

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.G.R. n° 27 dell'8.1.2015 e D.P.G.R. n. 6 del 13.01.2015

N. 370

del 30 GIU. 2015

OGGETTO: Relazione sulla Performance Aziendale per l'anno 2014

DESCRIZIONE Documenti integranti il provvedimento	Data	Allegati n°
Relazione sulla Performance Aziendale per l'anno 2014	29.06.2015	17

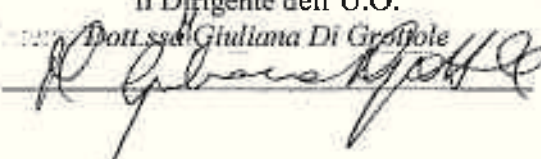
U.O. PROPONENTE "Pianificazione Strategica e Controllo di Gestione"

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 e conto economico/patrimoniale del bilancio corrente, attribuibile alla struttura: - centro di costo/responsabilità

Matera, li _____

Il Dirigente dell'U.O.
Dott.ssa Giuliana Di Grifone


U.O. GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

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

Matera, li _____

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 30 GIU. 2015 nella sede legale dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), il Direttore Generale dott. Pietro Quinto, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo F.F. Dott.ssa Maria Benedetto e del Direttore Sanitario Dott. Andrea Sacco,

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO CHE le recenti riforme sull'organizzazione e la gestione della Pubblica Amministrazione perseguono, tra le altre cose, obiettivi di incremento dell'efficienza, della qualità dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard tecnici ed economici al fine di migliorare l'allocazione delle risorse, sempre più scarse, fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze.

VISTO il Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 avente ad oggetto: "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", all'art. 10 comma 1 lett b) prevede che ogni Ente adotti annualmente entro il 30 giugno una "Relazione sulla Performance" che evidenzi i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati;

RICHIAMATE le delibere della Civit (ora ANAC) n. 5 e n. 6 del 2012 che definiscono le linee guida di elaborazione della Relazione annuale sulla performance;

DATO ATTO CHE la Direzione Amministrativa aziendale ha dato mandato alla U.O. "Pianificazione Strategica e Controllo di Gestione" di redigere la Relazione sulla Performance aziendale anno 2014" sulla base delle sopra citate linee guida elaborate dall'ANAC (ex CIVIT);

ACQUISITA la Relazione sulla Performance anno 2014;

RITENUTO, pertanto, di approvare la " RELAZIONE SULLA PERFORMANCE" dell' AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA 2014" e relativi n. 17 documenti che si allegano alla presente per farne parte integrante e sostanziale;

Preso atto del parere del Direttore Amministrativo^{tt} e del Direttore Sanitario, come innanzi espresso, con l'apposizione delle rispettive firme;

DELIBERA

per le ragioni in narrativa indicate e che qui si intendono interamente riportate,

1) di approvare la Relazione sulla Performance anno 2014, completa di n. 17 documenti che si allegano alla presente per farne parte integrante e sostanziale;

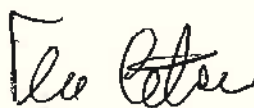
2) di disporre la pubblicazione della Relazione sulla Performance anno 2014 sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

DI TRASMETTERE la presente delibera a:

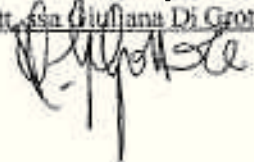
- Organismo Indipendente di Valutazione;
- U.O. Ufficio Relazioni con il Pubblico con il mandato di pubblicare il Documento allegato presso il sito aziendale www.asmbasilicata.it nella apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

DI DARE ATTO che la documentazione richiamata nel presente provvedimento è agli atti dell'U.O. proponente.

L'Istruttore: Teresa Cetani



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



Il presente verbale viene letto, approvato e sottoscritto.

Il Direttore Generale
dott. Pietro Quirino



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 Informatico dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), sito web www.asmbasilicata.it per 5 (cinque) giorni consecutivi.

Il Responsabile

Matera, li 30 ott. 2015

Dr. Eustachio MARCOSANO

☐ Trasmessa al Collegio Sindacale

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

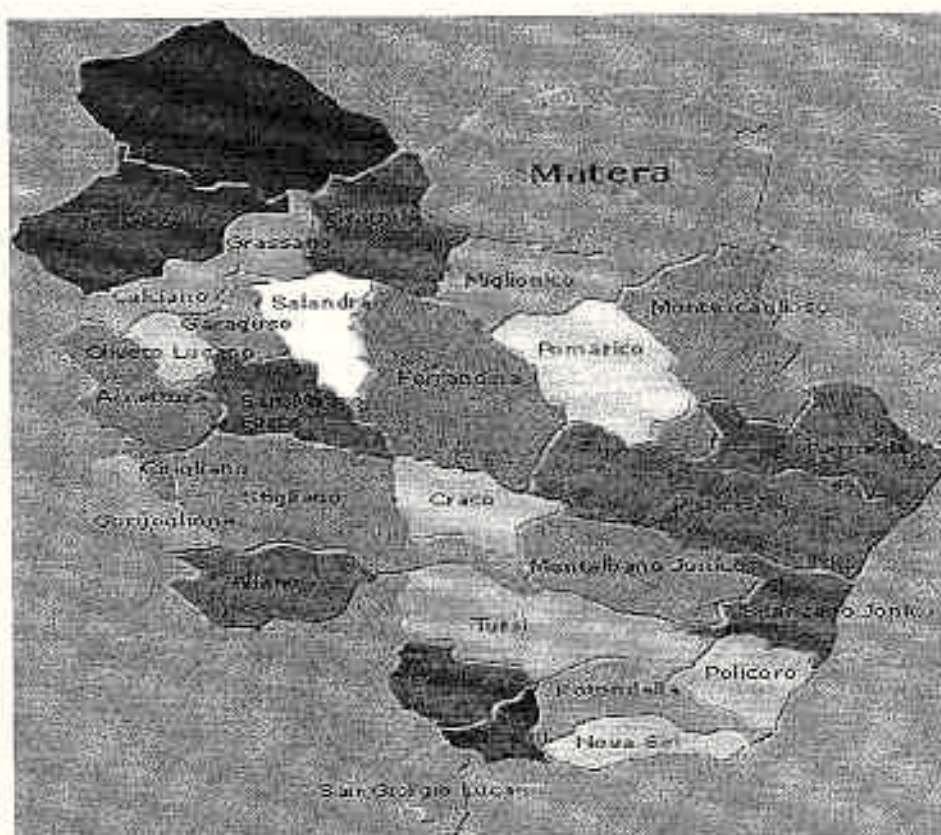
* * * * *

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

Il Responsabile

Matera, li _____

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA ANNO 2014

**Deliberazione n.**

INDICE

1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

1.1 Indice	pag. 2
1.2 Premessa	pag. 4
1.3. Presentazione della Relazione' Principi generali e Finalità	pag. 5

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

2.1 Il contesto esterno di riferimento	pag.7
2.1.1. Il Contesto Territoriale	pag. 7
2.1.2. Analisi del contesto Esterno	pag. 9
2.1.3. La Popolazione	pag.9

2.2 L'amministrazione	pag.11
2.2.1. Chi siamo	pag. 11
2.2.2. I Posti Letto	pag. 12
2.2.3. Le risorse umane	pag. 13

2.3. I Risultati raggiunti	pag. 14
2.3.1. I Risultati raggiunti in riferimento all'assetto organizzativo	pag. 14
2.3.2. I risultati raggiunti in riferimento al modello organizzativo dipartimentale	pag. 16
2.3.3. I risultati raggiunti in riferimento all'organizzazione dei servizi offerti alla popolazione	pag. 17
2.3.4. I risultati raggiunti in riferimento alla riconversione degli ospedali distrettuali - Ospedale distrettuale di Stigliano - Ospedale distrettuale di Tinchì - Ospedale distrettuale di Tricarico	pag.18
2.3.5. I risultati raggiunti in riferimento alla riqualificazione dell'offerta nei Presidi Ospedalieri per acuti	pag.22
2.3.6. I Risultati raggiunti in riferimento alle attività sanitarie erogate ai cittadini negli ospedali per acuti - Sintesi dei risultati raggiunti e analisi dei dati P.O. Matera - Sintesi dei risultati raggiunti e analisi dei dati P.O. Policoro	pag. 27
2.3.7 I Risultati raggiunti in riferimento alle attività sanitarie di assistenza territoriale erogata ai cittadini – ADI – Cure Primarie – Assistenza Farmaceutica Territoriale – Attività consultoriali – Servizio di emergenza territoriale - Salute Mentale – SERT	pag. 32
2.3.8. I risultati raggiunti in riferimento alle attività di prevenzione Umana e all'organizzazione dei servizi;	pag. 46
2.3.8.1. I risultati raggiunti in riferimento alle attività di prevenzione Umana	pag. 46
2.3.8.2. I risultati raggiunti in riferimento alle attività di prevenzione e benessere animale	pag. 46
2.3.9. I Risultati raggiunti in riferimento al miglioramento della qualità delle attività clinico – assistenziali rivolte ai cittadini;	pag. 47
2.3.10 I Risultati raggiunti in riferimento agli investimenti effettuati	pag.47
2.4. Le criticità e le opportunità	pag.48

3. OBIETTIVI : RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 Albero della Performance	pag. 49
3.2 Obiettivi strategici e operativi	pag. 50
3.3. Sistema di valutazione	pag. 51
3.4. Progetto "Network Regioni"	pag. 72

3.5. Obiettivi e Piani operativi	pag. 51
3.6. Coerenza con il Piano aziendale Triennale Anti Corruzione e del Programma triennale della trasparenza	pag. 77

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

4.1. . LA GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA DELL'AZIENDA	pag. 78
4.2 SINTESI DEL BILANCIO E RELAZIONE SUL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICI – FINANZIARI	pag. 78

5. il CUG Aziendale (Comitato Unico di Garanzia)	pag. 93
5.1. Il benessere aziendale	pag. 94

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE DELLA PERFORMANCE

6.1. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	pag. 95
6.2. Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance	pag. 96

ALLEGATI

1. ALLEGATO 1- ELENCO DIPARTIMENTI AZIENDALI
2. ALLEGATO 2 - ATTIVITA' OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO
3. ALLEGATO 3 - ATTIVITA' OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI
4. ALLEGATO 4 – ATTIVITA' OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO
5. ALLEGATO 5 – ATTIVITA' PRESIDIO OSPEDALIERO DI MATERA
6. ALLEGATO 6 – ATTIVITA' PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO
7. ALLEGATO 7 - ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE
8. ALLEGATO 8 – ATTIVITA' ADI
9. ALLEGATO 9 – ATTIVITA' CURE PRIMARIE
10. ALLEGATO 10- ATTIVITA' CONSULTORI FAMILIARI
11. ALLEGATO 11 –ATTIVITA' SALUTE MENTALE ADULTI
12. ALLEGATO 12 – ATTIVITA' SER.T.
13. ALLEGATO 13 – ATTIVITA' DIP. PREVENZIONE UMANA
14. ALLEGATO 14 – ATTIVITA' DIP. PREVENZIONE E BENESSERE ANIMALE
15. ALLEGATO 15 – INVESTIMENTI ANNO 2013
16. ALLEGATO 16 – SCHEDE DI VERIFICA ANNO 2013 DIPARTIMENTO MEDICO
17. ALLEGATO 17 - RELAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ANNO 2013



PREMESSA

L'Azienda Sanitaria di Matera, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009), si è impegnata a sviluppare il ciclo della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della MISSION (missione aziendale) e della VISION (visione strategica) aziendale. Lo strumento che ha dato avvio al ciclo di gestione della performance è il Piano della Performance. La presente relazione costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance.

Il presente documento si propone lo scopo di fornire puntuali elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e gestionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che le attività erogate e le strategie perseguite nel corso del 2014.

Il quadro generale all'interno del quale si colloca la gestione dell'ASM nel 2014 è caratterizzato dal perdurare di una grave crisi economico – finanziaria che ha investito l'intera Nazione, contrassegnata da una crescita progressiva del debito pubblico.

Tale situazione ha imposto l'adozione di scelte di politica economica orientate fondamentalmente alla riduzione della spesa pubblica, da realizzare non in maniera generalizzata e diffusa, ma selettivamente, in considerazione della rilevanza sociale dei settori interessati e tenendo conto di tutti i possibili spazi di razionalizzazione da utilizzare per evitare di compromettere la quantità e la qualità di servizi la cui erogazione costituisce diritto costituzionalmente garantito alla popolazione.

In questo scenario la spesa sanitaria ha rappresentato uno dei settori più meritevoli di attenzioni, in considerazione sia delle dimensioni che essa ha, 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.

In tal senso l'azione di Governo nel 2014 si è inserita sul solco già tracciato nel 2013 con la produzione di una fitta serie di provvedimenti, aventi come obiettivo prioritario ed improcrastinabile il risanamento dei conti pubblici.

Il richiamo alle strategie di politica economica nazionale e, nello specifico alla suddetta normativa è necessario per contestualizzare la gestione della ASM nel 2014, che si è sviluppata lungo le stesse direttrici che hanno ispirato l'azione di Governo, sia a livello centrale che regionale, dando continuità ad un processo, già avviato nel 2012, riconducibile alle 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 compatibile con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, solidaristico, equo.



1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

1.1. PRINCIPI GENERALI E FINALITA'

Il ciclo della performance, organizzativa ed individuale, di cui al D.Lgs. n. 150/2009, prevede, all'articolo 10, che le Amministrazioni adottino entro il 30 giugno un documento denominato "Relazione sulla performance" con cui dare "evidenza, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, dei risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il documento conclude l'applicazione del ciclo della performance relativo all'anno 2014, ed è stato redatto in ossequio alle linee guida dettate dalla commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche con delibera N° 5/2012 così come aggiornata il 30/05/2013.

L'Attività dell'Azienda è stata improntata, in linea con le modifiche intervenute nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, a seguito della legge di riforma N° 5 del 14 aprile 2009, e nel rispetto della missione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, all'ottimizzazione delle risorse ed alla razionalizzazione dell'organizzazione, unitamente ad una serie di azioni per il riconoscimento del merito attraverso la verifiche di processi e risultati, nella consapevolezza della necessità che ogni decisione di investimento pubblico siano sottoposti a valutazioni di merito, sulla base di criteri e parametri equi, condivisi e definiti a priori.

Le nuove gestioni manageriali sono sempre più ispirate alla cultura della performance, al coinvolgimento del personale nel miglioramento dell'organizzazione in termini di efficienza, efficacia ed economicità e a valorizzare la struttura aziendale in coerenza con le esigenze degli stakeholder dell'Azienda, al fine di governare il cambiamento.

Il ciclo della performance rappresenta uno stimolo alla realizzazione di attività di eccellenza improntato a significativi momenti di condivisione. Il percorso di miglioramento si deve avvalere di un processo di valutazione che assicuri il coinvolgimento dei valutati e degli stakeholder, individuando nell'Organismo Indipendente di Valutazione l'organo garante della correttezza del Sistema di Misurazione e valutazione della performance e del Piano della Performance.

Il Piano della performance 2014-2016, redatto dalla ASM ai sensi dell'art. 10, c. l. lett. A) del D.lgs. n. 150/09 ed alla luce degli indirizzi offerti dalla CIVIT con delibera n.112/2010 del 28/10/2010 è stato adottato con deliberazione N. 123 del 31/01/2014.

Nel contesto del decreto n.150/2009, la performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto, il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione e, come tale, si presta ad essere misurata e gestita.

L'Azienda sanitaria di Matera dopo aver redatto il Piano della Performance 2014 – 2016 intende ora far seguire la propria Relazione sullo stato di attuazione del suddetto Piano e i principali dati di sintesi sulle performance conseguite.

Quanto sopra, tenuto, altresì, conto:

- dei principi espressi dalle Delibere CIVIT nn. 4, 5 e 6 - anno 2012, relative agli adempimenti posti a carico degli OIV ;

Il modello di misurazione e valutazione delle performance cui si è ispirati è strettamente collegato ai seguenti principi di fondo:

1. **Collegamento con gli strumenti istituzionali (prioritariamente nazionali P.S.N. e regionali P.S.R.)** di programmazione annuale e pluriennale: in tal senso il piano della performance dell'ASM, fatta salva l'autonomia aziendale, ha recepito gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano



Sanitario Regionale che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali.

2. **Valorizzazione degli obiettivi strategici dell'Azienda** mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione ha inteso mettere in campo nel medio lungo periodo e rispetto al quale ha orientato le scelte di programmazione di breve periodo.
3. **Eliminazione di duplicazione di attività programmatiche**, in tal senso strumenti innovativi di programmazione (implementazione della informatizzazione, del sistema di reporting di tempestività dei flussi informativi con particolare riferimento agli obiettivi del piano delle performance) hanno trovato un organico inquadramento negli esistenti sistemi e strumenti di programmazione annuali e pluriennali.
4. **Valorizzazione e riqualificazione del sistema di budgeting aziendale** che, coerente con la funzione di declinazione a livello di struttura degli obiettivi annuali aziendali, è stato collegato con il piano delle performance traducendo gli indirizzi strategici aziendali in obiettivi a livello di struttura.
5. **Garanzia di adeguata chiarezza e trasparenza delle strategie aziendali e degli obiettivi** anche a soggetti e stakeholder non appartenenti al mondo della sanità e, di conseguenza, meno familiari con misure e terminologie "di settore" ci si è impegnati ad attivare adeguati modelli di comunicazione dei risultati e delle performance e di particolari attività messi in campo dall'Azienda riflettenti i compiti istituzionali.

Il presente documento evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti nell'anno 2014 anche rispetto ai target programmati nel Piano della Performance 2014-2016.

La relazione è resa disponibile e scaricabile online sul sito web istituzionale dell'ASM www.asmbasilicata.it, come previsto dalla normativa, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente".



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

2.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

2.1.1 IL CONTESTO TERRITORIALE

Il territorio della provincia di Matera, per il 5% montuoso, il 72% collinare e il 23% pianeggiante, può essere suddiviso in quattro zone, delimitate da linee di spartiacque, o da dorsali più o meno significative e da quegli elementi storico-geografici che possano definire e rappresentare lo spazio fisico della provincia materana attraverso ambiti omogenei.

La superficie totale del territorio di riferimento è di 3.446,12 kmq.

La popolazione residente è di 203.627 abitanti (Fonte ISTAT al 31/03/2012), di cui il 49,0% di sesso maschile e il 51,0% di sesso femminile.

L'ambito territoriale comprende 31 Comuni corrispondenti alla intera Provincia di Matera:

Accettura – Aliano – Bernalda – Calciano – Cirigliano – Colobraro – Craco – Ferrandina – Garaguso – Gorgoglione – Grassano – Grottole – Irsina – Matera – Miglionico – Montalbano – Montescaglioso – Nova Siri – Oliveto Lucano – Pisticci – Policoro – Pomarico – Rotondella – Salandra – San Giorgio Lucano – San Mauro Forte – Scanzano Jonico – Stigliano – Tricarico – Tursi – Valsinni. (vedi Grafico)



Questi ambiti territoriali possono coincidere, per ulteriore semplificazione, con quelli dei limiti amministrativi dei comuni così aggregati:

a) Area di Matera

Comprende il solo comune di Matera che, come capoluogo di Provincia, rappresenta un fenomeno del tutto atipico nelle dinamiche territoriali, sia per dimensioni che per le problematiche emergenti.

b) Area del Metapontino

[Handwritten signature]

Comprende i comuni gravitanti sulla costa Ionica, includendo oltre quelli costieri (Bernalda, Pisticci, Scanzano Ionico, Policoro, Rotondella e Nova Siri) anche quelli che vi gravitano intorno (Montalbano Ionico, Tursi, Colobraro, Valsinni e San Giorgio Lucano).

c) Area del Medio Basento e della Collina Materana

Comprende i comuni della collina interna posti tra i fiumi Basento e Agri (Calciano, Garaguso, Oliveto e Salandra a Nord, Accettura, S. Mauro Forte e Ferrandina al centro, Gorgoglione, Cirigliano, Stigliano, Craco ed Aliano a Sud).

d) Area del Materano

Comprende infine i comuni posti intorno all'asse Bradanico ovvero (Irsina, Tricarico, Grassano, Grottole, Miglionico, Pomarico e Montescaglioso).

Da tale articolazione emerge la realtà di un territorio (quello della provincia di Matera) assai eterogeneo sia nelle componenti geomorfologiche, sia in quelle naturalistiche sia in quelle socio-economiche e storicoculturali.

Il suo paesaggio, infatti, mostra, in una superficie relativamente poco estesa, aspetti naturalistici molto vari.

A occidente si estende la zona montuosa formata dalle propagini meridionali dell'Appennino Lucano che non si presenta compatto in un'unica dorsale, ma sfrangiato in diverse dorsali con scarsa continuità con i rilievi. Queste dorsali sono costituite da una successione di coltri di ricoprimento formate da rocce sedimentarie che hanno subito fenomeni di trasporto e sollevamento tettonico durante l'orogenesi terziaria.

L'area orientale è nettamente definita dalla "Fossa Bradanica", costituita dai depositi clastici plioquaternari: osservata da Nord si presenta come un ampio canale dalle sponde appena modellate.

Al margine orientale, appartenenti all'Avanpaese Appulo, affiorano i calcareniti della Murgia materna.

A sud-est si estende la pianura Metapontina, originata dai depositi alluvionali dei fiumi lucani che sfociano nello Ionio.

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che attestandosi su un valore inferiore a 60 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, si colloca tra le province meno densamente popolate d'Italia. Nella classifica delle 110 province territoriali italiane ordinate per densità di popolazione, redatta dall'ISTAT per l'anno 2011, la provincia di Matera si posiziona al 99° posto.

La bassa densità della popolazione costituisce di fatto un fattore che condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento alla offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. Tale struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti.

A tal proposito si sottolinea come il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale.

La dotazione di infrastrutture nella provincia di Matera risulta alquanto scarsa, come emerge dalle relative graduatorie stilate tra le province italiane, indebolendo pesantemente il sistema dei collegamenti tra i centri abitati e rallentando gli spostamenti della popolazione.

Infatti, uno dei nodi critici del territorio di Matera è rappresentato dalla particolare situazione che caratterizza la rete stradale della provincia.

Essa si estende per 2.755 Km dei quali gran parte (41%) sono extraurbane, prevalentemente di piccole dimensioni e di non facile percorribilità. Il 22,9 % è costituito da strade statali e il restante 35% da strade comunali e provinciali. La rete viaria che collega i singoli Comuni tra di loro e con gli altri Comuni regionali e non, è caratterizzata da strade strette e tortuose, accidentate e spesso franose, che condizionano notevolmente la viabilità rendendo i tempi di percorrenza sproporzionati rispetto alle distanze.

Tale assetto del territorio di fatto condiziona le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed

uniforme per tutta la popolazione di riferimento. In tale modello, che deve uniformarsi con gli standard previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, un ruolo importantissimo, proprio per le caratteristiche intrinseche alla struttura territoriale, è affidato alla rete dell'Emergenza – Urgenza, che, attraverso la diffusione capillare di postazioni di 118, deve essere in grado di assicurare a tutta la popolazione del comprensorio il primo soccorso e l'eventuale immediato trasferimento nei Presidi vicini più idonei a fornire adeguate risposte assistenziali.

L'ASM di Matera, con 203.726 abitanti, comprende il 35% della popolazione regionale: il 30% circa della suddetta popolazione è concentrato nel capoluogo, il 40% in 7 Comuni ed il restante 30% nei Comuni più piccoli del comprensorio.

I Comuni facenti parte del comprensorio dell'Azienda Sanitaria di Matera, come detto, sono in tutto 31 per una superficie complessiva pari a kmq 3.446, circa il 34% del territorio regionale (pari a 9.995 Km²), con una densità media di 59 abitanti per kmq, coincidente con il valore medio regionale.

2.1.2. Analisi del contesto esterno

Il quadro generale demografico del contesto materano è caratterizzato dai seguenti fenomeni:

- riduzione progressiva della natalità, che risulta < a quella media italiana;
- invecchiamento della popolazione, con indici di vecchiaia e invecchiamento progressivamente crescenti sia pure < a quelli medi italiani;
- mutamenti nella piramide dell'età della popolazione, con una tendenza all'allungamento della vita media;
- aumento progressivo della mortalità, che risulta < alla media nazionale;
- aumento del flusso migratorio in entrata.

INDICATORI ASM	DEMOGRAFICI	2002	2006	2013	media Italia
Indice di vecchiaia		107,6	124,9	148,2	151,4
Indice di invecchiamento		17,3	18,7	20,2	21,2
Indice di dipendenza		49,9	50,6	51,2	54,2
Indice di natalità		9,6	8,7	7,9	9,0
Indice di mortalità		8,3	8,9	9,7	10,3

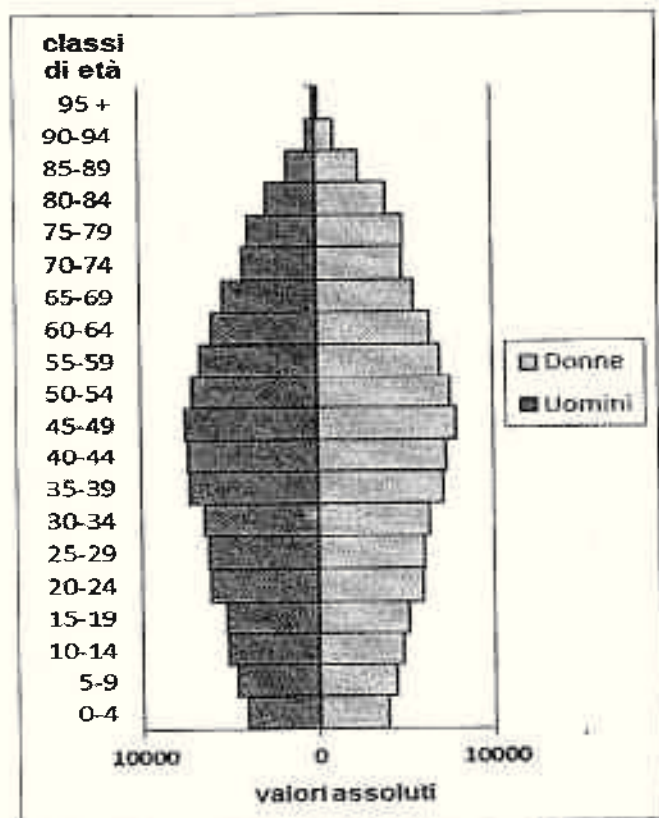
2.1.3. LA POPOLAZIONE

La ASM Azienda Sanitaria Locale di Matera opera su un territorio coincidente con la provincia di Matera, con una popolazione complessiva di 200.012 abitanti (FONTE ISTAT), distribuiti in 31 comuni, suddivisi in due ambiti distrettuali coincidenti con i comprensori delle due ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, che a partire dal 01/01/2009 sono confluite nella nuova ASM, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 12/2008.

La tabella seguente riporta il numero di abitanti distinti per sesso e fasce di età quinquennali



Tabella 2.1 – Popolazione residente nella ASM di Matera al 01/01/2014 e relativa piramide di età



Età	Uomini	Donne	Totale
0-4	4.127	3.906	8.033
5-9	4.681	4.348	9.029
10-14	5.169	4.778	9.947
15-19	5.260	5.079	10.339
20-24	6.173	5.879	12.052
25-29	6.262	6.009	12.271
30-34	6.437	6.282	12.719
35-39	7.309	7.154	14.463
40-44	7.348	7.301	14.649
45-49	7.567	7.813	15.380
50-54	7.147	7.494	14.641
55-59	6.628	6.977	13.605
60-64	6.015	6.406	12.421
65-69	5.372	5.526	10.898
70-74	4.217	4.892	9.109
75-79	3.903	4.972	8.875
80-84	2.872	3.926	6.798
85-89	1.618	2.405	4.023
90-94	525	1.071	1.596
95 +	101	184	285
TOTALE	98.731	102.402	201.133

Sul territorio dell'ASM, esteso per 3.446 kmq, insiste una popolazione che, alla data del 01/01/2013, ammonta a 200.012 unità, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, di cui 96.168 uomini e 101.844 donne, con una densità territoriale pari a 58,04 abitanti per kmq, tra le più basse d'Italia (il valore e la distribuzione per età è coerente con quanto indicato sul quadro G del modello FLS 11).

I dati relativi alla popolazione, sopra riportati, non differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard.

La tabella seguente evidenzia, oltre al numero complessivo delle esenzioni ticket rilasciate dall'Azienda ai propri assistiti al 31/12/2013, anche la distinzione in ordine alla tipologia delle prime cinque patologie più frequenti; sono state escluse le esenzioni per invalidità civile.

I dati sopra riportati, fermo restando i limiti intrinseci alla metodologia di rilevazione sopra descritta, evidenziano come l'ipertensione arteriosa costituisce la patologia cronica più diffusa tra la popolazione della ASM di Matera, colpendo quasi il 9% della popolazione. Altra malattia molto diffusa nel territorio considerato è il diabete (oltre il 6% della popolazione) seguito rispettivamente dalle neoplasie maligne (circa il 3% della popolazione) e dalle affezioni del sistema cardio circolatorio (circa il 2% della popolazione).

La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2014, è costituita dagli esenti da reddito, pari a 64.866 persone, e dagli esenti per patologia, pari a 49.211 soggetti. I due numeri non possono essere sommati, in quanto potrebbe verificarsi il caso in cui un esente per reddito è anche titolare di esenzione per patologia e viceversa.

La tabella n. 1.5 evidenzia le prime cinque patologie più frequenti, escludendo le esenzioni per invalidità civile.

Tabella n. 2.2 – Esenzioni Ticket per patologia - Anno 2014

Esenzioni Ticket per patologia anno 2014	% rispetto alla popolazione aziendale
malattia ipertensiva (II e III stadio O.M.S.)	9,5%
diabete mellito	5,9%
soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne	2,7%
affezioni del sistema circolatorio	2,2%
ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito (grave)	1,6%
altre patologie croniche	8,0%
TOTALE ESENZIONI	29,9%

I dati sopra riportati, fermo restando i limiti intrinseci alla metodologia di rilevazione sopra descritta, evidenziano come l'ipertensione arteriosa costituisce la patologia cronica più diffusa tra la popolazione della ASM di Matera, colpendo quasi il 9% della popolazione. Altra malattia molto diffusa nel territorio considerato è il diabete (oltre il 6% della popolazione) seguito rispettivamente dalle neoplasie maligne (circa il 3% della popolazione) e dalle affezioni del sistema cardio circolatorio (circa il 2% della popolazione).

2.2. L'AMMINISTRAZIONE

2.2.1. CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è stata costituita nel 2009, in seguito all'aggregazione delle due Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera la ASL n. 4 di Matera e la ASL . 5 di Montalbano Jonico.

La sede legale dell'Azienda è Matera, in via Montescaglioso snc. 75100 Matera - tel. 0835 2531 - Partita Iva e C.F. 01178540777.

- L'albo dell'Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nel sito dove è fissata la sede legale.
- Il Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale ASM è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della L.R. 28/2008, a decorrere dal 1° gennaio 2009, l'Azienda è subentrata nella titolarità dei beni patrimoniali e nei rapporti di lavoro e contrattuali in essere a decorrere dalla data della loro entrata in funzione. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili ed immobili preesistenti al 1° gennaio 2009 nelle due Aziende confluite e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera espleta la sua attività istituzionale attraverso le strutture operative dislocate sul territorio di riferimento.

Essa eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extra ospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Matera.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale approvato con Decreto n°2545 del 19 ottobre 2010 e adottato con deliberazione aziendale n° n° 840 del 3 novembre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.



L'Atto Aziendale di diritto privato dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera disciplina il proprio assetto strutturale ed organizzativo, e, soprattutto, i suoi valori fondativi sulla base degli indirizzi assegnati dalla Giunta della Regione Basilicata.

Dall'anno 2012 si sta lavorando alla revisione dell'Atto Aziendale.

L'amministrazione dell'ASM è garantita da numerose strutture direttamente gestite, rappresentate da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici, come indicate nell' Atto Aziendale, pubblicato sul sito web dell'Azienda, a cui si rimanda per i dettagli.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

☑ pazienti/utenti;

☑ dipendenti;

☑ istituzioni;

☑ fornitori;

☑ terzo settore.

2.2.2. I POSTI LETTO

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

Al 31/12/2014, i posti letto complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontavano a 474, di cui 391 ordinari e 73 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella

Tabella 2.3 – Posti letto per acuti direttamente gestiti

OSPEDALI PER ACUTI	ORDINARI	DH/DS	TOTALI
Presidio Ospedaliero Matera	294	72	366
Presidio Ospedaliero Policoro	103	17	120
TOTALE	391	89	486

Fonte. Relazione sulla gestione Anno 2014, 2015

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

Al 31/12/2014, i posti letto complessivi degli Ospedali distrettuali della ASM ammontavano a 133, di cui 129 ordinari e 4 DH, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella

Tabella 2.4 – Posti letto ospedali distrettuali direttamente gestiti

OSPEDALI DISTRETTUALI	ORDINARI	DH/DS	TOTALI
Ospedale Tricarico	97	2	99
Ospedale Stigliano (Hospice)	32	2	34
Ospedale Tinchì			
TOTALE	129	4	133

Fonte. Relazione sulla gestione Anno 2014, 2015



2.2.3. Le risorse umane

Le risorse umane, assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale.

Seppure con una riduzione rilevante della dotazione organica rispetto al passato, l'ASM dispone di risorse umane che popolano in numero adeguato le strutture organizzative, con ruoli e profili professionali diversi, secondo una distribuzione congrua all'espletamento degli specifici compiti e attribuzioni per ciascuna area strategica.

La tabella che segue rappresenta la distribuzione del personale per area e per i diversi ruoli al 31.12.2014.

	M	F	Totale
Dirigenza Medica	275	140	415
Dirigenza Sanitaria	15	37	52
Dirigenza Veterinaria	34	2	36
Personale Infermieristico	268	691	959
OSS/OOTA	57	151	208
Comparto (Restante personale sanitario)	85	104	189
Dirigenza PTA	9	10	19
Comparto (PTA)	281	176	457
Totale ASM	1024	1311	2335

Fonte: Ufficio del personale ASM.

La tabella seguente illustra, invece, dati relativi alla distribuzione del reddito e demografica.

Stipendio medio totale dipendenti	3.245,44
stipendio medio dirigenti donna	5.941,86
Stipendio medio- non dirigenti-donna	2.333,60
% personale assunto a tempo indeterminato	94,56%
% di donne/totale dipendenti	56,15%
% di dirigenti donne	36,13%
Età media dirigenti donna	50
Età media non dirigenti donna	48

Fonte: Ufficio del personale ASM, settembre 2014.

2.3. I RISULTATI RAGGIUNTI

2.3.1. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALL' ASSETTO ORGANIZZATIVO

Sotto l'aspetto organizzativo il 2014 ha continuato ad essere per l'ASM, al pari del 2013, un anno di transizione in cui, nelle more della comunicazione degli standard di riorganizzazione da parte della Regione, si è provveduto ad elaborare il nuovo impianto strutturale dell'Azienda, finalizzato a dare concreta attuazione al modello organizzativo previsto dalla programmazione regionale, con il consolidamento dei processi di riqualificazione dei presidi ospedalieri per acuti e di riconversione in senso distrettuale degli ospedali territoriali.

Nello specifico, in merito al I processo, nel corso dell'anno è stato implementato il Piano Strategico dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera 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 del P.O. di Matera, 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 ridurre il più possibile la mobilità passiva.

Accanto al processo di riconversione in senso distrettuale degli ospedali periferici, che nel 2013 e 2014 ha visto l'ulteriore consolidamento delle attività di Lungodegenza negli Ospedali di Stigliano e di Tricarico, oltre alla Riabilitazione gestita presso quest'ultimo da parte della Fondazione Don Gnocchi, sono state avviate le procedure per l'implementazione anche presso l'Ospedale di Tinchi delle attività di Riabilitazione in conformità alle linee di indirizzo della programmazione aziendale.

Contestualmente è stata rivolta particolare attenzione al potenziamento delle attività territoriali distrettuali attraverso il coinvolgimento e l'integrazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, con l'avvio di progetti specifici di presa in carico dei particolari categorie di pazienti, principalmente i cronici, a cui si rimanda in specifica sezione del presente documento.

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

L'impianto organizzativo adottato da quest'Azienda si fonda sulla netta distinzione tra funzioni direzionali relative al potere di indirizzo strategico, al governo ed al controllo e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni, con chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della direzione generale e strategica dell'Azienda e competenze e responsabilità della dirigenza dei vari livelli organizzativi e operativi dell'Azienda.

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

- separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;
- adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali.

L'organizzazione aziendale, inoltre, in ottemperanza alle disposizioni normative regionali, si uniforma ai seguenti criteri:

- realizzazione di un modello organizzativo e procedurale flessibile finalizzato a massimizzare la capacità dell'Azienda di rispondere con efficacia alla complessità ed alla dinamicità intrinseche al sistema sanitario;
- caratterizzazione strutturale e funzionale finalizzata alla realizzazione di una azienda "corta", "snella", a schema operativo tendenzialmente "orizzontale e integrato" con poca distanza fra vertice strategico e nucleo operativo;
- organizzazione dell'attività distrettuale secondo modalità e criteri funzionali a consentire la necessaria integrazione tra funzioni sanitarie, socio – sanitarie, nonché sociali su delega dei Comuni;
- aggregazione del maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee secondo criteri di affinità e complementarietà delle unità operative, e per strutture multipresidio, a dimensione multi professionale e polispecialistica, comprendendo l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici;



- organizzazione dei servizi infermieristico e tecnico sanitario, nel rispetto ed in ottemperanza delle disposizioni della L. 10 agosto 2000 n. 251;
- individuazione dei centri di responsabilità e realizzazione dell'autonomia loro attribuita e delle corrispondenti responsabilità organizzativa, gestionale e tecnico-professionale, clinica e di budget;
- determinazione delle dotazioni organiche correlate all'effettivo fabbisogno quali/quantitativo del personale in ragione dell'evoluzione dell'attività aziendale e della razionalizzazione dei servizi;
- adozione di strumenti e meccanismi di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nell'Azienda con rispetto delle pari opportunità tra uomo e donna;
- attivazione di sistemi di comunicazione interna ed esterna anche a garanzia della imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, fatta salva la riservatezza riguardo al trattamento dei dati sensibili di cui alle leggi vigenti;
- sviluppo delle attività che consentano l'acquisizione di risorse finanziarie proprie anche mediante sperimentazioni.

L'articolazione di base dell'Azienda è improntata su un assetto organizzativo che è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

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

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macrolivelli:

1. la direzione strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche;
2. la tecnostruttura a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo decisionale ed al processo produttivo;
3. il management con il compito di fungere da collegamento tra direzione generale e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni territoriali ed organizzative dell'Azienda previste dalla L.R. 39/2001 e s.m.i., ossia con i Direttori di Presidio, di Distretto e di Dipartimento;
4. il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali.

Conseguentemente l'assetto organizzativo aziendale si articola nelle seguenti macro strutture:

- il Distretto, quale articolazione territoriale ed organizzativa, dotata di autonomia tecnico/gestionale ed economico finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, destinata ad assicurare alla popolazione di riferimento i servizi di assistenza primaria previsti dall'art. 3 quinquies del D. Lgs. 502/97 e successive modificazioni e integrazioni, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle di dipartimenti e servizi aziendali inclusi i servizi ospedalieri;
- il Presidio Ospedaliero, comprendente una o più strutture ospedaliere, quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico/gestionale ed economico finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, preposta all'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera e prestazioni medico/specialistiche ambulatoriali;
- il Dipartimento di Prevenzione, così come riorganizzato in Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimento di Prevenzione della sanità e benessere animale.

L'ASM ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite la gestione di 3 Presidi Ospedalieri: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico e il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro, quest'ultimo composto a sua volta dai 3 plessi di Policoro, Stigliano e Tinchi.

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, avviato in questi ultimi anni dall'Azienda e tuttora in corso, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, prevede una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale.

La prima è erogata da 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

- Ospedale sede di DEA di I livello: P.O. Matera
- Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.): P.O. Policoro



La seconda è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:

- Stigliano deputato alla lungodegenza e sede di Hospice
- Tinchì deputato alla riabilitazione e poliambulatorio multi specialistico
- Tricarico deputato alla lungodegenza e alla riabilitazione gestita in forma diretta con riferimento alle attività di Lungodegenza e attraverso la sperimentazione gestionale pubblico privato con la Fondazione Don Gnocchi con riferimento alle attività di riabilitazione.

Nelle more del completamento della disciplina del sistema regionale di autorizzazione / accreditamento per le strutture pubbliche, questa Azienda ha posto in essere tutti gli adempimenti previsti a tale scopo dalle DD.GG.RR. nn. 1228/06 e 1598/06, in ordine al procedimento di autorizzazione-accreditamento istituzionale per le strutture pubbliche, ponendo in essere le attività necessarie alla definizione del processo di adeguamento delle stesse strutture sanitarie ai requisiti prescritti dalla vigente normativa.

2.3.2. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO AL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE

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

Il Dipartimento è una Macrostruttura Organizzativa di Coordinamento e di Direzione, costituita da una pluralità di Unità Organizzative, omogenee, affini o complementari che, pur mantenendo la propria autonomia e le proprie responsabilità gestionali e professionali, perseguono finalità comuni e sono, quindi, tra loro funzionalmente interdipendenti.

Il Dipartimento aggrega strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale; queste ultime espletano attività e funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse. Le altre strutture semplici, quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

I Dipartimenti sono strutturali, funzionali, interaziendali; in ogni caso rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni.

A tal fine ciascun Dipartimento ha adottato codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

I Dipartimenti svolgono attività di programmazione, coordinamento, di indirizzo di direzione e di valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea di competenza.

Gli obiettivi perseguiti attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

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

Le finalità e gli obiettivi dei Dipartimenti si sono realizzati attraverso:

- le attività di coordinamento e di indirizzo rivolta alle strutture ed ai servizi ad esso afferenti;
- la valutazione e verifica del servizio, al fine di migliorare il livello delle attività svolte ottimizzando le potenzialità operative;
- l'integrazione nelle competenze specifiche e tecniche dei singoli operatori;
- la promozione dell'attività di ricerca, di didattica e di aggiornamento di tutti gli operatori;
- il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del servizio per l'utente;

- la negoziazione con la Direzione Aziendale degli obiettivi, delle risorse e degli interventi necessari per una corretta ed idonea gestione della attività propria.

Si riporta in allegato (all. 1) l'elenco dei Dipartimenti istituiti dall'Azienda, coerentemente all'assetto organizzativo adottato, facendo distinzione tra quelli ospedalieri, territoriali e misti, oltre a quello amministrativo.

2.3.3. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI ALLA POPOLAZIONE

L'obiettivo prioritario nell'ambito dell'assistenza ospedaliera perseguito dall'ASM nel 2013 ha riguardato il consolidamento del processo di riorganizzazione della propria rete ospedaliera, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 della L.R. n. 17 del 4 agosto 2011 ed in conformità agli indirizzi programmatici definiti dal Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012 – 2015, approvato dal Consiglio Regionale con Delibera n. 317 del 24/07/2012.

Coerentemente al tale impianto programmatico, la riorganizzazione della rete ospedaliera dell'ASM, ha ruotato attorno a due obiettivi prioritari:

1. il completamento del processo di riconversione in senso distrettuale degli Ospedali di Stigliano, Tinchì e Tricarico, da attuarsi con la definitiva dismissione dei posti letto per acuti residuali e con l'implementazione delle attività sanitarie di tipo territoriale previste nei piani attuativi adottati dall'Azienda;
2. il perfezionamento della riqualificazione dell'offerta assistenziale degli ospedali per acuti (P.O. di Matera e P.O. di Policoro) sia sotto il profilo strutturale che sotto quello organizzativo, 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, da attuarsi attraverso la rimodulazione dei posti letto e, più in generale, la riprogettazione della gestione dei flussi 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, nel rispetto comunque degli standard quantitativi stabiliti nel Piano Sanitario Regionale.

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 è sviluppata l'azione dell'ASM nel corso 2014, in continuità rispetto al processo già avviato negli ultimi anni, consentendo il raggiungimento di importanti risultati sia sul versante della riconversione degli ospedali distrettuali sia su quello della riqualificazione organizzativa degli ospedali per acuti.

In particolare, con riferimento al primo obiettivo il percorso di riorganizzazione ha raggiunto una fase di avanzato sviluppo, dopo aver superato le prevedibili difficoltà legate al processo di riconversione delle strutture sanitarie.

Nel 2013 vi è stato, da una parte, il consolidamento delle attività assistenziali previste dai piani attuativi, che vedono:

- l'Ospedale Distrettuale di Tricarico caratterizzarsi per le attività di Lungodegenza Medica, gestita direttamente, e per quelle di Riabilitazione nelle forme della Degenza Intensiva Riabilitativa e della Lungodegenza Riabilitativa, gestite queste ultime attraverso la sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi;
- l'Ospedale Distrettuale di Stigliano caratterizzarsi per le attività di Lungodegenza Medica, oltre ad essere sede di Hospice;



dall'altra la programmazione di attività per l'Ospedale Distrettuale di Tinchì, che andranno ad integrare quelle attualmente presente, così come più avanti meglio esplicitato.

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

Una delle conseguenze più immediate della nuova filosofia organizzativa è il passaggio da un sistema di posti letto rigidamente assegnati ai reparti ad uno in cui gli stessi sono funzionalmente raggruppati in "pool" distinti per aree specialistiche il cui numero non è predefinito, anche se fa riferimento al numero dei posti letto teorici previsti nell'assetto strutturale aziendale, ma integrati, nel senso che un "pool" può diventare l'area di compensazione, per una durata limitata, di un altro "pool", della stessa area disciplinare o, in caso di necessità, di un'area disciplinare diversa, all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero oppure in un Presidio Ospedaliero differente, comunque appropriato per i bisogni clinico - assistenziali del paziente.

In questa direzione la ASM, già in passato, aveva istituito presso il P.O. di Matera l' "Area Specialistica Integrata" comprendente il Centro Riferimento Trapianti d'Organo, la U.O. di Ematologia, la U.O. di Nefrologia e Dialisi, la U.O.S. di Oncologia, che ha consentito di integrare in un unico settore differenti specialità ad elevata complessità clinica ed omogenee per intensità assistenziali, già operative nello stesso ospedale. Con tale intervento è stato possibile costituire un pool di posti letto che ha garantito la flessibilità nell'utilizzo del posto letto ed ha consentito di fornire risposte assistenziali adeguate ad eventuali picchi di domanda. Il nuovo assetto organizzativo ha il vantaggio, inoltre, di concentrare la assistenza infermieristica e degli OSS in un pool unico favorendo una importante razionalizzazione di risorse.

Questa Azienda ha, inoltre, avviato a livello sperimentale l'integrazione in aree omogenee dei seguenti altri reparti:

- geriatria - neurologia - medicina del P.O. di Matera
- pneumologia - malattie infettive del P.O. di Matera
- ortopedia - chirurgia plastica - chirurgia vascolare del P.O. di Matera
- Utic - Rianimazione del P.O. di Policoro.

Al fine di favorire gradualmente il passaggio al nuovo approccio organizzativo questa Azienda si avvale di tutti gli strumenti operativi in grado di consentire concretamente una gestione più razionale delle risorse in un'ottica di sistema integrato con indubbi benefici sia per l'utenza che per l'organizzazione aziendale.

2.3.4. I RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALLA RICONVERSIONE DEGLI OSPEDALI DISTRETTUALI

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

Si forniscono di seguito, per ciascun ospedale aziendale, dettagli specifici sul modello organizzativo previsto negli indirizzi programmatici, con la descrizione degli interventi già effettuati e di quelli ancora da realizzare.



Ospedale di Stigliano

Il piano operativo previsto con delibera aziendale n. 1014 / 2010, ridefinisce gli assetti strutturali introducendo modelli innovativi in grado di migliorare qualità e quantità dell'assistenza sanitaria in chiave prettamente territoriale.

Nello specifico, a partire dal mese di gennaio 2012, i 20 posti letto per acuti di Medicina e Geriatria sono stati soppressi ed in parte riconvertiti per le attività di Lungodegenza Medica cod. 60, per un totale di 30 posti letto.

È riconfermata la dotazione di 18 posti letto di Cure palliative ed Hospice dell'ASM, di cui 8 sono già attivi.

Accanto all'area di lungodegenza il modello organizzativo prevede:

il **Punto Territoriale di Soccorso**, in conformità al modello valido per tutti gli ospedali distrettuali funzionante h 24, con le seguenti modalità:

- h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri;
- h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico;
- h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda;
- dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell'esecuzione rapida degli esami emato - chimici in regime di urgenza;

il **Laboratorio di Analisi** con orario 8 - 20 assicurato con turni di servizio ed eventuale attività notturna garantita con turno di reperibilità;

la **Radiologia** con orario 8 - 14;

la **Chirurgia in regime ambulatoriale e Day Service**;

gli **Ambulatori Specialistici** per attività ambulatoriale e di Day Service che garantiscono progressivamente i seguenti percorsi assistenziali ambulatoriali: *Cardiologia, Dermatologia e Allergologia dermatologica, Diabetologia, Fisiatria, Ecografia Internistica, Logopedia, Medicina Internistica, Nefrologia, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Ostetricia, Otorinolaringoiatria, Pediatria*; l'**Ambulatorio Infermieristico** con funzioni non solo di tipo meramente assistenziale ma anche di educazione alla salute a fini preventivi, oltrechè di intercettazione del fabbisogno di salute e traduzione dello stesso in domanda appropriata di prestazioni e programmazione della relativa offerta di servizi sanitari e socio sanitari;

la **Farmacia Ospedaliera** con orario 8 - 14.

Eventuali ulteriori percorsi assistenziali potranno essere attivati in base ai bisogni di salute rilevati dall'Azienda nella popolazione di riferimento.

Il modello adottato dall'Azienda per l'Ospedale di Stigliano, che assegna all'Ospedale di Stigliano un ruolo strategico quale Centro di riferimento per la rete aziendale delle cure palliative, prevede una forte integrazione con gli altri punti della rete assistenziale aziendale.

Un rapporto completo sulle attività svolte nell'ospedale distrettuale di Stigliano viene riportato nell'all. n. 2

Ospedale di Tinchi

Il modello organizzativo definito ed attuato per l'Ospedale di Tinchi recepito nelle delibere aziendali n.

507/2011 e n. 568/2011 ha sviluppato :

- il Punto Territoriale di Soccorso, in conformità al modello valido per tutti gli ospedali distrettuali funzionante h 24, con le seguenti modalità:
- h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri;
- h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico;
- h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda;



- il Servizio di diagnostica per immagini con orario 8 – 14;
 - il Laboratorio di analisi chimico – cliniche, con orario 8 –14, con dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell'esecuzione rapida degli esami emato – chimici in regime di urgenza;
 - il Servizio di Endocrinologia e Diabetologia individuato quale centro di riferimento provinciale;
 - il Servizio Dialisi, articolato in due turni giornalieri;
 - l'Endoscopia Digestiva in regime ambulatoriale secondo una distribuzione di accessi opportunamente calendarizzata, in rete con il P.O. di Policoro,
 - la Chirurgia ambulatoriale dermatologica;
 - l'Ambulatorio di Chirurgia del Piede Diabetico e Vulnologia;
 - gli Ambulatori Specialistici: dermatologia, diabete mellito, endocrinologia, gastroenterologia, medicina internistica e a indirizzo cardiologico (recente attivazione di Holter-ECG e Holter-pressorio e prossima attivazione di valutazione ecocardiografica), neuropsichiatria dell'età evolutiva, odontoiatria, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica, neurologia, cure palliative – terapia del dolore, secondo preciso calendario settimanale opportunamente definito;
 - la **Farmacia Ospedaliera** con orario 8 – 14.
- In particolare nel corso del 2014 sono stati avviati gli interventi necessari per la messa in sicurezza della suddetta struttura al fine di rimuovere i pericoli per la pubblica e privata incolumità.
 - Nel 2014, inoltre, sono state avviate le attività per la costruzione del nuovo blocco sanitario da adibire alle attività di dialisi da realizzare esternamente al P.O. di Tinchì, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni da offrire all'utenza. Contestualmente, a seguito della presa d'atto delle risultanze dello studio sui modelli di partenariato pubblico – privato applicabili alla gestione del servizio di dialisi, realizzato dalla SDA Bocconi su incarico dell'ASM (delibera aziendale n. 241/2014), con deliberazione aziendale n. 1060 del 29/09/2014 è stato approvato uno studio di fattibilità realizzato da un gruppo di lavoro appositamente istituito, composto sia da personale dipendente aziendale, sia da professionisti esterni, che unitamente alla documentazione relativa al bando di concessione e al disciplinare di gara, è stato preventivamente inoltrata alla Regione Basilicata per l'acquisizione della autorizzazione di rito, prevista ai sensi dell'art. 22, comma 4 della L.R. n. 27/2009, così come integrata dalla D.G.R. n. 1039/2014.
 - Nello stesso periodo sono state avviate le procedure per la concessione del servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologica e cardiologica che quest'Azienda attivare presso l'Ospedale di Tinchì con la realizzazione di investimenti propedeutici alla gestione, in conformità alle linee di indirizzo programmatico; a tal proposito è stata espletata un'indagine di mercato finalizzata all'individuazione di operatori economici da consultare nel rispetto dei principi di trasparenza, non discriminazione e parità di trattamento, a seguito della quale si è provveduto a predisporre un bando di gara per l'affidamento in project financing della concessione delle attività di riabilitazione suddette.

Un rapporto completo è contenuto nell'allegato 3.

Ospedale di Tricarico

Il processo di riconversione in senso territoriale dell'Ospedale di Tricarico ha raggiunto uno stato di avanzato consolidamento, ha sviluppato la seguente articolazione organizzativa:

il Punto Territoriale di Soccorso, in conformità al modello valido per tutti gli ospedali distrettuali funzionante h 24, con le seguenti modalità:

h 8 - 20 turni di servizio dei dirigenti medici ospedalieri;

h 20 - 8 turni dei medici di continuità assistenziale presenti presso il P.O., e turno di servizio notturno per il personale infermieristico;

h/24 presenza dell'ambulanza 118 medicalizzata (attualmente non medicalizzata) chiamata a garantire l'emergenza, i trasferimenti verso gli ospedali di volta in volta idonei al trattamento del caso, i trasferimenti secondari necessari tra i vari ospedali dell'Azienda;

dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell'esecuzione rapida degli esami emato – chimici in regime di urgenza;

Medicina di Lungodegenza (codice 60), per un totale di 30 posti letto, riservata alla gestione delle post-acute, vale a dire a quei pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento



dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica

Pazienti in stato vegetativo per un totale di 5 posti letto

Degenza Intensiva Riabilitativa cod. 56 gestito dalla Fondazione Don Gnocchi

Lungodegenza riabilitativa cod. 60 gestito dalla Fondazione Don Gnocchi

il Servizio di diagnostica per immagini con orario 8 – 14;

il Laboratorio di analisi chimico – cliniche, con orario 8 –14, con dotazione di sistema P.O.C. (Point Of Care) ai fini dell'esecuzione rapida degli esami emato – chimici in regime di urgenza;

Farmacia Ospedaliera con orario 8 – 14.

I posti letto di Lungodegenza e Riabilitazione gestiti in convenzione dalla Fondazione Don Gnocchi sono 64 così suddivisi:

- 16 posti letto ordinari per la lungodegenza riabilitativa, codice 60;
- 48 posti letto ordinari per la degenza intensiva riabilitativa, codice 56;
- 2 day hospital per la degenza intensiva riabilitativa.

L'Ospedale di Tricarico, dunque, si posiziona all'interno dello scacchiere aziendale quale punto di riferimento per tutta la branca della riabilitazione, per la quale, inoltre, si configura quale centro di eccellenza a livello regionale in considerazione dell'elevato livello di professionalità assicurato dalla Fondazione Don Gnocchi, cui è stata affidata in convenzione la gestione delle attività, e che da anni è una struttura di riferimento in questo specifico settore su scala nazionale.

Nel corso del 2013 presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico è stata avviata una sperimentazione gestionale (delibera n.77/2013), denominata Casa della Salute, 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 nel suddetto ospedale. Nello specifico ai Medici della medicina di gruppo presente nel territorio di Tricarico (5 medici ed 1 pediatra) è concesso l'utilizzo degli ambulatori e delle tecnologie presenti nell'Ospedale distrettuale di Tricarico, che garantiscono 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:

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

Nel corso del 2014 presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico è continuata la sperimentazione gestionale avviata l'anno precedente (delibera n.77/2013), denominata **Casa della Salute**, finalizzata a promuovere forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte dagli specialisti operanti nel suddetto ospedale. Nello specifico ai Medici della medicina di gruppo presente nel territorio di Tricarico (5 medici ed 1 pediatra) è concesso l'utilizzo degli ambulatori e delle tecnologie presenti nell'Ospedale distrettuale di Tricarico, che garantiscono 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:

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



Un rapporto completo sulle attività svolte nell'ospedale distrettuale di Tricarico viene riportato nell'all. n. 4.

2.3. 5. I Risultati raggiunti in riferimento alla Riqualificazione dell'offerta nei presidi ospedalieri per acuti
Il processo di riqualificazione strutturale dell'offerta assistenziale negli Ospedali per acuti è dettato dalla necessità di:

- adeguare la dotazione dei posti letto ai mutamenti del modello organizzativo di erogazione dell'assistenza ospedaliera in cui si sostanzia il nuovo approccio adottato dall'Azienda, fondato come precedentemente anticipato, sulla 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;
- mantenere gli standard quantitativi di posti letto per acuti previsti dalla programmazione regionale, neutralizzando di fatto la riduzione derivante dalla soppressione degli stessi negli Ospedali Distrettuali, in una prospettiva di tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza ospedaliera.

Coerentemente a tali esigenze quest'Azienda nel corso del 2014 ha provveduto alla **rimodulazione dei posti letto dei Presidi Ospedalieri per acuti di Matera** (deliberazione aziendale n. 1474/2014) e **Policoro** (deliberazione aziendale n. 936/2014), in conformità alle linee programmatiche aziendali e nel rispetto degli standard definiti a livello nazionale e delle indicazioni del Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità approvato dal Consiglio Regionale con D.C.R. n. 317 del 24/07/2012.

La suddetta rimodulazione dei posti letto per acuti ha sostanzialmente tenuto conto degli attuali indirizzi normativi in materia di assistenza ospedaliera, espressi in risposta alla transizione epidemiologica, demografica e sociale degli ultimi decenni, che prefigurano una riorganizzazione strutturale finalizzata a promuovere la razionalizzazione e l'efficientamento della rete ospedaliera, necessaria ad assicurare la sostenibilità del sistema sanitario in una prospettiva di medio – lungo periodo, attraverso la realizzazione di un sistema basato da un lato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali, con l'obiettivo di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti del sistema di svolgere il proprio specifico ruolo di "presa in carico", assicurando gli attesi livelli di qualità degli interventi.

La rimodulazione dei posti letto per acuti effettuata da quest'Azienda, si colloca e si ispira al modello organizzativo che offre maggiori garanzie nel coniugare l'innalzamento dei livelli quali-quantitativi dell'assistenza offerta con l'esigenza di razionalizzazione delle risorse disponibili, che è quello, già sperimentato con successo da quest'Azienda e precedentemente menzionato, fondato dall'adozione di una logica di aggregazione funzionale delle Unità Operative, caratterizzata dal 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.

Una delle conseguenze più immediate della nuova filosofia organizzativa è il passaggio da un sistema di posti letto rigidamente assegnati ai reparti ad uno in cui gli stessi sono funzionalmente raggruppati in "pool" distinti per aree specialistiche il cui numero non è predefinito, anche se fa riferimento al numero dei posti letto teorici previsti nell'assetto strutturale aziendale, ma integrati, nel senso che un "pool" può diventare l'area di compensazione, per una durata limitata, di un altro "pool", della stessa area disciplinare o, in caso di necessità, di un'area disciplinare diversa, all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero oppure in un Presidio Ospedaliero differente, comunque appropriato per i bisogni clinico - assistenziali del paziente.

In questa direzione la ASM, già in passato, aveva istituito presso il P.O. di Matera l' "Area Specialistica Integrata" comprendente il Centro Riferimento Trapianti d'Organo, la U.O. di Ematologia, la U.O. di Nefrologia e Dialisi, la U.O.S. di Oncologia, che ha consentito di integrare in un unico settore differenti



specialità ad elevata complessità clinica ed omogenee per intensità assistenziali, già operative nello stesso ospedale.

Altre aggregazioni funzionali di unità Operative avviate sperimentalmente nel recente passato, che hanno avuto formale riconoscimento, sono quelle riguardanti la Senologia e la Radiologia del P.O. di Matera (delibera aziendale n. 716/2013), oltre a quella tra la Medicina interna e la Medicina d'Accettazione e d'Urgenza (delibera aziendale n. 651/2013), successivamente interrotta (delibera aziendale n. 1085/2014) a seguito del conferimento dell'incarico di Direttore ad Interim dell'U.O.C. di Medicina Interna del P.O. di Policoro.

Accanto alle suddette aggregazioni funzionali, ufficialmente formalizzate con atti deliberativi, negli anni precedenti ne sono state di fatto avviate a livello sperimentale le seguenti altre:

- geriatria – neurologia – medicina del P.O. di Matera
- pneumologia – malattie infettive del P.O. di Matera
- ortopedia – chirurgia plastica – chirurgia vascolare del P.O. di Matera
- oculistica – otorinolaringoiatria – urologia del P.O. di Matera
- Utic – Rianimazione del P.O. di Policoro.

Con tali interventi è stato possibile costituire un pool di posti letto che garantisce la flessibilità nell'utilizzo del posto letto e consente di fornire risposte assistenziali adeguate ad eventuali picchi di domanda.

Tale assetto organizzativo ha il vantaggio, inoltre, di concentrare la assistenza infermieristica e degli OSS in un pool unico favorendo una importante razionalizzazione di risorse.

Al fine di favorire gradualmente il passaggio al nuovo approccio organizzativo questa Azienda intende avvalersi di tutti gli strumenti operativi in grado di consentire concretamente una gestione più razionale delle risorse in un'ottica di sistema integrato con indubbi benefici sia per l'utenza che per l'organizzazione aziendale.

In tale direzione, la rimodulazione dei posti letto del P.O. di Matera, effettuata in conformità agli standard previsti dalla programmazione nazionale e regionale oltreché alle effettive necessità dei singoli reparti espresse dagli indicatori di utilizzo dei posti letto (indice di occupazione, indice di rotazione, intervallo di turn over, degenza media), ha tenuto conto della centralità del ruolo del DEA nell'ambito del nuovo approccio organizzativo adottato, con l'assegnazione iniziale di 8 posti letto ad una nuova area prevista nel Piano Strategico dell'Ospedale di Matera (adottato con delibera n. 1085/2013), denominata Terapia Sub-Intensiva Generale, che si prefigura a tutti gli effetti come luogo di primo intervento e stabilizzazione del paziente, in grado di eliminare definitivamente il sistema degli "appoggi" dei pazienti nel primo reparto con disponibilità di posti letto.

Allo stesso modo, la rimodulazione organizzativa del P.O. di Policoro è stata effettuata con l'obiettivo di favorire la riqualificazione dell'offerta assistenziale attraverso:

- l'attivazione della sezione Sub – Intensiva Cardiologica con l'implementazione di ulteriori 6 posti letto da destinare alla U.O. di Cardiologia e Utic;
- l'istituzione di un'area specialistica integrata costituita da 6 nuovi posti letto, di cui 2 di Otorinolaringoiatria, 2 di Urologia e 2 di Oculistica, la cui gestione è garantita dalle UU.OO. specialistiche di afferenza, con il supporto da parte della Direzione Sanitaria del P.O. di Policoro, con specifico riferimento alle attività di tipo organizzativo, mediante l'utilizzo di nuovi strumenti operativi, primo tra tutti il Bed Management, in grado di consentire concretamente una gestione più razionale delle risorse in un'ottica di sistema integrato con indubbi benefici sia per l'utenza che per l'organizzazione aziendale

Nello specifico la nuova area specialistica integrata consente di:



- aggregare in un unico settore differenti specialità chirurgiche ad elevata complessità clinica ed omogenee sotto il profilo del carico assistenziale,
- integrare le differenti professionalità operanti presso le Unità Operative interessate, con particolare riferimento al profilo infermieristico e degli Operatori Socio Sanitari, le cui attività assistenziali saranno garantite da un pool unico, in grado di far fronte ad eventuali picchi di domanda, in un'ottica di razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse disponibili;
- aumentare il numero dei posti letto dell'area chirurgica del P.O. di Policoro di ulteriori 6 posti letto, in modo da fornire risposte assistenziali più tempestive e qualificate ad un bacino di utenza sempre più ampio, con l'effetto congiunto di ridurre i flussi di migrazione passiva e di incrementare quelli di mobilità attiva;
- gestire in maniera flessibile i posti letto, che, non essendo rigidamente assegnati ad un'unità operativa specifica, possono essere utilizzati dalle UU.OO. afferenti l'area specialistica integrata in funzione dell'andamento della domanda e delle esigenze contingenti.

Nel corso del 2014 sono stati avviati una serie di **interventi strutturali presso il P.O. di Policoro**, previa approvazione del progetto definitivo redatto dall'Ufficio Tecnico aziendale (deliberazione aziendale n. 229/2014 e del progetto esecutivo (deliberazione aziendale n. 1321/2014), e previa acquisizione delle necessari pareri ed autorizzazioni, finalizzati a dare compimento alla riorganizzazione delle attività ospedaliere con la nuova localizzazione dei servizi e con una serie di lavori ritenuti prioritari ed urgenti per la rimozione delle condizioni di pericolo per la pubblica e privata incolumità, approvati con deliberazioni aziendali n. 865/2013 en. 1321/2013.

L'insieme degli interventi e delle opere programmati si prefigge l'obiettivo di migliorare le condizioni ambientali, impiantistiche e strutturali del Presidio Ospedaliero di Policoro.

Nello specifico gli interventi riguardano il potenziamento dei collegamenti verticali, attraverso l'adeguamento del numero di montalettighe ed ascensori, il rispetto dei percorsi sporco – pulito e condizioni di sicurezza, manutenzione dei cornicioni esterni, sistemazione area esterna con ripristino di idonei percorsi di accesso al PSA; ripristino delle condizioni igienico – sanitarie con pitturazione di alcuni ambienti; adeguamento igienico – sanitario ed impiantistico di tutto il piano seminterrato; realizzazione di nuovi bagni nell'area dell'attuale poliambulatorio in sostituzione di quelli incendiatisi di recente.

Nell'ambito del processo di riorganizzazione ospedaliera si colloca la **riorganizzazione della governance dell'area delle direzioni ospedaliere dei PP.OO. di Matera e Policoro** (deliberazione aziendale n. 902/2014), attraverso cui si è provveduto:

- alla nomina del Direttore Sanitario del P.O. di Matera, in sostituzione del Team Organizzativo Gestionale cui era stata affidata, tra l'altro, la gestione provvisoria e limitata nel tempo del P.O. di Matera (delibera n. 3/2013);
- a coadiuvare il neo Direttore Sanitario del P.O. di Matera con il suddetto Team Organizzativo Gestionale, per un periodo massimo di sei mesi, nella prosecuzione e realizzazione delle attività progettuali già avviate anche nell'ambito del programma di clinical governance dell'Ospedale di Matera
- all'individuazione dei responsabili della Direzione Sanitaria del P.O. di Policoro, rispettivamente per gli aspetti clinico - organizzativi e per quelli igienico – sanitari.



Nell'ottica della riorganizzazione dei servizi ospedalieri si colloca il **programma di riorganizzazione complessiva delle attività di radiologia**, che ha portato all'istituzione di un tavolo tecnico multidisciplinare cui è stato affidato il compito di ridefinire le modalità operative e di funzionamento della Radiologia del P.O. di Matera, affrontando e valutando tutte le implicazioni di carattere tecnico, logistico ed organizzativo delle attività della suddetta Unità Operativa. A seguito di numerosi audit il tavolo tecnico ha elaborato un documento di analisi delle criticità con una proposta di riorganizzazione delle attività che individua un nuovo e più razionale modello organizzativo delle attività di radiologia, in grado di rispondere in maniera più efficace ed efficiente alla domanda assistenziale, secondo modalità coerenti con gli obiettivi di razionalizzazione ed appropriatezza organizzativa e con standard di qualità attesi.

Nel corso del 2014, facendo seguito all'internalizzazione del servizio di Risonanza Magnetica, quest'Azienda ha avviato un **percorso di graduale internalizzazione del servizio di Medicina Nucleare presso il P.O. di Matera**, attraverso l'assunzione di un dirigente medico nucleare, cui è stata affidata la governance delle suddette attività e, nel contempo, il prolungamento per un altro biennio, a far data dal 20/09/2014, dell'affidamento alla ditta Alliance Medical s.r.l. della gestione del servizio di Medicina Nucleare e di PET mobile del P.O. di Matera, ormai giunto a scadenza, secondo condizioni di ridimensionamento, condivise dalle parti, nell'ambito di un iter negoziale contrassegnato da ripetute proposte e con il raggiungimento di una soluzione ritenuta vantaggiosa per l'Azienda in considerazione delle esigenze di razionalizzazione dei costi e di mantenimento del livello qualitativo delle prestazioni.

Il prolungamento temporaneo della gestione esternalizzata, sia pure ridimensionata sia sotto il profilo delle attività che dei relativi costi, è stato finalizzato a consentire il completamento del procedimento di acquisizione delle tecnologie, di costituzione dell'organico necessario e di formazione delle competenze adeguate da parte del personale interno, assicurando nel contempo una continuità delle attività per tutto il periodo considerato.

Nell'ambito del potenziamento e della diversificazione dell'offerta di servizi ospedalieri si inquadra l'**avvio delle attività di Otorinolaringoiatria presso il P.O. di Policoro** (delibera aziendale n.883/2014), in conformità alle linee di indirizzo in materia di assistenza ospedaliera, che prefigurano una riorganizzazione degli assetti strutturali ospedalieri caratterizzata da una organizzazione dei servizi secondo il modello delle reti integrate, che si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione debbano essere disponibili ed accessibili da ogni punto della rete, al fine di perseguire la razionalizzazione e l'efficientamento della gestione, necessari ad assicurare la sostenibilità del sistema sanitario in una prospettiva di medio – lungo periodo. Nello specifico, l'avvio delle attività di otorinolaringoiatria presso il P.O. di Policoro, risponde alla necessità di far fronte alla crescita della domanda ed al conseguente incremento delle liste d'attesa, per le prestazioni in ambito ORL, con particolare riferimento agli interventi chirurgici del distretto testa/collo relativi alla chirurgia otologica e delle sordità, chirurgia rinotossale e delle sordità rinogene, chirurgia cervico – facciale pediatrica, fono – chirurgia, chirurgia cervico facciale dell'adulto, chirurgia otorinolaringoiatrica, oltre alle prestazioni diagnostiche in ambito audio-vestibolare e audio -fonologico.

L'avvio delle attività di otorinolaringoiatria presso l'Ospedale di Policoro, per il quale è stato previsto l'utilizzo di 6 posti letto, organizzati in collaborazione interdisciplinare con altri settori dell'area chirurgica, consente di allargare in un altro bacino geografico l'offerta di prestazioni già esistenti nel panel aziendale, ottimizzando l'attività di cooperazione ed integrazione.

Nel corso del 2014 quest'Azienda, per effetto delle deroghe previste dall'art. 32, comma 1, della L.R. n. 7/2014, ha potuto provvedere al **conferimento degli incarichi quinquennali di Direttore Struttura Complessa** per le seguenti Unità Operative Aziendali:

- Nefrologia e Dialisi - P.O. Matera (delibera aziendale n. 754/2014)
- Cardiologia e UTIC – P.O. Matera (delibera aziendale n. 755/2014)
- Medicina Interna – P.O. Matera (delibera aziendale n. 756/2014)



- Anestesia e Rianimazione – P.O. Policoro (delibera aziendale n. 757/2014)
- Ostetricia e Ginecologia – P.O. Policoro (delibera aziendale n. 758/2014)
- Malattie dell'Apparato Respiratorio (delibera aziendale n. 771/2014)
- Direzione Medica del P.O. di Matera (delibera aziendale n. 852/2014)

Nell'ambito delle strategie di potenziamento e riqualificazione dell'offerta di prestazioni diagnostiche, si inquadra l'avvio del servizio di **Risonanza Magnetica Cardiaca presso il P.O. di Matera** (delibera aziendale n. 1303/2014), con la collaborazione dell'A.O.R. San Carlo di Potenza e della Fondazione Monasterio CNR - Regione Toscana Pisa. L'avvio del suddetto nuovo servizio risponde adeguatamente alla crescente domanda registrata nell'ultimo periodo, incrementando la qualità dei servizi erogati dalla ASM in un settore, quale quello della prevenzione delle malattie cardiovascolari, che è e sarà sempre più in futuro un asset strategico nel miglioramento della qualità della vita della popolazione.

Altra importante iniziativa realizzata dall'Azienda nel corso del 2014 è stata l'istituzione nel periodo 04/08/2014 – 14/09/2014 di un **ambulatorio per i codici bianchi presso il Pronto Soccorso del P.O. di Policoro** dalle ore 8 alle ore 20, gestito da un medico del Servizio di Continuità Assistenziale. Tale iniziativa risponde alla necessità di garantire un'adeguata assistenza ed una risposta qualificata da parte del sistema d'emergenza dell'Azienda presso l'Ospedale di Policoro, in considerazione del notevole aumento della popolazione della fascia jonica durante il periodo estivo e del conseguente incremento degli accessi al Pronto Soccorso di Policoro, soprattutto da parte di pazienti classificati dai sistemi di Triage come "codici bianchi". L'attivazione di un ambulatorio specifico per i codici bianchi consente di erogare prestazioni che possono essere effettuate al di fuori dell'Area dell'Emergenza, senza intasare l'attività del Pronto Soccorso, in applicazione dell'Accordo Stato – Regioni del 07/03/2013, che prevede la realizzazione all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza Accettazione di percorsi separati clinico – organizzativi dei pazienti classificati dai sistemi di triage con codici di gravità rossi e gialli da quelli verdi e bianchi, anche con l'invio di questi ultimi a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamenti per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero, come anche ribadito dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 20/02/2014.

Nel corso del 2014 è proseguita la **gestione unificata dei Laboratori aziendali**, conseguente alla riorganizzazione delle attività epilogatasi con l'individuazione del Laboratorio Unico Logico presso il P.O. di Matera (delibera aziendale n. 762/2012). Tale intervento si inquadra in un'ottica di razionalizzazione delle risorse e di efficientamento della gestione, conseguita attraverso la centralizzazione degli acquisti di materiali sanitari e la omogeneizzazione delle forniture, con la condivisione del software gestionale del laboratorio di Matera che ha permesso, attraverso 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.), di far confluire nel Laboratorio Unico Logico le richieste ed i risultati, con 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, assume una fisionomia ed una strutturazione ben precisa, targata sulle effettive esigenze cui la stessa struttura 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, comporta intrinsecamente dei risparmi economici, 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.

La strategia di fondo che ha qualificato il complesso delle azioni poste in essere relativamente alla struttura e all'organizzazione dei servizi dell'area assistenziale ospedaliera per acuti, prevede:



- 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 ridurre il più possibile la mobilità passiva;
- il mantenimento delle attività con il potenziamento dell'area dell'Emergenza – Urgenza, con specifico riferimento al Pronto Soccorso, per far fronte ai picchi di domanda, particolarmente frequenti nei mesi estivi, in cui vi è l'affluenza di tutto il bacino d'utenza che affolla il litorale jonico e che caratterizza sempre più tale struttura come ospedale di frontiera.

INVESTIMENTI EFFETTUATI E FONTE DI FINANZIAMENTO DEGLI INVESTIMENTI

In merito a tale punto si è ritenuto opportuno fornire una rappresentazione unitaria di tutti gli investimenti effettuati dall'Azienda, senza operare una distinzione netta tra assistenza ospedaliera, assistenza territoriale e prevenzione.

Per tale motivo si rinvia a successiva sezione del presente documento.

2.3.6. RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA' SANITARIE EROGATE AI CITTADINI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

SINTESI DEI RISULTATI RAGGIUNTI E ANALISI DEI DATI P.O. MATERA

L'analisi dei dati di attività del P.O. di Matera va contestualizzata all'interno dello scenario normativo ed istituzionale nazionale e regionale caratterizzato, come noto, dalla scarsità di risorse e dalla conseguente necessità di adottare misure di razionalizzazione, rifunzionalizzazione ed efficientamento delle linee produttive quali in particolare la riduzione degli assetti organici del personale.

Alla luce di tali considerazioni l'andamento delle attività dell'Ospedale di Matera nel 2013 ha fatto registrare, rispetto all'anno precedente, un sia pur lieve incremento sostanziale dell'efficienza funzionale contrassegnato da:

- Nel 2014 i ricoveri ordinari effettuati nel P.O. di Matera sono stati 12.420, con un aumento del +5% rispetto all'anno precedente, a cui è corrisposto un incremento sia della valorizzazione economica, cresciuta del +3% rispetto all'anno precedente.
Anche i principali indicatori di performance non hanno fatto registrare variazioni rilevanti, come dimostrato dai trend di peso, degenza media, tasso di occupazione dei posti letto, indice di rotazione, intervallo di turn over che hanno evidenziato valori sovrapponibili a quelli del 2014;
- una ulteriore riduzione del numero di DH (-5%) con particolare riferimento ai DH diagnostici, al fine di favorire una maggiore appropriatezza nell'adozione del setting assistenziale, con il trasferimento verso forme organizzativamente più evolute, quali in particolare il Day Service;
- Nel 2014 sono stati effettuati 8.948 interventi chirurgici, circa 56 in più rispetto all'anno precedente (+0,6%), di cui il 54% in regime di ricovero ordinario, a fronte del 53% dell'anno precedente, il 12% in regime di day hospital a fronte del 14% del 2013, ed il rimanente 34% in regime ambulatoriale a fronte del 33% del 2013. Il raffronto con il 2013 evidenzia principalmente l'ulteriore spostamento del setting assistenziale utilizzato dal day hospital all'ambulatorio, in linea con gli indirizzi nazionali e regionali. Nello specifico si registra un lieve incremento degli interventi in regime ordinario che passano dai 4.744 del 2013 ai 4.802 del 2014 (58 interventi pari al +1,2%), e di quelli in regime ambulatoriale che passano da 2.941 del 2013 a 3.041 del 2014 (100 ricoveri in più, pari al +3,4%), a fronte di una riduzione degli interventi in Day Surgery, che passano dai 1.207 del 2013 ai 1.105 del 2014 (102 ricoveri in meno, pari al -8,5%).



- un incremento del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali,³ pari al +3%, a cui è corrisposto l'incremento della relativa valorizzazione economica pari al +1% rispetto all'anno precedente;
- un incremento della mobilità ospedaliera attiva extraregionale, sia nel numero dei ricoveri importati (+8%) che nella relativa valorizzazione economica (+7%);
- un posizionamento di tutto rispetto nel confronto degli indicatori di performance con i valori medi sia nazionali che regionali, con particolare riguardo agli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa, così come testimoniato dalla percentuale di parti cesarei più bassa sia rispetto alla media regionale che nazionale, piuttosto che dalla percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in Regime ordinario da reparti chirurgici.

Per non appesantire la relazione si allega un rapporto completo sulle attività ospedaliere completo dei dati di attività, con un confronto a consuntivo fra gli anni 2013 e 2014 e relativo commento (all. 5).

Di seguito si riportano solo alcuni indicatori sintetici di performance relativi al presidio ospedaliero di Matera.

INDICATORI DI PERFORMANCE

si fornisce l'analisi dei principali indicatori di performance dell'Ospedale di Matera nel corso del 2014, opportunamente raffrontati con gli standard medi regionali e nazionali. Questi ultimi sono stati desunti dal rapporto del Ministero della Salute relativo all'anno 2012, che costituisce la fonte dati ufficiale più recente.

INDICATORI DI EFFICIENZA

Gli indicatori di efficienza considerati in questa sede sono costituiti dalla **degenza media** e dalla **degenza media pre - operatoria**.

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Degenza media	6,79	6,84	6,8	0%	-1%

La degenza media (vale a dire il numero medio di giornate di permanenza dei pazienti presso i reparti ospedalieri) registrata dall'Ospedale di Matera nel 2014 è stata pari a 6,8 giornate, valore in linea alla media nazionale (+0%), e leggermente inferiore a quella regionale (-1%).

	Italia	Basilicata	Matera	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Degenza media Pre - operatoria	1,81	2,22	1,23	-32%	-45%

La degenza media pre-operatoria (vale a dire il numero medio di giornate di degenza effettuate prima di un intervento chirurgico) registrata nel 2014 è stata pari a 1,23 giorni, risultando significativamente più bassa sia rispetto alla media nazionale (-32%), sia rispetto a quella regionale (-45%).

INDICATORI DI COMPLESSITA'

Gli indicatori di complessità considerati in questa sede sono costituiti dall'indice di complessità, dall'indice di case - mix, dalla percentuale dei casi complicati.

	Italia	Basilicata	Matera	Scost.	Scost.
--	--------	------------	--------	--------	--------

				<i>Italia</i>	<i>Basilicata</i>
Indice di complessità	1,13	1,15	1,08	-4%	-6%

L'indice di complessità della casistica trattata, costituito dal peso medio dei ricoveri ordinari (con l'esclusione del DRG 391 "Neonati sani"), nel 2014 è stato pari a 1,08, leggermente inferiore al valore medio nazionale (-4%) e a quello regionale (-6%).

	<i>Italia</i>	<i>Basilicata</i>	Matera	<i>Scost. Italia</i>	<i>Scost. Basilicata</i>
Indice di case - mix	0,96	0,94	1,00	4%	6%

L'Indice di case – mix nazionale, dato dal rapporto tra l'indice di complessità dell'Ospedale e quello medio Italiano, è pari a 0,96, a dimostrazione che la complessità della casistica trattata dal P.O. di Matera coincide sostanzialmente con quella media nazionale.

L'Indice di case – mix regionale è pari a 0,94, a dimostrazione che la casistica del nostro ospedale è leggermente meno complessa di quella media regionale.

	<i>Italia</i>	<i>Basilicata</i>	Matera	<i>Scost. Italia</i>	<i>Scost. Basilicata</i>
% casi complicati	32,18	37,66	32,25	0%	-14%

La percentuale di casi complicati registrata nel P.O. di Matera nell'anno 2014 è pari circa al 32,25%, sostanzialmente in linea col valore medio nazionale, ed inferiore al valore medio regionale (-14%).

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

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

	<i>Italia</i>	<i>Basilicata</i>	Matera	<i>Scost. Italia</i>	<i>Scost. Basilicata</i>
% parti cesarei	36,53	38,29	32,91	-10%	-14%

La percentuale di parti cesarei sul totale dei parti registrata nel P.O. di Matera nell'anno 2014 è pari al 32,91%, inferiore sia al valore medio nazionale (-10%), sia a quello regionale (-14%).

	<i>Italia</i>	<i>Basilicata</i>	Matera	<i>Scost. Italia</i>	<i>Scost. Basilicata</i>
% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in Regime ordinario da reparti chirurgici	30,84	37,82	31,15	1%	-18%

La percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici per l'Ospedale di Matera nel 2014 è pari a 31,15%, superiore al valore medio nazionale

(+1%) e significativamente inferiore a quello medio regionale (-18%). Lo standard per quest'indicatore si aggira intorno al 20%.

In sintesi, l'analisi dei dati di attività del P.O. di Matera va contestualizzata all'interno dello scenario normativo ed istituzionale nazionale e regionale caratterizzato, come noto, dalla scarsità di risorse e dalla conseguente necessità di adottare misure di razionalizzazione, rifunzionalizzazione ed efficientamento delle linee produttive quali in particolare la riduzione degli assetti organici del personale

SINTESI DEI RISULTATI RAGGIUNTI E ANALISI DEI DATI P.O. POLICORO

L'analisi dei dati di attività del P.O. di Policoro va contestualizzata all'interno dello scenario normativo ed istituzionale nazionale e regionale caratterizzato, come noto, dalla scarsità di risorse e dalla conseguente necessità di adottare misure di razionalizzazione, rifunzionalizzazione ed efficientamento delle linee produttive quali in particolare la riduzione degli assetti organici del personale.

Alla luce di tali considerazioni l'andamento delle attività dell'Ospedale di Policoro nel 2014 ha fatto registrare, rispetto all'anno precedente, un miglioramento dell'efficienza funzionale contrassegnato da:

- un incremento dei ricoveri ordinari, pari al +3% con riferimento al numero degli stessi e al +1% con riferimento alla loro valorizzazione economica;
- una ulteriore riduzione del numero di DH (-7%) con particolare riferimento ai DH diagnostici, al fine di favorire una maggiore appropriatezza nell'adozione del setting assistenziale, con il trasferimento verso forme organizzativamente più evolute, quali in particolare il Day Service;
- un incremento degli interventi chirurgici, pari al +5,8%, con uno spostamento del setting assistenziale dal Day Surgery verso il regime ordinario e verso quello ambulatoriale; nello specifico a fronte di un incremento degli interventi eseguiti in regime ordinario pari al +5,8%, ed in regime ambulatoriale pari al +12,2%, si è registrato un decremento degli interventi in Day Surgery pari al -3,3%;
- un incremento del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali, pari al +8%, a cui è corrisposto il decremento della relativa valorizzazione economica, pari al -3%.
- un incremento della mobilità ospedaliera attiva extraregionale sia nel numero dei ricoveri importati (+2%), che nella corrispondente valorizzazione economica (+6%);
- un posizionamento di tutto rispetto nel confronto degli indicatori di performance con i valori medi sia nazionali che regionali, con particolare riguardo agli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa, in rapporto alla tipologia della casistica trattata da tale ospedale in funzione del ruolo e della mission allo stesso assegnato dalla programmazione sanitaria regionale ed aziendale.

Per non appesantire la relazione si allega un rapporto completo sulle attività ospedaliere completo dei dati di attività, con un confronto a consuntivo fra gli anni 2013 e 2014 e relativo commento (all. 6).

Di seguito si riportano solo alcuni indicatori sintetici di performance relativi al presidi ospedaliero di Policoro.

INDICATORI DI PERFORMANCE

Si fornisce l'analisi dei principali indicatori di performance dell'Ospedale di Policoro nel corso del 2014, opportunamente raffrontati con gli standard medi regionali e nazionali. Questi ultimi sono stati desunti dal rapporto del Ministero della Salute relativo all'anno 2012, che costituisce la fonte dati ufficiale più recente.



INDICATORI DI EFFICIENZA

Gli indicatori di efficienza considerati in questa sede sono costituiti dalla **degenza media** e dalla **degenza media pre - operatoria**.

	Italia	Basilicata	Policoro	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Degenza media	6,79	6,84	5,0	-26%	-27%

La degenza media (vale a dire il numero medio di giornate di permanenza dei pazienti presso i reparti ospedalieri) registrata dall'Ospedale di Policoro nel 2014 è stata pari a 5,0 giornate, valore che risulta significativamente inferiore sia a quello medio nazionale (-26%), sia a quello regionale (-27%).

	Italia	Basilicata	Policoro	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Degenza media Pre operatoria	1,81	2,22	0,57	-69%	-74%

La degenza media pre-operatoria (vale a dire il numero medio di giornate di degenza effettuate prima di un intervento chirurgico) registrata nel 2014 è stata pari a 0,57 giorni, inferiore sia al valore medio nazionale (-69%) sia a quello regionale (-74%).

INDICATORI DI COMPLESSITA'

Gli indicatori di complessità considerati in questa sede sono costituiti dall'indice di complessità, dall'indice di case - mix, dalla percentuale dei casi complicati.

	Italia	Basilicata	Policoro	Scost. Italia	Scost. Basilicata
Indice di complessità	1,13	1,15	0,90	-20%	-22%

L'indice di complessità della casistica trattata, costituito dal peso medio dei ricoveri ordinari (con l'esclusione del DRG 391 "Neonati sani"), nel 2014 è stato pari a 0,90, significativamente inferiore sia al valore medio nazionale (-20%) che a quello regionale (-22%).

	Italia	Basilicata
Indice di case - mix	0,80	0,78

L'Indice di case - mix nazionale, dato dal rapporto tra l'indice di complessità dell'Ospedale di Policoro e quello medio Italiano, è pari a 0,80, mentre quello regionale dato dal rapporto tra l'indice di complessità dell'Ospedale di Policoro e quello medio regionale, è pari a 0,78 a dimostrazione che la complessità della casistica trattata dal P.O. di Policoro è inferiore sia a quella nazionale che a quella regionale.

	Italia	Basilicata	Policoro	Scost. Italia	Scost. Basilicata
% casi complicati	32,18	37,66	20,22	-37%	-46%

La percentuale di casi complicati registrata nel P.O. di Policoro nell'anno 2014 è pari al 20,22%, significativamente inferiore sia al valore medio nazionale (-37%), che al valore medio regionale (-46%).



INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

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

	Italia	Basilicata	Policoro	Scost. Italia	Scost. Basilicata
% parti cesarei	36,53	38,29	44,93	23%	17%

La percentuale grezza di parti cesarei sul totale dei parti registrata nel P.O. di Policoro nell'anno 2014 è pari al 44,93%, superiore sia al valore medio nazionale (+23%), sia a quello regionale (+17%).

	Italia	Basilicata	Policoro	Scost. Italia	Scost. Basilicata
% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in Regime ordinario da reparti chirurgici	30,84	37,82	36,54	18,48%	-3,38%

La percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici per l'Ospedale di Policoro (Chirurgia e Ortopedia) nel 2014 è pari a 36,54%, superiore al valore medio nazionale (+18,48%) e appena inferiore a quello medio regionale (-3,38%). Lo standard per quest'indicatore deve essere inferiore al 20%.

2.3.7.1 RISULTATI RAGGIUNTI IN RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA' SANITARIE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EROGATE AI CITTADINI

L'assistenza territoriale dell'ASM, nelle varie branche di attività in cui essa si articola, è erogata sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate. Nello specifico con riferimento alle strutture a gestione diretta si riporta il numero di strutture erogatrici per singola branca di attività assistenziale:

N. 5 Poliambulatori specialistici all'interno dei 5 Ospedali aziendali che erogano attività clinica, diagnostica strumentale e per immagini ed attività di laboratorio

N. 21 sedi distrettuali comunali che erogano attività specialistiche ambulatoriali

N. 2 CSM che erogano attività di assistenza ai disabili psichici

N. 2 SERT che erogano attività di assistenza ai tossicodipendenti

N. 2 Centri Diurni che erogano attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici

N. 7 Sedi Consultoriali che erogano attività di consultorio familiare all'interno delle sedi distrettuali comunali

N. 1 Hospice che eroga assistenza ai malati terminali, situato nell'Ospedale di Stigliano.

Questa Azienda, inoltre, a partire dal 2009, ha avviato una gestione integrata delle attività riabilitative e della RSA, che si qualifica come una sperimentazione gestionale nell'ambito della collaborazione pubblico - privato e che si esplica attraverso l'intervento coordinato e sinergico della Fondazione ONLUS Don Gnocchi e della ASL di Matera presso il Polo Riabilitativo situato nel monoblocco dell'Ospedale di Tricarico.

Le attività del Polo Riabilitativo consistono in:

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



Oltre al Polo Riabilitativo di Tricarico altro centro di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 gestito direttamente dall'Azienda è l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile Territoriale che eroga attività di riabilitazione neuropsichiatrica infantile in regime ambulatoriale.

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

N. 4 Centri Privati Accreditati che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini

N. 7 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio

N. 6 Centri Privati accreditati che erogano attività di Fisiokinesi Terapia

N. 11 Case Alloggio e/o Gruppi Appartamento che erogano attività residenziale di assistenza ai disabili psichici

N. 1 Medico singolo convenzionato che eroga attività clinica.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L. 833/78 sono 4, di cui 3 erogano attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale, extramurale e/o domiciliare ed 1, oltre alle precedenti, anche attività di tipo semiresidenziale.

Con riferimento all'evoluzione del processo di accreditamento delle strutture territoriali a gestione diretta valgono le stesse considerazioni effettuate in merito alle strutture che erogano assistenza ospedaliera, contenute in precedente punto del presente documento, a cui, per ogni buon conto si rimanda.

I Centri Privati convenzionati risultano regolarmente accreditati secondo la normativa regionale vigente, ivi compreso il Polo Riabilitativo di Tricarico, come già precedentemente rappresentato.

Relativamente alla Medicina Generale, l'Azienda opera mediante 176 Medici di Medicina Generale, che assistono complessivamente una popolazione pari a 173.516 unità, e 25 Pediatri di Libera Scelta, che assistono complessivamente una popolazione pari a 21.067 unità.

Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale con 124 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.

Sul territorio aziendale, inoltre, sono dislocate in punti geografici strategici, 14 postazioni di 118.

I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate, sulla tipologia ed il tipo di assistenza erogata, sono sostanzialmente coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS.11.

I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate ex art. 26 L. 833/78 sono sostanzialmente coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli RIA.11.

I dati esposti relativi a Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta sono sostanzialmente coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E ed F del modello FLS.12.

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività (confronto attività anno 2013 - 2014) sono riportati nell'all. n. 7.

LE ATTIVITA' DISTRETTUALI E AMBULATORIALI

La programmazione regionale esplicitata nella L.R. n. 12/2008, nella D.G.R. n. 1645/2009 e più recentemente definita nel Piano Sanitario Regionale, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 317 del 24/07/2012, prevede un'organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera articolata in Distretti territoriali, denominati nel P.S.R. Distretti di Comunità, i cui ambiti coincidono con l'ambito socio - territoriale delle tre Aree Programma, costituite ai sensi della L.R. 30 dicembre 2010, n. 33, così come integrata dalla D.G.R. n. 246/2012: Bradanica-Medio Basento, Metapontino-Collina Materana, Comune di Matera.

Nell'impianto programmatorio regionale, il Distretto si configura quale macro organizzazione complessa dell'Azienda, a cui va riconosciuta autonomia di risorse e di gestione, deputata al governo della domanda, alla garanzia dei LEA sociosanitari e alla presa in carico dei bisogni complessivi della popolazione, con particolare riferimento alle fragilità ed ai soggetti non autosufficienti.

Coerentemente a tale impostazione al Distretto sono assegnate funzioni di programmazione delle attività territoriali con compiti di pianificazione e di gestione integrata dei servizi sanitari e socio sanitari sul territorio di competenza.

L'attuazione del modello organizzativo previsto dalla programmazione regionale richiede una revisione del sistema sanitario territoriale con la ridefinizione degli assetti organizzativi da assicurare in forma graduale nel tempo in una logica di progressività degli interventi, che richiederanno necessariamente nuove direttive da parte della Regione.



Nelle more della concreta attuazione del modello organizzativo distrettuale, secondo quanto previsto negli atti di indirizzo programmatico regionale, quest'Azienda ha continuato nel corso del 2014 a portare avanti la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, attraverso l'accentramento nel Distretto delle funzioni di coordinamento delle attività territoriali presenti nell'Azienda e nell'affidamento delle stesse ad unico Responsabile.

Nello specifico le attività territoriali di cui si tratta si riferiscono alle cure primarie, all'assistenza specialistica ambulatoriale, all'assistenza domiciliare, all'assistenza farmaceutica territoriale, all'assistenza residenziale e semiresidenziale, all'assistenza alle dipendenze patologiche, alla salute mentale, all'assistenza riabilitativa, all'assistenza protesica, all'assistenza integrativa, all'assistenza consultoriale.

Pertanto quest'Azienda nel corso del 2014 ha comunque assicurato la presa in carico delle persone con bisogni sanitari sul territorio, seppure attraverso un'organizzazione provvisoria ed ancora non ben definita nei suoi tratti essenziali, impegnandosi nell'attivazione e nello sviluppo di percorsi assistenziali integrati sia con le strutture operative aziendali sia tra queste ed i medici convenzionati, quali nello specifico i MMG, PLS e MCA, al fine di assicurare all'utenza una risposta assistenziale continua, uniforme ed omogenea sul territorio in alternativa al ricovero ospedaliero, con maggiori garanzie in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure.

In particolare nel corso del 2014 è proseguita l'attività del Tavolo Permanente tra l'ASM e l'Ordine dei Medici, istituito nel 2012, finalizzata a implementare un confronto costante sull'appropriatezza allo scopo di favorire l'integrazione tra l'ospedale e il territorio con il duplice obiettivo di migliorare tempi e qualità dei servizi ed al contempo contenere la spesa sanitaria. Tra le azioni principali poste in essere dal tavolo nel 2014 vi è la gestione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche, attraverso l'introduzione delle classi di priorità per patologia, che ha di fatto garantito una riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni maggiormente interessate da tale criticità.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale e, più in generale lo spostamento del baricentro assistenziale dall'Ospedale al Territorio, ha favorito un decongestionamento delle attività ospedaliere con il contenimento del relativo tasso di ospedalizzazione entro i parametri definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

Per tutto il 2014 è proseguito il consolidamento del processo di unificazione delle procedure e più in generale di omogeneizzazione delle modalità organizzative e di erogazione dei vari servizi conseguente alla fusione delle due ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano, che ha coinvolto un po' tutte le aree ed i settori dell'assistenza territoriale.

Obiettivo fondamentale perseguito dall'Azienda anche per il 2014 è stata l'integrazione tra i vari punti della rete assistenziale, con il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia quelli interni all'Azienda sia quelli esterni.

Nello specifico, nel corso del 2014 si è dato seguito alle attività di collaborazione ed integrazione ospedale - territorio per la gestione delle malattie croniche, che già nel 2012 avevano portato alla stesura di un documento comune tra le direzioni dell'Ospedale di Matera e il Distretto sulla dimissione partecipata e concordata e sulla formalizzazione di percorsi post dimissione che coinvolgono sia l'U.O. ospedaliera, che dimette, sia il Distretto, che effettua la successiva presa in carico. Tale collaborazione si fonda sulla centralità dell'assistenza territoriale - domiciliare per la gestione delle malattie croniche, attraverso la presa in carico del paziente, basata sulla medicina d'iniziativa il cui valore aggiunto è la costruzione di una risposta proattiva alla cronicità tramite un team multi professionale (medico di distretto, MMGG, MCA, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, privato sociale e centri accreditati esterni) in grado di gestire pluripatologie e multiproblematicità sanitarie e socio assistenziali evitando il ricovero ospedaliero. La presa in carico territoriale prevede che, a seguito della dimissione ospedaliera, il Distretto si faccia carico della unicità dell'assistenza rappresentando un unico filo conduttore costituito da assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare, assistenza farmaceutica, protesica, integrativa.

Altra importante iniziativa avviata da quest'Azienda nell'ambito del perseguimento delle strategie di integrazione ospedale - territorio e di miglioramento continuo della pratica clinica ed assistenziale, è l'attivazione, in collaborazione con il Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, di un percorso strutturato finalizzato alla riqualificazione del processo organizzativo ed assistenziale relativo alla patologia diabetica (delibera n. 1025/2013), 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 cronica, attraverso il superamento dell'attuale frammentazione e sordinamento 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.

Un ruolo molto importante nell'ambito dell'assistenza territoriale è quello svolto dalle Cure Domiciliari. In particolare nel corso del 2014 i servizi ADI della ASM hanno consolidato il processo di adeguamento alle Linee Guida regionali, con particolare riferimento alle cure domiciliari di 3° livello, perseguendo gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale.

Nel 2014 è continuata, sia in maniera informale che con incontri programmati, l'attività di unificazione delle procedure di accesso alle Cure Domiciliari e di rappresentazione dei dati di attività sull'intero territorio aziendale. La cartella domiciliare viene ormai utilizzata su tutto il territorio ASM.

Strategica ai fini dell'integrazione Ospedale – Territorio è l'attività dell'U.O.S. di Geriatria Territoriale, afferente al Coordinamento dell'Area della Cronicità, rivolta prevalentemente ai pazienti affetti da patologie acute e croniche ad alto rischio di fragilità, che nel 2014 ha consolidato il modello clinico – assistenziale interdipartimentale.

Nello specifico, il modello organizzativo adottato prevede l'espletamento di attività sia di tipo ospedaliero che territoriale, articolate su 5 giorni alla settimana.

Le attività ospedaliere (tutte le mattine del lunedì e giovedì con un terzo accesso variabile per particolari casi clinici) sono state:

Presa in carico dei pazienti con una "Dimissione Protetta" dopo una Valutazione Multidimensionale che ha coinvolto l'intero Dipartimento Medico, l'ASL, l'ACI e la Cardiologia;

Ambulatorio di Geriatria Territoriale presso il P.O. di Matera;

Ambulatorio integrato con le U.O. di Pneumologia, di Malattie Infettive e di Geriatria (per le sole prestazioni di diagnostica vascolare) garantendo ai pazienti preavutati accesso diretto alle prestazioni.

Le attività territoriali nel Comune di Matera (espletate nelle giornate di Martedì e Venerdì con un terzo accesso variabile) e nel distretto Grottole (nel 1° Martedì e 3° Mercoledì del mese) sono state:

Ambulatorio di Geriatria Territoriale presso il Distretto di Grottole;

Valutazione appropriatezza dei Ricoveri presso strutture residenziali regionali ed extraregionali;

Attivazione Assistenza Domiciliare dopo visita domiciliare e condivisione con il MMG;

Visite geriatriche domiciliari: consulenze e certificazioni (alcune a valenza medico-legale su richiesta delle commissioni d'invalidità civile);

Prestazioni geriatriche presso strutture residenziali: consulenze e certificazioni;

Sostituzione PEG a domicilio nel comune di Matera;

Programmazione ricoveri presso il P.O. di Matera per impianto PEG e accessi ambulatoriali per posizionamento cateteri venosi presso la Rianimazione;

Viene assicurato tutt'ora nel comune di Matera il posizionamento e la sostituzione del sondino nasogastrico per la nutrizione enterale in pazienti non proponibili per la PEG. Tale prestazione comporta impegno per le condizioni critiche in cui versano abitualmente i pazienti ed è attualmente esclusa nel nomenclatore tariffario della Regione Basilicata anche se prevista nelle nuove linee guida delle prestazioni da assicurare in assistenza domiciliare.

Altra funzione strategica nell'ambito della integrazione Ospedale – Territorio è quella svolta dalla Chirurgia Territoriale le cui attività si sono consolidate nel corso degli anni. In particolare nel 2013 sono stati standardizzati i protocolli operativi tra la UO di Chirurgia Territoriale e le UOC di Chirurgia del PO di Matera (Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Plastica) finalizzati alla dimissione protetta con conseguente presa in carico del paziente dimesso. In particolare si è concordato che la dimissione debba avvenire entro la giornata del giovedì in modo che il Centro di Coordinamento possa interagire con la centrale operativa della cooperativa che gestisce l'assistenza domiciliare, oltre che provvedere alla prescrizione di eventuali ausili attraverso la predisposizione del relativo piano terapeutico.



La Chirurgia Territoriale oltre a fornire prestazioni chirurgiche domiciliari su tutto il territorio provinciale, esegue le dimissioni protette, assicurando la reale presa in carico del paziente.

Nella stessa direzione si colloca l'attività di Neurologia Territoriale svolta nel solo ambito dell'ex ASL n.5 di Montalbano, che fornisce consulenze ai pazienti presso gli Ospedali di Policoro, Tinchì e Stigliano, oltre ad assicurare prestazioni specialistiche domiciliari. Nel corso del 2013 è proseguita l'intensa collaborazione con i reparti dell'Ospedale di Policoro (anche con notevoli controlli post ricovero) così come con la Neurologia dell'Ospedale di Matera a cui vengono inviati i casi abbisognevole di approfondimento diagnostico. Sono state attivate, inoltre, le classi di priorità per le visite ambulatoriali.

Altro obiettivo di tipo organizzativo perseguito dall'ASM nel corso del 2014, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, ha riguardato le attività realizzate per effetto ed in conseguenza del Protocollo siglato tra la ex ASL n. 4 di Matera e tutti i Comuni rientranti nel territorio aziendale (Conferenza dei Sindaci del 3 e 17 dicembre 2007) con riferimento **specifico all'assistenza domiciliare integrata**, che hanno consentito di "fondere" all'interno di un unico modello assistenziale le competenze e gli apporti di tipo sanitario provenienti dall'Azienda con quelli di tipo sociale offerti dai Comuni.

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

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

Di rilievo sotto il profilo organizzativo è il consolidamento nel corso del 2013 delle procedure per la sanità penitenziaria, essendo la casa circondariale parte integrante delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria, finalizzate non solo all'applicazione delle disposizioni nazionali e regionali, ma soprattutto a favorire la presa in carico completa del cittadino detenuto.

Nello specifico nel corso del 2014, è stato implementato il Foglio Unico Terapia (FUT) adottato con delibera n. 649 del 4.06.2013, consistente in una documentazione sanitaria unitaria diretta a garantire la qualità delle cure erogate alle persone detenute e a prevenire eventuali rischi legati alla frammentazione delle cure erogate.

Esso comprende le seguenti parti:

- anamnesi generale con annessi aspetti sociali,
- piano terapeutico con prescrizione medica, a firma del medico,
- somministrazione terapeutica, a firma dell'infermiere,
- diario infermieristico, destinato alle persone detenute che necessitano di assistenza intensiva in fase acuta,
- scheda di monitoraggio di alcuni parametri vitali nel corso della fase acuta,
- scheda pianificazione assistenziale costituita da vari moduli inerenti la pianificazione assistenziale e diario monitoraggio rilevazione glicemica.

Altre attività svolte riguardano la organizzazione/ottimizzazione della gestione Emergenza-Urgenza (carrello di emergenza, barella a cucchiaio, borsa per intervento urgente nelle sezioni, formazione mirata al personale ecc.), la predisposizione di un modello di rifiuti raccolta differenziata con l'acquisto di specifici contenitori, in modo da ridurre la produzione dei R.O.T. e facilitare l'intero ciclo di raccolta rifiuti.

Si è, inoltre, posta particolare attenzione alla organizzazione della salute mentale in carcere distinguendo tra:

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

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

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

Dal 16 aprile 2012 è operativo il reparto detentivo presso l'Ospedale di Matera.



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

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività (confronto attività anno 2013 – 2014) sono riportati nell'all. n. 9.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale un ruolo di primo piano è svolto dal Dipartimento dei servizi per la Tutela della Salute Mentale dell'Azienda ASM, che è un tipico esempio di Dipartimento trasversale composto cioè da UU.OO. sia ospedaliere che territoriali. Esso è costituito dalle seguenti Aree:

Area Salute Mentale Adulti

- Ospedaliera (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Matera e Policoro; D.H. Matera e Policoro)
- Territoriale (Centro di Salute Mentale Matera e Policoro; Centro Diurno Matera e Policoro; Strutture Residenziali Matera e Policoro)

Area di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva

- Ospedaliera
- Territoriale

Area delle Dipendenze Patologiche

- Ser.T (Matera e Policoro)
- Strutture residenziali Terapeutiche Riabilitative

Area di Psicologia

- U.O.C. Psicologia

Sotto il profilo organizzativo nel 2014 si è provveduto all'applicazione del regolamento interno, predisposto nel 2012, in cui ogni U.O.C. ha definito le proprie competenze, le linee operative, l'assetto strutturale, il modello operativo, i percorsi assistenziali integrati e condivisi tra le U.O.C. del dipartimento, tra queste e le U.O.C. di altri Dipartimenti che trattano patologie di confine e con le Istituzioni (scuole, Servizi Sociali degli Enti Locali, ecc).

Nel 2014 si è definitivamente consolidata l'unificazione di procedure all'interno delle singole U.O. dell'Area Salute Mentale Adulti (CSM Matera e Policoro; SPDC Matera e Policoro; Strutture Residenziali Matera e Policoro; Centro Diurni Matera e Policoro).

Al fine di consentire una ulteriore contrazione dei DH in un'ottica di recupero di appropriatezza organizzativa ed efficacia/efficienza gestionale, nel corso del 2014 l'U.O.C. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ha provveduto a specificare in maniera perentoria le prestazioni specialistiche da effettuare in regime di DH, formalizzandole all'interno di un documento ufficiale.

Per le stesse finalità nel 2014 la suddetta U.O.C. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ha provveduto a individuare e formalizzare due percorsi con lo scopo di favorire il passaggio dal regime assistenziale del ricovero diurno a quello del Day Service; in particolare sono stati definiti due Day Service relativamente:

- all'effettuazione di accertamenti indispensabili per la prosecuzione della psicofarmacoterapia, per i quali venivano effettuati DH diagnostici;
- alla somministrazione Zypadera, in considerazione nella necessaria attività di osservazione dei pazienti nelle 3 ore successive alla somministrazione, in conformità al protocollo AIFA.

Nell'ambito della strategia di recupero dell'appropriatezza organizzativa nel corso del 2014, l'U.O.C. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ha provveduto a:



- individuare ed implementare una procedura per la presa in carico in emergenza che definisce le attività assistenziali e burocratiche in tutte le fasi dell'iter diagnostico terapeutico, dal momento della presa in carico, durante l'eventuale ricovero fino alla dimissione;
- predisporre un protocollo per la gestione delle liste d'attesa per i ricoveri programmati, con cui sono ridefiniti e condivisi i criteri di priorità e la relativa procedura d'accesso.
- aggiornare e condividere tutti i protocolli assistenziali:
 - o protocolli di ricovero per i medici accettanti
 - o protocollo di ricovero per gli infermieri presenti al ricovero
 - o protocollo/documento sulla contenzione fisica
 - o linee guida per le patologie prevalenti
 - o protocollo diagnostico per routine di pazienti in terapia con neurolettici e antidepressivi triciclici, sali di litio e altri stabilizzatori dell'umore
 - o disposizioni per i degenti
 - o allegato alla cartella clinica per disposizioni inerenti la degenza
 - o gestione assistenziale del paziente depresso e agitato: il rischio suicidiario
 - o gestione disturbi della condotta in patologie organiche in altre UU.OO.
 - o assistenza al paziente violento e contenuto

Nel 2014 quest'Azienda ha formalizzato alla Regione Basilicata la proposta di costituzione del **Dipartimento Funzionale Interaziendale di Salute Mentale** tra l'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera e l'ASP - Azienda Sanitaria Locale di Potenza (delibera aziendale n. 199/2014) in ottemperanza alle linee di indirizzo della programmazione regionale, che prevedono lo sviluppo dell'integrazione di funzioni tra le Aziende del Sistema Sanitario Regionale, al fine di fornire risposte adeguate e qualificate ai bisogni sanitari della popolazione.

La costituzione del Dipartimento Interaziendale Funzionale di Salute Mentale, derivante dall'integrazione di strutture complesse, strutture semplici, settori operativi operanti all'interno degli attuali Dipartimenti Aziendali di Salute Mentale delle ASL di Matera e di Potenza, in un organismo unitario dal punto di vista gestionale, risponde all'esigenza di organizzare le attività sanitarie su scala regionale con l'obiettivo di migliorare l'efficacia delle prestazioni erogate e per una efficiente ottimizzazione delle risorse.

Attraverso l'integrazione di funzioni assistenziali equivalenti o affini, la dimensione interaziendale favorisce una maggiore tutela del paziente ed un più alto grado di efficienza organizzativa, con conseguente ottimizzazione dei costi per il Sistema Regionale, rendendo possibile:

- a) la distribuzione appropriata delle prestazioni per la popolazione appartenente al bacino di riferimento, grazie anche alla migliore programmazione dell'offerta ed al migliore utilizzo delle risorse, con prevedibili effetti positivi sulla gestione della domanda di prestazioni e sulla riduzione delle liste di attesa;



- b) la definizione di modelli organizzativi ed elaborazione di linee guida e percorsi assistenziali, finalizzati a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni;
- c) il raggiungimento di una "massa critica" necessaria a mantenere la competenza e l'efficienza operativa e a rendere l'assistenza efficace ed economicamente sostenibile;
- d) dimensioni più adeguate al perseguimento di obiettivi di qualità ed all'individuazione di punti di eccellenza;
- e) la realizzazione di programmi di formazione comuni nell'area di riferimento, con diffusione di "best practice" e di comportamenti più omogenei tra le aziende;
- g) una maggiore facilità di scambi culturali tra le aziende coinvolte;
- f) la promozione e sviluppo di attività sistematiche e continuative di audit all'interno e fra le unità operative, confrontando i risultati e concordando comuni strategie di comportamento clinico.

Nel corso del 2014 vi è stata l'attivazione di **due progetti sperimentali di Pet Therapy e musicoterapia** (delibera aziendale n. 928/2014) per utenti del Dipartimento dei Servizi per la Tutela della Salute Mentale sul territorio di Matera nell'ambito del Servizio "Supporto all'Abitare". Ciascun progetto, di durata pari a 144 ore e coinvolge 6 utenti e 3 educatori, assume una valenza terapeutica – riabilitativa al fine di migliorare le capacità introspettive, affettive e relazionali degli utenti, oltre a rappresentare un valido supporto ai percorsi riabilitativi.

Nell'ambito delle strategie di potenziamento dell'offerta assistenziale territoriale si colloca la manifestazione di interesse, approvata da quest'Azienda nel 2014 (deliberazione aziendale n. 1459/2014), a partecipare alla **procedura per la concessione del servizio di un centro polifunzionale per l'età evolutiva e i processi di sviluppo.**

In particolare nel 2014 quest'Azienda ha indetto un avviso esplorativo per la ricerca di eventuali manifestazioni di interesse a partecipare alla procedura per la concessione delle attività sanitarie relative alla prevenzione, diagnosi e cura dell'autismo, attraverso il ricorso alla finanza di progetto. Tale iniziativa va realizzata attraverso la ricerca di una sinergia tra pubblico e privato sociale, finalizzata a fornire una risposta adeguata ad uno tra i più importanti disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva, che sta facendo registrare un significativo trend di crescita tra la popolazione locale, e per il quale si registra una sempre maggiore difficoltà di accesso tempestivo a trattamenti specifici ed intensivi di tipo socio-educativo e cognitivo-comportamentale, che se messi in atto nei primi mesi di vita consentono di ridurre la gravità della patologia e del correlato handicap. La collaborazione tra pubblico e privato mira a garantire interventi quanto più precoci ed intensivi in ambiente semiresidenziale e di tipo riabilitativo e/o psico-educativo per la prevenzione, diagnosi e cura dei soggetti affetti da autismo e patologie correlate, nonché un monitoraggio continuo degli stessi presso queste strutture.



Tali attività, attualmente assenti nel territorio regionale, possono costituire un elevato potenziale di utilizzo per l'utenza del territorio lucano e non solo, con importanti ricadute in termini di valore sociale ed economico oltre che sanitario.

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività (confronto attività anno 2013 – 2014) sono riportati negli all. n. 11 relativo alle attività di salute mentale Adulti e all. n. 12 attività SER.T.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

L'obiettivo fissato dalla programmazione sanitaria regionale in merito alla percentuale di cittadini over 64 da trattare in ADI è pari al 5%. Al fine di valutare il raggiungimento del suddetto obiettivo da parte dei servizi ADI della ASM è stato calcolato il seguente rapporto:

n° dei cittadini > 64 trattati in ADI sull'intero territorio aziendale/n° dei cittadini residenti.

Per l'ambito della Asl ex 4, nell'intero anno è stato raggiunto il 5,01%

Per l'Ambito della ASL ex 5 il valore raggiunto è il 6,78%, ricavato nel modo seguente:

In totale in tutta la ASM il valore raggiunto equivale al 5,74 %

La percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni trattata in ADI nel 2014, pari come detto a 5,74%, è stata superiore del +4,4% a quella rilevata nel 2013, pari a 5,5%.

Nel prospetto che segue sono riportati i dati più significativi trasmessi alla Regione, relativamente alle Cure Domiciliari registrati nel 2014.

Tipologia dati cure domiciliari			
Anno 2014	Asl ex 4	Asl ex 5	Totale ASM
Cittadini in cure domiciliari totale	1.430	1.117	2.547
Popolazione totale (Istat 01.01.2012)	121.800	78.250	200.050
% Cittadini totale in cure domiciliari/cittadini totali	1,17 %	1,43 %	1,27 %
di cui Cittadini in Cure Domiciliari > 64	1.222	1.013	2.235
Popolazione > 64 (Istat 01.01.2012)	23.956	15.013	38.969
% cittadini in cure domiciliari > 64 /popolazione > 64	5,1 %	6,75 %	5,74 %
di cui Cittadini in Cure Domiciliari da 65 a 74 a	206	153	359
Popolazione da 64 a 74 a (Istat 01.01.2012)	11.546	7.055	18.601
% Cittadini da 64 a 74 in cure domiciliari/cittadini stessa classe età	1,78 %	2,17 %	1,93 %
di cui Cittadini in Cure Domiciliari > 75	1.017	860	1.877
Popolazione da 75 a in su (Istat 01.01.2012)	12.410	7.958	20.368
% Cittadini > 75 in Cure Domiciliari/cittadini stessa classe età	8,20 %	10,81 %	9,22 %
Ore prestazioni infermieristiche	56.054	27.130,95	83.184,95
Ore prestazioni riabilitative	39.283	13.462	52.745,00
Ore prestazioni totale	95.337	40.592,95	135.929,95
Costo complessivo €	€ 2.051.106,06	€ 969.765,57	€ 3.020.871,63
Cittadini inseriti nel 2014 nelle Cure Domiciliari	1.055	708	1.763
Cittadini dimessi nel 2014 dalle Cure Domiciliari	933	728	1.661

Agli Uffici regionali competenti è stato inviato il flusso ADI-DM 17/12/2008, secondo le modalità previste (inserimento nella procedura regionale via web) con tempistica mensile (entro il 20 del mese successivo). I dati delle cure domiciliari sono stati regolarmente inseriti nel programma aziendale informatizzato (Vaor-Adi e Web-Adi).

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività (confronto attività anno 2013 – 2014) sono riportati nell'all. n. 8.

CURE PRIMARIE

Nell'anno 2014 è proseguito il lavoro di applicazione delle direttive nazionali on-line delle prescrizioni per cui la U.O. Assistenza Primaria è stata impegnata quotidianamente nella sostituzione delle password

consegnate ai MMG e PLS le quali (per problemi di gestione da parte dei medici stessi o per problemi tecnici) sono spesso risultate inutilizzabili, oltre che nella verifica dell'invio delle ricette on-line.

La struttura ha assicurato la collaborazione alla determinazione del piano di riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale a livello regionale regionale, partecipando a due riunioni del gruppo tecnico regionale.

Nel 2014 è stata assicurata la gestione di tutte le attività previste dagli ACN svolte nella ASM dai 176 MMG, 25 PLS, 124 MCA (nelle 33 sedi) e 16 di Emergenza Territoriale.

Per razionalizzare il personale medico e amministrativo, la gestione di alcune attività è stata decentrata nelle strutture periferiche conservando il coordinamento a livello centrale.

Fa parte dell'attività ordinaria la gestione tecnica delle attività di scelta medica effettuata nelle strutture distrettuali. Si è regolarmente provveduto alla gestione dei ricettari del SSN per tutta la ASM distribuendo circa 845 ricettari a tutti i MMG, PLS, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, attraverso l'invio alle rispettive direzioni sanitarie.

Nel 2014 è stato dato impulso alle attività gestionali e formative, attraverso l'organizzazione di numerosi incontri con i MMG inerenti le tematiche dell'appropriatezza prescrittiva e della riduzione delle liste di attesa, della stesura di protocolli operativi di percorso terapeutico riferito ad alcune patologie, in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Matera.

A seguito della costante azione di monitoraggio dei medici di assistenza primaria in ordine alle prescrizioni farmaceutiche ed ambulatoriali, al fine di orientare i comportamenti prescrittori all'interno dei percorsi stabiliti, nella direzione del recupero dell'appropriatezza delle prestazioni, dell'efficacia e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse, sono state inviate ai medici 18 contestazioni che, dopo la valutazione delle controdeduzioni, sono state inviate al Comitato per l'Appropriatezza per i provvedimenti del caso.

Dal mese di settembre 2013 è stata avviata la fase operativa dell'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico che rappresenta un obiettivo prioritario per l'Azienda. Nel 2014 si sono tenuti due incontri in Regione nei quali sono stati tracciati i relativi percorsi di attivazione. Seguendo le procedure concordate sono stati attivati 110 fascicoli da parte di 11 medici.

Con riferimento alla sperimentazione del percorso terapeutico assistenziale, intrapresa in collaborazione tra MMG e medici dell'Azienda, per la riduzione dei ricoveri inappropriati è la presa in carico dei pazienti cronici e pluriricoverati (obiettivo affidato ai medici responsabili di distretto), si rileva quanto segue:

- A Bernalda, sono stati presi in carico 6 pazienti affetti da pluripatologie ai quali sono stati proposti percorsi alternativi al ricovero ospedaliero. Due di questi, frequentemente ospedalizzati, sono stati avviati alle cure domiciliari.
- A Irsina i cittadini presi in carico affetti dalle 3 patologie croniche sono stati in tutto 20 nei confronti dei quali la collaborazione con i medici di base è stata totale.
- A Montescaglioso, si è consolidata la collaborazione con i MMG, PLS, MCA coi quali si sono avuti 5 incontri di gruppo per l'attività di informazione/formazione e con ogni singolo medico si sono consolidate cinque collaborazioni su altrettanti casi specifici.
- A Pomarico e Miglionico si è consolidata la collaborazione con i MMG, i MCA e l'assistente sociale per la presa in carico di quattro pazienti affetti dalle patologie in questione.
- Nelle sedi di Pisticci, Policoro e Stigliano è stata svolta attività di confronto con i MMG e PLS per la implementazione dell'appropriatezza delle cure e dei ricoveri dei pazienti affetti da BPCO, Scompenso cardiaco e Diabete mellito.

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività (confronto attività anno 2013 – 2014) sono riportati nell'all. n. 9.



ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Per tutto il 2014 quest'Azienda ha assicurato il monitoraggio della spesa farmaceutica, attraverso il controllo sistematico del comportamento prescrittivo di ogni singolo medico MMG/PLS.

Nello specifico sono stati forniti i dati di consumo farmaceutico attraverso l'invio trimestrale di apposita reportistica che, elaborata dalla ditta Marno s.r.l., è stata inviata trimestralmente ai MMG e PLS per una autoanalisi delle prescrizioni effettuate in base agli indicatori presenti nei report, quali:

- la spesa annuale attesa in base al tetto di spesa assegnato,
- un confronto tra la quota pro-capite attesa sulla base di quanto assegnato dalla regione Basilicata e quella effettivamente registrata,
- un confronto con le medie di spesa del Distretto di appartenenza e di tutta la ASM,
- la spesa relativa ai farmaci prescritti, con una graduatoria dei principi attivi prescritti,
- gli indicatori valutativi di prescrizione per le categorie di farmaci sottoposte a particolare attenzione dai provvedimenti regionali.

I suddetti reports consentono di individuare il profilo prescrittivo di ciascun medico, con il relativo scostamento percentuale della spesa procapite effettiva rispetto a quella attesa.

Conseguentemente sono stati organizzati audit con i MMG per valutare l'appropriatezza prescrittiva, in collaborazione con l'U.O. Assistenza Primaria, l'U.O. Farmaceutica Territoriale e i Medici dei Distretti, al fine di incentivare comportamenti prescrittivi corretti e appropriati, con particolare riferimento alle categorie di farmaci che incidono in modo significativo sulla spesa (inibitori di pompa protonica, sartani, statine, antibiotici, farmaci per i disturbi dell'apparato respiratorio) e di garantire un minor ricorso al ricovero ospedaliero.

Tali audit hanno rappresentato l'occasione per sensibilizzare i MMG sulla farmacovigilanza e sulla segnalazione spontanea delle reazioni avverse ai farmaci, oltre che sulla necessità di promuovere la terapia del dolore attraverso l'impiego dei farmaci oppiacei il cui utilizzo risulta ancora inadeguato rispetto alle reali esigenze terapeutiche dei pazienti.

Nell'anno 2014 sono pervenute n. 22 schede di segnalazioni di reazioni avverse da farmaci, che sono state esaminate dal dirigente farmacista nella sua veste di Responsabile aziendale di Farmacovigilanza, per verificare la completezza e l'accuratezza delle informazioni contenute, e poi trasmesse al Ministero della Salute attraverso la Rete nazionale.

Si è registrato, quindi, un incremento delle segnalazioni rispetto al 2013, ma si è ancora lontani dal raggiungimento del tasso ottimale (gold standard) fissato dall'OMS in 30 segnalazioni all'anno per 100.000 abitanti e che per la ASM corrisponde a 60 segnalazioni all'anno.

Circa il rispetto, da parte dei medici prescrittori, delle norme ministeriali relative alla prescrivibilità SSN dei farmaci, i dati forniti dal sistema di monitoraggio delle ricette farmaceutiche sono stati correlati ai dati presenti nei piani terapeutici redatti dai medici specialisti. A seguito di tali correlazioni sono state trasferite n. 321 ricette riferite a farmaci prescritti, sulla base di diversi studi ed esperienze, per indicazioni diverse da quella autorizzate (ciproterone, finasteride, tamsulonina, flutamide, acido folico) che, in ogni caso, non possono essere posti a carico del SSN.

Relativamente all'attività ispettiva sulle farmacie, la Commissione ex art. 17 L.R. 54/81 ha effettuato n. 5 visite ispettive nel corso dell'anno 2014.

Con riferimento alle attività di distribuzione in nome e per conto (DPC) delle specialità di cui al PHT regionale, dai dati forniti dalla ditta Marno, nell'anno 2014, risulta che l'incidenza dei farmaci del PHT dispensati dalle farmacie in regime convenzionale, riferita al numero di pezzi, risulta essere dello 1,33%. In realtà, l'incidenza è dello 0,10%, poiché dal report Marno devono essere eliminati quei farmaci (quali ad es. quelli con prezzo inferiore a € 25,00) che, pur essendo classificati come farmaci PHT, sono esclusi dalla DPC in base all'Accordo Regionale approvato con DGR 362/2013 e che, pertanto, devono essere necessariamente dispensati in regime convenzionale.



Risulta, di conseguenza, che la distribuzione in nome e per conto delle specialità del PHT regionale viene praticamente effettuata al 100%, in conformità al target definito dalla Regione Basilicata.

In merito all'obiettivo relativo all'impiego dei farmaci equivalenti, di cui alla lista di trasparenza dell'AIFA, il cui target non deve essere inferiore al 60%, si rappresenta come, su 3.978.926 pezzi totali di farmaci dispensati, quelli relativi ai farmaci equivalenti di cui alla lista di trasparenza dell'AIFA sono 3.028.436, con un'incidenza del 76,12%.

Con riferimento all'obiettivo della corretta attuazione delle disposizioni contenute nella legge 244/2007 in materia di disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci, si fa presente che non sono state evidenziate prescrizioni difformi.

In ordine al raggiungimento dei risultati relativi ai suddetti indicatori si rimanda al successivo paragrafo della presente relazione.

LE ATTIVITA' CONSULTORIALI

Nel 2014 quest'Azienda ha continuato ad occuparsi dei sub progetti rientranti nel Programma operativo finalizzato alla riorganizzazione dei Consultori familiari nel territorio dell' Azienda Sanitaria di Matera".

Tale programma è distinto in 4 sub aree:

- 1) Azioni per ridurre le interruzioni di gravidanza,
- 2) Azioni a sostegno della coniugalità e genitorialità,
- 3) Attivazione servizi per adolescenti e genitori
- 4) Azioni di formazione dell' assistenza multiculturale degli operatori dei consultori.

In particolare i primi 2 sono stati predisposti con la collaborazione tra il Distretto e l'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, il 3° con la collaborazione tra il Distretto e la U.O.C. di Psicologia, mentre il 4° è stato interamente predisposto dal Distretto. La valenza è aziendale (Asl ex 4 e Asl ex 5) per i sub progetti 1, 3 e 4, mentre riguarda solo l' Ambito della Asl ex 5 il sub progetto n° 2.

A tal proposito sono stati avviati i sub progetti 2 e 4 e, parzialmente anche il 3°. Per il 1°, invece, si è provveduto a indire l'Avviso Pubblico per due ginecologi non obiettori (delibera n° 1.340 del 28/11/2014).

Si riportano nell'allegato 10 i dati relativi alle prestazioni erogate nel corso del 2014 dalle sedi consultoriali presenti nella ASM.

Come si può notare dai dati (all.10) riportati nel 2014 vi è stato un incremento complessivo delle prestazioni effettuate dai consultori della ASM, sia nel numero (+14%), sia nella valorizzazione economica (+18%).

Le prestazioni hanno riguardato i servizi di ginecologia (presenti nei Consultori di Matera) e psicologia presenti in tutte le sedi distrettuali, facendo registrare incrementi quasi dappertutto, ad eccezione del Distretto di Pisticci, del Poliambulatorio

Il dettaglio dei risultati raggiunti e il trend delle attività (confronto attività anno 2013 – 2014) sono riportati nell'all. n. 10.

