
Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale
Regione Basilicata
85100 POTENZA

Oggetto: Verifica obiettivi Anno 2012 -DGR 298 /2012

Si trasmette la relazione di verifica anno 2012 degli obiettivi assegnati dalla Regione Basilicata alla ASM con la DGR 298/ 2012.

Rimanendo a disposizione per ulteriori chiarimenti si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Il Direttore Generale dell'ASM
Dr. Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta



DGR 298 del 14.03.2012

**OBIETTIVI 2012
DELLE AZIENDE SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA MATERA**

Verifica al 31 dicembre 2012

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials "R.G." or similar, located in the bottom right corner of the page.

In ottemperanza a quanto richiesto dalla DGR 298/2012, è stata redatta apposita relazione di verifica al 31 dicembre 2012.

Considerato che la DGR è stata trasmessa a fine marzo 2012, la ASM si è organizzata per tradurre in attività specifiche gli obiettivi previsti dalla direttiva regionale, declinando tali obiettivi alle varie strutture aziendali al fine del perseguimento degli stessi. Pertanto, alcuni obiettivi non risultano completamente raggiunti perché i vari servizi ospedalieri e territoriali stanno pianificando le attività al fine di raggiungere tutti gli obiettivi proposti.

Equilibrio Economico del SSR : I Costi di produzione rilevati nel corso dell'esercizio 2012 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2010.

I costi di produzione della ASM nell'anno 2010 erano pari a 380.967.202, per cui nel 2012 gli stessi non dovranno essere superiori a 377.157.530.

Nel periodo considerato l'Azienda ASM ha posto, tra le proprie attività, la ricerca della sostenibilità economica da rendere compatibile con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo, in un contesto caratterizzato dalla limitatezza di risorse disponibili.

Il risultato complessivo dell'Azienda sanitaria di Matera è stato di 375.327,00 con una riduzione di oltre 10.700 milioni sul 2011.

Le risultanze del bilancio d'esercizio 2012, chiusosi con una perdita pari a -2,7 milioni di euro, (nel 2011 la ASM ha chiuso il bilancio a - 18,600 milioni di euro), infatti, evidenziano la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il quasi azzeramento di un deficit economico che ha storicamente gravato sulle gestioni precedenti, attestandosi su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale.

Tale azione, che ha consentito di ridurre la perdita di bilancio di circa 16 milioni di euro, (10 milioni per riduzione di costi e quasi sei milioni di aumenti per ricavi), è stata realizzata mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli relativi a servizi non sanitari, che si collocano nell'ambito di un macro obiettivo che ha qualificato le strategie aziendali: il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, declinata sotto tutti i profili, da quello clinico a quello organizzativo, nella convinzione che il recupero dell'appropriatezza sia l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse. (vedi relazione allegata al Bilancio di esercizio 2012).



Rete Regionale degli Acquisti - URA :

L'azienda sta provvedendo all'approvvigionamento di beni e servizi attraverso unioni regionali di acquisto, in misura non inferiore al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi.

L'azienda in qualità di soggetto capofila sta provvedendo ad indire e/o ad aggiudicare le gare in unione regionale di acquisto secondo il seguente crono programma:

DENOMINAZIONE URA

N.		Capofila	Aderenti	Obiettivo 2012
1	Farmaci (PHT)	ASM	Tutte -	in corso raccolta fabbisogno aziende regionali
2	Ausili Protesici	ASP	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi
3	Materiale specialistico x dialisi	S. CARLO	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi In corso e raggiungimento dell'obiettivo nel 2013
4	Materiale di medicazione di uso comune	CROB	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi
5	Materiale per ortopedia (protesi)	ASM	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi Con le del. Az. n. 241 /2012 approvati atti conclusivi della gara e n.388/2012 definito il procedimento x esame altre richieste e probabile indizione di una nuova gara per il consistente numero di lotti non aggiudicati
6	Materiale specialistico x oculistica (coordinamento del interaziendale di oculistica)	ASP	ASM S. Carlo	-
7	Dispositivi x prelievi multipli e materiali di consumo x laboratori vari	ASP	Tutte	Aggiudicazione
8	Materiale per presidi medico chirurgici di uso comune (non altamente specialistici) Dispositivi medici drenaggi e dispositivi di protezione Dispositivi di anestesia, apparato respiratorio e urogenitale	ASM	Tutte	Le tre procedure di gara sono in corso di espletamento e sono state avviate le verifiche della documentazione tecnica e, per alcune gare è in atto la valutazione tecnica dei materiali pervenuti. L'obiettivo sarà sicuramente raggiunto nel 2013
9	Emodinamica ed elettrostimolazione	S. CARLO	ASM S. Carlo	Aggiudicazione lotti infruttuosi
10	Suturatici meccaniche Fili di sutura	S. CARLO	Tutte	Indizione
11	11 Servizio di prelievo, trasporto e smaltimento del rifiuti sanitari	S. CARLO	Tutte	Indizione
12	Fornitura di materiale radiografico di consumo (pellicole per stampa a secco e relative buste) e della locazione, installazione, avviamento, formazione all'uso e manutenzione di sistemi per la digitalizzazione	CROB	Tutte	Indizione

	(CR) e di sistemi per la stampa a secco di immagini radiografiche			
14	Screening mammografico, cervicouterino e colon retto	CROB	Tutte	Indizione
15	Prosciutti e salumi Pane	S. CARLO	ASP	Indizione
16	Vaccini	ASP	Tutte	Aggiudicazione lotti
17	Test HPV	CROB	S. Carlo - ASM	Aggiudicazione
18	Assistenza respiratoria domiciliare e fornitura di ausili per tracheotomia	ASP	Tutte	Indizione
19	NAT	S. CARLO	Tutte	Indizione
20	Sistema Informativo contabile	ASP	Tutte	Aggiudicazione
21	Servizi in strutture residenziali e semiresidenziali / Case alloggio	ASM	ASP	Indizione In corso attività di ricognizione degli affidamenti in essere sul territorio regionale. Sarà indetta la gara entro la fine dell'anno
22	Pulizia	CROB	ASP ASM	Indizione
23	Ristorazione	ASM	ASP CROB 2014 S.Carlo Pesc. 2013	-In corso di svolgimento le attività di definizione degli atti di gara in conformità ai modelli licenziati dall'OPT regionale. La gara verrà indetta a breve non appena saranno organizzati tutti gli elementi utili alla definizione del capitolato di gara, salva comunque la competenza della committenza regionale istituita con L.R. 12/2012
24	Manutenzione impianti (elettrici, condizionatori, riscald.)	CROB	ASP ASM	Indizione
25	Manutenzione tecnologie biomedicali (tecnologie medio/basse	ASM	Tutte	In corso di svolgimento la indizione avverrà entro il 2013, così come previsto dagli obiettivi
26	Vigilanza	ASM	CROB S.Carlo	Aggiudicazione Con del. N. 266/2012 approvata una ipotesi di riorganizzazione del servizio Sono in corso di acquisizione le informazioni relative alla scadenza degli affidamenti in essere presso le aziende aderenti all'URA.
27	Assicurazioni	ASM	CROB	Con del. Az. n. 431 /2012 avviato procedimento di auto – assicurazione per il contenzioso e gestione rischio clinico Per forme assicurative in scadenza al 32.12.2012 è in corso di indizione la gara e si sta predisponendo il capitolato che risulta particolarmente complesso trattandosi di gara con più lotti.
28	Dispositivi per cardiologia pediatrica	S.Carlo	Tutte	Indizione
29	SIT	S. Carlo	Tutte	

AREA N. 1

AREA TUTELA DELLA SALUTE

PESO 20

OBIETTIVI E INDICATORI

OBIETTIVO 1.1: PREVENZIONE PRIMARIA

L'obiettivo procede alla verifica di alcune attività di prevenzione sulla popolazione. L'obiettivo si concentra sia sulle vaccinazioni obbligatorie sia su quelle raccomandate (morbillo, parotite, rosolia nell'infanzia e influenza nell'anziano).

1.1.1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).

Definizione	1.1.1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).	
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre	
Denominatore	Corte di bambini che compiono 2 anni	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2010 (1598) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1629) *100 $1598 / 1629 * 100 = 98,10\%$	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
Note	Vaccino pediatrico esavalente (anti Difto – Pertosse – polio Epatite B e HIB)	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Nel 2012 i cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2010 dell'ASM sono stati 1.598, a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1629 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi) nell'ASM nel 2012 è stata pari 98,10%, raggiungendo al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

1.1.2 Copertura per vaccino MPR.

Definizione	1.1.2 Copertura per vaccino MPR	
Numeratore	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR	
Denominatore	Corte di bambini che compiono 2 anni	
Formula matematica	Cicli vaccinali completati nei primi sei mesi dell'anno per i bambini nati nel 2010 (1492) per MPR / Corte di bambini che compiono 2 anni (1629) *100 = 91,59%	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)	
Note		
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Nel 2012 i cicli vaccinali per MPR completati tra i bambini nati nel 2010 dell'ASM sono stati 1.492, a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.629 soggetti.

Ne deriva che 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 definito dalla programmazione regionale.



1.1.3. Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni.

Definizione	1.1.3. Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni.	
Numeratore	Soggetti vaccinati di età pari o superiore ai 65 anni	
Denominatore	Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni	
Formula matematica	Anno 2001 = Soggetti vaccinati di età pari o superiore ai 65 anni (23928) / Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni (38274) *100 = 65 %	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER B)	
Note	Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (2011 -2012 per il 2012)	
% raggiungimento obiettivo	100	%
Punteggio relativo		

Nel 2012 i soggetti ultrasessantatrenni dell'ASM che hanno effettuato il vaccino antinfluenzale sono stati 23.928, a fronte di una popolazione di soggetti con età pari o superiore a 65 anni di 38.274 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 la copertura per vaccino antinfluenzale nella popolazione ultrasessantatrenne dell'ASM è stata pari al 65%, raggiungendo il 50% del target definito dalla programmazione regionale.

Ci preme sottolineare, che il raggiungimento parziale dell'obiettivo, non si può assolutamente attribuire ai servizi aziendali, basti ricordare, infatti, i timori e le reticenze degli anziani a vaccinarsi in seguito alle notizie dei media inerenti la diffusione di vaccini non a norma, il ritiro di alcuni vaccini e le notizie di stampa spesso non veritiere divulgate in quel periodo. I servizi aziendali, di concerto con i MMG hanno fornito tutto il supporto e l'assistenza richiesta, a fronte di una domanda ridottasi per effetto di fattori e cause esterne.

Si ritiene, pertanto, che in considerazione delle difficoltà esterne riscontrate la ASM abbia largamente raggiunto il target, in quanto il risultato conseguito risulta il massimo che si potesse ottenere in presenza di cause esterne avverse non imputabili ai servizi della ASM.

OBIETTIVO 1.2: PREVENZIONE SECONDARIA

Messa a regime dei programmi di screening oncologici per cervice uterina, mammella per garantire la diagnosi precoce nelle popolazioni target.

Definizione	1.2.1. Estensione grezza dello screening mammografico.	
Numeratore	N. donne invitate allo screening in due anni	
Denominatore	Popolazione di riferimento (donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni)	
Formula matematica	n. donne invitate allo screening in due anni / popolazione di riferimento x 100 22.866/ 24.550*100 = 93,14 %	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata	
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CRB la pop. Di riferimento è quella regionale	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

L'obiettivo posto dalla programmazione regionale è quello di mettere a regime i programmi di screening oncologici con specifico riferimento alla mammella, al fine di garantire la diagnosi precoce nella popolazione target.

A tal fine nel 2012 il numero di donne, con età compresa tra 50 e 69 anni, invitate allo screening mammografico in due anni è stato pari a 22.866, a fronte di una popolazione di donne aventi l'età considerata pari complessivamente a 24.550 soggetti.

Ne deriva che 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 definito dalla programmazione regionale.



Definizione	1.2.2. Adesione grezza dello screening mammografico.
Numeratore	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico nell'anno
Denominatore	N. donne invitate allo screening
Formula matematica	n. donne che hanno partecipato allo screening / N. donne invitate allo screening x 100 7525/ 13462 *100 = 56%
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CRB la pop. Di riferimento è quella regionale

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Nel 2012 il numero di donne che ha partecipato allo screening mammografico è stato pari a 7.525, a fronte di una popolazione di donne invitate pari complessivamente a 13.462 soggetti.

Ne deriva che 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 definito dalla programmazione regionale.

1.2.3 Estensione grezza dello screening della cervice uterina.

Definizione	1.2.3 Estensione grezza dello screening della cervice uterina.
Numeratore	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi
Denominatore	Popolazione di riferimento (donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni)
Formula matematica	n. donne invitate allo screening (anni 2010 – 2012) / Popolazione di riferimento x 100 48.463 / 56.470 *100 = 86,00 %
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER –B)
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CRB la pop. Di riferimento è quella regionale

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Nel 2012 il numero di donne che ha partecipato allo screening mammografico è stato pari a 7.525, a fronte di una popolazione di donne invitate pari complessivamente a 13.462 soggetti.

Ne deriva che 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 definito dalla programmazione regionale.

L'obiettivo posto dalla programmazione regionale, come già rilevato, è quello di mettere a regime i programmi di screening oncologici con specifico riferimento alla cervice uterina, al fine di garantire la diagnosi precoce nella popolazione target.

A tal fine nel 2012 il numero di donne, con età compresa tra 25 e 64 anni, invitate allo screening della cervice uterina in due anni è stato pari a 48.463, a fronte di una popolazione di donne aventi l'età considerata pari complessivamente a 56.470 soggetti.

Ne deriva che 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 definito dalla programmazione regionale.

Il raggiungimento parziale del suddetto obiettivo è ascrivibile al blocco delle attività di screening verificatosi per ragioni esterne all'Azienda. Per molti mesi, infatti, lo screening è stato sospeso a livello regionale. Pertanto si ritiene di aver conseguito il risultato massimo in presenza di eventi esterni avversi non dipendenti dalla ASM.



1.2.4 Adesione grezza dello screening della cervice uterina.

Definizione	1.2.4 Adesione grezza dello screening della cervice uterina.	
Numeratore	N. donne che hanno partecipato allo screening cervice uterina nell'anno	
Denominatore	N. donne invitate allo screening cervice uterina	
Formola matematica	n. donne che hanno partecipato allo screening / N. donne invitate allo screening x 100 6106/ 30147 *100 = 22,00 %	
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER -B)	
Note	Per le Aziende Sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CRB la pop. di riferimento è quella regionale	
% raggiungimento obiettivo	50%	
Punteggio relativo		

Nel 2012 il numero di donne che ha partecipato allo screening della cervice uterina è stato pari a 6.106, a fronte di una popolazione di donne invitate pari complessivamente a 30.147 soggetti.

Ne deriva 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 significativamente dal raggiungimento del target definito dalla programmazione regionale.

Come già rilevato in occasione dello screening mammografico, il mancato raggiungimento dell'obiettivo inerente lo screening della cervice uterina è ascrivibile al blocco delle attività di screening verificatosi per ragioni esterne all'Azienda. Per molti mesi, infatti, lo screening è stato sospeso a livello regionale.

Pertanto si ritiene di aver conseguito il risultato massimo in presenza di eventi esterni avversi non dipendenti dalla ASM.



OBIETTIVO 1.3: SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Definizione	1.3.1. Percentuale di imprese attive sul territorio controllate
Numeratore	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate
Denominatore	N. imprese attive presenti sul territorio
Formula matematica	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio $(600/5264*100) = 11,39\%$ (anno 2012)
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale della Basilicata (OER -B)
Note	Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale.
% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Nel 2012 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo hanno controllato 600 imprese attive, a fronte di un numero complessivo di imprese presenti nel territorio aziendale pari a 5.264.

Ne deriva che nel 2012 la percentuale di imprese attive sottoposte a controlli da parte dell'ASM è stata pari 11,39%, raggiungendo al 100% il target definito dalla programmazione regionale.

Nel corso dei controlli sono state accertate contravvenzioni e impartite le relative prescrizioni tutte ottemperate.

OBIETTIVO 1.4: SANITÀ VETERINARIA

Monitoraggio della regolarità e sistematicità dei controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti.

Definizione	1.4.1. Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina, bufalina
Numeratore	numero di allevamenti bovini e bufalini controllati
Denominatore	N. di allevamenti da sottoporre a controllo
Formula matematica	N. di allevamenti bovini e bufalini controllati per TBC / N. di allevamenti da sottoporre a controllo x 100 $583 / 583 * 100 = 100,00 \%$
Fonte	Banca dati regionale Anagrafe Animali
Note	Il controllo per la tubercolosi bovina viene effettuato nei soggetti di età > 42 giorni.
% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

L'obiettivo in oggetto unitamente agli altri sulla sanità veterinaria è finalizzato a realizzare il monitoraggio della regolarità e sistematicità dei controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti.

In tal senso nel 2012 tutti gli allevamenti bovini e bufalini, pari complessivamente a 583, sono stati sottoposti a controlli da parte dei servizi veterinari della ASM, consentendo il pieno raggiungimento del target fissato dalla programmazione regionale.



1.4.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina.

Definizione	1.4.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina.	
Numeratore	numero di allevamenti controllati	
Denominatore	N. di allevamenti da sottoporre a controllo	
Formula matematica	N. di allevamenti controllati (1704) / N. di allevamenti da sottoporre a controllo (11704) x 100 $1704/1704 * 100 = 100\%$	
Fonte	Banca dati regionale Anagrafe Animali	
Note	Il controllo per brucellosi <ul style="list-style-type: none"> • Bovina e bufalina, viene effettuato negli allevamenti ove sono presenti soggetti di età > ai 12 mesi ; • Ovicaprina viene effettuato negli allevamenti ove sono presenti soggetti di età > ai 6 mesi. 	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Nel 2012 tutti gli allevamenti ovicaprini, bovini e bufalini, pari complessivamente a 1.704, sono stati sottoposti a controlli per brucellosi da parte dei servizi veterinari della ASM, consentendo il pieno raggiungimento del target fissato dalla programmazione regionale.

1.4.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina.

Definizione	1.4.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina	
Numeratore	N. totale di aziende ovicaprine controllate 42	
Denominatore	N. totale di aziende ovicaprine da sottoporre a controlli: n.37 (pari al 3% del totale presenti sul territorio cioè $1234 \times 3/100 = 37$)	
Formula matematica	N. di aziende ovicaprine controllate (42) / N. totale di allevamenti da sottoporre a controllo (37) x 100 ($42 / 37 \times 100 = 113,5$)	
Formula matematica	N. di capi controllati (4885 / n. di capi da sottoporre a controllo 4351 (pari al 5% dei capi presenti sul territorio che sono 87.018 - Formula $87.018 \times 5 / 100 = 4351$) $4885 / 4351 \times 100 = 122,2\%$	
Fonte	Banca dati regionale Anagrafe Animali	
Note	Il controllo per l'anagrafe ovicaprina viene effettuato: sul 3% del numero totale delle aziende ovicaprine presenti sul territorio e registrati all'anagrafe Zootecnica .	
% raggiungimento obiettivo	100%	
Punteggio relativo		

Nel 2012 i servizi veterinari della ASM hanno sottoposto a controllo per anagrafe ovicaprina, 42 aziende ovicaprine, fronte di un numero complessivo di aziende ovicaprine presenti sul territorio aziendale pari a 1.234 il numero. Ne deriva che la percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina è stata pari al 3,4%, consentendo all'Azienda di raggiungere al 50% l'obiettivo posto dalla programmazione regionale.



1.4.4 Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale.

Definizione	1.4.4 Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale.
Numeratore	N. di campioni analizzati 8
Denominatore	N. di campioni programmati 8
Formula matematica	$N. \text{ di campioni programmati} / N. \text{ di campioni analizzati} * 100$ $8/8 * 100 = 100 \%$
Fonte	Banca dati regionale NSIS sanità
Note	Il controllo per la ricerca dei residui viene effettuato secondo le indicazioni del Piano nazionale (matrici da analizzare e tipologia dei siti da sottoporre a controllo)
% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

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, raggiungendo, pertanto, al 100% l'obiettivo fissato dalla programmazione regionale.



AREA N. 2

AREA DI

RISULTATO PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1. APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

2.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzati per età e sesso.

Definizione	2.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzati per età e sesso.
Numeratore	N. di ricoveri ordinari attesi
Denominatore	Popolazione standard
Formula matematica	$N. \text{ di ricoveri ordinari attesi} / \text{Popolazione standard} * 100$
Fonte	SIS Flusso SDO
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. La popolazione standard è quella ISTAT Italia 2001. Sono esclusi i ricoveri: - Relativi a neonati normali (DRG 391) - Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

In merito al suddetto obiettivo, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale. Nello specifico non sono pervenuti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Ad ogni buon conto, come specificato nella relazione sanitaria allegata al bilancio consuntivo dell'anno 2012, nel corso dell'azienda ha continuato a perseguire l'obiettivo del contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il target prestabilito, attraverso la ricerca dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale da utilizzare per l'erogazione delle prestazioni.

A tal proposito pare opportuno sottolineare che l'ultimo dato disponibile si riferisce all'anno 2011 ed evidenzia un tasso di ospedalizzazione complessivo per la ASM pari a 161,8 per mille abitanti, in linea con il target di riferimento e così costituito:

- tasso di ospedalizzazione intraregionale pari a 114,9 ricoveri per mille abitanti, di cui 87,4 per mille ricoveri ordinari e 27,5 per mille DH
- tasso di ospedalizzazione extraregionale pari a 46,9 ricoveri per mille abitanti

Circoscrivendo l'analisi ai soli ricoveri regionali effettuati sui residenti della ASM, i dati relativi al 2012 evidenziano un ulteriore calo degli stessi, essendo passati dai 23.001 del 2011 agli attuali 20.870, con una riduzione di oltre 2.100 ricoveri, pari al -9%, determinata fondamentalmente dal notevole decremento dei DH. Per effetto di tali dati il tasso di ospedalizzazione regionale risulta pari al 104,3, evidenziando una riduzione netta rispetto al 2011 di oltre 10 punti, pari al -9%.

Pare opportuno sottolineare come negli anni precedenti, in considerazione della indisponibilità in tempi congrui del dato di mobilità passiva extraregionale, l'obiettivo assegnato all'azienda dalla Regione (D.G.R. n. 606/2010 e s.m.i.) era circoscritto ai soli ricoveri regionali, e consisteva nel raggiungimento di un tasso di ospedalizzazione regionale non superiore al 134,28 per mille abitanti.

Il tasso di ospedalizzazione regionale dell'ASM nel 2012, pari come detto a 104,3 ricoveri per mille abitanti, risulta significativamente inferiore al limite fissato dalla Regione, confermando il pieno raggiungimento del target individuato dalla programmazione regionale.

In particolare il tasso di ospedalizzazione regionale dell'ASM relativo all'anno 2012 risulta così composto:

- 85,8 ricoveri ordinari per mille abitanti
- 18,5 ricoveri DH per mille abitanti

Il raffronto con l'anno precedente evidenzia come la riduzione del tasso di ospedalizzazione abbia riguardato sia i ricoveri ordinari, con una riduzione del -2%, sia soprattutto i DH con una riduzione del -49%.

In virtù delle considerazioni sopra effettuate, con riferimento specifico all'attuale obiettivo di contenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo dei ricoveri ordinari entro i parametri sopra indicati, pur non potendo fornire il relativo valore, a causa della indisponibilità dei dati di mobilità ospedaliera passiva extraregionale, se ne può ragionevolmente ipotizzare il pieno raggiungimento.

Va comunque evidenziato che i valori del tasso di ospedalizzazione sopra indicati sono stati calcolati sulla base dei dati di ricovero e dei dati di popolazione pubblicati sul sito internet della Regione Basilicata.

2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici per ricoveri ordinari

Definizione	2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici per ricoveri ordinari	
Numeratore	N. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x i ricoveri ordinari	1968
Denominatore	N. dimessi da reparti chirurgici x i ricoveri ordinari	5683
Formula matematica	$N. \text{ dimessi da reparti chirurgici con DRG medici } \times \text{ i ricoveri ordinari } / N. \text{ dimessi da reparti chirurgici } \times \text{ i ricoveri ordinari } \times 100$	34,63
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	<p>Si considerano i soli ricoveri ordinari</p> <p>Le specialità chirurgiche sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38, otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643) - i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125 - le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95 - i dimessi con tipo DRG nè medico nè chirurgico 	

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

E' opportuno sottolineare come, nel corso del 2012, l'Azienda ASM ha intensificato gli sforzi nella direzione del recupero dell'appropriatezza organizzativa, migliorando di fatto la propria performance rispetto al 2011. Pur non avendo pienamente raggiunto il suddetto obiettivo, infatti, la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici per ricoveri ordinari nel 2012, pari come indicato a 34,63, è stata inferiore rispetto all'anno precedente in cui era stata pari a 36,83.

2.1.3 Percentuale di ricoveri effettuati in Day surgery per i DRG dei LEA chirurgici

Definizione	2.1.3 Percentuale di ricoveri effettuati in Day surgery per i DRG dei LEA chirurgici	
Numeratore	N. di ricoveri effettuati in Day Surgery per i LEA chirurgici	1.399
Denominatore	N. ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici	2.186
Formula matematica	$N. \text{ di ricoveri effettuati in Day Surgery } / \text{ Ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario } \times 100$	64,00
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010.</p> <p>Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> 006 – Decompressione del tunnel carpale 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia 119 – legature e stripping di vene <p>Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione.</p> <p>Sono esclusi i ricoveri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) 	

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

Con riferimento al suddetto obiettivo, pare opportuno sottolineare che nel corso del 2012 l'Azienda ha intensificato gli sforzi nella direzione del recupero dell'appropriatezza delle prestazioni chirurgiche, come dimostra il sostanziale raggiungimento dell'obiettivo in oggetto.

La percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche è stata pari nel 2012 al 51%, discostandosi significativamente dal target definito dalla programmazione regionale.

Tuttavia, pur non avendo raggiunto lo standard definito dalla Regione, pare opportuno evidenziare come l'Azienda nel corso del 2012 abbia svolto un'importante azione di recupero dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale, con specifico riferimento al notevole contenimento dei DH.

Il numero dei DH effettuati nel 2012 dagli Ospedali per acuti della ASM è stato pari a 3.068, a fronte dei 4.902 dell'anno precedente, con una riduzione di oltre 1.800 ricoveri, pari al -60%.

2.1.4. Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche

Definizione	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	
Numeratore	N. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	683
Denominatore	N ricoveri in DH medico	1339
Formula matematica	$N. \text{ ricoveri in DH medico con finalità diagnostica} / N \text{ ricoveri in DH medico} * 100$	51,01
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano i DRG medici in ricovero di DH Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico"	

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

La percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche è stata pari nel 2012 al 51%, discostandosi significativamente dal target definito dalla programmazione regionale.

Tuttavia, pur non avendo raggiunto lo standard definito dalla Regione, pare opportuno evidenziare come l'Azienda nel corso del 2012 abbia svolto un'importante azione di recupero dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale, con specifico riferimento al notevole contenimento dei DH.

Il numero dei DH effettuati nel 2012 dagli Ospedali per acuti della ASM è stato pari a 3.068, a fronte dei 4.902 dell'anno precedente, con una riduzione di oltre 1.800 ricoveri, pari al -60%.

2.1.5 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi

Definizione	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	
Numeratore	N. ricoveri ordinari medici brevi	1338
Denominatore	N ricoveri ordinari medici	9004
Formula matematica	$N. \text{ ricoveri ordinari medici brevi} / N \text{ ricoveri ordinari medici} * 100$	15,42
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni Sono esclusi: - DRG 391: neonato normale - DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti - le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti.	

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

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%.

Il suddetto indicatore, utile per valutare l'appropriatezza delle prestazioni mediche erogate dagli ospedali per acuti dell'ASM, evidenzia la buona performance realizzata dagli Ospedali per acuti aziendali, ed in particolare dall'Ospedale di Matera, in cui la predetta percentuale è pari al 14%.



2.1.6 Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico

Definizione	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	
Numeratore	N. giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	4248
Denominatore	N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	3836
Formula matematica	N. giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico / dimessi sottoposti a intervento chirurgico *100	1,11
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	<p>L'analisi è ristretta a ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione maggiori di 1 giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico.</p> <p>Codifiche ICD-9 CM: Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 e 87.53, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57, 92.27, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39, 96.70, 96.71, 96.72, 98.51.</p> <p>Reparto di ammissione: Chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica)</p> <p>• Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRGchirurgico</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528*) - I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento - I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno - I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione 	

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

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%.

Il suddetto indicatore, utile per valutare l'efficienza delle prestazioni erogate dagli ospedali per acuti dell'ASM, evidenzia la buona performance realizzata dagli Ospedali per acuti aziendali, ed in particolare dall'Ospedale di Policoro, in cui la predetta degenza è pari al 0,74.

OBIETTIVO 2.2: APPROPRIATEZZA CLINICA

2.2.1 Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni

Definizione	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l' ammissione e l' intervento ≤ 2 giorni	
Numeratore	N. di interventi x frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni /	111
Denominatore	N. interventi per frattura di femore x 100	329
Formula matematica	N. di interventi x frattura del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento < 2 giorni / N. interventi per frattura di femore x 100	33.74
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx AND codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna 79.35Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna 81.51 Sostituzione totale dell'anca 81.52 Sostituzione parziale dell'anca 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura	

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

La percentuale di interventi per frattura di femore con degenza media pre-operatoria ≤ 2 giorni sul totale degli interventi per frattura di femore effettuati dagli Ospedali di Matera e Policoro, nel 2012 è stata pari a 33,74%, discostandosi significativamente dal target stabilito dalla programmazione regionale.

Tale risultato tuttavia è migliorativo rispetto all'anno precedente, se si considera che nel 2011 lo stesso indicatore aveva raggiunto un valore pari a 26,43%.

2.2.2 Percentuale di parti con taglio cesareo primario

Definizione	Percentuale di parti con taglio cesareo primario	
Numeratore	Numero totale di parti cesarei primari	292
Denominatore	n. totale di parti con nessun pregresso cesareo	1165
Formula matematica	Numero totale di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo x 100	25,06
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Sono inclusi i DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y=1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2,74.4, 74.99. Sono escluse tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregressocesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi 654.2 nel ricovero per parto, codici di diagnosi 654.2 e di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti];tutte le dimissioni di donne non residenti nella regione; tutte le donne di eta inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni; tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)].	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

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.

Il suddetto indicatore, utile per valutare la qualità clinica delle prestazioni erogate dagli ospedali per acuti dell'ASM, evidenzia la buona performance realizzata dalle strutture aziendali, ed in particolare dall'Ospedale di Matera, in cui la predetta percentuale ha raggiunto un valore pari al 20%.



OBIETTIVO 2.3: EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

2.3.1 Tasso di ospedalizzazione per scempenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per scempenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni	
Numeratore	N. di ricoveri per scempenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni	
Denominatore	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni	
Formula matematica	N. di ricoveri per scempenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni X 100	
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i ricoveri in strutture private non accreditate	

% raggiungimento obiettivo	
Punteggio relativo	

In merito al suddetto obiettivo, al pari dell'obiettivo inerente il tasso di ospedalizzazione complessivo dell'ASM, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale. Nello specifico non sono pervenuti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Il contesto generale in cui si colloca il presente obiettivo è caratterizzato, come già visto, da una riduzione complessiva dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali da parte delle strutture regionali, che lascia prefigurare una riduzione anche dei ricoveri per scempenso.

Nel corso del 2012 l'Azienda, attraverso il lavoro congiunto dei MMG e specialisti aziendali, ha posto in essere le strategie per il contenimento del tasso di ospedalizzazione per scempenso entro il target prestabilito.

In effetti, da una prima analisi dei dati di ricovero effettuati ai residenti dell'ASM da parte delle strutture regionali, emerge una riduzione dei ricoveri per scempenso cardiaco nel 2012, pari al -6%, rispetto al 2011; i ricoveri con i codici di diagnosi sopra specificati, effettuati nel 2012 da parte degli ospedali regionali a residenti dell'ASM sono stati 680 a fronte dei 731 erogati nel 2011.

È opportuno tuttavia precisare che l'analisi suddetta non rispetta completamente le indicazioni fissate per la costruzione dell'indicatore in oggetto, in quanto è stata condotta tenendo conto di tutti i ricoveri aventi come codice di diagnosi principale quelli sopra indicati, indipendentemente dall'età dei pazienti (dato non disponibile nel database messo a disposizione dalla Regione sul proprio sito internet) e senza escludere i dimessi con gli specifici codici di diagnosi precisati.

Pertanto 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.



2.3.2 Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni	
Numeratore	N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni	
Denominatore	popolazione residente della fascia di età 20 – 74	
Formula matematica	$\frac{\text{N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 20 – 74 anni}}{\text{popolazione residente della fascia di età 20 – 74} \times 100}$	
Fonte	SIS - Flusso SDO	
Note x l'elaborazione	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i DRG 113 e 114 - i codici di procedura 36 e 39.5 - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) - i ricoveri in strutture private non accreditate 	

% raggiungimento obiettivo	
Punteggio relativo	

Come per l'obiettivo precedente, al momento, non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione per diabete. Nello specifico non sono pervenuti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Il contesto generale in cui si colloca il presente obiettivo è caratterizzato, come già visto, da una riduzione complessiva dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali da parte delle strutture regionali, che lascia prefigurare una riduzione anche dei ricoveri per diabete.

Nel corso del 2012 l'Azienda, attraverso il lavoro congiunto dei MMG e specialisti aziendali, ha posto in essere le strategie per il contenimento del tasso di ospedalizzazione per diabete entro il target prestabilito.

In effetti, da una prima analisi dei dati di ricovero effettuati ai residenti dell'ASM da parte delle strutture regionali, emerge una notevole riduzione dei ricoveri per diabete nel 2012, pari al -54%, rispetto al 2011; i ricoveri con i codici di diagnosi sopra specificati, effettuati nel 2012 da parte degli ospedali regionali a residenti dell'ASM sono stati 108 a fronte dei 234 erogati nel 2011.

È opportuno tuttavia precisare che l'analisi suddetta non rispetta completamente le indicazioni fissate per la costruzione dell'indicatore in oggetto, in quanto è stata condotta tenendo conto di tutti i ricoveri aventi come codice di diagnosi principale quelli sopra indicati, indipendentemente dall'età dei pazienti (dato non disponibile nel database messo a disposizione dalla Regione sul proprio sito internet) e senza escludere i dimessi con gli specifici codici di intervento precisati.

Pertanto 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.



2.3.3 Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni

Definizione	Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni
Numeratore	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni
Denominatore	Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni
Formula matematica	$\frac{\text{N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni}}{\text{Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni} \times 100}$
Fonte	SIS - Flusso SDO
Note x l'elaborazione	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove</p> <p>Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i ricoveri in strutture private non accreditate; i ricoveri in strutture private non accreditate</p>

% raggiungimento obiettivo	
Punteggio relativo	

Come per l'obiettivo precedente obiettivo, al momento, non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione per diabete. Nello specifico non sono pervenuti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva extraregionale che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali.

Il contesto generale in cui si colloca il presente obiettivo è caratterizzato, come già visto, da una riduzione complessiva dei ricoveri effettuati ai residenti aziendali da parte delle strutture regionali, che lascia prefigurare una riduzione anche dei ricoveri per diabete.

Nel corso del 2012 l'Azienda, attraverso il lavoro congiunto dei MMG e specialisti aziendali, ha posto in essere le strategie per il contenimento del tasso di ospedalizzazione per diabete entro il target prestabilito.

In effetti, da una prima analisi dei dati di ricovero effettuati ai residenti dell'ASM da parte delle strutture regionali, emerge una notevole riduzione dei ricoveri per diabete nel 2012, pari al -54%, rispetto al 2011; i ricoveri con i codici di diagnosi sopra specificati, effettuati nel 2012 da parte degli ospedali regionali a residenti dell'ASM sono stati 108 a fronte dei 234 erogati nel 2011.

È opportuno tuttavia precisare che l'analisi suddetta non rispetta completamente le indicazioni fissate per la costruzione dell'indicatore in oggetto, in quanto è stata condotta tenendo conto di tutti i ricoveri aventi come codice di diagnosi principale quelli sopra indicati, indipendentemente dall'età dei pazienti (dato non disponibile nel database messo a disposizione dalla Regione sul proprio sito internet) e senza escludere i dimessi con gli specifici codici di intervento precisati.

Pertanto 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.



2.3.4 Percentuale di over 64 anni trattati in ADI

Definizione	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI	
Numeratore	N. di over 64 anni trattati in ADI	2.129
Denominatore	popolazione residente over 64	39.354
Formola matematica	N. di over 64 anni trattati in ADI / popolazione residente over 64 x 100	
Fonte	SIS – Flusso ADI	5,4
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

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 della popolazione residente degli ultrasessantatrenni, in piena aderenza al target fissato dalla programmazione regionale, a testimonianza dell'efficacia dell'assistenza domiciliare erogata dall'Azienda.

2.3.5 Consumo di inibitori di pompa protonica

Definizione	Consumo di inibitori di pompa protonica	
Numeratore	N. unità posologiche di IIP erogate	6.403.147
Denominatore	Popolazione residente pesata	200.575
Formola matematica	N. unità posologiche di IIP erogate / popolazione residente pesata	
Fonte	SIS Flusso Marno	31,93
Note x l'elaborazione	farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) A02BC. E' escluso il consumo privato.	

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

Il consumo di inibitori di pompa protonica da parte dei residenti della ASM nel 2012 è stato pari a 31,93 unità posologiche erogate per abitante, evidenziando uno scostamento significativo rispetto al target fissato dalla programmazione regionale.

In proposito pare opportuno sottolineare che il suddetto risultato negativo costituisce una criticità costante che tradizionalmente caratterizza i consumi farmaceutici di tutta la Regione Basilicata. (Fonte Marno: nota sulla spesa farmaceutica 2012)

2.3.6 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	
Numeratore	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno	1456
Denominatore	N. utenti che consumano statine	17.776
Formola matematica	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno / N. utenti che consumano statine x 100 (1456/17776 x 100)	
Fonte	SIS Flusso Marno	8,19*
Note x l'elaborazione	farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) A02BC. E' escluso il consumo privato.	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

* 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 per cento del numero complessivo di utenti che hanno consumato statine nello stesso periodo.

Tuttavia occorre far presente che nel calcolo riportato sono stati considerati i pazienti che hanno assunto 1 o 2 confezioni nel 2012 e che risultano senza alcuna prescrizione nei 12 mesi antecedenti la prima prescrizione, senza considerare gli utilizzatori occasionali dei mesi di novembre e dicembre, non potendo escludere per essi la continuazione della terapia anche nel 2013.

Pertanto l'obiettivo in oggetto si può ritenere praticamente raggiunto, in quanto è ipotizzabile che per alcuni pazienti si sia determinata l'interruzione della terapia a causa di eventi esterni avversi, quali il decesso, il trasferimento in altra provincia, ecc., di conseguenza essi non dovrebbero essere definiti utilizzatori occasionali.

2.3.7 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina

Definizione	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina	
Numeratore	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 2 sostanze ad azione sul sistema renina- angiotensina erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	233.504
Denominatore	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09	506.503
Formula matematica	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati / N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 x 100 (233.504/506.503 x 100)	*46,11
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione	I sartani appartengono alla classe ATC3. E' escluso il consumo privato	

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

Nel 2012 il numero di confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 2 sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale è stato pari a 233.504, pari al 46,11% del numero del numero totale di confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09, discostandosi significativamente dal target stabilito dalla programmazione regionale.

In proposito pare opportuno sottolineare che il suddetto risultato negativo costituisce una criticità costante che tradizionalmente caratterizza i consumi farmaceutici di tutta la Regione Basilicata. (Fonte Marno: nota sulla spesa farmaceutica 2012)

2.3.8 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

Definizione	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	
Numeratore	N. utenti che consumano 1 –2 confezioni di antidepressivi all'anno	1.969
Denominatore	N. utenti che consumano antidepressivi	10.342
Formula matematica	N. utenti che consumano 1 –2 confezioni di antidepressivi all'anno / N. utenti che consumano antidepressivi x 100 (1.969 / 10.342 x 100)	19,04
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

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.



2.3.9 Consumo di farmaci antibiotici

Definizione	Consumo di farmaci antibiotici	
Numeratore	DDD farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell'anno	1.807.937 x 1000
Denominatore	N. residenti x 365	203.726 x 365
Formula matematica	DDD di altri farmaci antibiotici (classe ATC : J01) erogati nell'anno / N. residenti x 365 x 1000	24,32*
Fonte	SIS Flusso Marno	
Note x l'elaborazione	I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (Classificazione anatomica – terapeutica) J01	

% raggiungimento obiettivo	50 %
Punteggio relativo	

Non essendo molto chiara la definizione del numeratore (altri ??? farmaci antibiotici) è stata presa in considerazione la classe ATC J 01, come indicato nelle note per l'elaborazione).

La percentuale di antibiotici consumati nel 2012 si discosta leggermente dal target stabilito. **In proposito pare opportuno sottolineare che il suddetto risultato negativo costituisce una criticità costante che tradizionalmente caratterizza i consumi farmaceutici di tutta la Regione Basilicata. (Fonte Marno: nota sulla spesa farmaceutica 2012)**



AREA N. 3

GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Presso l'azienda Sanitaria di Matera nel corso del 2012 ha messo in atto molteplici attività rivolte a monitorare le varie aree e strutture aziendali in cui operare possibili interventi di razionalizzazione ai fini dell'efficienza economica – finanziaria al fine di ridurre e/o azzerare il rischio del non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Quest'Azienda fin dai primi mesi ha avviato un percorso virtuoso di risanamento della propria situazione economica, contraddistinto dallo sviluppo di molteplici processi di razionalizzazione delle risorse attraverso l'integrazione gestionale e professionale ed il perseguimento di un costante innalzamento del livello della appropriatezza clinica ed organizzativa.

Significativi a tale riguardo sono le attività di seguito elencate e relative all'anno 2012, sono stati inoltre attivati altri interventi di razionalizzazione delle risorse e di risparmi in generale, a mero titolo esemplificativo, si riportano alcune delle attività poste in essere nel corso dell'anno:

- la revisione, nei limiti del consentito, dei contratti in essere in una prospettiva di recupero dell'efficienza gestionale, senza intaccare i livelli essenziali di assistenza da garantire alla popolazione (razionalizzazione del servizio di vigilanza presso le strutture aziendali, con significativa riduzione dei costi);
- l'adozione in via sperimentale di modello di gestione del contenzioso e del rischio clinico in autoassicurazione, con soppressione dei costi assicurativi;
- riorganizzazione del servizio trasporti infermi, attraverso la rimodulazione della convenzione in essere e l'integrazione con il servizio del 118;
- razionalizzazione della spesa farmaceutica attraverso il potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci, della distribuzione in nome e per conto, delle azioni di monitoraggio e sensibilizzazione mirate a favorire l'appropriatezza prescrittiva sia sotto il profilo meramente clinico sia sotto quello economico (audit con i medici ospedalieri e i MMG/PLS),
- blocco del turn over del personale dipendente nei limiti e secondo le disposizioni previste dalla normativa vigente, con conseguente riorganizzazione dei servizi e delle attività produttive all'insegna della integrazione delle risorse umane e materiali al fine di contenere gli effetti depauperativi sui livelli di assistenza erogati.

Le risultanze del bilancio d'esercizio 2012, chiusosi con una perdita pari a -2,7 milioni di euro, evidenziano la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il quasi azzeramento di un deficit economico che ha storicamente gravato sulle gestioni precedenti, attestandosi su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale.

I suddetti risultati assumono un significato tanto più rilevante in considerazione sia del limitato arco temporale in cui gli stessi sono stati realizzati (meno di un anno), sia soprattutto dell'immutato volume di risorse assegnate all'Azienda nell'ambito del riparto del Fondo Sanitario Regionale 2012, definendo di fatto le dimensioni reali e la portata dell'azione di risanamento posta in essere.

Tale azione, che ha consentito di ridurre la perdita di bilancio di circa 16 milioni di euro, è stata realizzata mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli relativi a servizi non sanitari, che si collocano nell'ambito di un macro obiettivo che ha qualificato le strategie aziendali: il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico a quello organizzativo, nella convinzione che il recupero dell'appropriatezza sia l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse.

Tali interventi hanno consentito di contenere i costi senza intaccare i livelli quali-quantitativi assistenziali, senza, cioè, determinare una reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, si è mantenuta sugli stessi livelli dell'anno precedente, risultando, rispetto a quest'ultima, maggiormente qualificata sotto il profilo della congruità dei setting assistenziali adoperati.



OBIETTIVO 3.1: EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

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	€ 339.572.000,000
	Tetto di spesa x ass. 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	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

L'Assistenza farmaceutica territoriale comprende le seguenti voci di spesa realmente sostenuta dalla ASM:

Spesa netta Farmaceutica convenzionata	€ 29.870.022,30
Distribuzione diretta farmaci fascia " A" in dimissione osped. e a seguito di visita spec.	€ 6.884.535,75
Spesa di acquisto di farmaci per la "Distribuzione per conto"	€ 6.365.504,39
Oneri alle farmacie e ai distributori intermedi per la "Distribuzione per conto"	€ 1.287.380,84
TOTALE	€ 44.407.443,28 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 e cioè:

Totale compreso Ticket (€ 48.823.567,21 + 4.416,123,93 = € 48.823.567,21 pari al 14,38 % .

Tale dato non può ancora considerarsi definitivo in quanto non comprensivo dell'importo del Pay - back versato dalle aziende farmaceutiche alle Regioni. Ci si riserva di definire il valore della effettiva spesa farmaceutica territoriale non appena in possesso del suddetto importo, che probabilmente sarà reso noto dalla Regione Basilicata.

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 intraregionale E esclusa la mobilità extraregionale Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A	

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

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.

3.1.3. Percentuale derivati diidropiridinici non coperti da brevetto

Definizione	Percentuale derivati diidropiridinici non coperti da brevetto	
Numeratore	N. unità posologiche derivati diidropiridinici non coperti da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	2.151.916
Denominatore	Totale unità posologiche di derivati diidropiridinici erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	2.573.254
Formula matematica	$N. \text{ unità posologiche derivati diidropiridinici non coperti da brevetto} / \text{Totale unità posologiche di derivati diidropiridinici} \times 100$	83,63
Fonte	SIS flusso Marno	
Note x l'elaborazione	I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica terapeutica - chimica) C08CA	

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

La percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto sul totale dei derivati di diidropiridinici erogati dalle farmacie territoriali della ASM in regime convenzionale nel 2012 è stata pari all'83,63%, raggiungendo al 100% l'obiettivo fissato dalla Regione Basilicata.

3.1.4. Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto

Definizione	Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto	
Numeratore	N. unità posologiche di Ace inibitori associati non coperti da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	1.380.574
Denominatore	Totale unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale	1.995.510
Formula matematica	$N. \text{ unità posologiche di Ace inibitori associati non coperti da brevetto} / \text{Totale unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto} \times 100$	69,19 %
Fonte	SIS flusso Marno	
Note x l'elaborazione	Gli Ace inibitori associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica terapeutica - chimica) C09AB	

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

La percentuale di derivati di ACE inibitori non coperti da brevetto sul totale degli ACE inibitori erogati dalle farmacie territoriali della ASM in regime convenzionale nel 2012 è stata pari al 69,19%, discostandosi dal raggiungimento dell'obiettivo fissato dalla Regione Basilicata.

3.1.5. Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani non associati

Definizione	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani non associati	
Numeratore	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati	2.383.758
Denominatore	N. unità posologiche di sartani non associati	2.964.058
Formula matematica	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati / N. unità posologiche di sartani non associati x 100	80,43/4 = 20,11 %
Fonte	SIS flusso Marno	
Note x l'elaborazione	I Sartani non associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica terapeutica - chimica) C09D	

% raggiungimento obiettivo	100 %
Punteggio relativo	

La percentuale di sartani a brevetto scaduto non associati sui sartani sul totale dei sartani non associati erogati dalle farmacie territoriali della ASM in regime convenzionale nel 2012 è stata pari all'83,63%, raggiungendo al 100% l'obiettivo fissato dalla Regione Basilicata.

3.1.6. Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associati sui sartani associati

Definizione	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associati sui sartani associati	
Numeratore	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati	2.532.208
Denominatore	N. unità posologiche di sartani non associati	3.657.388
Formula matematica	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati / N. unità posologiche di sartani non associati x 100	69,24/4 = 17,31 %
Fonte	SIS flusso Marno	
Note x l'elaborazione	I Sartani non associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica terapeutica - chimica) C09D	

% raggiungimento obiettivo	50%
Punteggio relativo	

La percentuale di sartani a brevetto scaduto associati sui sartani sul totale dei sartani associati erogati dalle farmacie territoriali della ASM in regime convenzionale nel 2012 è stata pari al 17,31%, 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%.

3 GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.2 Razionalizzazione delle risorse economiche e finanziarie

3.2.1 Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino

Definizione	Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino	
Numeratore	Differenza tra il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del Modello SP dell'anno ed il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del Modello SP di due anni precedenti (= Valore Diff)	651 €/000
Denominatore	Il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario del Modello SP relativo a 2 anni precedenti (= valore base)	6.020 €/000
Formula matematica	Valore diff. / valore base	10,8
Fonte	Ufficio Risorse finanziarie del dipartimento Salute	
Note x l'elaborazione	L'obiettivo è raggiunto se il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" dello SP dell'anno è inferiore del valore obiettivo previsto, rispetto al valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del modello SP di due anni precedenti. Da MODELLO SP	

% raggiungimento obiettivo	
Punteggio relativo	

Con riferimento al suddetto indicatore, si è ritenuto opportuno utilizzare come dato di raffronto quello relativo al 2011, piuttosto che quello riferito al 2010, come richiesto inizialmente nella definizione dell'indicatore, in ragione della maggiore affidabilità del primo dato rispetto al secondo. Infatti, il valore delle rimanenze rilevato nel 2010 è certamente sottostimato e non omogeneo rispetto a quello 2012, dal momento che in esso non sono state ricomprese le giacenze esistenti nei singoli magazzini di reparto, che invece risultano contabilizzate per l'anno 2012.



4. CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

OBIETTIVO 4.1: UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI

4.1.1 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)

Definizione	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)	
Fonte	SIS	
Criterio per la valutazione	Rispetto della completezza e tempistica di invio di tutti i flussi di seguito indicati	

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
Assistenza Domiciliare Integrata - DM 17/12/2008 (A.D.I.)	WEB	mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Assistenza Sanitaria Internazionale (ASPE)	WEB	semestrale (1° semestre entro il 31/5 dell'anno successivo, 2° sem.entra il 30.11.dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Assistenza Sanitaria Internazione (TECAS:trasferimenti all'estero x cure ad altissima specializzazione)	WEB	Semestrale (entro il mese successivo al semestre)	Inviato nei temp previsti
Certificati di assistenza al parto	WEB	Trimestrale (entro il 30 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi di struttura (FLS 11, FLS 12, STS 11, STS 14, RIA 11, HSP 11, HSP 11bis, HSP 12, HSP 13, HSP 14, HSP 16)	WEB	Annuale (30 aprile dell'anno di riferimento)	Inviato nei temp previsti
Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11)	WEB	annuale (31 gennaio dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP 23, HSP 24)	WEB	trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)	Inviato nei temp previsti
Emergenza urgenza DM 17/12/2008 (DEA Pronto Soccorso)	E- mail	Mensile (entro il 20 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Farmaceutica (diretta e per conto)	WEB	Mensile (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Farmacutica (ospedaliera)	WEB	Mensile (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi economici: conto economico (mod.CE)	WEB	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi economici: stato patrimoniale mod. SP)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi economici: (costi dei presidi (mod. CP)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA)	WEB	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	Inviato nei temp previsti
Monitoraggio consumi Dispositivi medici (Dm 11/12/2009)	Supporto magnetico	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES eventi sentinella)	WEB	Scheda A al verificarsi, scheda B entro 45 giorni (validazione Regione)	Inviato nei temp previsti
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES denuncia sinistri)	WEB	Annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione)	Inviato nei temp previsti
Monitoraggio tempi di attesa (PNCTA)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Residenziali / semiresidenziali DM 17/12/2008(FAR)	WEB	Mensile (entro 20 mese successivo)	Inviato nei temp previsti

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio	Risultato
Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA)	WEB	Riconversione dei dati: entro il 31/10/11 70%, entro il 31/12/11 100%. Successivamente: aggiornamento continuo	Inviato nei temp previsti
Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) - DM 15/10/2010 (SDO)	Supporto magnetico / E-mail	annuale entro il 31/05 anno successivo (Personale) semestrale entro 60 gg successivi (Attività)	Inviato nei temp previsti
Schede dimissione ospedaliera	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
Tossicodipendenza (SIND)	WEB	Annuale (validazione Regione)	Inviato nei temp previsti
Tessera Sanitaria (TS)	WEB	Mensile per le prestazioni ambulatoriali (entro il 6 del mese successivo) bisettimanale per altri dati	Inviato nei temp previsti
Schede per il pronto soccorso	WEB	Trimestrale (entro il 15 del mese successivo)	Inviato nei temp previsti
PIANI DI RISANAMENTO - Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC e LEB (Dec. 2008/940/CE)	WEB	1° semestre entro 15/7 e annuale entro 28/2	Inviato nei temp previsti
PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale -	Cartaceo	semestrale (1° semestre entro 31/7 e 31/01)	Inviato nei temp previsti
WEST NILE DISEASE - D. M. 29 novembre 2007 - Piano di sorveglianza nazionale per la encefalomielite di tipo West Nile (West NileDisease) e Ordinanza Ministeriale 5 novembre 2008	WEB	completo al 31/01	Inviato nei temp previsti
BENESSERE TRASPORTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto"	WEB	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
BENESSERE IN ALLEVAMENTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti"	Cartaceo	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
FARMACOSORVEGLIANZA : Attività di ispezione e verifica.	Cartaceo	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
ZOONOSI - Adempimenti direttiva 99/2003/CE e Regolamento 2160/99	Cartaceo	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
BSE - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE.	Cartaceo	annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
SCRAPIE - Decisione della Commissione 2002/677/CE del 22/08/2002.	WEB	semestrale 15/07 - annuale 28/02	Inviato nei temp previsti
ANAGRAFE OVICAPRINA - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	WEB	(entro 30 mese successivo)	Inviato nei temp previsti
ANAGRAFE BOVINA - livello minimo dei controlli aziende bovine	WEB	annuale	Inviato nei temp previsti
OGM - Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2009-2011	WEB	semestre 31/7 e annuale 31/01	Inviato nei temp previsti
AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale	cartaceo	annuale (31 gennaio dell'anno)	Inviato nei temp previsti
PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	WEB	completo al 31/12	Inviato nei temp previsti
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	e-mail	risposta entro 7 giorni	Inviato nei temp previsti
FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di	e-mail	annuale 31/3	Inviato nei temp previsti

residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale			
---	--	--	--

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

OBIETTIVO 4.2: REVISIONE CONTABILE

4.2 Revisione contabile

Definizione	Certificazione del bilancio	
Criterio per valutazione positiva	SI = opinion positiva dell'ente certificatore Positiva con limitazioni = opinion positiva con limitazioni dell'ente certificatore No = impossibilità	
Fonte		
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100 %
Punteggio relativo	

Gli uffici aziendali (U.O. Gestione economica ecc.) stanno collaborando con la Società di revisione contabile B.D.O. s.p.a. (a cui la Regione Basilicata ha conferito l'incarico di certificazione). Le attività sono iniziate a ottobre 2012 e sono attualmente in corso. Pertanto si ritiene l'obiettivo raggiunto per quanto attiene le attività di competenza della ASM.

4.3. Controllo cartelle cliniche

Definizione	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	
Criterio per valutazione positiva	<ul style="list-style-type: none"> - controllo di almeno il 10% delle cartelle cliniche di dimissione dell'anno in corso secondo quanto previsto dal D.M. salute del 10 dic. 2009 - Invio entro il 15 maggio dell'anno successivo della relazione aziendale sul controllo effettuato 	Nel corso dell'anno 2012 sono state controllate 2000(campione random) cartelle cliniche su un totale di 14.059, corrispondenti al 14 % del totale La relazione aziendale è stata inviata agli uffici regionali nei tempi previsti
Fonte	Osservatorio epidemiologico Regionale (OER B)	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Nel corso dell'anno 2012 sono state controllate 2000(campione random) cartelle cliniche su un totale di 14.059, corrispondenti al 14 % del totale.

La relazione aziendale è stata inviata agli uffici regionali nei tempi previsti



OBIETTIVO 4.4 : RISK MANAGEMENT

4.4.1 Risk management

Definizione	Piano di previsione delle attività	Azioni svolte
Criterio per valutazione positiva	- entro il 31 marzo dell'anno in corso invio piano del risk management	Il Piano è stato inoltrato in Regione il 29 giugno 2012 (prot.n. 210120046164)
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Quest'Azienda nel corso del 2012 ha provveduto a predisporre il piano di previsione delle attività di risk management, che è stato inoltrato alla Regione con nota prot. n. 20120046164. Pertanto l'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

4.4.2 Risk management

Definizione	Relazione di attuazione delle attività di risk management	
Criterio per valutazione positiva	Entro il 28 febbraio 2013 invio della relazione di attuazione del piano di risk management	La relazione è stata inviata agli uffici regionali con nota del 20.02.2013 con prot. n. 20130014227
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

Quest'Azienda nel corso del 2012 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. Pertanto l'obiettivo è stato raggiunto al 100%.



OBIETTIVO 4.5 : VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE

4.5.1. Valutazione strategie per il controllo del dolore

Definizione	Consumo di farmaci oppioidi	
Numeratore	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo	37.468,86
Denominatore	N. residenti x 365	203.726 x 365
Formula matematica	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo / N. residenti x 365 x 1000	0,51
Fonte	SIS Flussi Marno	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	0%
Punteggio relativo	

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.

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

5. 1. SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

5.1.1 Customer Satisfaction

Definizione	Produzione relazione sulla customer satisfaction	
Criterio per valutazione positiva	Entro il 28 febbraio dell'anno successivo invio relazione sulla customer satisfaction	
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	
Punteggio relativo	

E' stata predisposta una indagine sulla customer satisfaction e inviata una relazione sulle attività svolte e sui risultati raggiunti all'Ufficio Pianificazione del Dipartimento salute.



5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

5. SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

5.1.2 Produzione del bilancio sociale

Definizione	Produzione del bilancio sociale	
Criterio per valutazione positiva	Entro il 28 febbraio dell'anno successivo invio del bilancio sociale	
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	
Note x l'elaborazione		

% raggiungimento obiettivo	100%
Punteggio relativo	

L' Azienda sta mettendo in atto una serie di attività volte alla predisposizione del bilancio sociale attraverso la individuazione di un gruppo di lavoro aziendale che si occuperà:

- La individuazione dei principali soggetti portatori di interesse (stakeolders) nei confronti dell' Azienda e tutte le realtà, che a vario titolo, contribuiscono a metterne in luce le specificità e le caratteristiche più salienti;
- L'organizzazione di focus group specifici per raccogliere opinioni e suggerimenti;
- Individuazione degli obiettivi e del target di riferimento
- Raccolta delle informazioni e dei dati utili alla redazione del Bilancio sociale;
- Verifica dei contenuti e della funzionalità degli obiettivi e del processo prima della diffusione del documento;
- Diffusione del documento, pubblicazione sul sito, conferenze stampa , conferenze dei servizi dedicati;
- Valutazione e azioni migliorative.



5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

5.2.1. Liste di attesa

Definizione	Miglioramento sui tempi di attesa
Numeratore	N. di liste di attesa critiche risolte
Denominatore	N. liste di attesa critiche
Formula matematica	$N. di liste di attesa critiche risolte / N. liste di attesa critiche \times 1000$
Fonte	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note x l'elaborazione	

% raggiungimento obiettivo	100
Punteggio relativo	

Un gruppo di lavoro aziendale sta analizzando tutte le liste di attesa presenti in Azienda ed è stato predisposto (all'inizio dell'anno in corso) un piano di intervento per il miglioramento delle liste di attesa critiche che prevedeva:

- Apertura e condivisione delle liste di prenotazione dei centri accreditati
- Introduzione delle classi di priorità
- Lista palese e separata 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

Sono state attivate, in base alle classi di priorità le agende di prenotazione per quasi tutte le specialità ambulatoriali dei presidi ospedalieri afferenti alla ASM.

Inoltre, per alcune specialità ambulatoriali (visite cardiologiche, oculistiche, ginecologiche e chirurgiche, oltre che esami diagnostici ecc) sono stati contrattati direttamente con i Direttori e/o Responsabili delle UU.OO. un incremento quantitativo delle prestazioni al fine di ridurre le liste di attesa.

Sono stati organizzati e tenuti diversi incontri con i MMG al fine di condividere le classi di priorità, e governare la richiesta di prestazioni ambulatoriali inappropriate.

Da un primo esame e attento monitoraggio dell'andamento delle attività si riscontra, rispetto ai primi mesi dell'anno, un miglioramento sensibile dei tempi di attesa riscontrabile direttamente sulla procedura CUP.

Si sta procedendo all'apertura e condivisione delle liste di prenotazione dei centri accreditati.

Per le considerazioni sopra effettuate, l'obiettivo in oggetto può ritenersi raggiunto al 100%.

IL DIRETTORE GENERALE
(dr. ROCCO A.G. MAGLIETTA)

La Dirigente Responsabile della U.O.
Pianificazione e Controllo Strategico
(dott.ssa M. Giuliana Di Grotto)

