



Bilancio Sociale 2014



PRESENTAZIONE	5
PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE	6
INTRODUZIONE	7
SEZIONE I - IDENTITA' AZIENDALE.....	11
1.1. IL CONTESTO.....	12
1.1.1. IL CONTESTO TERRITORIALE	12
1.1.2. IL CONTESTO DEMOGRAFICO.....	16
1.1.3. IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO.....	27
1.2. IL PROFILO AZIENDALE.....	34
1.2.1. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO	34
1.2.2. L'OFFERTA AZIENDALE.....	41
1.2.3. LE RISORSE UMANE.....	54
1.2.4. UN GIORNO IN ASM.....	58
SEZIONE II - LE SCELTE E LE AZIONI DI GOVERNO	59
2.1. LE AZIONI SANITARIE.....	60
2.1.1. LA RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE	60
2.2. IL RISANAMENTO DEI CONTI.....	64
2.2.1. DALLA PERDITA DI ESERCIZIO AL PAREGGIO DI BILANCIO	65
2.2.2. IL CAPITALE STRUTTURALE E TECNOLOGICO	73
2.2.3. COSTI PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI	75
SEZIONE III – RELAZIONE SOCIALE.....	83
3.1. I SERVIZI ALLE PERSONE.....	84
3.1.1. L'ASSISTENZA IN OSPEDALE	84
3.1.2. ASSISTENZA SUL TERRITORIO	107
3.1.3. LA PREVENZIONE.....	132
3.2. GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI	144
3.2.1. GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	144
3.2.2. LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI SALUTE	149
3.3. L'ATTENZIONE ALLE PERSONE.....	152
3.3.1. LA CUSTOMER SATISFACTION ED I RECLAMI	152
3.3.2. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	155
3.3.3. ALTRI PROGETTI AZIENDALI	159
3.3.4. L'ATTENZIONE AI DIPENDENTI	161
SEZIONE IV – I PROGRAMMI FUTURI	167
4.1. LE AZIONI FUTURE	168
4.2. IL PIANO STRATEGICO – MATERA SANITÀ 2019	169

PRESENTAZIONE



Pisticci – Dirupo e Terravecchia di notte



Bernalda – Tavole Palatine di Metaponto

Bilancio
 Sociale
 2014



Scanzano - Spiaggia



Policoro – Castello



Montalbano – Porta Centro Storico

PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE



La pubblicazione del secondo bilancio sociale della ASM, risponde all'esigenza di "dare conto" ai cittadini, in primis, ed a tutti gli stakeholders di riferimento, su ciò che fa l'Azienda, la sua organizzazione, l'offerta di servizi, le attività erogate, i costi sostenuti, gli obiettivi assegnati ed i risultati raggiunti.

Lo scopo è quello di fornire una visione a 360 gradi dell'Azienda più importante di tutta la provincia materana, per fatturato, per numero di dipendenti e soprattutto per la complessità e la delicatezza del suo core business, quello sanitario, destinato ad incontrare, in fasi e momenti diversi, la vita di ciascuno di noi.

La rendicontazione sociale delle scelte fatte, delle azioni realizzate, delle risorse impiegate, dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, rappresenta la maggiore garanzia di trasparenza, responsabilità e legittimazione sociale, rendendo accessibile e valutabile l'operato dell'amministrazione da

chiunque ne sia, a qualunque titolo, portatore d'interesse.

Bilancio
Sociale
2014

Nonostante il momento congiunturale difficile, la nostra Azienda, grazie all'impegno ed agli sforzi profusi da tutto il personale, nel 2014 è riuscita a raggiungere importanti risultati, sia sotto il profilo assistenziale, fornendo risposte adeguate ai bisogni di salute espressi dalla popolazione, sia sotto il profilo economico, raggiungendo per il secondo anno consecutivo il pareggio di bilancio.

Tali risultati sono stati il frutto di una rigorosa azione di risanamento, avviata a partire dal 2012, che ha consentito di azzerare, in soli due anni, un deficit strutturale, pari mediamente a 20 milioni annui, che aveva gravato storicamente sulla gestione dell'ASM fino al 2011.

La razionalizzazione dei costi promossa dall'Azienda, lungi dal perseguimento di una logica di tagli lineari, è stata condotta in un'ottica e secondo una prospettiva che ha sempre posto al centro del sistema il cittadino ed i suoi bisogni, selezionando i settori e le aree di intervento, alla costante ricerca dell'innalzamento dei livelli di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

I suddetti interventi, concentrati prevalentemente sui settori non a diretto impatto sanitario, hanno consentito di contenere i costi senza intaccare i livelli quali-quantitativi assistenziali, senza, cioè, determinare una reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, si è sostanzialmente mantenuta sugli stessi livelli dell'anno precedente, risultando, rispetto a quest'ultimo, maggiormente qualificata sotto il profilo della congruità delle modalità operative e dei setting assistenziali adoperati.

Questa Direzione intende confermare nell'immediato futuro il proprio impegno a proseguire il percorso virtuoso già intrapreso nell'ultimo triennio, in una prospettiva volta, da una parte, al mantenimento delle condizioni di sostenibilità, e dall'altra all'avvio di processi di sviluppo e di crescita dell'intero sistema, secondo una visione comunque di salvaguardia e di innalzamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'auspicio, sottostante alla pubblicazione del presente bilancio sociale, è quello di favorire la conoscenza della Sanità nella provincia di Matera, nella assoluta convinzione che il suo valore, la qualità dei servizi offerti, la capacità degli operatori, siano tanto più apprezzati, quanto più conosciuti.

Il Direttore Generale
Dott. Pietro Quinto

INTRODUZIONE



Garaguso – Veduta



Oliveto Lucano – Panorama

Bilancio
Sociale
2014



Calciano – Veduta



Accettura – Panorama



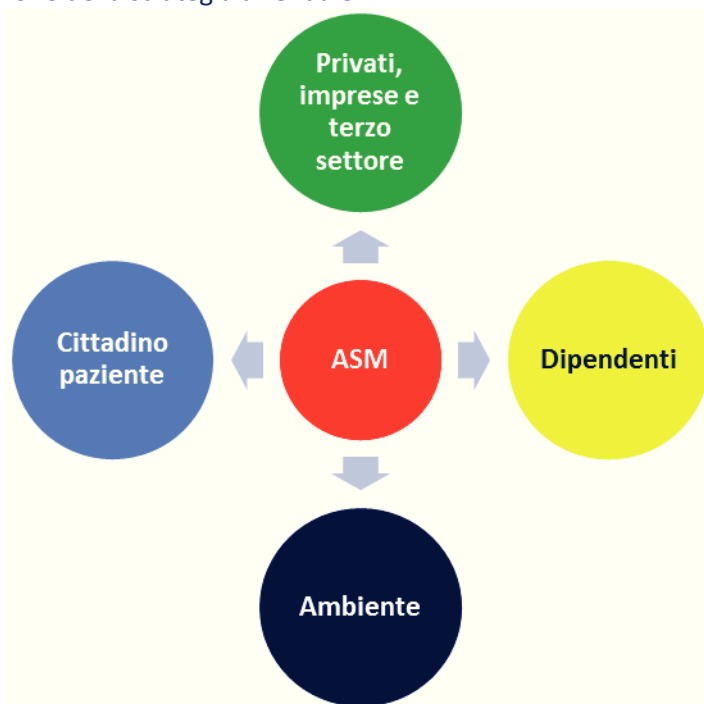
San Mauro Forte – Castello

Il Bilancio Sociale costituisce lo strumento d'elezione, attraverso cui l'Azienda comunica ai diversi portatori di interesse, in modo trasparente ed accessibile a tutti, le scelte strategiche e le politiche che hanno orientato l'allocazione e l'uso delle risorse, e soprattutto i risultati e gli effetti prodotti da tali azioni rispetto al territorio ed alla comunità di riferimento.

Attraverso il Bilancio Sociale l'Azienda intende assolvere a tre obiettivi prioritari:

- obiettivo comunicativo: connesso con la finalità fondamentale di render conto ai propri stakeholder del grado di soddisfacimento delle aspettative che essi hanno nei confronti dell'amministrazione;
- obiettivo organizzativo, in quanto la redazione del bilancio sociale impone un processo di riflessione critica sul proprio modo di essere e di operare, che porta ad individuare le proprie criticità e ad innescare iniziative idonee al loro;
- obiettivo relazionale, nella misura in cui il bilancio sociale sia utilizzato quale strumento effettivo di dialogo con i propri stakeholder, sia nella individuazione dei problemi che nella formulazione delle proposte di miglioramento.

Il presente Bilancio Sociale è stato concepito e realizzato con l'obiettivo di presidiare le prospettive dei vari portatori di interesse che interagiscono con l'Azienda, sintetizzati nel successivo grafico, sforzandosi di far emergere le informazioni più rilevanti per ciascuna categoria, di evidenziare quali sono le aree in cui l'azienda produce valore per i portatori di interesse e quale è il livello di attuazione della strategia aziendale.



L'impianto strutturale sottostante l'elaborazione del presente documento ha privilegiato la prospettiva del cittadino – paziente, concentrandosi sulle dimensioni che l'Azienda deve presidiare per produrre valore per il cittadino – paziente.

In tal senso è stata dedicata particolare attenzione alle informazioni riguardanti la sicurezza e qualità clinica delle prestazioni, la presa in carico e la continuità assistenziale, l'efficienza organizzativa e la qualità percepita, i progetti strategici di interesse per i cittadini.

A tal riguardo sono state condotte analisi specifiche per i tassi di mortalità, distinti per causa di morte, per i volumi di prestazioni ospedaliere, per i tempi di attesa, per la qualità percepita dai pazienti, con l'evidenziazione degli esiti della customer satisfaction.

Coerentemente alle finalità cui è preposto, il bilancio sociale si articola in 4 sezioni principali:

1. l'identità aziendale: questa prima parte contiene la presentazione dell'Azienda; in particolare, viene descritto il contesto territoriale, il contesto demografico, il contesto epidemiologico, viene illustrato l'assetto istituzionale ed organizzativo, la missione, la visione, i valori di riferimento, gli obiettivi gestionali, oltre all'analisi delle risorse umane. La sezione si chiude con un quadro sinottico che sintetizza le attività effettuate mediamente in una giornata qualunque presso l'ASM;
2. le scelte e le azioni di governo: in questa sezione vengono indicate le principali scelte strategiche e le azioni perseguite dall'Azienda, sia sotto il profilo delle politiche sanitarie, sia sotto il profilo delle dinamiche economiche, illustrando la strategia di risanamento perseguita, con gli interventi posti in essere ed i risultati ottenuti. In questa sezione, sono descritte le fonti di finanziamento, l'impiego delle stesse per lo svolgimento dell'attività e l'analisi dei risultati raggiunti;
3. la relazione sociale: questa sezione, che risulta essere la più consistente, descrive con informazioni sia qualitative che quantitative, le attività e le prestazioni erogate dall'Azienda in ambito sanitario, articolate per singola macro area assistenziale, con l'analisi del trend degli ultimi anni. Tale sezione, inoltre, illustra gli obiettivi assegnati dalla programmazione regionale, evidenziando il grado di raggiungimento degli stessi. Infine in questa sezione è riportata l'analisi del sistema di valutazione della performance aziendale, con una prima rilevazione di indicatori elaborati per misurare gli esiti delle politiche sanitarie intraprese sulla salute della popolazione;
4. la pianificazione futura: in tale sezione sono esplicitate le strategie che l'azienda intende perseguire per il prossimo futuro, con le azioni da porre in essere in una prospettiva di miglioramento quali-quantitativo dei livelli di assistenza da garantire alla popolazione.

Il Bilancio Sociale 2014 dell'ASM è stato redatto partendo dai flussi informativi e dalle principali relazioni periodiche aziendali integrate da altri documenti/relazioni predisposti dall'U.O. Pianificazione e Controllo di Gestione.

Questa edizione si riferisce all'anno 2014, tuttavia, essendo stata realizzata nei primi mesi del 2015, in tutti quei casi alcuni casi di indisponibilità di dati relativi al periodo in oggetto, sono stati riportati i dati riferiti agli anni precedenti.

La predisposizione del Bilancio Sociale dell'ASM è stata curata dal Gruppo di Lavoro istituito con Deliberazione aziendale n. 222/2015.

Tutti i dati e le informazioni contenute nel presente documento sono disponibili presso l'U.O. Pianificazione e Controllo di Gestione dell'ASM.

SEZIONE I - IDENTITA' AZIENDALE



Grassano – Panorama



Grottole – Veduta

Bilancio
Sociale
2014



Pomarico - Scorcio



Miglionico – Castello



Scultura di Sant'Eufemia di Andrea Mantegna, presso Cattedrale di Irsina

1.1. IL CONTESTO

1.1.1. IL CONTESTO TERRITORIALE

L'ASM, Azienda Sanitaria Locale di Matera opera su un territorio esteso 3.446 kmq coincidente con la provincia di Matera, con una popolazione complessiva di 201.133 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 della L.R. n. 12/2008.

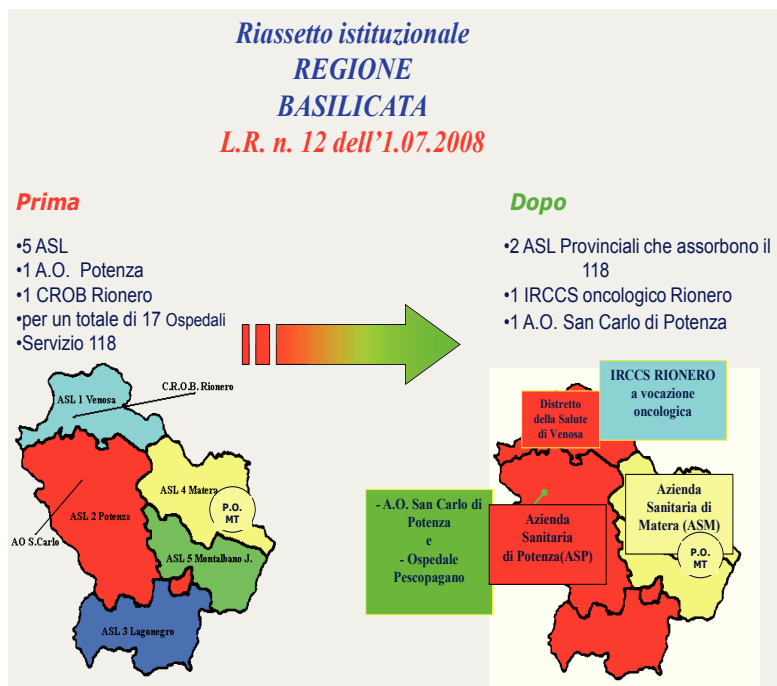


Grafico 1.1. - Le Aziende Sanitarie lucane prima e dopo la L.R.12

Il territorio della ASM, confina a Nord con la Puglia (Provincia di Bari e Provincia di Taranto), ad Ovest con la provincia di Potenza, a Sud con la Calabria (Provincia di Cosenza), geograficamente comprende una grande parte collinare (Collina materana) ed una piccola parte pianeggiante (Metapontino).

Nello specifico, 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 quelli elementi storico-geografici che possano definire e rappresentare lo spazio fisico della provincia materana attraverso ambiti omogenei.

Grafico 1.2. – Il territorio dell'Azienda Sanitaria di Matera



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

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

A occidente si estende la zona montuosa formata dalle propaggini 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 materana.

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 si attesta su un valore inferiore a 60 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia. Nella classifica delle 110 provincie territoriali italiane ordinate per densità di popolazione, la provincia di Matera si posiziona al 99° posto.

In particolare la popolazione della provincia di Matera, pari come detto a 201.133 abitanti, comprende il 35% circa 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.

La bassa densità della popolazione unitamente alla non favorevole conformazione geografica, costituiscono 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 provincie 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 201.133 abitanti, comprende il 35% circa 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'ASM 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 58 abitanti per kmq, leggermente superiore al valore medio regionale.

La Tabella n. 1, evidenzia, per singolo Comune del comprensorio di questa ASL, la superficie in kmq, l'altitudine in metri sopra il livello del mare, la distanza dal capoluogo di Provincia misurata in km, il numero della popolazione residente al 31/12/2012, e la densità per kmq.

Tabella 1.1. – Territorio aziendale

COMUNI	POPOLAZIONE abitanti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Altitudine m s.l.m.
MATERA	60.009	388,14	154,2	401
Pisticci	17.386	231,39	74,9	364
Policoro	16.327	67,31	237,9	25
Bernalda	12.350	126,72	97,1	126
Montescaglioso	10.092	173,26	58,2	352
Ferrandina	8.927	215,55	41,5	497
Montalbano Jonico	7.417	132,94	55,8	288
Scanzano Jonico	7.180	71,5	100,4	21
Nova Siri	6.689	52,1	126,7	355
Tricarico	5.605	176,93	32,0	698
Grassano	5.293	41,08	131,3	576
Tursi	5.147	156,05	33,0	210
Irsina	5.038	262,21	19,4	548
Stigliano	4.590	209,96	22,2	909
Pomarico	4.207	128,74	33,0	454
Salandra	2.887	77,09	37,9	552
Rotondella	2.650	76,9	35,0	576

Miglionico	2.517	88,92	28,6	461
Grottole	2.327	115,88	20,4	482
Accettura	1.945	89,27	22,2	770
San Mauro Forte	1.648	86,89	19,6	540
Valsinni	1.612	31,97	51,0	250
Colobraro	1.334	65,93	20,4	630
San Giorgio Lucano	1.269	38,94	32,8	416
Garaguso	1.108	38,58	29,4	492
Aliano	1.063	96,29	11,2	555
Gorgoglione	1.019	34,22	30,7	800
Calciano	786	48,68	16,4	420
Craco	760	76,28	10,1	391
Oliveto Lucano	479	31,47	15,4	546
Cirigliano	351	14,93	23,8	656
TOTALE	200.012	3.446,12	58,1	

Al fine di consentire un raffronto omogeneo con la realtà territoriale dell'altra Azienda Sanitaria Provinciale della Regione Basilicata, si riportano, nella seguente Tabella n. 2, i dati relativi alla popolazione al 31/12/2013, alla superficie e alla densità degli abitanti per kmq, distinti per singola ASL.

Tabella 1.2 .– Raffronto con le altre Aziende Sanitarie Regionali

AZIENDA SANITARIA	Popolazione al 31.12.2013	%	Superficie Kmq	%	Densità Ab/kmq
ASP POTENZA	377.258	65%	6.548,49	66%	57,6
ASM MATERA	201.133	35%	3.446,12	34%	58,4
REGIONE BASILICATA	578.391	100%	9.994,61	15%	57,9

Dai dati sopra riportati si evince come la popolazione dell'ASM di Matera è poco più di un terzo di quella regionale, con una densità di abitanti per kmq di poco superiore a quella media regionale. Policoro è il comune più densamente popolato (237,9 abitanti/kmq) della provincia di Matera ed il terzo di tutta la Basilicata, dopo Potenza e Rionero in Vulture.

Matera, con 388,14 kmq, è il comune con estensione maggiore del territorio comunale.

Cirigliano è il comune più piccolo per dimensione (14,93 kmq) della provincia di Matera ed il terzo in Regione Basilicata, preceduto da Campomaggiore e Ginestra.

1.1.2. IL CONTESTO DEMOGRAFICO

Nel complesso la popolazione della Provincia di Matera al 01/01/2014 fa registrare un incremento di 1.121 unità, pari al +0,6%, rispetto all'anno precedente, derivante fondamentalmente dalla compensazione tra un saldo naturale negativo (nati – morti), pari a -383, ed un saldo migratorio positivo (iscritti – cancellati), pari a +1.624.

Nello specifico i Comuni che hanno evidenziato un saldo totale positivo sono nell'ordine Policoro (+695), Matera (+547), Scanzano (+216), Bernalda (+133), Rotondella (+58), Pomarico (+19), Novasiri (+12), Craco (+8); tutti gli altri comuni fanno registrare saldi negativi.

Dall'analisi tabellare e grafica si evince che il Comune col maggior numero di abitanti è Matera (30% della popolazione totale della ASL), seguito nell'ordine da Pisticci (9%), Policoro (8%), Bernalda (6%), Montescaglioso (5%) e via via tutti gli altri; i 5 Comuni suddetti rappresentano quasi il 60% dell'intera popolazione residente nel comprensorio dell'ASM, la rimanente parte è frazionata negli altri 26 comuni della provincia di Matera.

Il Comune più piccolo è Cirigliano con 350 abitanti (è il secondo comune più piccolo per numero di abitanti della Regione Basilicata, preceduto da San Paolo Albanese), seguito da Oliveto Lucano con 476, Craco con 768 e Calciano con 773 abitanti; tutti gli altri Comuni hanno comunque una popolazione superiore ai mille abitanti.

Nel 2013 il numero complessivo dei nati nella provincia di Matera è stato pari a 1.523 unità, con una riduzione di 58 neonati, pari al -4% rispetto all'anno precedente.

Nel 2013 il numero complessivo dei deceduti nella provincia di Matera è stato pari a 1.906 unità, con una riduzione di 26 unità, pari al -1% rispetto all'anno precedente.

Complessivamente nel 2013 si è registrato un numero maggiore di decessi rispetto alle nascite pari a circa 383 unità, mentre con riferimento al saldo migratorio, complessivamente il numero degli immigrati è stato maggiore di 1.624 unità, con l'effetto finale di un incremento della popolazione rispetto all'anno precedente pari a 1.121 persone, pari al +0,6%.

Grafico 1.3 – Piramide della popolazione della ASM per classi di età e sesso al 31.12.2013

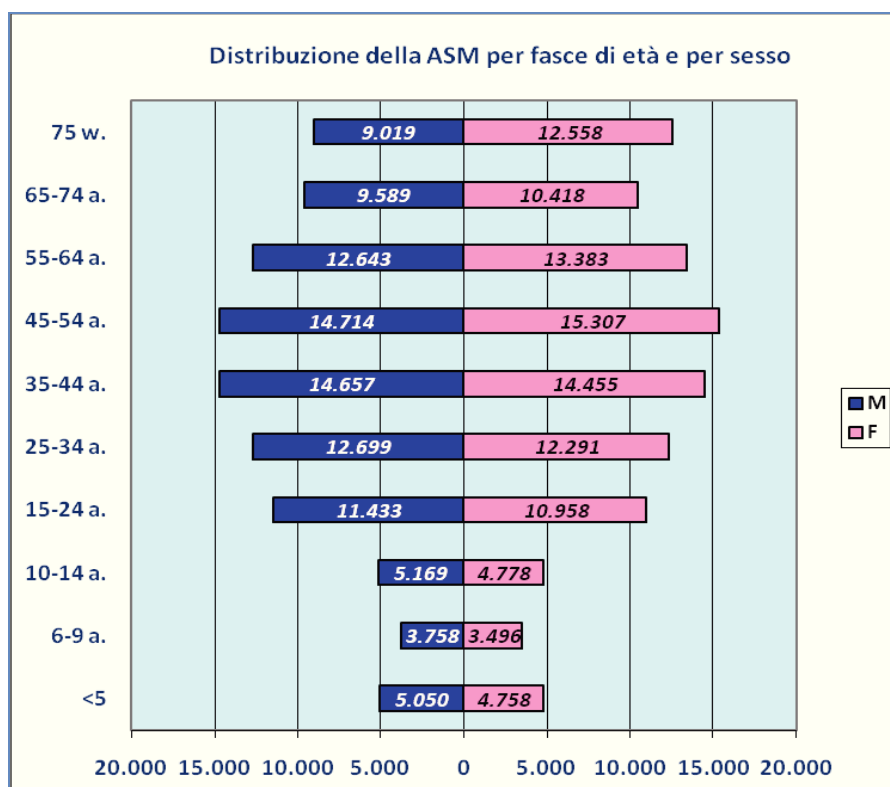


Tabella 1.3. – Popolazione della ASM suddivisa per fasce di età al 31.12.2013

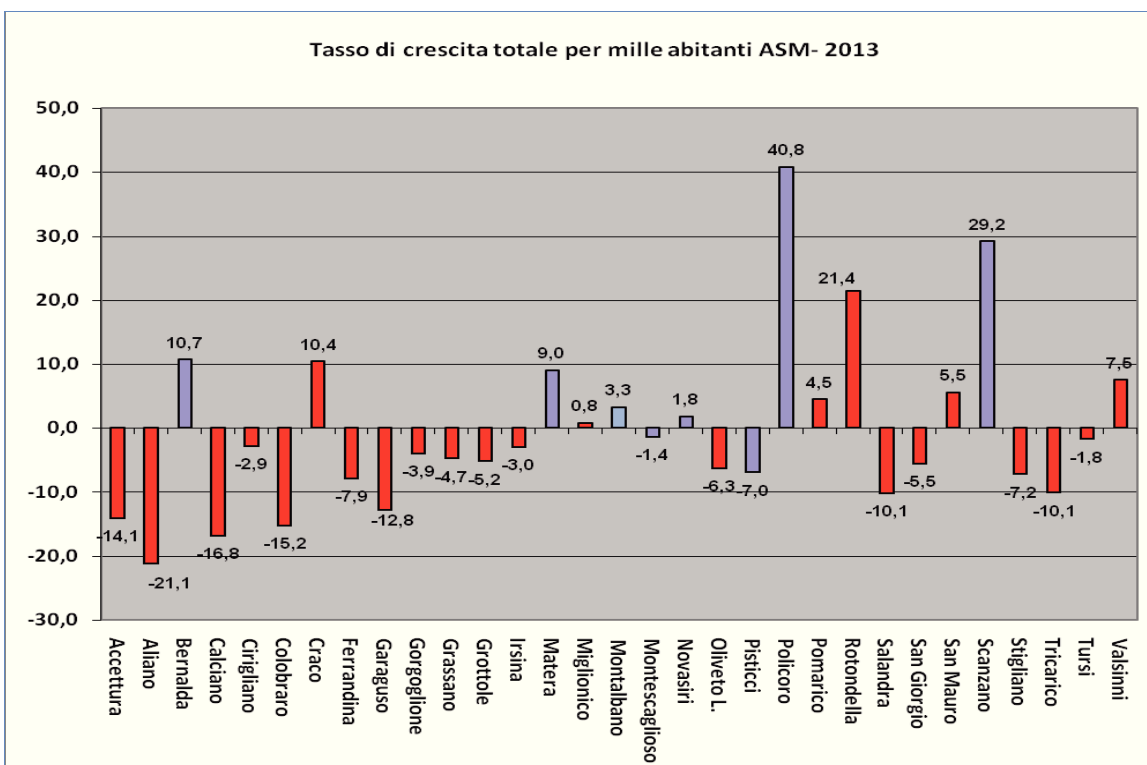
Comune	< 5	6-9 a.	10-14 a.	15-24 a.	25-34 a.	35-44 a.	45-54 a.	55-64 a.	65-74 a.	75 w	Totale
Accettura	73	60	82	205	222	260	266	224	189	337	1.918
Aliano	32	32	33	111	101	114	134	143	126	215	1.041
Bernalda	696	529	592	1.321	1.700	1.991	1.760	1.566	1.274	1.054	12.483
Calciano	29	16	31	72	94	86	114	109	86	136	773
Cirigliano	9	6	9	24	37	44	59	49	33	80	350
Colobraro	42	43	50	140	151	170	186	168	144	220	1.314
Craco	41	34	42	95	91	96	107	90	84	88	768
Ferrandina	384	311	438	984	1.081	1.252	1.389	1.119	944	955	8.857
Garaguso	61	55	71	111	142	143	160	114	91	146	1.094
Gorgoglione	38	30	41	115	114	123	153	119	105	177	1.015
Grassano	265	212	281	605	634	679	752	665	543	632	5.268
Grottole	87	87	121	241	288	334	317	338	234	268	2.315
Irsina	199	173	278	561	544	655	718	580	574	741	5.023
Matera	3.225	2.337	3.110	6.395	7.282	9.403	9.070	7.915	5.936	5.883	60.556
Miglionico	101	100	108	286	328	372	335	367	260	262	2.519
Montalbano	315	249	324	851	906	999	1.174	975	722	867	7.382
Montescaglioso	507	352	566	1.246	1.185	1.446	1.498	1.179	993	1.106	10.078
Novasiri	350	255	313	832	785	962	1.109	828	606	661	6.701
Oliveto	14	12	11	28	53	72	60	54	79	93	476
Pisticci	902	632	883	1.900	2.255	2.505	2.447	2.243	1.782	1.717	17.266
Policoro	890	623	892	2.051	2.406	2.646	2.706	2.091	1.501	1.216	17.022
Pomarico	181	145	204	476	507	541	627	617	395	533	4.226
Rotondella	94	58	109	311	332	355	429	340	275	405	2.708
Salandra	125	99	125	335	360	405	387	397	306	319	2.858
Sangiorgio	40	30	41	115	126	136	184	182	148	260	1.262
Sanmauro	59	32	59	157	202	201	235	218	183	282	1.628
Scanzano	418	294	417	899	1.052	1.041	1.138	971	604	562	7.396
Stigliano	123	99	153	484	511	491	677	683	553	783	4.557
Tricarico	198	164	265	638	666	672	837	783	524	802	5.549
Tursi	239	148	237	622	648	719	746	680	560	539	5.138
Valsinni	71	37	61	180	187	199	247	219	153	238	1.592
Totale	9.808	7.254	9.947	22.391	24.990	29.112	30.021	26.026	20.007	21.577	201.133

Il rapporto complessivo tra la popolazione femminile e quella maschile della provincia di Matera è di 51% a 49%, si registra una prevalenza del sesso maschile nelle fasce di età ricomprese tra 0 e 44 anni, mentre per tutte quelle successive da 45 in poi c'è una prevalenza del sesso femminile.

Tabella n. 1.4. – Trend indicatori demografici (rapporto per 1000 abitanti) Anni 2012 - 2013

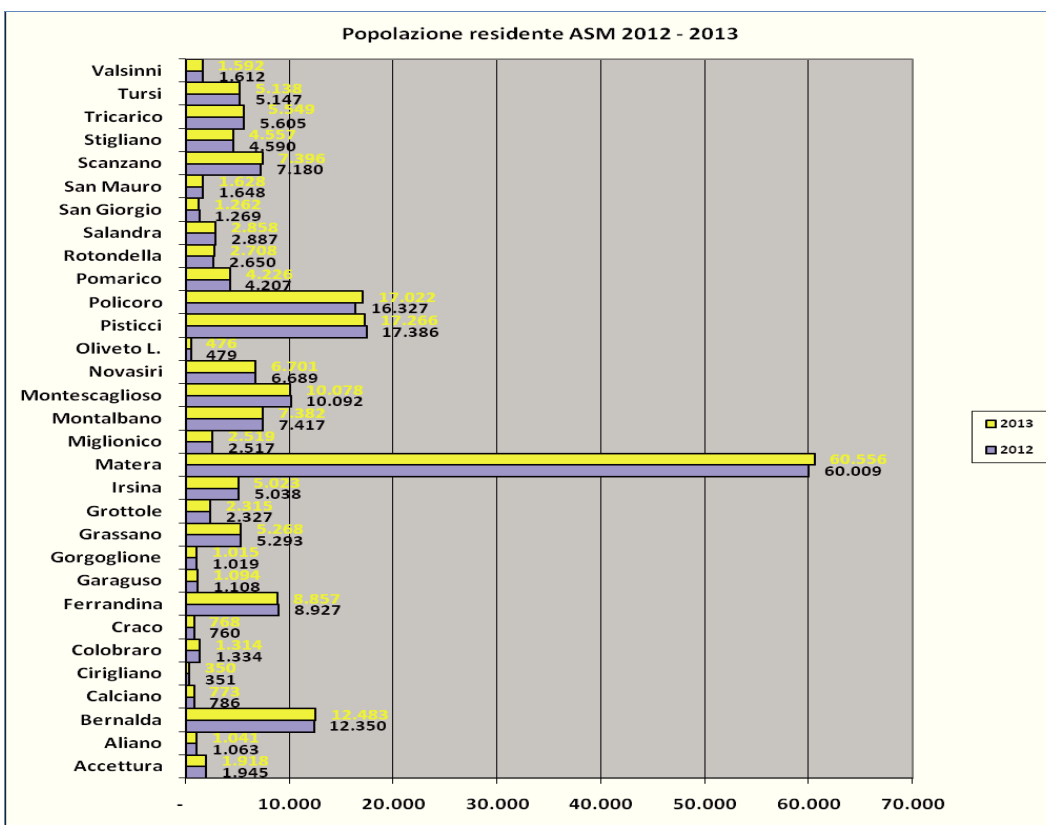
Comuni	Popolazione residente			Indice di natalità			Indice di mortalità			Tasso di crescita naturale		
	2012	2013	Δ%	2012	2013	Δ%	2012	2013	Δ%	2012	2013	Δ%
Accettura	1.945	1.918	-1%	6,1	6,3	3%	14,3	14,1	-2%	-8,2	-7,8	-5%
Aliano	1.063	1.041	-2%	7,5	5,8	-23%	21,5	18,3	-15%	-14,0	-12,5	-11%
Bernalda	12.350	2.483	1%	9,0	8,1	-10%	8,5	8,7	2%	0,5	-0,6	-212%
Calciano	786	773	-2%	3,8	7,8	104%	13,0	16,8	29%	-9,2	-9,1	-2%
Cirigliano	351	350	0%	5,7	2,9	-50%	31,2	28,6	-8%	-25,5	-25,7	1%
Colobraro	1.334	1.314	-1%	3,7	1,5	-59%	17,9	18,3	2%	-14,2	-16,7	18%
Craco	760	768	1%	2,6	13,0	401%	14,4	11,7	-19%	-11,8	1,3	-111%
Ferrandina	8.927	8.857	-1%	8,4	6,4	-23%	8,6	9,7	13%	-0,2	-3,3	1537%
Garaguso	1.108	1.094	-1%	4,5	7,3	63%	16,1	11,9	-26%	-11,6	-4,6	-61%
Gorgoglione	1.019	1.015	0%	13,5	2,0	-85%	21,3	17,7	-17%	-7,8	-15,8	102%
Grassano	5.293	5.268	0%	7,7	7,6	-1%	11,0	11,8	7%	-3,3	-4,2	27%
Grottole	2.327	2.315	-1%	3,8	6,9	82%	11,5	12,5	9%	-7,7	-5,6	-27%
Irsina	5.038	5.023	0%	5,7	6,2	8%	12,9	11,3	-12%	-7,2	-5,2	-28%
Matera	60.009	60.556	1%	8,4	8,1	-3%	7,5	7,9	6%	0,9	0,2	-78%
Miglionico	2.517	2.519	0%	4,7	5,2	10%	10,7	9,9	-7%	-6,0	-4,8	-21%
Montalbano	7.417	7.382	0%	10,1	6,4	-37%	10,7	8,9	-16%	-0,6	-2,6	329%
Montescaglio	10.092	10.078	0%	7,7	8,2	7%	9,1	10,1	11%	-1,4	-1,9	35%
Novasiri	6.689	6.701	0%	8,6	9,3	8%	6,5	9,1	40%	2,1	0,1	-93%
Oliveto L.	479	476	-1%	2,1	2,1	0%	14,5	18,9	30%	-12,4	-16,8	36%
Pisticci	17.386	17.266	-1%	8,3	7,5	-9%	10,8	10,8	0%	-2,5	-3,2	30%
Policoro	16.327	17.022	4%	9,0	8,3	-7%	7,2	5,8	-19%	1,8	2,5	40%
Pomarico	4.207	4.226	0%	7,1	7,3	3%	10,7	9,9	-7%	-3,6	-2,6	-28%
Rotondella	2.650	2.708	2%	6,0	5,2	-14%	17,2	9,2	-46%	-11,2	-4,1	-64%
Salandra	2.887	2.858	-1%	5,9	7,0	19%	11,4	9,4	-17%	-5,5	-2,4	-55%
San Giorgio	1.269	1.262	-1%	5,5	6,3	15%	14,1	15,8	12%	-8,6	-9,5	11%
San Mauro	1.648	1.628	-1%	7,8	4,3	-45%	20,3	14,1	-30%	-12,5	-9,8	-21%
Scanzano	7.180	7.396	3%	10,4	10,0	-4%	6,4	7,3	14%	4,0	2,7	-32%
Stigliano	4.590	4.557	-1%	4,1	3,3	-20%	14,7	16,2	10%	-10,6	-12,9	22%
Tricarico	5.605	5.549	-1%	3,7	6,5	75%	14,6	11,5	-21%	-10,9	-5,0	-54%
Tursi	5.147	5.138	0%	8,0	8,6	7%	9,7	7,8	-20%	-1,7	0,8	-146%
Valsinni	1.612	1.592	-1%	7,4	7,5	2%	17,3	21,4	23%	-9,9	-13,8	40%
TOTALE	200.012	201.133	1%	7,9	7,6	-4%	9,7	9,5	-2%	-1,8	-1,9	6%

Grafico 1.4. – Saldo totale di crescita della popolazione – Anno 2013



Bilancio
Sociale
2014

Grafico 1.5. - Trend popolazione residente in ASM. Anni 2012 – 2013



Nel complesso la popolazione residente nella Provincia di Matera nel 2013 ha fatto registrare rispetto all'anno precedente un modesto decremento, nell'ordine dell' 1%, pari a 1.121 unità, che è la risultante delle dinamiche di aumento o di decremento che hanno interessato i vari comuni.

Grafico 1.6. – Trend indice di natalità (per mille abitanti)- Anni 2012 – 2013

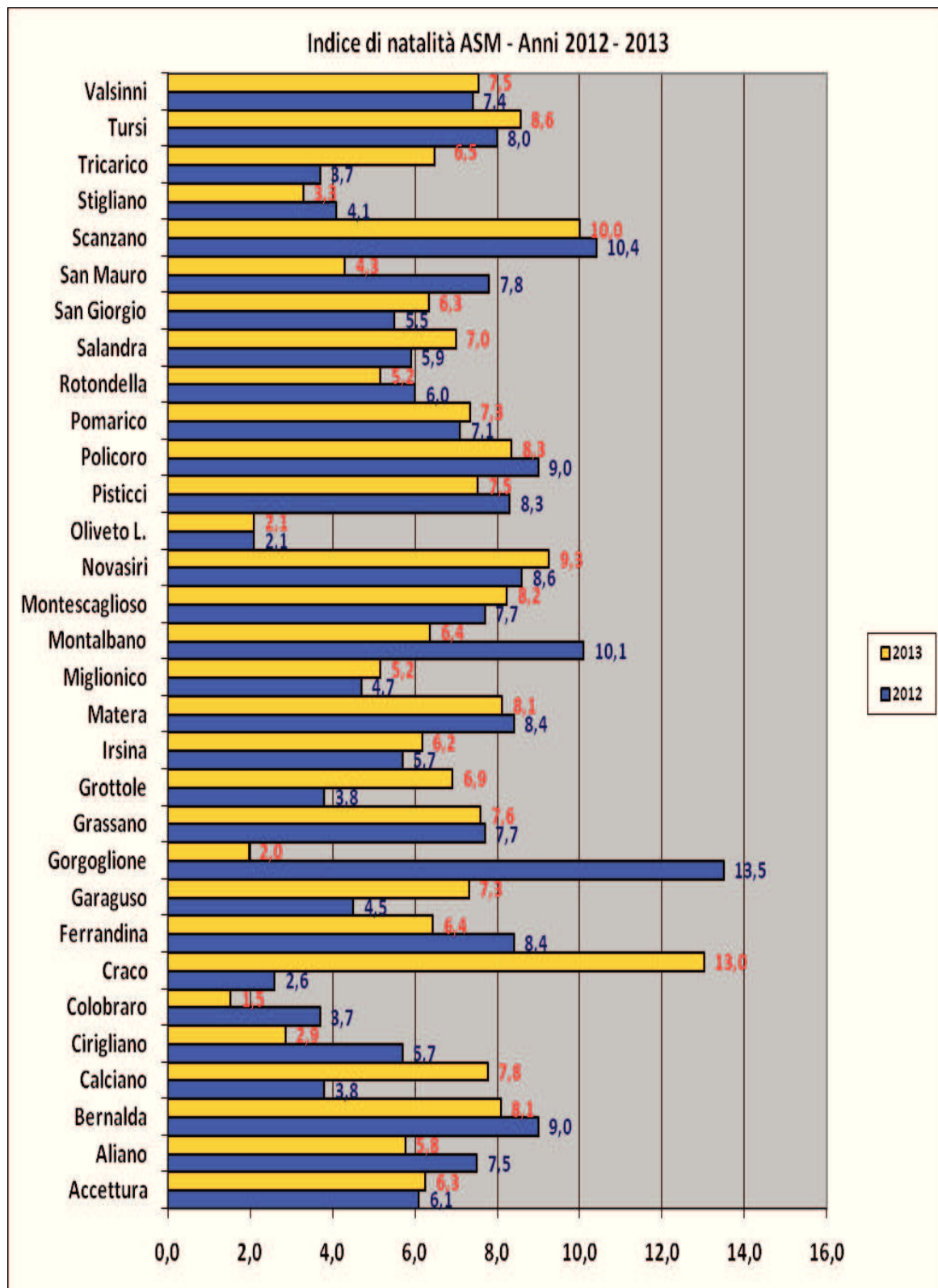
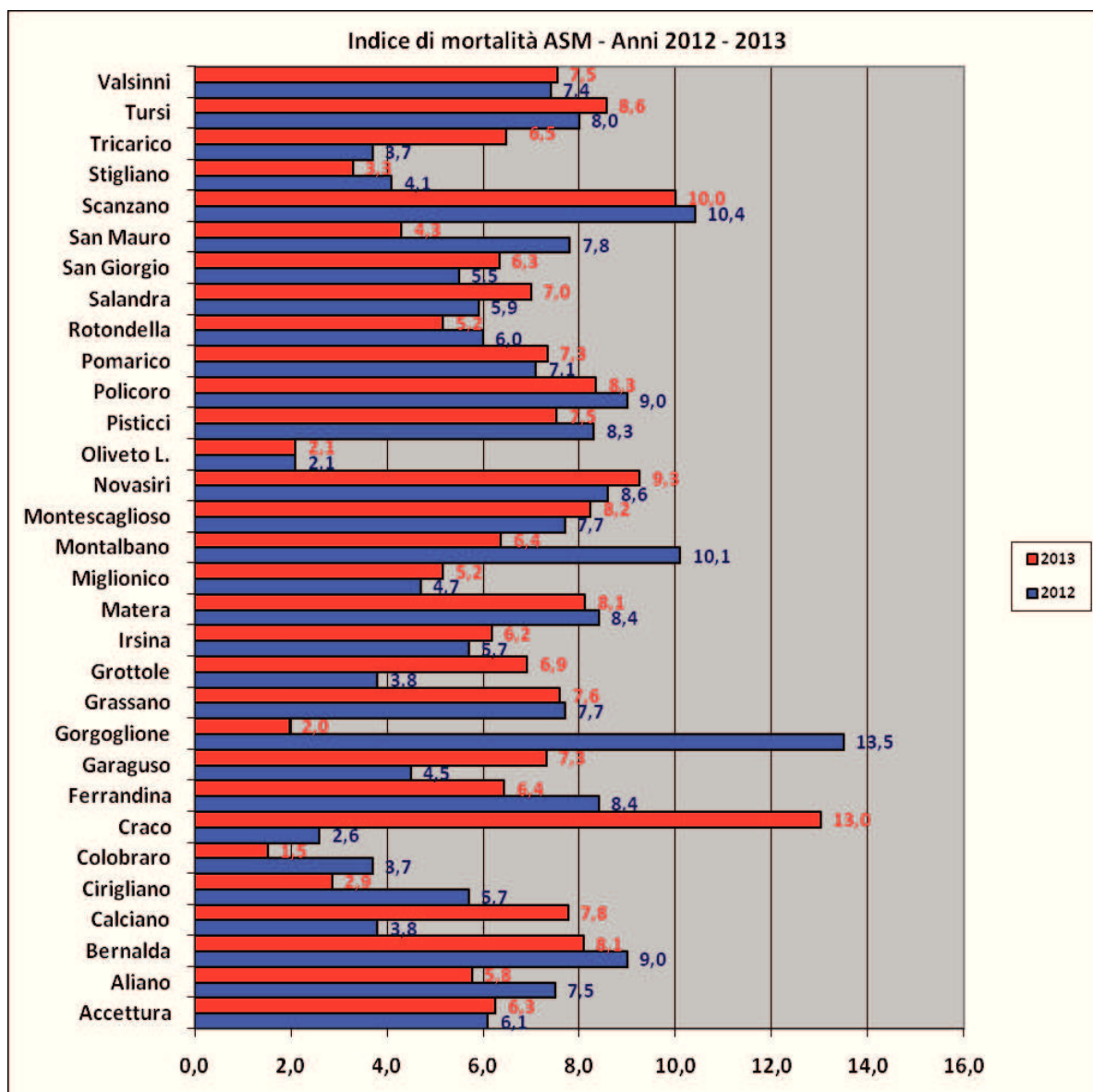


Grafico 1.7. – Indice di mortalità (per mille abitanti) ASM – Anni 2012 – 2013



Bilancio
Sociale
2014

I dati riportati nei grafici 1.6 e 1.7 evidenziano che:

- Il *tasso di natalità* (rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per mille) fatto registrare dalla ASM di Matera nel 2013, pari a 7,6‰, in lieve calo rispetto all'anno precedente (7,9‰), risulta al di sotto sia del valore medio del Mezzogiorno (8,49‰) sia del valore medio nazionale (8,46‰), mentre è superiore alla media della Regione Basilicata (7,1‰).

Tra i Comuni con popolazione > 5000 abitanti, Irsina è il primo comune della provincia di Matera con il più basso indice di natalità (6,2‰), in aumento dell'8% rispetto al 2012, segue il comune di Ferrandina con un indice di natalità pari a 6,4‰, in riduzione del -23% rispetto al 2012. Ad eccezione dei Comuni di Colobraro (1,5‰), Gorgoglione (2‰), Oliveto (2,1‰), Cirigliano (2,9‰), Stigliano (3,3‰) e San Mauro (4,3‰), tutti gli altri comuni della provincia di Matera nel 2013 hanno fatto registrare indici di natalità superiori al 5‰.

Tra i Comuni con popolazione > 5000 abitanti, Scanzano Jonico si conferma anche per il 2013 il primo comune con il più alto tasso di natalità (10‰) in riduzione del -4% rispetto al 2012, seguito da Novasiri (9,3‰) in aumento del +8% rispetto al 2012 e da Tursi (8,6‰) in aumento del +7% rispetto al 2012.

- Il *tasso di mortalità* (rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per mille), pari per il 2013 a 9,5‰, in leggero calo rispetto all'anno precedente (9,7‰) è risultato inferiore sia alla media italiana (9,9‰), sia a quella regionale (10,3‰), mentre è risultato superiore al valore medio del Mezzogiorno (9,2‰).

Policoro è il primo comune della provincia di Matera con il più basso indice di mortalità (5,8‰), in calo del -19% rispetto al 2012, segue, tra i Comuni con popolazione > 5000 abitanti, il comune di Scanzano con un indice di mortalità pari a 7,3‰, in aumento del +14% rispetto al 2012.

Tra i Comuni con popolazione > 5000 abitanti, Grassano è per il 2013 il primo comune con il più alto tasso di mortalità (11,8‰) in aumento del +7% rispetto al 2012, seguito da Tricarico (11,5‰) in calo del -21% rispetto al 2012 e da Irsina (11,3‰) in calo del -12% rispetto al 2012. Considerando tutti i Comuni della provincia di Matera, quello con il più alto tasso di mortalità si è confermato anche per il 2013 Cirigliano con un valore pari a 28,6‰, sia pure in calo del -8% rispetto al 2012; altro comune che ha fatto registrare un tasso di mortalità superiore a 20‰ è stato Valsinni con un valore pari a 21,4‰, con un aumento del 23% rispetto al 2012.

- Il *tasso di crescita naturale* della popolazione della provincia di Matera (differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità) nell'anno 2013 risulta negativo, con un valore pari a -1,9‰, superiore all'anno precedente (-1,8‰), superiore alla media del mezzogiorno (-0,7‰) ed alla media nazionale (-1,4‰), ma più basso rispetto alla media regionale (-3,2‰).

La crescita naturale della popolazione nel 2013 si rileva solo per i Comuni Scanzano (+2,7‰), di Policoro (+2,5‰), di Craco (+1,3‰), Tursi (+0,8‰), Matera (0,2‰) e Novasiri (0,1‰), mentre risulta negativa per tutti gli altri Comuni del comprensorio a conferma del maggior numero di morti verificatesi rispetto alle nascite.

- Il *tasso migratorio* (rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e la popolazione residente, moltiplicato per mille) nel 2013 è stato pari a +7,5‰, evidenziando un notevole incremento rispetto all'anno precedente (+368,8‰), risultando superiore alla media regionale (+7,2‰), mentre è notevolmente inferiore al valore medio del Mezzogiorno (+13,9‰) e soprattutto alla media nazionale (+19,5‰).

Policoro è il Comune della provincia di Matera con il più alto tasso migratorio pari a 38,3‰, seguito da Scanzano con un tasso migratorio pari a 26,5‰. I comuni di Accettura, Aliano, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Pisticci, Salandra, Tricarico e Tursi presentano un tasso migratorio negativo, in tutti gli altri comuni della Provincia di Matera si registra invece un valore positivo.

- Il *tasso di crescita totale* (somma algebrica del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio) della popolazione della provincia di Matera nel 2012, pari a +5,6‰, evidenziando un'inversione di tendenza rispetto all'anno precedente (-0,2‰), è nettamente inferiore rispetto alla media italiana (+18,1‰) in virtù dell'incidenza del saldo migratorio, abbastanza inferiore alla media del Mezzogiorno (+13,2‰), ma è al di sopra della media regionale (+3,8‰).

Policoro si conferma anche come il Comune della provincia di Matera con il più alto tasso di crescita totale pari a 40,8‰, in aumento rispetto all'anno precedente, seguito da Scanzano con un

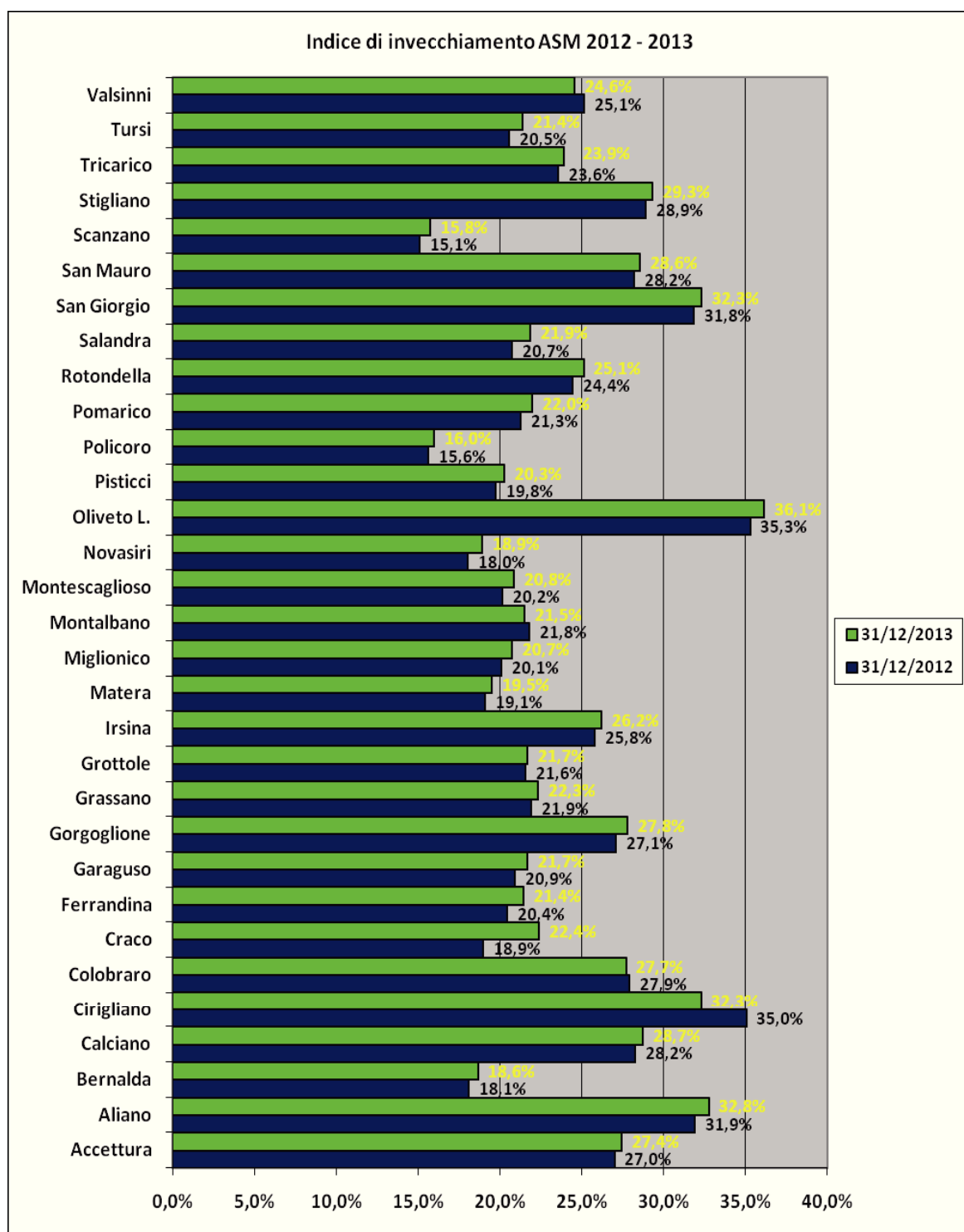
tasso migratorio pari a 29,2%, anche esso in aumento rispetto al 2012. Accanto ai suddetti comuni, presentano un tasso di crescita totale positivo anche i comuni di Bernalda, Matera, Miglionico, Montalbano, Novasiri, Pomarico, Rotondella, San Mauro e Valsinni; tutti gli altri presentano un tasso totale di crescita negativo.

Nella successiva tabella n. 1.7 sono esposti i principali indici strutturali di popolazione (rapporto per 100 abitanti) dell'ASM nel 2013, quali indice di invecchiamento (rapporto percentuale tra la popolazione ultrasessantatrenne e la popolazione totale, indice di vecchiaia (rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 14 anni) e indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione improduttiva dal punto di vista economico rispetto a quella potenzialmente produttiva).

Tabella 1.5. – Indici strutturali di popolazione Trend evolutivo Anni 2012– 2013

Comuni	Indice di invecchiamento			Indice di vecchiaia			Indice di dipendenza		
	31/12/2012	31/12/2013	Δ %	31/12/2012	31/12/2013	Δ %	31/12/2012	31/12/2013	Δ %
Accettura	27,0%	27,4%	2%	234,4%	244,7%	4%	62,6%	63,0%	1%
Aliano	31,9%	32,8%	3%	342,4%	351,5%	3%	70,1%	72,6%	4%
Bernalda	18,1%	18,6%	3%	122,1%	128,1%	5%	48,9%	49,7%	2%
Calciano	28,2%	28,7%	2%	277,5%	292,1%	5%	62,4%	62,7%	1%
Cirigliano	35,0%	32,3%	-8%	512,5%	470,8%	-8%	72,1%	64,3%	-11%
Colobraro	27,9%	27,7%	-1%	269,6%	269,6%	0%	61,9%	61,2%	-1%
Craco	18,9%	22,4%	18%	127,4%	147,0%	15%	51,1%	60,3%	18%
Ferrandina	20,4%	21,4%	5%	156,4%	167,6%	7%	50,4%	52,1%	3%
Garaguso	20,9%	21,7%	3%	124,7%	126,7%	2%	60,6%	63,3%	4%
Gorgoglione	27,1%	27,8%	3%	233,9%	258,7%	11%	63,0%	62,7%	-1%
Grassano	21,9%	22,3%	2%	149,4%	155,0%	4%	57,8%	58,0%	0%
Grottole	21,6%	21,7%	1%	161,4%	170,2%	5%	53,7%	52,5%	-2%
Irsina	25,8%	26,2%	2%	196,8%	202,3%	3%	63,6%	64,3%	1%
Matera	19,1%	19,5%	2%	131,1%	136,3%	4%	50,8%	51,1%	1%
Miglionico	20,1%	20,7%	3%	160,1%	168,9%	5%	48,5%	49,2%	2%
Montalbano	21,8%	21,5%	-1%	174,9%	178,9%	2%	52,1%	50,5%	-3%
Montescaglioso	20,2%	20,8%	3%	139,0%	147,3%	6%	53,0%	53,8%	1%
Novasiri	18,0%	18,9%	5%	125,5%	138,0%	10%	48,0%	48,4%	1%
Oliveto L.	35,3%	36,1%	2%	444,7%	464,9%	5%	76,1%	78,3%	3%
Pisticci	19,8%	20,3%	3%	141,9%	144,8%	2%	50,8%	52,1%	3%
Policoro	15,6%	16,0%	2%	110,3%	113,0%	2%	42,5%	43,0%	1%
Pomarico	21,3%	22,0%	3%	163,6%	175,1%	7%	52,2%	52,7%	1%
Rotondella	24,4%	25,1%	3%	246,9%	260,5%	6%	52,2%	53,3%	2%
Salandra	20,7%	21,9%	6%	164,7%	179,1%	9%	49,9%	51,7%	4%
San Giorgio	31,8%	32,3%	2%	367,3%	367,6%	0%	68,1%	69,9%	3%
San Mauro	28,2%	28,6%	1%	316,3%	310,0%	-2%	59,1%	60,7%	3%
Scanzano	15,1%	15,8%	5%	97,9%	103,3%	5%	43,8%	45,0%	3%
Stigliano	28,9%	29,3%	1%	344,7%	356,3%	3%	59,5%	60,1%	1%
Tricarico	23,6%	23,9%	1%	202,0%	211,5%	5%	54,4%	54,3%	0%
Tursi	20,5%	21,4%	4%	165,4%	176,1%	6%	49,1%	50,5%	3%
Valsinni	25,1%	24,6%	-2%	242,5%	231,4%	-5%	55,0%	54,3%	-1%
TOTALE	20,2%	20,7%	2%	148,2%	154,0%	4%	51,2%	51,8%	1%

Grafico 1.8 – Trend Indice di invecchiamento nel biennio 2012 – 2013

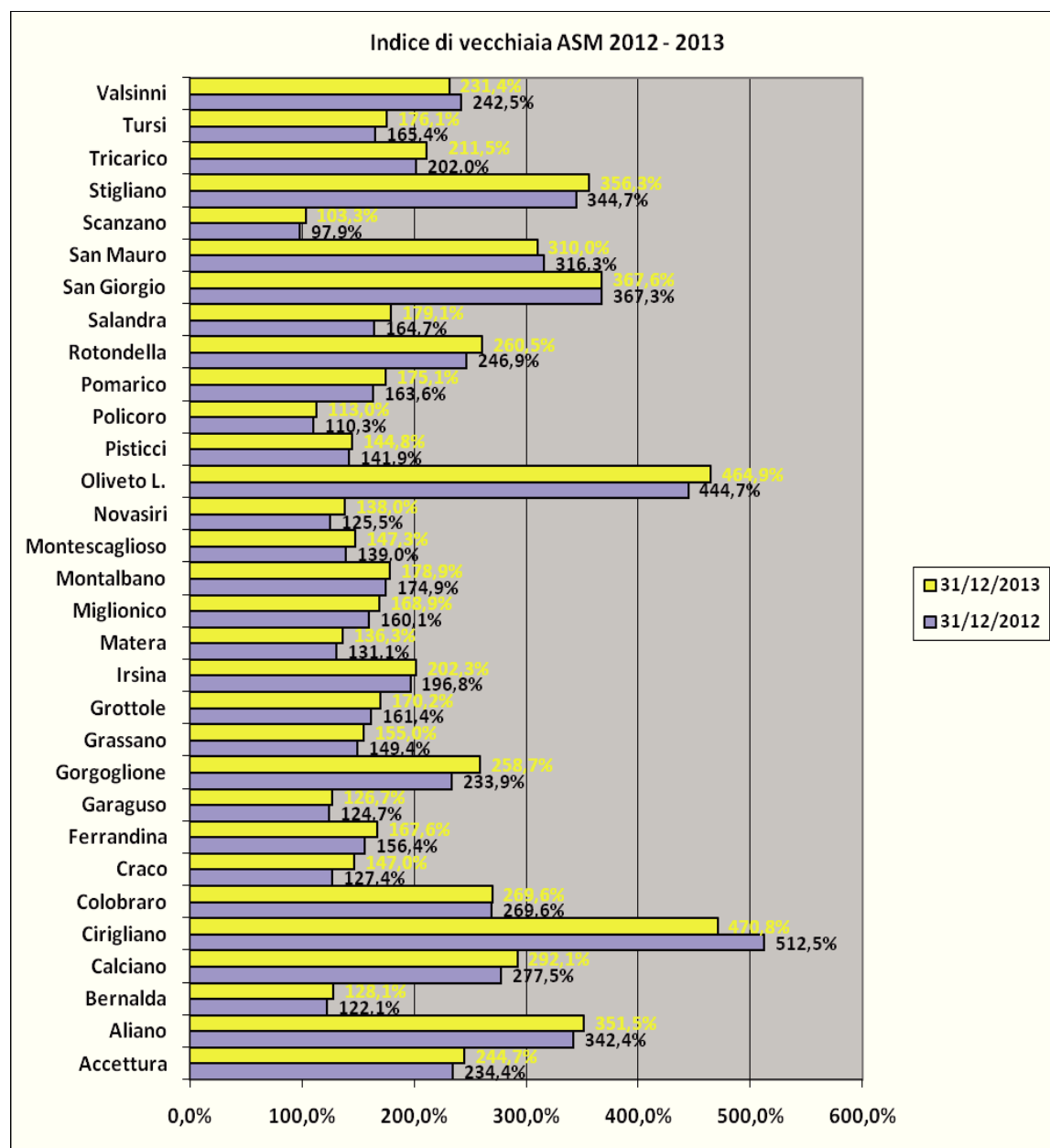


I dati su esposti evidenziano che l'indice di invecchiamento della ASM al 31.12.2013 è pari complessivamente a 20,7%: esso esprime il rapporto percentuale tra la popolazione ultrasessantatreenne e la popolazione totale, ossia il peso percentuale degli abitanti con età uguale o superiore ai 65 anni rispetto al totale della popolazione. Il tasso suddetto in aumento del +2% rispetto all'anno precedente (20,2%), è al di sotto del valore medio italiano (21,4%), mentre risulta al di sopra sia del valore medio dell'Italia Meridionale (19,1%) che di quello della Regione Basilicata (21,2%).

I comuni che nel 2013 hanno evidenziato l'indice di invecchiamento più elevato si confermano Oliveto Lucano, Cirigliano e San Giorgio, con valori pari rispettivamente a: 36,1%, in crescita del +2% rispetto al 2012 e 32,3%, in calo del -8% rispetto al 2011, e 32,3%, in crescita del +2% rispetto al 2012.

I comuni che, di converso, hanno fatto registrare indici di invecchiamento più bassi sono stati anche per il 2013 Scanzano e Policoro con valori pari rispettivamente a: 15,8% e 16,6%, entrambi in crescita rispetto al 2012 rispettivamente del +5% e del +2%.

Grafico 1.9. – Trend Indice di vecchiaia - ASM Matera – Anni 2012 – 2013

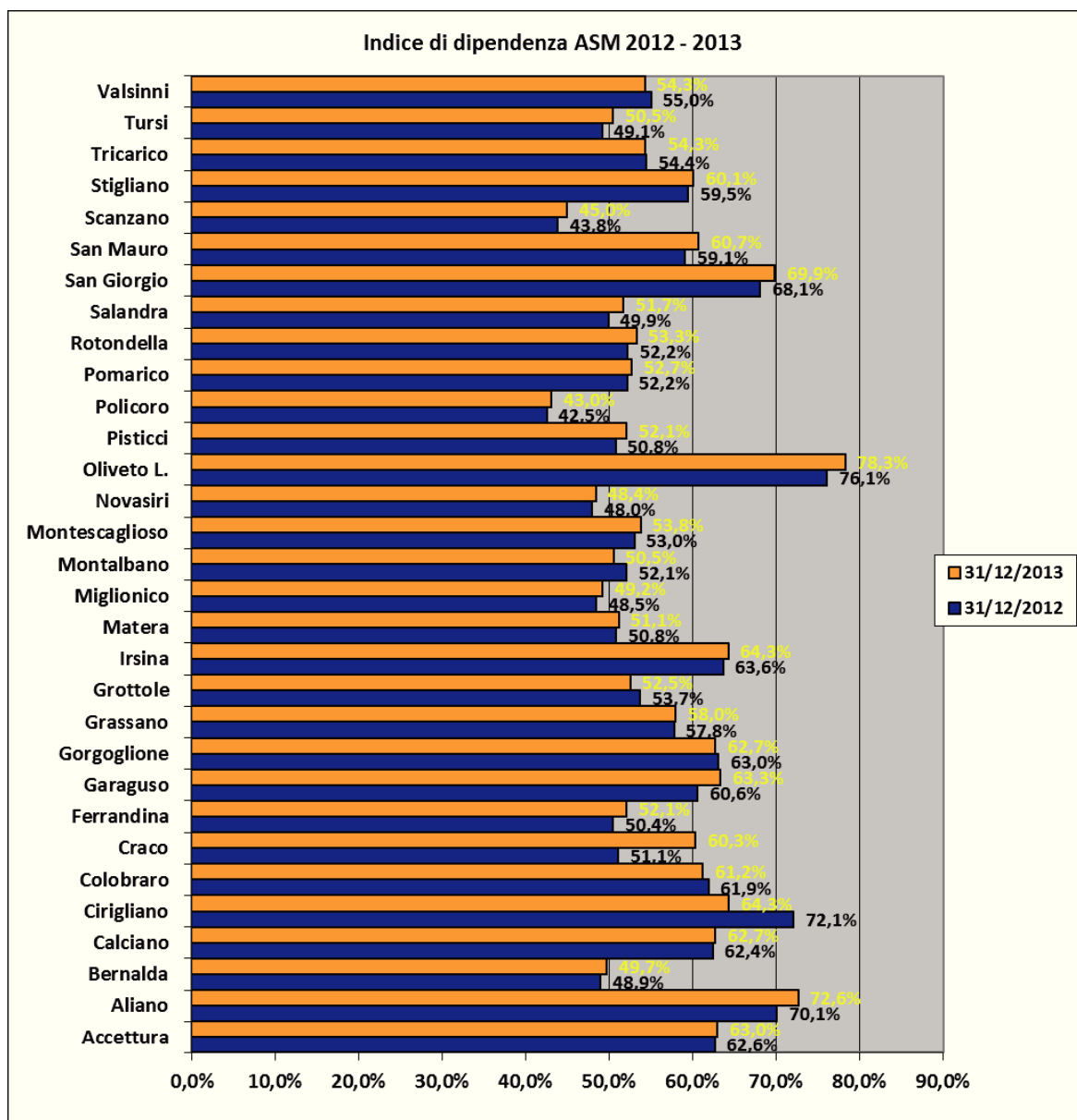


I dati su esposti evidenziano che l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 14 anni) si attesta sul valore di 154,0% risultando in aumento del +4% rispetto all'anno precedente (148,2%), è lievemente inferiore al valore medio nazionale (154,1%) e nettamente inferiore a quello regionale (164,2%), mentre è superiore al valore medio del Mezzogiorno (131,1%), confermando lo stesso trend dell'anno precedente.

I comuni con l'indice di vecchiaia più elevato sono stati Cirigliano e Oliveto con valori pari rispettivamente a: 470,8% e 464,9%, il primo in calo del -8%, il secondo in aumento del +5% rispetto al 2012.

I comuni che, di converso, hanno fatto registrare indici di vecchiaia più bassi sono stati Scanzano e Policoro con valori pari rispettivamente a: 103,2% e 113,0%, entrambi in crescita rispetto al 2012.

Grafico 1.10. – Trend Indice di dipendenza - ASM Matera – Anni 2012 – 2013



I dati su esposti evidenziano che il trend dell'indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione improduttiva dal punto di vista economico rispetto a quella potenzialmente produttiva), pari a 51,8%, fa registrare un lieve incremento rispetto all'anno precedente (51,2%), risultando al di sotto della media nazionale (54,6%), uguale alla media regionale (51,8%), ed al di sopra della media del Mezzogiorno (50,9%).

I comuni che hanno evidenziato l'indice di dipendenza più elevato sono stati Oliveto Lucano e Aliano, con valori pari rispettivamente a: 78,3% e 72,6%, entrambi in crescita rispetto al 2012.

I comuni che, di converso, hanno fatto registrare indici di dipendenza più bassi sono stati Policoro e Scanzano, con valori pari rispettivamente a: 43,0% e 45,0%, entrambi in crescita rispetto al 2012.

1.1.3. IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Per valutare lo stato di salute della popolazione della ASM di Matera, in assenza di dati ed indicatori specifici, si è fatto ricorso all'analisi di tre fenomeni, diversamente rilevati ed analizzati: la speranza di vita, la morbosità, la mortalità e gli infortuni sul lavoro. Prima di passare all'analisi dei fenomeni suddetti è doveroso precisare che mentre i dati della mortalità sono sufficientemente esaustivi, in quanto rilevati nella loro totalità sulla base delle notifiche certificate, quelli relativi alla morbosità e agli infortuni sul lavoro sono meramente indicativi poiché si riferiscono solo ad una parte, quella notificata, del fenomeno complessivamente considerato.

SPERANZA DI VITA

L'Italia, come riportato dall'OMS, è fra i Paesi al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce. Le cause di questo processo sono sostanzialmente due: l'allungamento della vita (longevità) e la riduzione delle nascite (denatalità). La speranza di vita costituisce uno dei parametri più significativi delle condizioni sociali, economiche e sanitarie espresse da un territorio e si configura non solo come un indicatore demografico, ma anche come un indicatore sintetico del livello di sviluppo raggiunto da un territorio.

Tabella 1.6.- Speranza di vita alla nascita e a 75 anni, ASL di Matera (2011)

		
Speranza di vita alla nascita	80,25	84,46
Speranza di vita a 75 anni	11,25	13,52

Fonte: Report 2013 inerente "il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto", realizzato dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

LE PRINCIPALI MALATTIE (LA MORBOSITÀ)

La maggior parte della popolazione nel 2014 è risultata esente da ticket, o per reddito (64.866) o per patologia (49.211). 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. Questo dato conferma che si tratta di una popolazione anziana, bisognosa di cure e con problemi economici.

Sulla base dei dati di esenzione, si rileva come l'ipertensione arteriosa, costituisca la patologia cronica più diffusa, colpendo quasi il 9% della popolazione. Particolare rilevanza assume la diffusione del diabete (oltre il 6% della popolazione), seguito rispettivamente dalle affezioni del sistema cardio circolatorio (oltre l'1%) e dalle neoplasie maligne (oltre l'1%).

MORTALITÀ GENERALE PER CAUSE

Le principali cause di morte nel territorio della ASL di Matera nel 2013 sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori, che da sole costituiscono il 67,2% del totale delle patologie che hanno provocato i decessi.

Seguono le malattie dell'apparato respiratorio (7,7%), quelle dell'apparato digerente (5,4%) e via via tutti le altre.

Nello specifico la prima causa di morte, vale a dire le malattie del sistema circolatorio, ha fatto registrare un decremento rispetto all'anno precedente del -9%.

La causa di morte per tumori, invece, nel 2013 ha subito un incremento, pari complessivamente al +23%.

Con riferimento alle altre principali cause di mortalità si evidenziano incrementi solo per le malattie endocrine e del metabolismo (+21%), mentre si registrano riduzioni per le malattie dell'apparato respiratorio (-4%), le malattie dell'apparato digerente (-20%), gli stati morbosi mal

definiti (-13%), i traumatismi ed avvelenamenti (-40%), malattie del sistema nervoso (-6%), malattie del sistema genitourinario (-2%).

Riguardo alle altre patologie, trattandosi di numeri relativamente piccoli non appare significativo evidenziarne gli scostamenti.

Con riferimento alla distribuzione in base al sesso, si può notare come a livello complessivo nel 2013 l'incidenza dei decessi ha riguardato per il 48,5% le donne e per il 51,5% gli uomini, invertendo il trend dell'anno precedente.

Se si osservano le prime 4 patologie più importanti, l'incidenza percentuale tra i due sessi cambia: fatta eccezione per le malattie del sistema circolatorio, dove vi è una maggiore incidenza dei decessi degli uomini (52,9%) rispetto alle donne (47,1%), per le altre 3 patologie più rilevanti vi è una maggiore incidenza dei decessi tra le donne rispetto agli uomini, ed in particolare: per i tumori il rapporto dei decessi tra sesso maschile e sesso femminile è di 41,2% il primo e 58,8% il secondo, per le malattie dell'apparato respiratorio il suddetto rapporto è 43,5% uomini e 56,5% donne, per le malattie dell'apparato digerente 49,4% uomini e 50,6% donne.

La differenza dell'incidenza in base al genere più significativa la fanno registrare gli avvelenamenti ed i traumatismi che hanno riguardato prevalentemente gli uomini (74,4%) rispetto alle donne (25,6%).

Di seguito si riportano la tabella ed il relativo grafico nei quali si evidenziano le cause dei decessi in percentuale avvenuti nel territorio della ASM di Matera nel 2012 - 2013.

Nella tabella n. 1.2, si riporta il raffronto 2012 vs 2013 sia dell'incidenza percentuale tra uomini e donne per singola patologia, sia, nel totale, della incidenza della specifica causa di morte sul totale delle cause.

Tabella 1.7. – Distribuzione dei decessi per patologia anni 2012 – 2013 (valori percentuali)

Malattie (Settore ICD-IX)	2012			2013			Scostamento %		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
Mal. del sistema circolatorio (VII)	55%	45%	47%	53%	47%	43%	-4%	5%	-7%
Tumori (II)	43%	57%	20%	41%	59%	25%	-4%	3%	25%
Mal. dell'apparato respiratorio (VIII)	44%	56%	8%	43%	57%	8%	-1%	0%	-3%
Mal. dell'apparato digerente (IX)	49%	51%	5%	49%	51%	4%	1%	-1%	-19%
Mal. endocrine, metab, disturbi imm. (III)	53%	48%	4%	60%	40%	5%	14%	-15%	23%
Stati morbosi mal definiti XVI)	68%	32%	4%	53%	47%	3%	-21%	44%	-12%
Traumatismi e avvelenamenti (XVII)	25%	75%	4%	26%	74%	2%	4%	-1%	-39%
Mal. del sistema nervoso (VI)	54%	46%	3%	51%	49%	3%	-5%	6%	-5%
Mal. dell'apparato genitourinario (X)	51%	49%	2%	48%	52%	2%	-7%	7%	-1%
Disturbi psichici (V)	56%	44%	1%	52%	48%	2%	-7%	9%	63%
Mal. del sangue (IV)	47%	53%	1%	45%	55%	1%	-3%	2%	-26%
Malattie infettive e parass. (I)	50%	50%	1%	29%	71%	1%	-41%	41%	72%
Mal. sistema osteomuscolare (XIII)	88%	13%	0%	100%	0%	0%	14%	-100%	-87%
Malformazioni congenite (XIV)	50%	50%	0%	67%	33%	0%	33%	-33%	52%
Causa non codificata o non nota	100%	0%	0%	50%	50%	0%	-50%		103%
Condizioni morbose di origine perinatale XV)	0%	100%	0%	50%	50%	0%		-50%	103%
Mal. pelle e sottocutaneo (XII)			0%	100%	0%	0%			
Totale complessivo	51%	49%	100%	48%	52%	100%	-4%	4%	0%

La prima causa di morte nell'anno 2013, costituita come detto dalle malattie del sistema circolatorio, rappresenta il 43% del totale dei decessi avvenuti nel suddetto anno (nel 2012 l'incidenza era pari al 47%), la seconda causa di morte è invece costituita dai tumori che

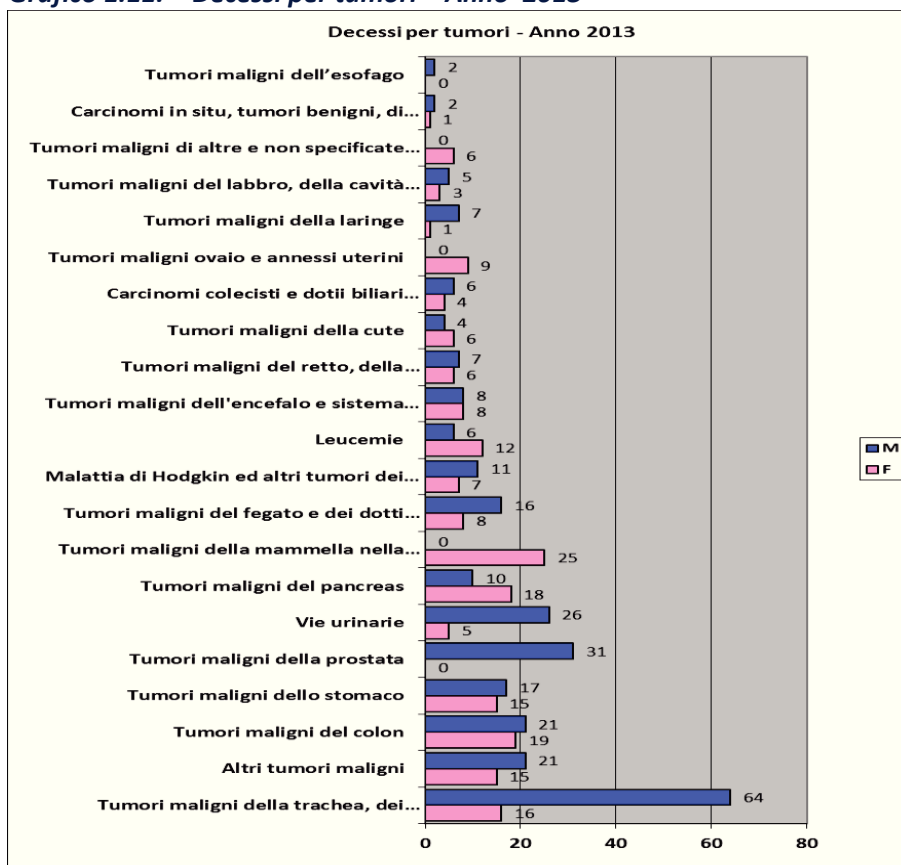
rappresentano il 25% del totale dei decessi verificatisi complessivamente nella provincia di Matera (a fronte del 20% registrata nel 2012).

La mortalità è un indicatore parziale dello stato di salute di una popolazione. Molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale (artrosi, diabete, ipertensione, ecc.), presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità. Inoltre, importanti diminuzioni della mortalità di alcune gravi patologie, come alcuni tumori, possono essere dovute a progressi nella diagnosi o nel trattamento, anche se la frequenza della malattia rimane stabile o è addirittura in aumento.

L'attribuzione della causa di morte, così come riportata nelle schede della rilevazione, si basa sulla diagnosi del medico curante o del medico necroscopo e non necessariamente sulla completa documentazione clinica. La validità dei dati di mortalità per causa non è quindi assoluta, ma dipende strettamente dalla correttezza della certificazione.

Considerato che le patologie oncologiche risultano tra le cause principali dei decessi avvenuti nel corso del 2012 tra la popolazione della ASM di Matera, è stata condotta un'analisi finalizzata ad individuare le principali sedi dei tumori che hanno determinato i decessi.

Grafico 1.11. – Decessi per tumori – Anno 2013



Da tale indagine è emerso come nell'anno 2013 i decessi per tumori sono stati complessivamente 449, di cui 264 (il 59%) ha riguardato il sesso maschile e 185 (il 41%) il sesso femminile.

La neoplasia che ha comportato il maggior numero di decessi è stata quella relativa a trachea, bronchi e polmoni con 80 decessi complessivi (il 18% di tutti i decessi per tumore). Tale patologia è stata prevalente nel sesso maschile

(80%), con 64 morti, risultando la patologia neoplastica che ha causato più decessi in assoluto nell'ambito della popolazione maschile, mentre ha riguardato solo 16 soggetti di sesso femminile.

La patologia neoplastica mortale prevalente tra la popolazione femminile dell'ASM di Matera nel 2013 è quella riguardante la mammella con 25 casi.

Il grafico 1.5 analizza i decessi per tumori avvenuti nell'anno 2013, distinguendo tra popolazione maschile e femminile.

Al fine di consentire una migliore valutazione dello stato di salute della popolazione si fornisce di seguito **un'analisi di 4 indicatori di mortalità: la mortalità infantile, la mortalità per tumori, la mortalità per malattie circolatorie e per suicidi**, i cui valori si muovono lentamente nel tempo ed un miglioramento registrato oggi è, spesso determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato.

I suddetti indicatori vengono espressi su base triennale in quanto alcuni tassi di mortalità presentano valori assoluti bassi, per cui il confronto tra tassi annuali sarebbe fortemente soggetto alla numerosità della casistica.

I valori degli indicatori di seguito riportati sono stati desunti dal Report 2013 inerente “il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto”, realizzato dal Laboratorio Management e Sanità dell’Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa.

TASSO DI MORTALITA’ INFANTILE

Il tasso di mortalità infantile è considerato un indicatore particolarmente significativo del livello di salute di una popolazione, perché consente di misurare, all’interno di essa, non solo il livello di salute del bambino (e di conseguenza quello della madre, così come la qualità delle cure materne infantili), ma anche il livello generale di benessere socio – economico e di sviluppo del paese o regione considerati.

Questo avviene perché i fattori che possono incidere sulla mortalità infantile sono molteplici e non tutti riconducibili alla sfera sanitaria propriamente intesa: sono determinanti dello stato di salute infantile, infatti, non solo la qualità delle cure ricevute dalla madre e/o dal bambino, ma anche fattori biologici come l’età della madre, la sua storia clinica, l’ordine di nascita, o fattori sociali, culturali ed economici, come il livello di urbanizzazione del luogo di nascita, le condizioni abitative, l’occupazione ed il reddito dei genitori.

Il suddetto indicatore si articola in tre sottoindicatori che misurano la variabilità del rischio di morte del bambino nel corso del primo anno di vita.

Tali indicatori presentano una certa variabilità nel trend, in quanto sono influenzati dal fatto che si tratta di eventi piuttosto rari.

MORTALITA’ NEL PRIMO ANNO DI VITA

Sul rischio di mortalità nel primo anno di vita sono determinanti sia la disponibilità ed il livello dell’assistenza sanitaria che l’incidenza di fattori ambientali, come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre.

Il tasso di mortalità nel primo anno di vita registrato nella ASM relativamente al triennio 2009 – 2011 (che rappresenta il valore dell’anno bersaglio 2013) è pari a **2,57%** nati vivi, in impercettibile aumento rispetto al triennio 2008 – 2010 (che rappresenta il valore dell’anno bersaglio 2012) in cui è stato pari a 2,53% nati vivi. Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata media nel sistema di valutazione realizzato dal MES, è significativamente inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo, pari a 3,70% nati vivi.

MORTALITA’ NEONATALE PRECOCE

Nella mortalità neonatale precoce (dalla nascita fino al 6° giorno di vita) oltre alle malformazioni o deficienze fetali è importante il peso delle complicazioni legate al parto.

Il tasso di mortalità neonatale precoce registrato nella ASM relativamente al triennio 2009 – 2011 (che rappresenta il valore dell’anno bersaglio 2013) è pari a **0,99%** nati vivi, sostanzialmente in linea a quello del triennio 2008 – 2010 (che rappresenta il valore dell’anno bersaglio 2012) in cui è stato pari a 0,97% nati vivi. Tale tasso è inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo, pari a 1,56% nati vivi.

MORTALITA’ NEONATALE TOTALE

L’incidenza della mortalità neonatale totale (primi 28 giorni di vita) è influenzata da cause biologiche, legate alla salute della madre, all’andamento della gestazione e del parto, o dalla presenza di malformazioni congenite, incompatibili o a rischio per la vita; per la mortalità neonatale precoce e totale sono decisivi la disponibilità ed il livello dell’assistenza sanitaria.

Il tasso di mortalità neonatale totale registrato nella ASM relativamente al triennio 2009 – 2011 (che rappresenta il valore bersaglio 2013) è pari a 1,38% nati vivi, in lieve aumento rispetto al

triennio 2008 – 2010 (che rappresenta il valore bersaglio 2012) in cui è stato pari a 1,17‰ nati vivi. Tale tasso è inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo, pari a 2,06‰ nati vivi.

TASSO DI MORTALITA' PER TUMORI

Le patologie oncologiche sono progressivamente diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società. Nel 2008 in Italia si sono stimati circa 250 mila nuovi casi di tumore e circa 125 mila decessi. Per quanto riguarda la mortalità, i dati relativi agli ultimi anni hanno mostrato una riduzione in tutte le aree del Paese, sebbene più marcata nel Centro-Nord rispetto al Sud: questo è da imputarsi prevalentemente al miglioramento dell'efficacia delle terapie ed alla maggiore tempestività nella diagnosi, grazie anche ai programmi di screening ormai diffusi (www.epicentro.iss.it).

Tale indicatore fornisce un elemento di valutazione dello stato di salute della popolazione, in quanto il suo trend rappresenta lo sfondo dell'azione delle istituzioni sanitarie, al fine di far emergere eventuali punti critici e punti di forza ed orientare la futura programmazione strategica ed operativa.

Il tasso di mortalità per tumori registrato nella ASM relativamente al triennio 2009 – 2011 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2013) è pari a **136,98** ‰ abitanti, in lieve calo rispetto a quello del triennio 2008 – 2010 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2012) in cui è stato pari a 137,53 ‰ abitanti. Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata ottima nel sistema di valutazione realizzato dal MES, è inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo, pari a 141,59 ‰ abitanti.

TASSO DI MORTALITA' PER MALATTIE CIRCOLATORIE

Attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente), e in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria, in quanto colpisce, indifferentemente, sia le popolazioni più ricche che quelle a più basso reddito. Sono stati attivati, pertanto, programmi di monitoraggio sulla mortalità e sull'incidenza della patologia e, nel contempo, l'OMS ha fornito indicazioni atte a promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità. (Rapporto Osserva salute 2010). Anche questo indicatore, come gli altri indicatori relativi allo stato di salute della popolazione, non esprime una valutazione dell'operato dell'Azienda, ma offre informazioni utili ai fini della conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, necessari a riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico.

Il tasso di mortalità per malattie circolatorie registrato nella ASM relativamente al triennio 2009 – 2011 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2013) è pari a **139,92** ‰ abitanti, in riduzione rispetto a quello del triennio 2008 – 2010 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2012) in cui è stato pari a 144,43 ‰ abitanti. Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata buona nel sistema di valutazione realizzato dal MES, è significativamente inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo, pari a 146,40 ‰ abitanti.

TASSO DI MORTALITA' PER SUICIDI

La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) annovera il suicidio tra le prime 20 cause di morte in tutto il mondo e, sempre secondo dati OMS, ogni anno circa un milione di persone si toglie la vita.

Nel 2006 in Italia i casi di suicidio sono stati 3.701 (www.who.int) e già il rapporto ISTAT del 2004 riportava un preoccupante aumento dei casi, tra suicidi effettuati e tentati.

Come gli altri indicatori sul livello di salute della popolazione, anche il tasso di mortalità per suicidio non vuole essere una valutazione diretta dell'operato della Azienda, ma intende fornire elementi descrittivi per la fase di definizione delle priorità per la nuova programmazione.

Il tasso di mortalità per suicidi registrato nella ASM relativamente al triennio 2010 – 2012 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2012) è pari a **4,72‰** abitanti, in lievissimo aumento rispetto a quello del triennio 2008 – 2010 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2012) in cui è stato pari a 4,55‰ abitanti. Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata buona nel sistema di valutazione realizzato dal MES, è significativamente superiore alla media regionale relativa allo stesso periodo, pari a 8,49‰ abitanti.

MORBOSITÀ

La morbosità della popolazione dell'Azienda è stata analizzata prendendo in considerazione alcuni parametri legati alle malattie infettive, a quelle croniche, alle esenzioni Ticket per patologia ed agli infortuni sul lavoro.

Di seguito si forniscono alcune brevi informazioni sul quadro epidemiologico delle malattie infettive, sulle esenzioni ticket dovute a patologie croniche, ed in ultimo, sui dati riguardanti gli infortuni sul lavoro nel territorio dell'Azienda nel biennio 2013 – 2014.

MALATTIE INFETTIVE

Il quadro epidemiologico delle malattie infettive denunciate nel territorio di competenza della ASM di Matera, costituisce un punto chiave per la Sanità pubblica, sia perché permette di costruire il profilo epidemiologico di tali malattie a livello locale e regionale, sia perché lo studio della loro diffusione consente di programmare emettere in atto tutte le misure necessarie volte a limitarne l'estensione nella popolazione.

Tra le denunce di malattie infettive più significative, (nonostante i dati a disposizione siano costituiti solo dalle notifiche effettuate), pur rappresentando una percentuale abbastanza limitata del fenomeno considerato, si evidenzia che la malattia maggiormente *notificata* nel territorio della ASM di Matera è la varicella, con 213 casi.

Seguono pochi casi di legionellosi e mononucleosi (6 casi per ognuna), e pochissimi casi (2) di epatite C.

Oltre al lavoro svolto in conseguenza delle notifiche routinarie delle malattie infettive, si fa presente che, nel corso degli anni, sono stati istituiti e monitorati sistemi di sorveglianza dedicati alla raccolta tempestiva e dettagliata di informazioni su specifiche patologie.

Sono allo studio, inoltre, procedure e protocolli per l'igiene nelle strutture comunitarie (scuole, case di riposo, mense scolastiche, mensa e reparti ospedalieri ecc), in quanto la maggior parte delle infezioni vengono trasmesse in queste organizzazioni.

MALATTIE CRONICHE

L'analisi delle patologie croniche è stata condotta sulla scorta dei dati rilevati dalle esenzioni ticket per patologia rilasciate ai residenti ASM fino al 31/12/2013 per effetto del D.M.S. 329 del 28.05.1999. L'analisi suddetta non può certamente ritenersi esaustiva del fenomeno in oggetto, in quanto l'elenco delle patologie rilevate non esaurisce la totalità delle malattie croniche, oltre al fatto che non sempre per le patologie considerate viene richiesta l'esenzione ai sensi del D.M.S., con la conseguenza che i dati riportati forniscono una rappresentazione sottostimata delle patologie croniche della popolazione della ASM di Matera.

La tabella 1.8. 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.

Tabella 1.8 – Esenzioni Ticket per patologia - Anno 2011

Esenzioni ticket per patologia anno 2011	n.	% rispetto alla popolazione aziendale
malattia ipertensiva (II e III stadio O.M.S.)	19.066	9,5%
diabete mellito	11.935	5,9%
soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne	5.359	2,7%
affezioni del sistema circolatorio	4.460	2,2%
ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito	3.305	1,6%
altre patologie croniche	15.999	8,0%
TOTALE ESENZIONI	60.124	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).

INFORTUNI SUL LAVORO

I dati sugli infortuni sul lavoro raccolti riguardano la popolazione residente nel comprensorio della Asl di Matera che si è rivolta al Pronto Soccorso degli Ospedali aziendali denunciando incidenti occorsi sul luogo di lavoro.

La Tabella n. 1.9. riguarda le persone che si sono rivolte al Pronto Soccorso degli Ospedali di Matera, Policoro, Tinchi, Stigliano e Tricarico.

Tabella 1.9. – Infortuni sul lavoro denunciati al Pronto Soccorso nel 2013 – 2014

Incidenti sul lavoro	2013	2014	Δ 2014 vs 2013	$\Delta\%$ 2014 vs 2013
Pronto Soccorso P.O. Matera	783	817	+34	+4,3%
Pronto Soccorso P.O. Policoro	773	680	-93	-12%
Punto Territoriale di Soccorso Tinchi	77	50	-27	-35%
Punto Territoriale di Soccorso Stigliano	23	26	+3	+13%
Punto Territoriale di Soccorso Tricarico	42	48	+6	+14,3%
Totale	1.698	1621	-77	-4,5%

I dati sopra riportati evidenziano una riduzione complessiva del numero degli incidenti denunciati al Pronto Soccorso degli ospedali aziendali, rispetto all'anno precedente.

Vale la pena sottolineare come i dati riportati non sono esaustivi di tutti gli incidenti sul lavoro occorsi nel territorio della provincia di Matera, pur fornendo una buona proxy rappresentativa della casistica considerata.

1.2. IL PROFILO AZIENDALE

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM), nata il 1° gennaio 2009 dall'accorpamento delle ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, in ottemperanza alla Legge Regionale n. 12/2008, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica, autonomia gestionale, amministrativa, contabile e patrimoniale in conformità alla normativa nazionale e nel rispetto dei principi previsti dalle disposizioni regionali.

L'assetto istituzionale dell'Azienda è disciplinato dall'Atto Aziendale che è il documento con cui vengono definiti i principi generali, le linee strategiche e l'assetto organizzativo dell'Azienda. L'Atto Aziendale vigente nel 2014 è ancora quello deliberato nel luglio del 2009. Esso esplicita la *mission*, ossia la ragione d'essere dell'Azienda e l'ambito in cui l'Azienda opera in termini di politiche ed azioni perseguite, la *vision*, vale a dire l'insieme degli obiettivi di lungo periodo, ed il *sistema valoriale* a cui si ispira la gestione aziendale.



MISSION

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, quale parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, è orientata a soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione mediante la erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.



VISION

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



VALORI

Centralità della persona; Integrazione, Apertura, Trasparenza e Collaborazione; Informazione; Comunicazione e Partecipazione; Qualità, Formazione e Ricerca; Valutazione; Innovazione

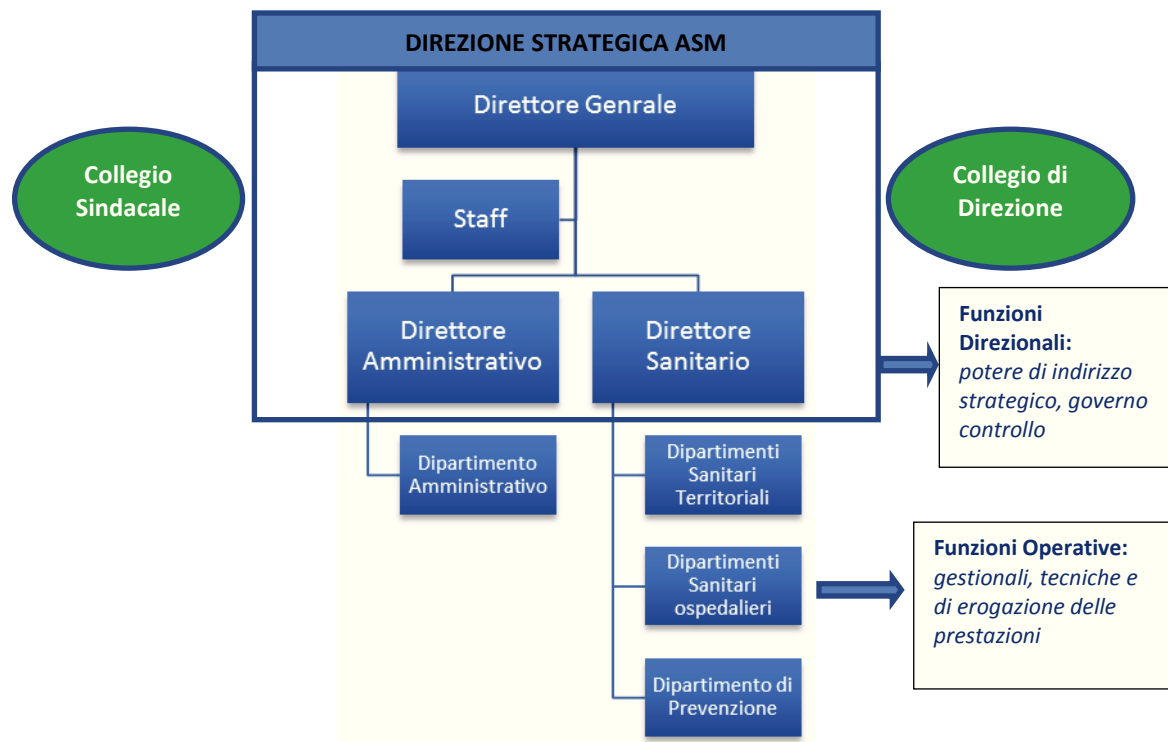
1.2.1. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'organizzazione dell'ASM di Matera, così come specificatamente indicato nell'Atto Aziendale, 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 aziendali.

Nella figura 1.1. viene rappresentato sinteticamente l'assetto funzionale dell'ASM, con il funzionigramma aziendale.

Figura 1.1. Il funzionigramma della ASM



Bilancio
Sociale
2014

Le **Funzioni Direzionali** rappresentano l'insieme delle attività finalizzate alla pianificazione, alla programmazione e all'assunzione delle decisioni di alta amministrazione. In particolare, si esercitano attraverso: la pianificazione strategica, l'assetto organizzativo, le politiche di investimento, le politiche di bilancio, le politiche del personale; la promozione di sistemi di qualità; la comunicazione interna ed esterna.

Le **Funzioni Operative** sono costituite da:

- **Funzioni di produzione di servizi sanitari**, esercitate dalla linea produttiva, rappresentano l'insieme di attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Le strutture di produzione operano con autonomia tecnico-professionale e con autonomia gestionale nei limiti fissati dalla Direzione Aziendale che assume la responsabilità della governance sull'andamento complessivo della produzione;
- **Funzioni Tecniche ed Amministrative e di supporto**, finalizzate a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alle attività di produzione. Tali funzioni sono esercitate in una prospettiva che privilegia e pone al centro del sistema il paziente, ricercando la massima integrazione funzionale con tutte le altre attività aziendali, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura tecnica ed amministrativa.
- **Funzioni di Staff**, assolvono ad una molteplicità di attività eterogenee. Alcune linee di attività sono finalizzate alla produzione e fornitura diretta di taluni servizi accessori che per loro natura si ritiene opportuno centralizzare; altre sono deputate alla gestione dei principali meccanismi operativi aziendali. Queste ultime sono quindi finalizzate a supportare, con la loro attività tecnica, la Direzione Aziendale nel processo decisionale. Supportano, altresì, tutte le strutture di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguimento degli obiettivi, anche attraverso la standardizzazione dei metodi di lavoro.

ORGANI DELL'AZIENDA SANITARIA ED ORGANISMI COLLEGIALI

Sono **Organi** dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera:

- il **Direttore Generale**, cui competono tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza legale dell'Azienda; egli è tenuto ad assicurare il regolare funzionamento dell'Azienda. Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni direttamente, ovvero delegandole nella forma e secondo le modalità previste dall'Atto Aziendale. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale, nonché della corretta ed economica gestione delle risorse.
- il **Collegio sindacale**, che esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile, verificando la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa e contabile.
- il **Collegio di Direzione**, che è organo consultivo del Direttore Generale nell'espletamento delle funzioni di pianificazione strategica delle attività, dei relativi sviluppi gestionali ed organizzativi e della valutazione dei risultati conseguiti, concorre inoltre alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore; tutti e tre costituiscono la **Direzione Strategica** dell'Azienda. Essa esercita funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definisce gli obiettivi e i programmi dell'Azienda e stabilisce le linee fondamentali di organizzazione delle Strutture, ispirando le proprie scelte al superamento di una impostazione burocratica e mansionale ed all'affermazione effettiva del coinvolgimento, della valorizzazione e della responsabilizzazione della dirigenza mediante la identificazione comune dei valori di riferimento, la realizzazione di ampi e negoziati margini di autonomia gestionale per l'attuazione della mission aziendale.

La Direzione Strategica definisce e assegna specifiche responsabilità di gestione sia nell'ambito del governo assistenziale che economico amministrativo, attribuendole, rispettivamente, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo.

I principali **Organismi Collegiali** dell'Azienda sono:

- la **Conferenza dei Sindaci dei Comuni** che rientrano nel territorio dell'Azienda: è l'organismo rappresentativo delle Autonomie Locali a cui spetta il diritto dovere di esprimere i bisogni sociali ad integrazione sanitaria delle comunità amministrate;
- il **Consiglio dei Sanitari**, è organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario;
- il **Comitato Etico** ha il compito di fornire pareri, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative nazionali ed internazionali in materia di: ricerca scientifica biomedica, sperimentazione di nuovi farmaci, procedure terapeutiche e diagnostiche innovative, problematiche di natura etica connesse all'attività di diagnosi e cura svolte nell'Azienda Sanitaria;
- il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** ha una funzione propositiva e di verifica ai fini della promozione e potenziamento delle azioni dirette a favorire la pari dignità e l'uguaglianza del lavoro fra uomini e donne, rimuovere e prevenire la discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, alla disabilità, alla religione, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, attuare politiche di conciliazione vita/lavoro, migliorare il benessere lavorativo e prevenire il disagio lavorativo;
- il **Comitato Consultivo Zonale**, costituisce la sede nella quale sviluppare il confronto, la partecipazione e la condivisione delle principali tematiche aziendali; esso è costituito da rappresentanti dell'Azienda e da rappresentanti dei medici di medicina generale e continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e all'occorrenza da rappresentanze degli altri professionisti sanitari;
- l'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**, è stato istituito dall'art.14 del D.Lgs. n. 150/2009;

è un organismo autonomo con il compito di monitorare il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati, garantendo la correttezza dell'intero processo della performance;

- il **Comitato Consultivo Misto** aziendale e di distretto partecipa attivamente al processo di controllo e miglioramento della qualità dei servizi offerti, favorendo la più ampia partecipazione dei cittadini al processo decisionale e di verifica dei risultati. Ha lo scopo di favorire l'adeguamento delle strutture e dei servizi sanitari alle esigenze degli utenti;

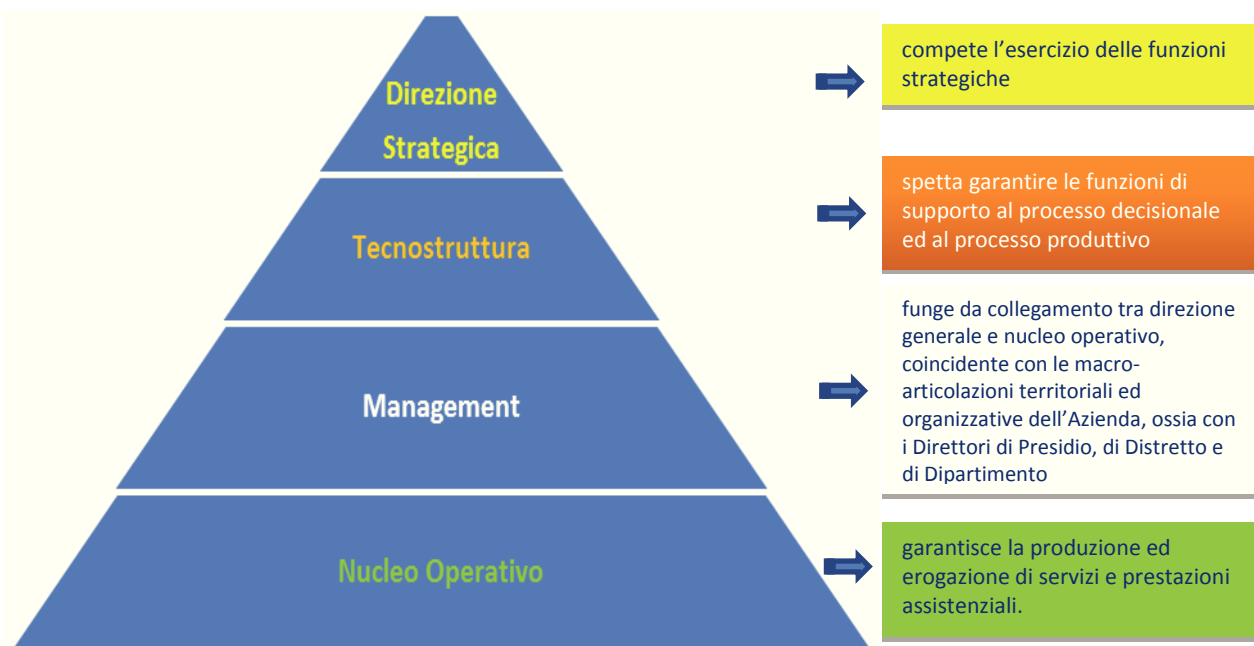
IL MODELLO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE AZIENDALE

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;
- assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso.

L'organizzazione aziendale si articola nei seguenti 4 quattro macrolivelli: Direzione Strategica, Tecnostruttura, Management e Nucleo Operativo.

Figura 1.2. Macroarticolazione organizzativa della ASM



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.**

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



L'Azienda sviluppa il **modello dipartimentale** di cui all'art. 29 della L.R. 31 agosto 2001 n. 39 aggregando il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee (AFO) e per strutture multi-presidio comprendendo in ogni caso l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici.

Il modello organizzativo dipartimentale prevede l'articolazione dell'Azienda in 9 Dipartimenti Sanitari ed un Dipartimento Amministrativo.

I **Dipartimenti sanitari** rappresentano l'articolazione organizzativa di primo livello dell'Azienda, con compiti di indirizzo e coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse e la gestione delle risorse professionali, tecnologiche e logistiche comuni. Aggregano Unità Operative (Complesse e semplici a valenza dipartimentale) preposte alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi omogenei, autonome tecnicamente e professionalmente ma in varia misura tra loro interdipendenti.

Ciascun Dipartimento opera su tutto il territorio aziendale, di norma trasversalmente tra i presidi ospedalieri (Dipartimenti Ospedalieri) e tra i presidi ospedalieri e i distretti (Dipartimenti misti), favorendo la flessibilità organizzativa.

L'ASM si articola nei seguenti dipartimenti sanitari:

1. Dipartimento Chirurgico;
2. Dipartimento Medico;
3. Dipartimento Emergenza Accettazione;
4. Dipartimento Salute Mentale;
5. Dipartimento Materno Infantile;
6. Dipartimento Servizi Diagnostici;
7. Dipartimento Prevenzione Collettiva della Salute Umana;
8. Dipartimento Prevenzione della Salute e Benessere Animale.

Il **Dipartimento Amministrativo** fornisce all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di produzione, esercitando le funzioni attribuite nel rispetto della logica del "cliente interno" e ricercando la massima integrazione con tutte le altre attività aziendali, favorendo l'efficienza e assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura tecnica ed amministrativa.

LE RETI INTEGRATE DEI SERVIZI

L'Azienda si organizza in reti interaziendali per i percorsi specialistici clinico-terapeutici ad alta specialità individuati dalla programmazione regionale, nonché per le politiche della prevenzione e per i servizi di emergenza.

L'organizzazione secondo il modello delle reti integrate dei servizi si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della rete.

Il modello organizzativo delle reti si propone l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale, assicurando equità di accesso ed efficacia delle prestazioni.

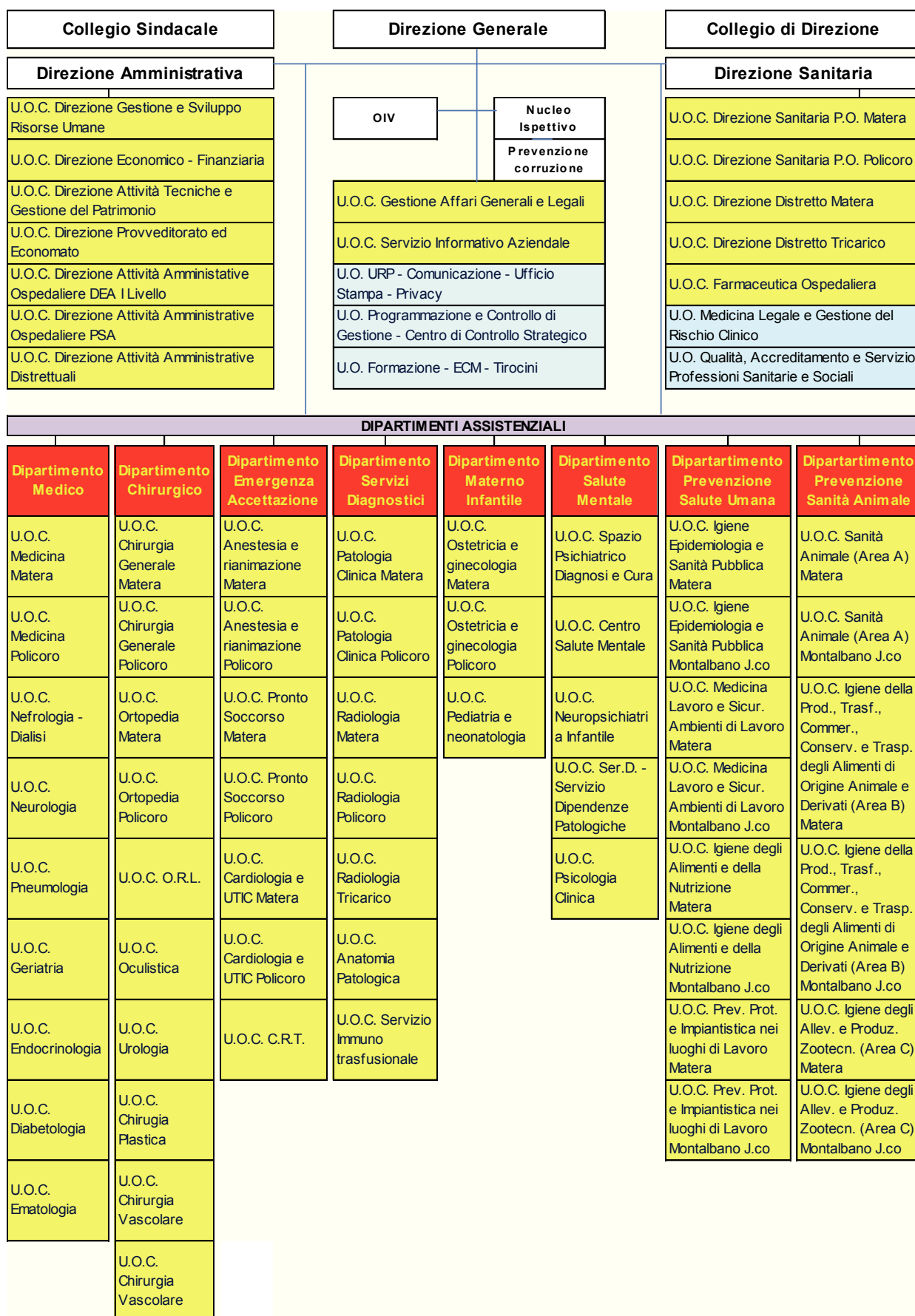
I modelli organizzativi adottati dal Sistema Sanitario Regionale sono essenzialmente riconducibili ai seguenti:

- il modello "hub & spoke" che prevede la concentrazione dell'erogazione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza ("hub") e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati ("spoke");
- il modello delle reti cliniche integrate, in cui il sistema di produzione viene gestito senza individuare una gerarchia fra i diversi nodi della rete.

In conformità alle indicazioni previste nel Piano Sanitario Regionale 2012 - 2015, sono state individuate in maniera prioritaria le seguenti reti assistenziali da attivare a livello regionale, con il coinvolgimento delle altre strutture del Sistema Sanitario Regionale, fermo restando che l'elenco non è da intendersi esaustivo, in considerazione della possibilità di implementazione di ulteriori reti che si riterranno utili per il contesto:

- ☐ Rete dell'Emergenza – Urgenza (DIRES)
- ☐ Rete cardiologia dell'infarto miocardio acuto (IMA)
- ☐ Rete integrata per l'assistenza al trauma
- ☐ Rete interaziendale della radioterapia oncologica
- ☐ Rete dell'ictus
- ☐ Rete della Genetica Medica
- ☐ Rete integrata Ospedale – Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche
- ☐ Rete della Neuropsichiatria infantile
- ☐ Rete della Reumatologia
- ☐ Rete integrata Ospedale – Territorio per la prevenzione e la cura dell'obesità
- ☐ Rete regionale di Medicina dello Sport e dell'esercizio fisico
- ☐ Rete dei punti nascita
- ☐ Rete pediatrica interaziendale (RIPED)
- ☐ Rete delle cure palliative e pediatriche
- ☐ Rete dello scompenso cardiaco
- ☐ Rete nutrizione artificiale domiciliare
- ☐ Rete integrata Ospedale – Territorio della nefrologia e della dialisi
- ☐ Rete regionale delle demenze
- ☐ Piano sangue
- ☐ Rete di pneumologia
- ☐ Rete della terapia del dolore e rete delle cure palliative
- ☐ Rete assistenziale post-acuzie

Di seguito si riporta l'Organigramma Aziendale



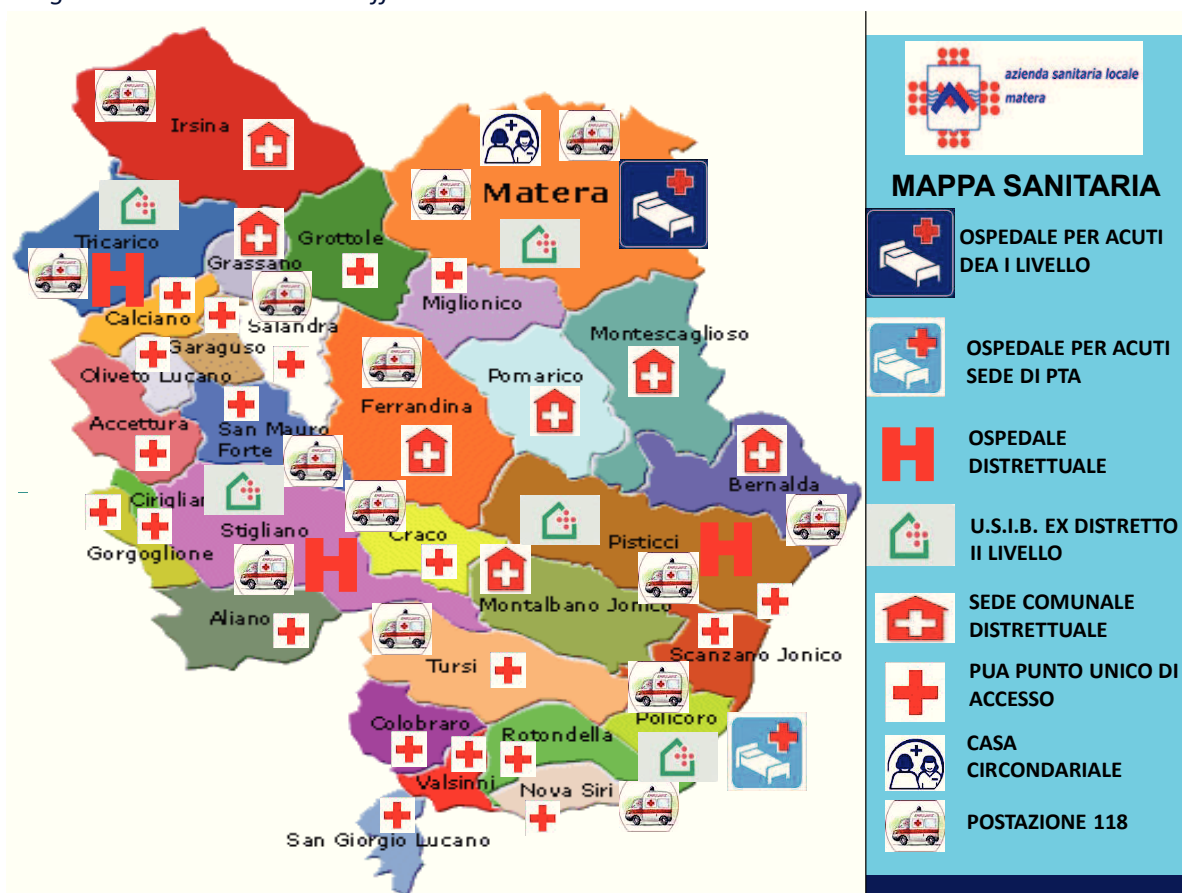
1.2.2. L'OFFERTA AZIENDALE

L'ASM è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Basilicata. In tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa sia attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, sia avvalendosi di soggetti accreditati con l'Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale..

L'ASM opera attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento in atto nel contesto demografico socio - economico ed epidemiologico, che sottende le dinamiche della domanda di salute in generale.

Figura 1.3. Le strutture dell'offerta sanitaria dell'ASM



La rete di offerta dell'ASM è articolata in strutture assistenziali, con diverse destinazioni funzionali, localizzate nei 31 comuni di appartenenza. In particolare le strutture dell'offerta, presenti sul territorio, sono i 2 ospedali per acuti, i 3 ospedali distrettuali, le sedi distrettuali eroganti assistenza di tipo territoriale, le postazioni di 118.

PRESIDI OSPEDALIERI

I Presidi Ospedalieri sono sistemi di organizzazione integrata delle attività in regime di ricovero e specialistiche ambulatoriali, erogate attraverso i Dipartimenti e le Unità Operative ad essi afferenti.

L'ASM assicura le prestazioni relative all'assistenza ospedaliera attraverso le seguenti strutture ospedaliere:

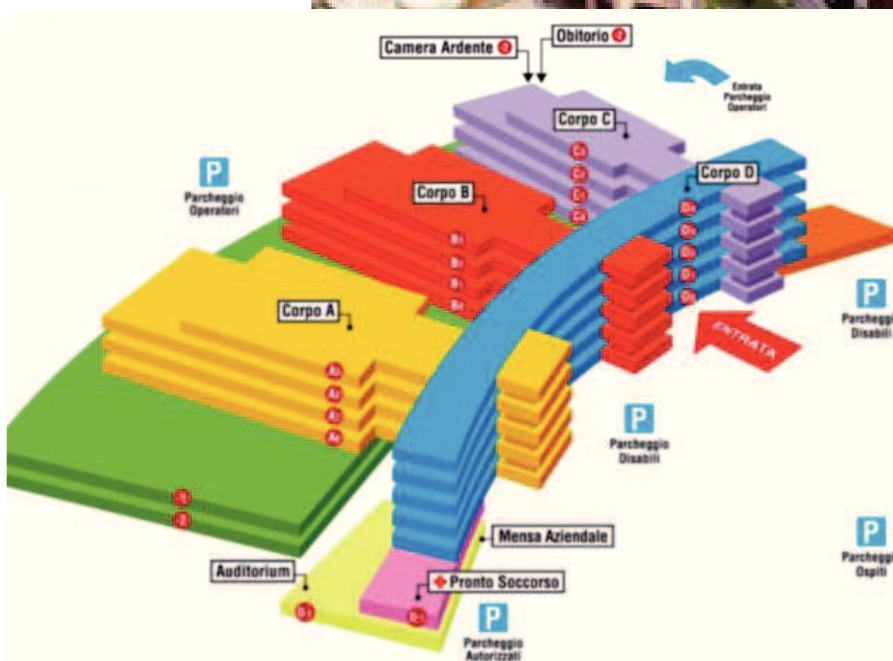
- Presidio Ospedaliero per acuti di Matera
- Presidio Ospedaliero per acuti di Policoro
- Ospedale Distrettuale di Tinchi
- Ospedale Distrettuale di Stigliano
- Ospedale Distrettuale di Tricarico

Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie di Matera

Il P.O. di Matera è l'Ospedale principale della ASM, con volume complessivo di 310.000 metri cubi.

La superficie del complesso ospedaliero è di circa 63.000 mq che può accogliere complessivamente fino a 530 posti letti.

Nel 2014 i **posti letto** attivi sono stati complessivamente



366, di cui **294 ordinari** e **72 Day Hospital**, con **6** posti letto funzionali per l'OBI.

La Struttura dispone di 6 sale operatorie complete di sala di preparazione dei pazienti.

In conformità
all'impianto
delineato dal Piano
Regionale Integrato
della salute e dei
servizi alla persona e

alla comunità 2012 – 2015, il P.O. “Madonna delle Grazie” di Matera è un Ospedale di media - elevata complessità, sede di Dipartimento di I livello di emergenza, con unità operative di chirurgia generale e medicina generale con orientamento specialistico diversificato.

In qualità di DEA di I livello, il P.O. di Matera deve garantire, oltre alla funzioni di Pronto Soccorso Attivo (PSA), anche interventi diagnostico terapeutici di emergenza medica, chirurgica, ortopedica, ostetrica, pediatrica e neonatologica, un trauma center nonché osservazione breve, assistenza cardiologica, rianimatoria e prestazioni di laboratorio di analisi chimico clinico e microbiologiche, di diagnostica per immagini (TAC, RMN) ed immunoematologia.

È prevista la presenza di una “guardia attiva” per 24 ore in medicina generale, chirurgia generale ed anestesia e rianimazione, ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio di analisi e radiologia e servizio immunotrasfusionale.

Garantisce inoltre le funzioni del CRT (Centro Regionale Trapianti) Basilicata, con L.R.T.T. (Laboratorio Regionale di Tipizzazione Tissutale), con servizio H/24 ed il centro regionale di genetica medica e di neuropsichiatria infantile.

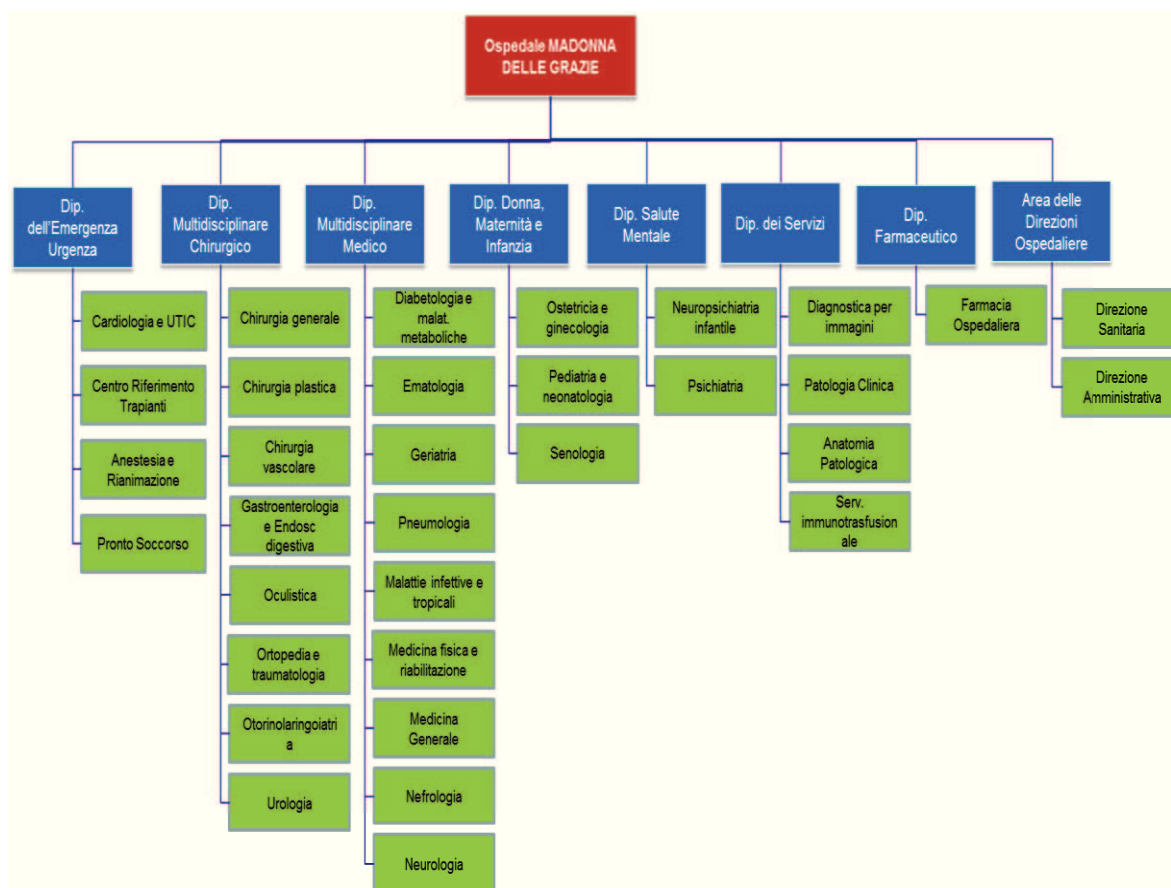
Il CRT Basilicata, conforme con linee guida nazionali degli indirizzi del Ministero e del CNT (Centro Nazionale Trapianti), assicura e coordina la gestione della banca dati delle cellule staminali, che viene attivata presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) attraverso la definizione delle attività di raccolta ed eventuale amplificazione delle cellule staminali da realizzare tra il CRT di Basilicata e le strutture afferenti in questo settore: U.O. di Ematologia A.O.R. San Carlo di Potenza, U.O. di Ematologia del P.O. di Matera, U.O. di oncoematologia dell'IRCCS CROB di Rionero.

In queste strutture è praticabile autotrapianto da midollo osseo da cellule staminali periferiche, raccolta di cellule da cordone ombelicale in collaborazione con l'U.O. di Ostetricia con l'invio del campione alla banca regionale per la conservazione.

L'Ospedale è dotato di attrezzature e servizi tecnologici quali: la tomografia assiale computerizzata (TAC) spirale, la risonanza magnetica nucleare (RMN), la mineralometria ossea computerizzata (MOC).

Il P.O. di Matera, è organizzato funzionalmente in Dipartimenti a cui afferiscono unità operative complesse o semplici.

L'organizzazione, che corrisponde all'offerta di servizi assistenziali, è rappresentata nello schema seguente:





Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II di Policoro

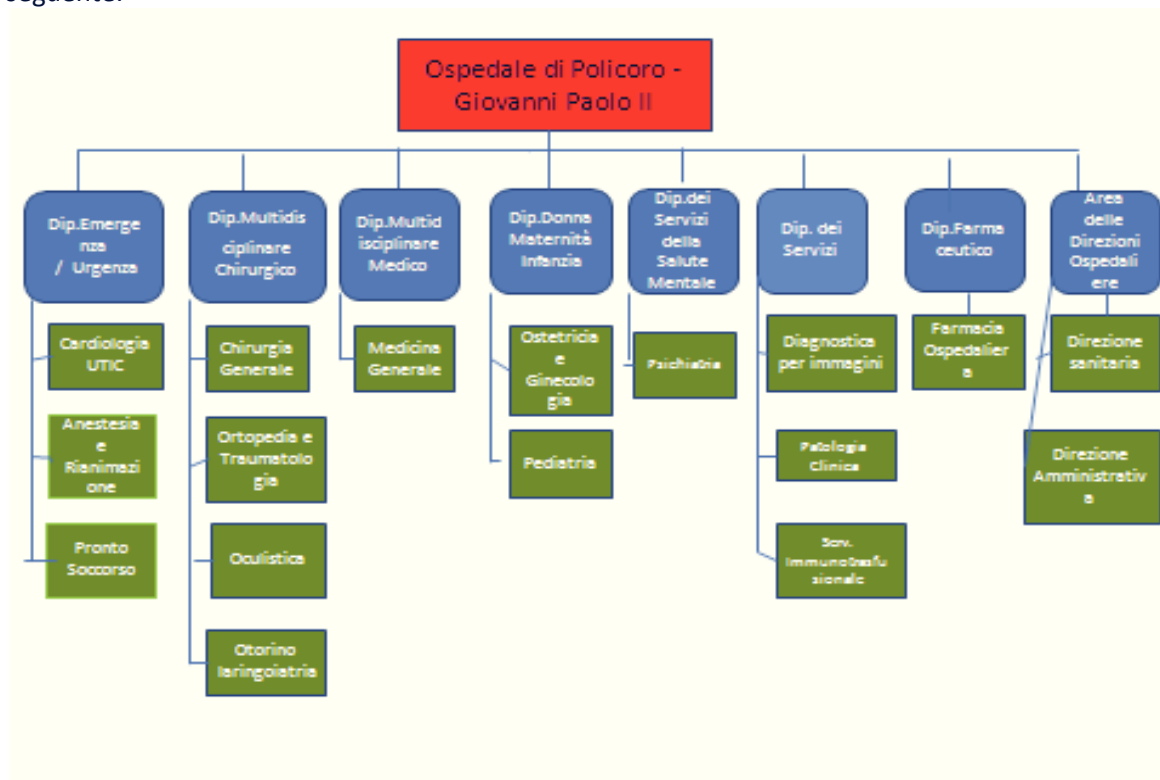
Il P.O. di Policoro è il II Ospedale per acuti della ASM, con una dotazione di **120 posti letto**, di cui **103 ordinari** e **17 DH**, oltre a **4** posti funzionali di **OBI**.

In conformità all'impianto delineato dal Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015, il P.O. di Policoro è un ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo e, in quanto tale, dotato di un Pronto Soccorso attivo ed autonomo con le seguenti aree:

- emergenza – urgenza (pronto soccorso attivo ed autonomo, rianimazione, terapia intensiva, terapia sub intensiva);
- medicina generale, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia, materno infantile (ostetricia, nido, pediatria), servizi di diagnostica (radiologia con TAC e RMN e laboratorio di analisi) e centro trasfusionale.

Deve essere presente la guardia attiva per 24 ore giornaliere in medicina generale, chirurgia generale e anestesia e rianimazione, cardiologia e UTIC, guardia attiva o reperibilità per ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio analisi e radiologia e centro trasfusionale. La Struttura dispone di 2 sale operatorie complete di sala di preparazione dei pazienti. L'Ospedale è dotato di attrezzature e servizi tecnologici quali: la tomografia assiale computerizzata (TAC) spirale, la risonanza magnetica nucleare (RMN), la mineralometria ossea computerizzata (MOC). Il P.O. di Policoro, è organizzato funzionalmente in Dipartimenti a cui afferiscono unità operative complesse o semplici.

L'organizzazione, che corrisponde all'offerta di servizi assistenziali, è rappresentata nello schema seguente:



Gli Ospedali Distrettuali di Tinchì, Stigliano e Tricarico

In conformità a quanto previsto dall'art. 20 della L.R. n. 17/2011 oltreché nel Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015, negli ospedali Distrettuali è svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti. In ogni caso sono garantite le attività previste dalla L.R. n. 21/1999 e s.m.i..

Gli Ospedali Distrettuali di Stigliano, Tinchì e Tricarico si configurano come strutture polivalenti a bassa intensità assistenziale, con degenza in regime di post-acuzie o di residenzialità in elezione e/o in trasferimento da altri setting assistenziali, nonché PTS (Punti Territoriali di Soccorso) e sedi di attività poliambulatoriale specialistica.

Nei suddetti Ospedali Distrettuali può essere svolta anche attività di chirurgia ambulatoriale.

Gli Ospedali Distrettuali aziendali si inseriscono nel complesso delle attività territoriali sanitarie e socio – sanitarie integrate, per cui le relative attività sono di tipo territoriale.

Nello specifico:



L'Ospedale Distrettuale Salvatore Peragine di Stigliano

a seguito del processo di riconversione in senso territoriale, ha consolidato una definita vocazione per le attività di post-acuzie di *Lungodegenza Medica*, per le quali sono assegnati 30 posti letto, ed ospita 8 posti letto per le cure palliative (*Hospice*)

Accanto all'area di lungodegenza il modello organizzativo prevede:

- il *Punto Territoriale di Soccorso*,
- il *Laboratorio di Analisi*
- la *Radiologia*;

- la *Chirurgia 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 Dermatologia, 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, oltreché 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*.



L'Ospedale Distrettuale Angelina Lodico di Tinchì

riconvertito in senso territoriale nel corso di questi anni, ospita una struttura dialitica ed è prevista un'attività di post-acuzie di Riabilitazione

- Il modello organizzativo prevede:
- il *Punto Territoriale di Soccorso*,
 - il *Laboratorio di Analisi*
 - la *Radiologia*;
 - l'*U.O. Endocrinologia e Diabetologia*;
 - il *Servizio Dialisi*
 - l'*Endoscopia Digestiva ambulatoriale*

- l'*Ambulatorio di Vulnologia e Piede Diabetico*;

- gli *Ambulatori Specialistici* per attività ambulatoriale e di Day Service che garantiscono progressivamente i seguenti percorsi assistenziali ambulatoriali: dermatologia, diabete mellito, endocrinologia, gastroenterologia, medicina internistica e a indirizzo cardiologico, neuropsichiatria dell'età evolutiva, odontoiatria, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica, neurologia, cure palliative – terapia del dolore, secondo preciso calendario settimanale opportunamente definito;
- la *Farmacia Ospedaliera*.

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 è stato approvato uno studio di fattibilità realizzato da un gruppo di lavoro appositamente istituito, che unitamente alla documentazione relativa al bando di concessione e al disciplinare di gara, è stato preventivamente inoltrato 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.

Bilancio
Sociale
2014



L'Ospedale Distrettuale Rocco Mazzarone di Tricarico, a seguito del processo di riconversione in senso territoriale, ha consolidato una definita vocazione per le attività di post-acuzie di Lungodegenza Medica e di Riabilitazione intensiva ed estensiva.

Il modello organizzativo definito prevede:

- il *Punto Territoriale di Soccorso*;
- *U.O. Lungodegenza* (codice 60), per un totale di 30 posti letto, riservata alla gestione delle post-acuzie;
- *Stato Vegetativo* per un totale di 5 posti letto;
- *Degenza Intensiva Riabilitativa cod. 56*, gestito dalla Fondazione Don Gnocchi, per un totale di 48 posti letto;
- *Lungodegenza riabilitativa cod. 60*, gestito dalla Fondazione Don Gnocchi per un totale di 16 posti letto;
- il *Servizio di diagnostica per immagini*;
- il *Laboratorio di analisi chimico – cliniche*;
- *Farmacia Ospedaliera*.

I posti letto di Lungodegenza e Riabilitazione gestiti in convenzione dalla Fondazione Don Gnocchi sono 66 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 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 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:

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

Bilancio
Sociale
2014

I DISTRETTI E I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI NELLA ASM

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera si articola in Distretti della Salute, così come definiti dal comma 1 dell'articolo 4 della L.R. n. 12/2008.

Il Distretto della Salute costituisce:

- una macro-organizzazione complessa dell'Azienda Sanitaria alla quale va riconosciuto un ambito di autonomia di risorse e di gestione pari a quanto previsto per le altre macro-strutture aziendali;
- un luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e 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.

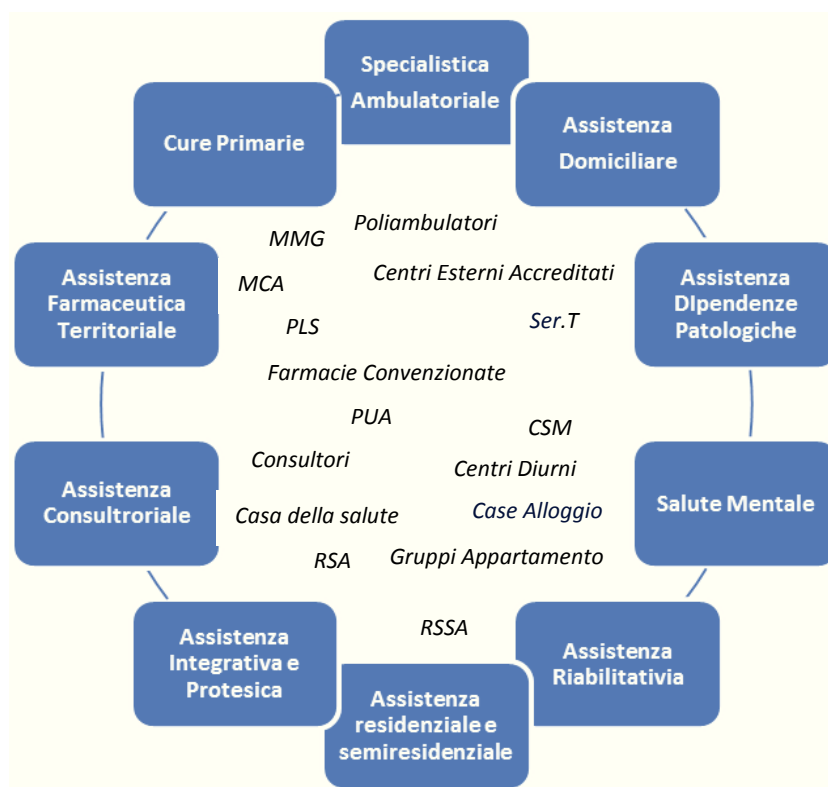
Nello specifico le attività territoriali si riferiscono:

- 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 integrativa e protesica,
- all'assistenza consultoriale.

Al fine di garantire i suddetti LEA nel territorio di competenza sono presenti:

lo Sportello Unico di Accesso al Sistema dei Servizi Socio – Sanitari (PUA); l'Unità di Valutazione Integrata (UVI); il Consultorio; le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA); la Casa della Salute; l'ADI; il Dipartimento di Salute Mentale; il Sert; il Poliambulatorio per l'assistenza specialistica ambulatoriale; l'Area dei Servizi per le attività Sociali.

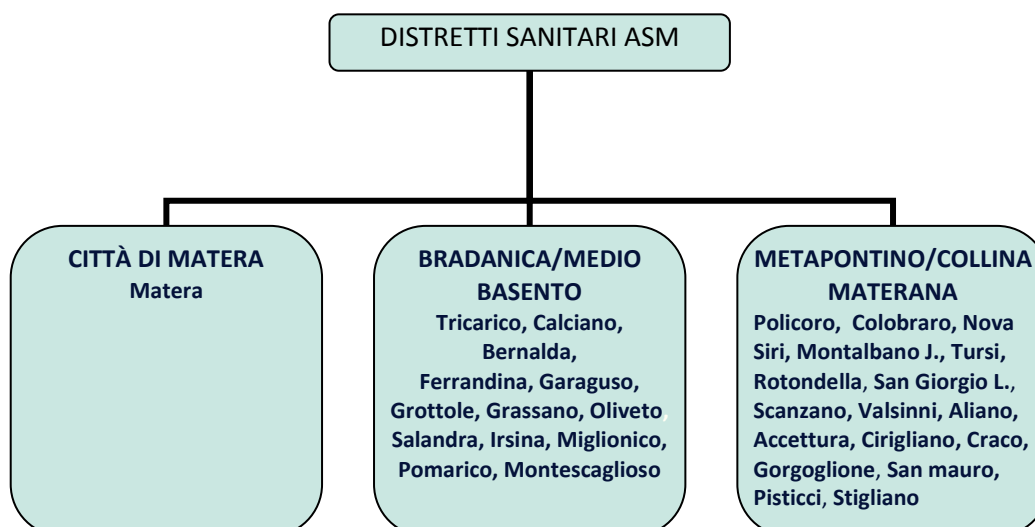
ATTIVITÀ DISTRETTUALI



Bilancio
Sociale
2014

Ai sensi dell'art. 34 della Legge Regionale 30 aprile n. 7/2014 avente ad oggetto "Articolazione Distrettuale delle Aziende Sanitarie - Disposizione Transitoria", nelle more della ridefinizione della governance del territorio Regionale della Basilicata, i Distretti della Salute di cui al comma 1 dell'articolo 4 della L.R. n. 12/2008, coincidono con le perimetrazioni dei Distretti Sanitari vigenti al 31 dicembre 2008, ne mantengono le relative sedi e l'organizzazione territoriale alla stessa data vigente.

Nello specifico, l'ambito territoriale dei Distretti della salute della ASM coincide con l'ambito socio – territoriale delle 2 Aree di Programma costituite, ai sensi dell'art. 23 della L.R. 30 dicembre 2010, n. 33, con la DGR n. 246/2012, cui si aggiunge l'area urbana costituita dal Comune di Matera; pertanto i Distretti della Salute dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera sono i seguenti:

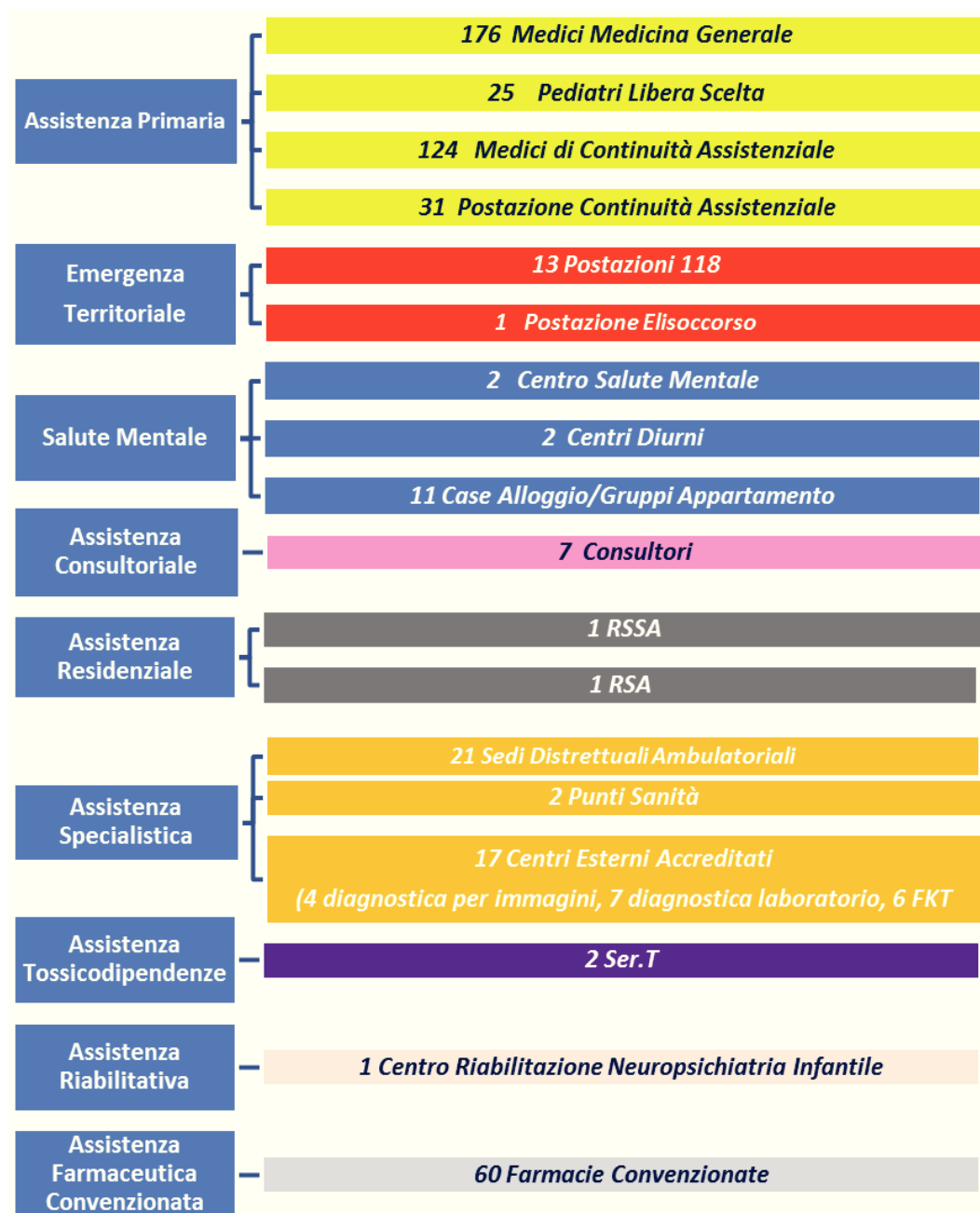


La ASM assicura la presa in carico delle persone con bisogni sanitari sul territorio, seppure attraverso un'organizzazione provvisoria ed ancora non ben definita nei suoi tratti essenziali, impegnandosi nell'attivazione e nello sviluppo di percorsi assistenziali integrati sia con le strutture operative 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.

Nella città di Matera, inoltre, insiste un istituto penitenziario che conta una popolazione carceraria media di circa 100 detenuti, cui è assicurato un servizio di sanità penitenziaria da parte dell'ASM attraverso una turnazione del personale sanitario tipo H24, gestita in modo integrato da infermieri e medici.

Si riporta di seguito l'articolazione strutturale dell'assistenza territoriale erogata nei tre ambiti distrettuali.

Strutture di offerta territoriali



IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura della ASM preposta alla tutela della salute pubblica. La mission del Dipartimento consiste nel garantire risposte efficaci alla domanda di salute della popolazione, attraverso interventi diretti e coordinati per tutelare la salute della popolazione residente, promuovere la prevenzione di stati morbosi, il miglioramento della qualità della vita, il benessere animale e la sicurezza alimentare. Il Dipartimento svolge compiti e funzioni specifiche di igiene e medicina preventiva in campo umano e veterinario, eseguendo anche numerose attività di vigilanza.

Le attività di prevenzione sono erogate dall'ASM attraverso due Dipartimenti:

- **il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana**
- **il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale**

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana

La struttura del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana si articola nelle seguenti Unità Organizzative:

- Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co

Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale

La struttura del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale si articola nelle seguenti Unità Organizzative:

- Sanità Animale – Area A, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co.

LE ATTIVITA' DI SUPPORTO

Per lo svolgimento delle molteplici attività di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della popolazione sono presenti nell'Azienda sanitaria di Matera i servizi che svolgono attività di supporto per la maggior parte inseriti nel dipartimento Amministrativo e/o negli Uffici di Staff.

I Servizi che svolgono attività amministrative e di supporto sono i seguenti:

- Gestione risorse umane
- Affari generali e legali
- Gestione delle risorse finanziarie
- Economato e provveditorato
- Progettazione, manutenzione e gestione appalti e lavori pubblici
- Servizi informatico - informativo
- U.R.P. Ufficio relazioni con il pubblico
- Formazione E.C.M. e tirocini
- Direzioni amministrative ospedaliere e distrettuali
- Pianificazione e controllo strategico e di gestione
- Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico
- Servizio delle professioni sanitarie
- Qualità e l'accreditamento
- Servizio Prevenzione e Protezione

LA QUALITA' E IL CICLO DELLA PERFORMANCE

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il rischio clinico riguarda la probabilità che ha un paziente di incorrere in un evento avverso, cioè che possa subire un danno o disagio, imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate.

Lo sviluppo e l'applicazione di un sistema strutturato per la sicurezza del paziente costituisce un notevole vantaggio sia per la qualità dell'assistenza, in quanto riduce notevolmente i rischi legati al processo diagnostico – terapeutico assistenziale a garanzia del paziente, sia per i professionisti che, così si trovano ad operare in un ambiente più sicuro. Infine, si possono riscontrare effetti positivi anche in termini di immagine dell'azienda, oltre che notevoli riduzione o contenimento dei premi assicurativi.

La ASM ha istituito un servizio di Medicina Legale e Gestione del rischio Clinico che, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali in materia, predispone annualmente, **sia il Piano di previsione delle attività di risk management, che la Relazione sull'attuazione delle attività svolte nelle strutture aziendali.**

In una visione proattiva dell'attività clinico-assistenziale, anche volta ad un contenimento del contenzioso medico-legale, sono stati implementati alcuni standard di Qualità dei Servizi e delle attività clinico – assistenziali rivolte ai cittadini, in conformità a quanto previsto nell'atto aziendale, attraverso le attività di seguito riportate:

- Redazione del Piano di previsione delle attività di risk management,
- Potenziamento della "rete del Rischio Clinico" con il coinvolgimento di altre strutture aziendali e/o regionali;
- Check-list di sala operatoria (cioè un elenco di attività e/o procedure di sala operatoria con passaggi obbligati e verifiche) da attuare obbligatoriamente in ogni atto chirurgico sia in fase preliminare sia nel corso dell'intervento sia subito dopo di esso;
- Verifica dell'attuazione della check list nelle UO di Chirurgia mediante due Audit;
- Attività di Audit clinico ed organizzativo allo scopo di esaminare le criticità segnalate e cercare soluzioni tempestive e/o progetti a più ampio respiro (complessivamente 10 audit svolti su altrettante segnalazioni ricevute);
- Safety Walk Around o "Giri per la Sicurezza" effettuati presso le UO di Chirurgia Generale di Matera, per una valutazione diretta delle problematiche delle singole UU.OO. coinvolgendo il personale nell'applicazione delle procedure presenti e condivise;
- Analisi e verifica del percorso perioperatorio e della Boarding Card con valutazione di nuovi percorsi (cardiologia e radiologia interventistica, day surgery) e dell'inserimento nella sperimentazione osservazionale OGC;
- Potenziamento delle linee di ricerca sulle seguenti tematiche:
 - o analisi percettiva "ospedale senza dolore";
 - o trasporto intraospedaliero del paziente;
 - o non technical skills;
 - o team work in sala operatoria;
 - o glicemia e stress nel Dipartimento di emergenza;
- Adozione di sistemi per la segnalazione di eventi avversi;
- Elaborazione e condivisione di percorsi /procedure / protocolli per il miglioramento della sicurezza delle cure, (percorso del pz. dal reparto alla sala operatoria, per le cadute, per il passaggio delle consegne, sicurezza in sala operatoria e lavaggio mani etc.)
- Attività formative rivolte al personale aziendale;
- Audit e azioni di miglioramento;
- Predisposizione della relazione sull'attuazione delle attività svolte nelle strutture aziendali.

SISTEMI DI GESTIONE DELLA QUALITA'

La Qualità richiede un approccio sistemico, a causa della complessità dell'Organizzazione sanitaria e dei contesti socioculturali con cui essa deve interagire, pertanto il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale che ne consegue è un insieme strutturato e coerente di attività interdipendenti e trasversali a tutti gli elementi costitutivi dell'Organizzazione, con l'obiettivo di promuovere la qualità dell'assistenza nelle sue differenti espressioni.

Nei servizi sanitari la qualità deve essere affrontata su tre livelli:

- Qualità professionale (livello tecnico sanitario);
- Qualità gestionale (livello tecnico amministrativo);
- Qualità percepita (livello di soddisfazione del cittadino utente)

Per garantire un vero e proprio sistema organizzativo orientato alla qualità, la Direzione Strategica Aziendale, con atto deliberativo n. 677/2014, ha istituito un ufficio per il coordinamento e la gestione delle attività relative alla Qualità e all'Accreditamento.

Nello specifico, nel corso del 2014, si è provveduto a redigere e revisionare le procedure esistenti per mantenimento e miglioramento dei requisiti relativi all'accREDITAMENTO istituzionale.

Inoltre il suddetto Ufficio per il coordinamento e la gestione delle attività relative alla Qualità e all'AccREDITAMENTO nel corso del 2014 ha predisposto il Manuale della Qualità Aziendale, sottoponendolo alla valutazione della Direzione Strategica per l'approvazione di rito.

Idem per il Piano pluriennale e annuale della qualità.

Sono state prodotte, altresì, le seguenti attività e documentazioni :

- Procedura aziendale per la gestione della documentazione correlata alla Gestione della Qualità e dell'AccREDITAMENTO; la procedura, "Sistema di gestione documentale: gestione e controllo della documentazione e delle registrazioni per la qualità" è stata redatta, verificata ed approvata con atto aziendale.
- Organizzazione e coordinamento di una rete di referenti (con profili clinici, assistenziali, amministrativi, tecnici e professionali) per implementare il sistema di gestione della Qualità Aziendale: Sono stati individuati, con i responsabili delle strutture / servizi aziendali, i Referenti per la qualità.
- Ricognizione degli atti autorizzativi esistenti in azienda ai fini del pre – accREDITAMENTO a accREDITAMENTO istituzionale delle strutture aziendali secondo quanto previsto dalle priorità regionali.
- Negli ultimi mesi dell'anno 2014, il Laboratorio Analisi e il Servizio Immunotrasfusionale del P.O. di Matera, sono stati sottoposti a verifiche, da parte dei valutatori regionali, sulla presenza dei requisiti necessari per ottenere l'accREDITAMENTO istituzionale.
- Attuazione di Audit clinici ed organizzativi in alcuni reparti ospedalieri, per individuazione di fattori critici e per l'implementazione di azioni di miglioramento.
- Sono state revisionate alcune procedure già in uso nelle varie strutture aziendali.

IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

I Sistemi di misurazione della *performance* sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e *performance* organizzative.

Il Sistema di misurazione della *performance* adottato dalla ASM è orientato principalmente alla soddisfazione e il coinvolgimento del cittadino.

Il processo di formazione e di realizzazione del Sistema si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (definizione, adozione, attuazione e *audit*) in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano.

Le fasi del sistema di valutazione della *performance* aziendale sono sinteticamente riportate nel successivo quadro sinottico, in cui accanto a ciascuna fase sono riportati i soggetti coinvolti.

Le fasi del Sistema di valutazione della performance aziendale.

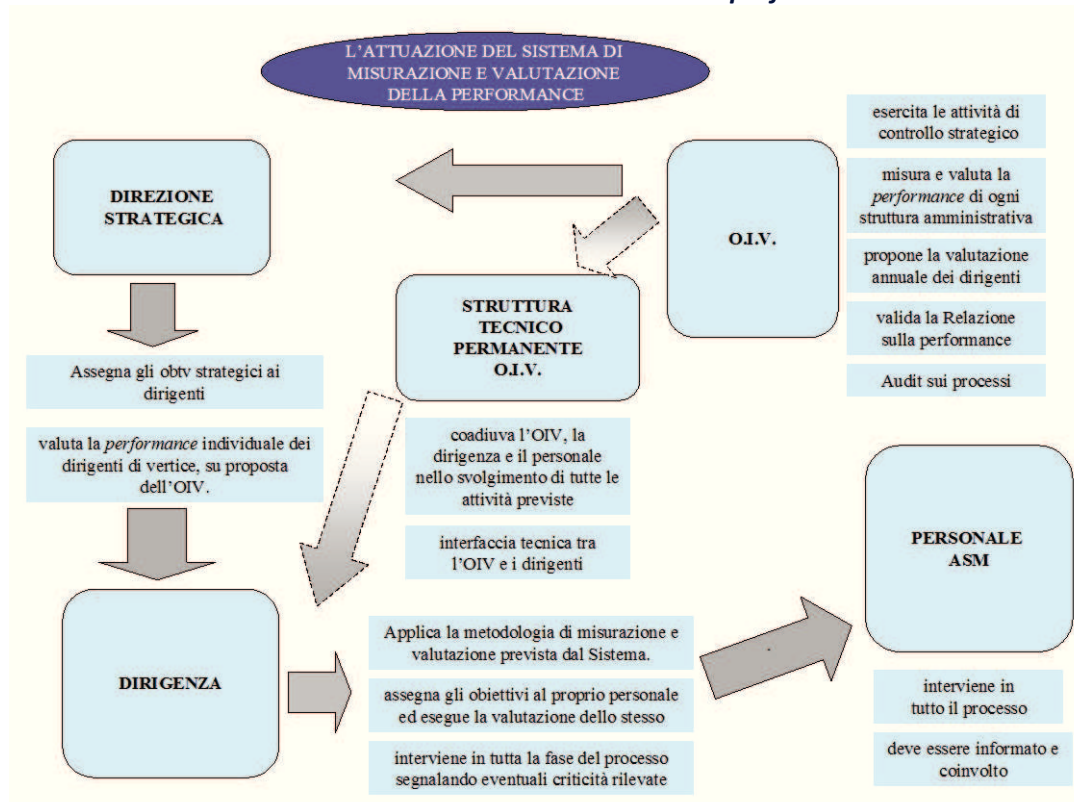
Fase	Soggetti interni coinvolti
1) Definizione/aggiornamento del Sistema	Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	Direzione Strategica ASM
3) Attuazione del Sistema	- Direzione Strategica ASM - Dirigenza - Personale - OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	- OIV (Struttura Tecnica Permanente) - Personale, dirigenziale e non

1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

2) Adozione e 3) Attuazione del Sistema: la Direzione Strategica promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance. Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Strategica con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e delle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza con la Politica della Qualità. La dirigenza, in particolare quella di vertice, contribuisce all'attuazione del Sistema e all'aggiornamento dei contenuti dello stesso

L'attuazione del Sistema di misurazione e valutazione delle performance aziendali



4) **Monitoraggio e audit del Sistema:** in corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati. A fine anno il Nucleo interno di Valutazione ora O.I.V. valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

L'OIV, infatti, ha il compito di verificare la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla CIVIT e di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, esercitando un'attività di impulso, nei confronti del vertice politico-amministrativo nonché della dirigenza, per l'elaborazione e l'aggiornamento del Sistema e per la sua attuazione. Fondamentale è, inoltre, il ruolo della interfaccia tecnica/amministrativa tra l'OIV e la dirigenza che si occupa di interagire con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

1.2.3.LE RISORSE UMANE

All'interno dell'Azienda Sanitaria di Matera operano professionalità con rapporti di lavoro di varia natura:

- rapporto di dipendenza a tempo indeterminato;
- rapporto di dipendenza a tempo determinato;
- personale a convenzione;
- medici di medicina generale(MMG);
- pediatri di libera scelta(PLS);
- medici di continuità assistenziale(Guardia Medica);
- specialisti ambulatoriali territoriali (SAT).

Delle 2.335 unità di personale che durante l'anno hanno prestato la loro attività lavorativa nelle varie strutture aziendali oltre il 95% ha un rapporto di dipendenza a tempo indeterminato.

La gran parte del personale con rapporto di dipendenza a tempo determinato è rappresentato dagli autisti del sistema di Emergenza Territoriale (118).

In ASM nel 2014 hanno operato 1.024 maschi e 1.311 femmine.

Il personale infermieristico conta 959 unità pari al 41,7% della forza lavoro.

I Medici sono 415, divisi in 140 femmine e 275 maschi.

Tra il personale dipendente quindi ha una netta prevalenza la componente femminile con il 56%, anche se il dato è variabile se letto tra i diversi ruoli; nella Dirigenza Medica Sanitaria e Veterinaria prevalgono nettamente i maschi.

Le tabelle che seguono analizzano la composizione del personale Dipendente e di quello Convenzionato suddividendo i lavoratori per macrocategorie

Tabella 1.10. Personale Dipendente 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 Personale Dipendente	1.024	1.311	2.335

Tabella 1.11. Personale Convenzionato al 31.12.2014

	M	F	Totale
Medici di medicina generale	111	64	175
Pediatrati di libera scelta	9	14	23
Medici di continuità assistenziale	99	47	146
Specialisti ambulatoriali territoriali	14	9	23
Totale Personale convenzionato	233	134	367

Si può osservare dal Grafico che segue ben il 57% del personale dipendente è dedicato all'assistenza ospedaliera che viene erogata nei due presidi, Matera e Policoro, mentre un terzo all'assistenza distrettuale, che comprende anche le attività specialistiche e diagnostiche, il 5% alla prevenzione ed il 7% ai servizi generali che includono le attività di supporto ed anche gli Organi Istituzionali.

Grafico 1.12. Percentuale del personale assegnato per macro Livello di Assistenza

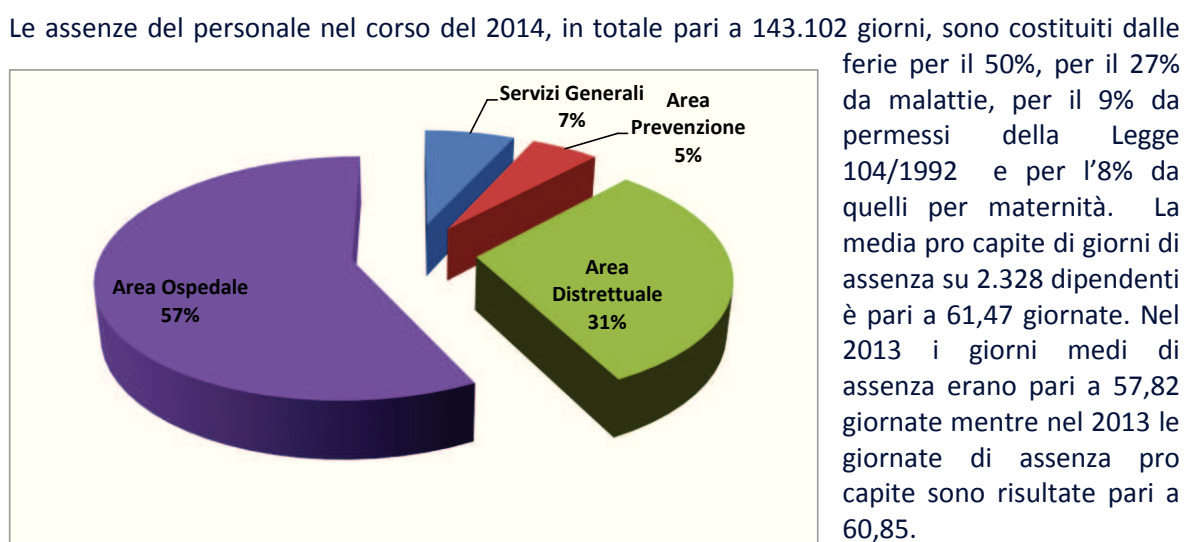
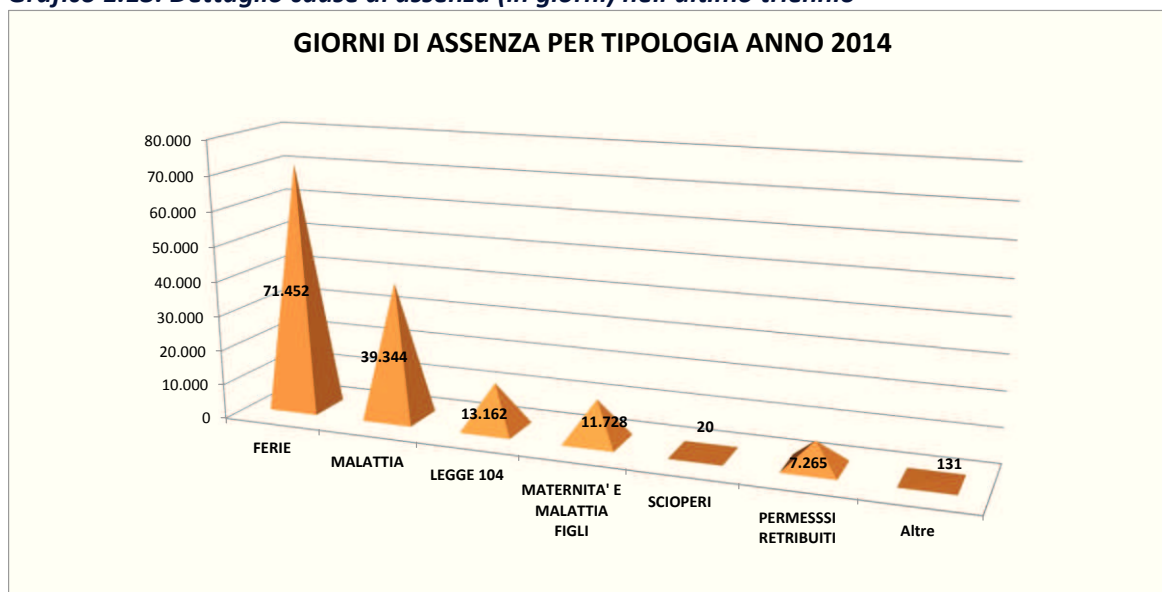
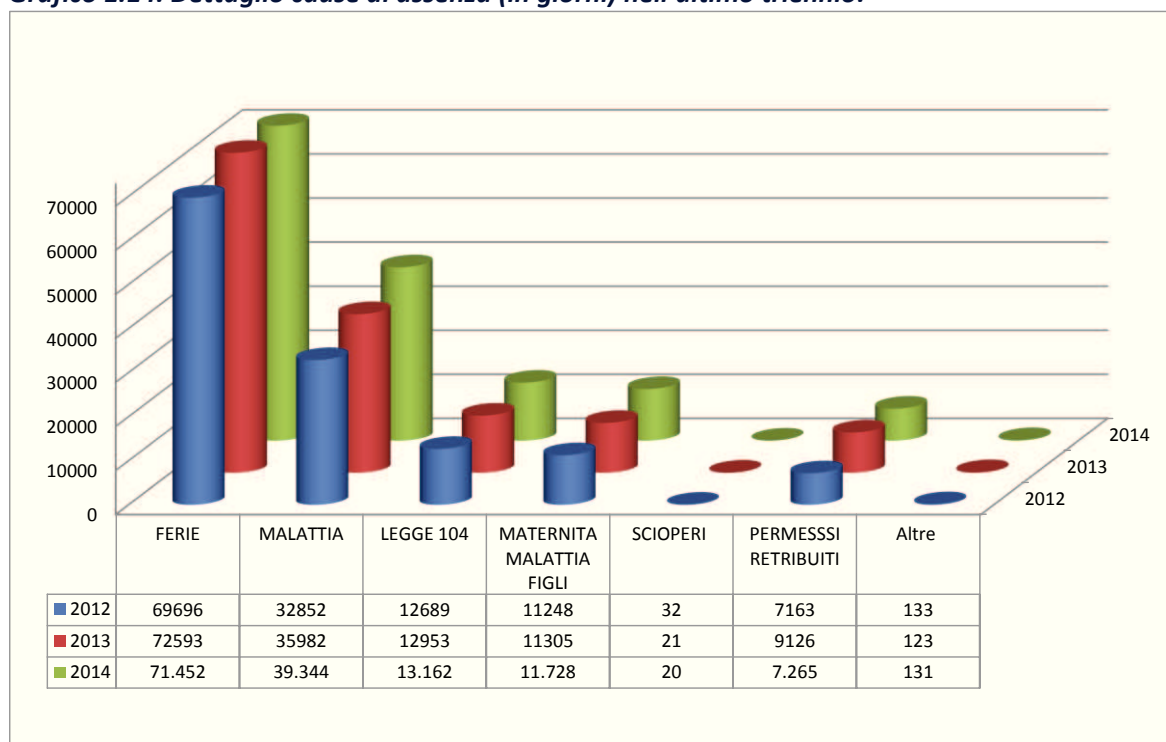


Grafico 1.13. Dettaglio cause di assenza (in giorni) nell'ultimo triennio



Le assenze continuano a crescere per le cause di malattie e per i permessi legati alla Legge 104. Riguardo queste due tipologie di assenza l'Azienda ha avviato una verifica per valutare il corretto utilizzo degli istituti e anche una distribuzione diversa del personale che usufruisce dei permessi per la Legge 104 nei vari servizi al fine di ottenere una omogeneità nei giorni di assenza.

Grafico 1.14. Dettaglio cause di assenza (in giorni) nell'ultimo triennio.



Bilancio
Sociale
2014

RELAZIONI SINDACALI

In questi anni l'Azienda ha avviato un sereno e costruttivo confronto con tutte le sigle sindacali abilitate alla contrattazione aziendale del Comparto, Dirigenza medica e Veterinaria e della STPA. Nel 2014 le relazioni sindacali si sono concretizzate in numerosi incontri che hanno affrontato vari temi: Produttività 2014, rivisitazione pesatura delle aree di attività del ruolo sanitario, Riqualificazione e re- inquadramento del personale adibito a mansioni diverse, revisione orario di servizio (flessibilità, rientri, part-time, tempo consegna, missioni, ritardi ed eccedenze orari,). Nel 2014 è stato approvato il primo contratto decentrato aziendale ASM (CCIA – 2014) per la Dirigenza Medica/Veterinaria e della Dirigenza S.T.P.A.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE

La programmazione dell'attività di formazione viene elaborata sulla base delle proposte formulate dai Direttori/Dirigenti di Dipartimento/Servizi/UU.OO.

Le proposte vengono inserite nel Piano Formativo Aziendale che include, altresì, la formazione obbligatoria (Anticorruzione, D.Lgs.81/2008, Radioprotezione).

Il PFA viene valutato dal Comitato scientifico per l'ECM e recepito con atto deliberativo aziendale. Per garantire la formazione continua a tutto il personale del Ruolo Sanitario, obbligato all'acquisizione dei crediti formativi ECM, viene privilegiata la formazione in sede, mentre la formazione specifica e/o specialistica, viene effettuata dal personale interessato fuori sede.

L'aggiornamento specifico riguarda settori limitati del personale che, a fronte dell'evoluzione normativa, ha la necessità di partecipare alle iniziative formative di aggiornamento che, per la propria specificità, vengono organizzate da Agenzie dedicate e riconosciute dalla P.A. , le cui sedi sono ubicate presso altre città.

Nel 2014 hanno effettuato formazione extraaziendale n.81 dipendenti.

Sempre nel corso dello stesso anno, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera ha attivato n.25 eventi formativi (alcuni dei quali ripetuti in più edizioni) accreditati alla Commissione Nazionale ECM. E' stato organizzato il Corso sulla Sicurezza negli ambienti di lavoro con modalità FAD a cui hanno partecipato 970 dipendenti.

Tabella 1.12.- La Formazione aziendale svolta nell'anno 2014

Formazione anno 2014			
Tipologia	Numero	Partecipanti	Crediti ECM
Eenti RES	25	1.243	11.856
Corso Sicurezza FAD	1	970	23.280
Aggiornamenti fuori sede	70	81	
Corsi in sede per amministrativi	3	60	
Totale	99	2.354	35.136

L'Azienda ha, altresì, organizzato eventi in collaborazione con Associazioni di interesse sanitario ed Ordini professionali.

L'accesso alla Formazione esterna ha riguardato 81 dipendenti.

Le risorse finanziarie utilizzate nell'anno 2014 per la formazione continua, compresa quella fuori sede, ammontano ad € 87.770,00.

Nel 2014 sono stati accettati a svolgere il tirocinio didattico/professionale e/o di orientamento presso le strutture della ASM n. 128 *tirocinanti* provenienti dalle Università, Scuole di Specializzazione, Scuole di secondo grado e Associazioni di ambito socio-sanitario.

I Tirocinanti affidati a Tutor aziendali vengono seguiti sia nella parte professionale che in quella riguardante gli aspetti relazionale, comunicativo e organizzativo.

1.2.4. UN GIORNO IN ASM

Anno 2014	
Attività	Numero medio
<i>Accessi in Pronto Soccorso di cui:</i>	196
<i>In pericolo di vita (cod. Rosso)</i>	1
<i>Urgenti ma non in pericolo di vita (cod. Giallo)</i>	33
<i>Con lesioni che interessano funzioni vitali (cod. Verde)</i>	143
<i>Rinviabili al medico curante (cod. Bianco)</i>	13
<i>Interventi effettuati dal 118</i>	34
<i>Interventi soggetti trattati dal 118</i>	33
<i>Interventi traumatici effettuati dal 118</i>	8
<i>Pazienti ricoverati nei nostri ospedali</i>	506
<i>Pazienti che vengono operati nei nostri ospedali</i>	51
<i>Numero Parti</i>	5
<i>Pazienti che fanno un trattamento di dialisi</i>	73
<i>Pazienti che fanno un trattamento di chemioterapia</i>	24
<i>Persone che fanno riabilitazione (visita + prestazione)</i>	230
<i>Prestazioni effettuate dal SER.D (Servizio per le Dipendenze)</i>	460
<i>N. persone che si rivolgono al C.S.M. (Centro di Salute Mentale)</i>	30
<i>N. persone che si rivolgono ai Consultori dell'Azienda ambulatoriali</i>	2.170
<i>Ore di assistenza in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)</i>	486
<i>Accertamenti per invalidità civile e l. 104/92</i>	21
<i>Vaccinazioni eseguite</i>	316
<i>Accertamenti preventivi di idoneità presentate in farmacia</i>	6.483
<i>Persone che telefonano a numeri verdi ASM</i>	20
<i>Prenotazioni / disdette CUP (Centro Unico di prenotazione)</i>	2.000
<i>Accessi sul sito web dell'Azienda ASM</i>	6.000
<i>Prelievi effettuati sugli allevamenti di animali bovini e ovi – caprini</i>	448
<i>Sopralluoghi eseguiti nei luoghi di lavoro</i>	3
<i>Controlli ufficiali di prodotti alimentari e di requisiti strutturali e funzionali delle attività di produzione e distribuzione degli alimenti deposito, sezionamento....</i>	153
<i>Iscrizioni all'anagrafe canina</i>	9
<i>sterilizzazioni su animali</i>	10
<i>Ordinativi di pagamento effettuati</i>	65
<i>Ordinativi di incassi effettuati</i>	7

SEZIONE II - LE SCELTE E LE AZIONI DI GOVERNO



Ferrandina – Il Chiostro di San Domenico



Salandra – Panorama

Bilancio
Sociale
2014



Tricarico – Panorama



Aliano – I Calanchi



Montescaglioso – L'Abbazia

2.1.LE AZIONI SANITARIE

2.1.1. LA RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, nel rispetto delle linee di indirizzo sancite dalla programmazione sanitaria sia a livello nazionale che regionale, ha posto alla base del proprio modello di governance il perseguimento, da un lato, degli obiettivi di sostenibilità economica, quali nella fattispecie l'economicità, la qualità e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, dall'altro, il miglioramento della qualità complessiva dei processi assistenziali erogati.

In tale direzione, al fine di coniugare il raggiungimento degli obiettivi economici con il mantenimento degli standard assistenziali, quest'Azienda ha posto in essere una strategia con una serie di azioni e di interventi che le hanno consentito di contenere i costi senza intaccare i livelli quali-quantitativi di assistenza, senza, cioè, determinare una reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, si è mantenuta sugli stessi livelli degli anni precedenti, risultando maggiormente qualificata sotto il profilo della congruità dei setting assistenziali adoperati.

Le azioni di efficientamento della gestione sono state accompagnate dall'avvio di processi di ridefinizione degli assetti strutturali e funzionali e da una serie di iniziative, che ne hanno mitigato i potenziali effetti depauperativi sui volumi di attività, in una prospettiva che ha privilegiato il perseguimento della sostenibilità economica non attraverso il taglio lineare dei servizi ma mediante la razionalizzazione funzionale dei processi clinici ed organizzativi, sanitari ed amministrativi, che ha avuto come intrinseca conseguenza la riduzione dei costi.

Gli interventi avviati nella direzione del perseguimento dell'efficienza gestionale e del miglioramento della qualità dei servizi, si collocano idealmente all'interno di due macro-obiettivi, tra loro intrinsecamente correlati, che qualificano le strategie di politica sanitaria perseguite da quest'Azienda:

- il costante innalzamento del livello della appropriatezza clinica ed organizzativa,
- lo sviluppo di molteplici processi di integrazione gestionale e professionale sia all'interno dell'Azienda sia al di fuori di essa.

Il recupero dell'appropriatezza declinata sotto tutti profili, da quello clinico - assistenziale a quello organizzativo – gestionale, appare oggi l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse, l'unico strumento nelle mani del management strategico capace di favorire la razionalizzazione dei costi senza intaccare i livelli essenziali di assistenza ed evitare il ricorso indiscriminato ai tagli lineari, i cui effetti recherebbero sicuramente grave pregiudizio per la popolazione assistita, innescando pericolosi circoli viziosi con sicure ricadute negative anche dal punto di vista economico nel medio – lungo periodo.

E' questa la chiave di lettura con cui valutare gli interventi posti in essere da quest'Azienda nell'ultimo triennio e di seguito succintamente riportati.

Il processo più importante avviato nell'arco temporale considerato è stato senza dubbio la riorganizzazione della rete ospedaliera, realizzata 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, Tinchi e Tricarico, attuato con la definitiva dismissione dei posti letto per acuti residui e con l'implementazione delle attività sanitarie di tipo territoriale previste nei piani attuativi adottati dall'Azienda;
2. la riqualificazione dell'offerta assistenziale degli ospedali per acuti (P.O. di Matera e P.O. di Policoro) sia sotto il profilo strutturale che sotto quello organizzativo, in conformità, da una parte, all'esigenza di razionalizzazione delle risorse disponibili e contenimento dei costi, e, dall'altra, alle evoluzioni del quadro epidemiologico e demografico, attuata attraverso la rimodulazione dei posti letto e, più in generale, la riprogettazione dei

modelli organizzativi e logistici, secondo una prospettiva di sistema tesa a favorire l'integrazione funzionale delle risorse e l'ottimizzazione del livello di efficacia e di efficienza dei servizi.

I due obiettivi, sia pure ben distinti, sono intrinsecamente connessi tra loro in quanto la chiusura di posti letto per acuti negli ospedali distrettuali implica di fatto la necessità di una rimodulazione strutturale degli stessi negli ospedali per acuti, finalizzata a mantenere inalterata la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza da fornire alla popolazione di riferimento e a rispettare i parametri quantitativi definiti dalla programmazione regionale.

Lungo le suddette direttrici si è sviluppata l'azione dell'ASM nel 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.

Riconversione in senso territoriale degli Ospedali Distrettuali

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. Parallelamente al consolidamento delle attività assistenziali previste dai piani attuativi si è proceduto alla dismissione degli ultimi posti letto per acuti residuali presenti negli Ospedali di Stigliano, Tinchi e Tricarico.

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

Per effetto di tale processo gli Ospedali Distrettuali hanno assunto una fisionomia specifica all'interno della rete assistenziale aziendale, che ne qualifica la vocazione e la mission e in virtù della quale:

- l'Ospedale di Stigliano è stato completamente riconvertito per le attività di Lungodegenza Medica (cod. 60), cui è stato assegnato un ruolo strategico quale Centro di Riferimento per la rete aziendale delle Cure Palliative, essendo tra l'altro sede di Hospice;
- l'Ospedale di Tricarico è stato completamente riconvertito per le attività di Lungodegenza Medica (cod. 60) e per quelle di Riabilitazione (codd. 56 e 60), posizionandosi all'interno dello scacchiere aziendale quale punto di riferimento per tutta la branca riabilitativa, per la quale si configura quale centro di eccellenza a livello regionale.

Importante iniziativa avviata da quest'Azienda nel suddetto ospedale nella direzione del potenziamento delle attività territoriali è stata la sperimentazione gestionale, denominata **Casa della Salute** (delibera n. 77/2013), finalizzata a promuovere forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte da tutti gli specialisti operanti nell'ospedale distrettuale. Nello specifico ai Medici della medicina di gruppo presente nel territorio di Tricarico (5 medici ed 1 pediatra) è stato concesso l'utilizzo degli ambulatori e delle tecnologie presenti nell'Ospedale distrettuale di Tricarico, al fine di garantire la presenza all'interno della stessa struttura di almeno un medico dalle 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni feriali e dalle 8.00 alle 10.00 del sabato. L'obiettivo del progetto è quello di favorire l'integrazione tra i medici dell'Assistenza Primaria con gli specialisti ospedalieri operanti nella Lungodegenza e Riabilitazione, al fine di condividere:

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

- l'Ospedale di Tinchi ha cessato l'attività ospedaliera per acuti, con il potenziamento delle attività di tipo territoriale tradizionalmente erogate, e con l'avvio di un progetto sperimentale per la concessione del servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologica e cardiologica (codice struttura 56) presso il suddetto presidio (delibera n. 1139/2012). È, inoltre, in fase di avanzato sviluppo il progetto per la riqualificazione del Servizio di Dialisi, che vedrà la partnership con soggetti privati per la realizzazione e la gestione di un nuovo plesso adiacente alla attuale struttura, dotato delle più recenti attrezzature in grado di migliorare il livello quali-quantitativo delle prestazioni.

Ridefinizione del modello organizzativo degli Ospedali per Acuti

Con riferimento specifico all'Ospedale di Matera, è stato costituito un **Team Organizzativo Gestionale** presso la Direzione Sanitaria Ospedaliera (delibera n. 3/2013), che ha predisposto il **Piano Strategico dell'Ospedale di Matera** (delibera n. 1085/2013), presentato all'Assessorato Regionale e tuttora in fase di attuazione, in cui si prevede una riorganizzazione complessiva delle attività secondo un modello che si ispira all'*Ospedale per intensità di cura*.

L'obiettivo di tale Piano è il riposizionamento strategico dell'Ospedale Madonna delle Grazie, che deve tendere a rafforzare il proprio ruolo di presidio dell'area territoriale di riferimento, sia nella gestione dell'emergenza urgenza sia delle acuzie mediche e chirurgiche, con l'obiettivo di favorire miglioramenti sull'efficacia assistenziale e sull'efficienza nell'impiego delle risorse disponibili (posti letto, tecnologie e personale), puntando a ridurre il più possibile la mobilità passiva. Nell'immediato sono stati attivati i primi 8 posti letto della Terapia Subintensiva Generale, di cui 3 destinati alla Stroke (Delibere nn. 984/2013 e 1023/2013); entro il 2015 si provvederà all'implementazione di ulteriori 20 posti letto necessari a completare l'assetto strutturale dell'Area ad Elevata Attività Assistenziale, prevista all'interno del Dipartimento Emergenza Urgenza. Nell'immediato è previsto anche l'ammodernamento delle tecnologie diagnostiche con l'acquisto della seconda TAC e del Telecomandato e multifunzione, mentre è stato di recente completato il collaudo degli angiografi.

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

In tale direzione l'Azienda ha promosso **l'avvio sperimentale di modelli di gestione integrata di UU.OO. omogenee sotto il profilo assistenziale all'interno degli Ospedali per acuti**. Nello specifico si è provveduto ad aggregare funzionalmente:

- le UU.OO. di Senologia e di Radiologia del P.O. di Matera
- le UU.OO. di Medicina Generale e Medicina d'Urgenza del P.O. di Policoro.

Le suddette aggregazioni funzionali rispondono fondamentalmente alla necessità di razionalizzazione di alcune linee di produzione, che ha determinato una riduzione del fabbisogno di unità lavorative, mitigando di fatto gli effetti negativi determinati dal blocco del turn over del personale dipendente imposto dalla normativa vigente che, se ha avuto l'effetto di produrre risparmi immediati, ha rappresentato una seria minaccia per il mantenimento dei livelli quali – quantitativi di assistenza, laddove la risorsa umana rappresenta la componente di gran lunga più

importante nell'ambito dei processi di erogazione delle attività assistenziali. La gestione integrata delle risorse umane ha favorito un significativo recupero in termini di efficacia ed efficienza, consentendo di incrementare la sinergia tra le unità operative interessate, facendo fronte alla riduzione del personale determinata dal blocco del turn over attraverso l'utilizzo congiunto ed integrato dell'organico a disposizione.

Nell'ottica della riqualificazione e del potenziamento dell'offerta ospedaliera per acuti si colloca la **rimodulazione organizzativa del Presidio Ospedaliero di Policoro** (delibera n. 936 del 29/08/2014), con cui si è provveduto ad attivare la sezione Sub – Intensiva Cardiologica, attraverso l'implementazione di ulteriori 6 posti presso la U.O. di Cardiologia e Utic, e a istituire 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 affidata alle 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.

Importante iniziativa intrapresa dall'Azienda nel periodo considerato, è la riorganizzazione delle attività di Laboratorio erogate dai servizi presenti nelle strutture ospedaliere, con l'individuazione del **Laboratorio Unico Logico** presso il P.O. di Matera, che si inquadra in un'ottica di razionalizzazione delle risorse e di efficientamento della gestione da conseguire attraverso la centralizzazione degli acquisti di materiali sanitari e la omogeneizzazione delle forniture, con la condivisione del software gestionale del laboratorio di Matera in modo tale da favorire l'estensione di un Sistema Informatico di Laboratorio Aziendale centrato sul paziente ed integrato con gli altri sistemi informatici (Anagrafe Sanitaria, Cup, Cartella Clinica, ecc.), in grado di rendere possibile nel Laboratorio Unico Logico la condivisione delle richieste e dei risultati e la diffusione on line delle risposte. Nel nuovo modello organizzativo ciascuno dei Laboratori presenti all'interno delle 5 strutture ospedaliere in cui si articola l'Azienda, assume una fisionomia ed una strutturazione ben precisa, targata sulle effettive esigenze cui è chiamata a fornire risposte, in considerazione della mission e della vocazione assistenziale assegnata al singolo ospedale in cui l'U.O. di Laboratorio è collocata. La razionalizzazione delle risorse conseguente fondamentalmente alle economie di scala realizzabili sia sui costi fissi attraverso la centralizzazione dei canoni per le macchine e la manutenzione, che su quelli variabili realizzabili attraverso la centralizzazione degli acquisti, ha consentito di ridurre i costi di gestione di circa 900.000 euro, con un efficientamento della gestione delle risorse umane attraverso un uso più flessibile delle stesse, favorendo un'omogeneizzazione delle attività a garanzia della qualità del servizio erogato.

Accanto alle azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera precedentemente indicate, quest'Azienda nel periodo considerato ha posto in essere una serie di interventi finalizzati al **potenziamento dell'assistenza territoriale**, necessario a decongestionare le attività degli Ospedali ed al contempo spostare progressivamente il baricentro assistenziale verso il territorio.

In tale contesto si inquadra l'istituzione nel corso del 2012 di un **Tavolo Permanente tra l'ASM e l'Ordine dei Medici**, finalizzato a implementare un confronto costante sull'appropriatezza al fine di favorire l'integrazione tra l'ospedale e il territorio, tra i medici operanti nell'Azienda ed i MMG/PLS, con il duplice obiettivo di migliorare tempi e qualità dei servizi ed al contempo contenere la spesa sanitaria. Tra le Azioni poste in essere dal tavolo nel 2014 vi è stata la gestione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche, da migliorare attraverso l'introduzione delle classi di priorità per patologia.

Altra importante iniziativa messa in campo dall'Azienda nella direzione del recupero dell'appropriatezza prescrittiva, è stata l'attivazione dello **Sportello di Informazione Indipendente sul Farmaco**, con la collaborazione del Dipartimento di Medicina clinica e sperimentale dell'Università degli Studi di Foggia, che costituisce una tappa importante nell'ambito del percorso strutturato intrapreso per garantire sia ai medici dipendenti che a quelli convenzionati e, in particolare, ai MMG/PLS, una informazione pubblica ed indipendente finalizzata a promuovere

l'uso corretto dei farmaci, ad orientare il processo di definizione delle scelte terapeutiche, oltreché naturalmente a favorire il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva. Nello specifico lo Sportello garantisce le seguenti attività:

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

Nell'ambito del perseguimento delle strategie di miglioramento continuo della pratica clinica ed assistenziale e di contestuale razionalizzazione nell'allocazione delle risorse, si colloca l'attivazione, 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**, che rappresenta una delle patologie più rilevanti sia sotto il profilo della prevalenza nella popolazione (con particolare riferimento alla Basilicata, seconda solo al Molise in ambito nazionale), sia dal punto di vista dell'assorbimento di risorse ad essa correlate. Con tale intervento si intende fornire una risposta organica e coordinata alla suddetta malattia, attraverso il superamento dell'attuale frammentazione e 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.

Tra le iniziative riconducibili in un certo senso all'integrazione ospedale – territorio e comunque nella direzione del potenziamento dell'assistenza territoriale con conseguenti positivi riflessi sull'assistenza ospedaliera, vi è sicuramente il **progetto di sperimentazione di aggregazioni dei servizi di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale** che quest'Azienda intende avviare. L'obiettivo della sperimentazione è quello di allargare l'offerta assistenziale garantita dai Medici di Medicina Generale anche dopo l'orario di chiusura degli studi medici, per assicurare al paziente un riferimento unico per 16 ore giornaliere.

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

Quest'Azienda intende consolidare i processi e le conseguenti azioni avviate negli anni precedenti sopra menzionati, all'interno di una strategia di fondo finalizzata ad assicurare la crescita e lo sviluppo del sistema assistenziale locale senza perdere mai di vista le compatibilità economiche, e nello specifico l'obiettivo del pareggio di bilancio, che costituisce imprescindibile vincolo a garanzia della sostenibilità del servizio sanitario locale e regionale.

2.2. IL RISANAMENTO DEI CONTI

L'esercizio 2014 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico si è chiuso evidenziando il pieno raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, con un utile pari a circa 276 mila euro, che consolida l'inversione di tendenza rispetto al passato, già attuata nel 2013, segnando per la seconda volta nella storia di quest'Azienda un surplus dei ricavi sui costi.

Tale risultato deriva da una strategia di grande rigore sotto il profilo economico e finanziario, avviata dall'Azienda nel corso del 2012 e proseguita per tutto il biennio 2013 - 2014, evidenziando la considerevole riduzione del gap tra costi e ricavi realizzata nel periodo considerato, con il

definitivo azzeramento di un deficit economico che ha storicamente gravato sulle gestioni precedenti e che si era attestato su valori (-20 milioni di euro) tali da compromettere la tenuta del sistema sia a livello aziendale che a livello complessivo regionale.

2.2.1.DALLA PERDITA DI ESERCIZIO AL PAREGGIO DI BILANCIO

Le azioni, che hanno consentito di azzerare la perdita di bilancio (pari a oltre 18 milioni di euro nell'anno 2011) già nel 2013 e di consolidare l'equilibrio di bilancio anche per il 2014, sono state realizzate mediante massicci interventi di razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli relativi a servizi non sanitari, che si collocano nell'ambito di un macro obiettivo che ha qualificato le strategie aziendali: il perseguimento di un costante innalzamento del livello dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, declinata sotto i tutti i profili, da quello clinico a quello organizzativo, nella convinzione che il recupero dell'appropriatezza sia l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse.

Grafico 2.1 – Risultati di esercizio nell'ultimo quinquennio



Le misure intraprese hanno consentito di contenere i costi senza intaccare i livelli qualitativi assistenziali, senza, cioè, determinare alcuna reale contrazione della produzione di servizi e prestazioni all'utenza, che, di converso, si è mantenuta sugli stessi livelli dell'anno precedente.

I risultati conseguiti

esaltano la valenza di un principio guida che ha orientato le scelte gestionali effettuate da quest'Azienda per tutto il triennio 2012 - 2014, che è divenuto criterio cardine del proprio "modus operandi": la lotta ad ogni forma di "antieconomicità" nell'ambito della gestione, intendendo per antieconomicità ogni spesa, ogni investimento, ogni prestazione, ogni servizio, ogni operatore al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema di offerta dei servizi, dei comportamenti professionali, e più in generale delle modalità di approccio agli interventi rispetto alle comunità di riferimento, in grado di fornire concrete risposte all'annoso conflitto tra limitatezza delle risorse disponibili e garanzia dei diritti da tutelare.

In virtù di tale principio, nel periodo considerato, è stata esercitata una capillare attività di monitoraggio dei costi e delle attività aziendali, alla ricerca di tutti i possibili margini di razionalizzazione, che ferma restando l'efficacia dei servizi erogati, consentisse la realizzazione di economie gestionali.

Altro elemento che, in un certo senso, ha agevolato l'Azienda nell'azione di risanamento economico è costituito dall'applicazione della normativa vigente, avviato nel 2012 e proseguito per tutto il 2013 e 2014, con specifico riferimento:

- al Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, definito "Spending Review", ad oggetto "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con l'invarianza dei servizi ai cittadini", convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135,
- alle Leggi Regionali n. 17/2011 e n. 16/2012 e s.m.i.

Nello specifico, il primo provvedimento legislativo ha imposto alle Aziende del sistema sanitario una serie di misure, tra le quali quelle più incisive sotto il profilo del contenimento dei costi, sono state senz'altro:

- l'obbligo di rideterminazione degli importi e delle prestazioni previsti nei singoli contratti di appalto in essere per la fornitura di beni e servizi, esclusi i farmaci, con una riduzione nella misura del 5%, a partire dal mese di luglio 2012;
- l'obbligo di rinegoziazione dei contratti con i fornitori nel caso di significativi scostamenti (20%) rispetto ai prezzi di riferimento, con possibilità di recesso da parte delle Aziende Sanitarie;
- la riduzione dello 0,5% rispetto al 2011 degli importi e dei corrispondenti volumi di prestazioni per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera.

Con riferimento ai provvedimenti legislativi regionali le principali novità introdotte aventi come effetto diretto la riduzione dei costi delle Aziende nel corso del 2012 e 2013, è necessario menzionare:

- l'introduzione obbligatoria dei ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e sulla farmaceutica convenzionata, avvenuta con la Legge Regionale n. 17/2011, con effetto a partire dal 1° ottobre 2011;
- la riduzione dei tetti di spesa per le strutture private accreditate per l'assistenza specialistica e riabilitativa, prevista dalla Legge Regionale n. 17/2011;
- le misure di contenimento della spesa per il personale dipendente, in tema di prestazioni aggiuntive, di partecipazione a commissioni, di rimborsi per missioni;
- il blocco delle assunzioni del personale dipendente, con deroga nel limite massimo del 30% della spesa del personale cessato dal servizio durante l'anno precedente, previsto dall'art. 20 della L.R. 16/2012.

L'impatto dell'azione effettuata dall'Azienda, anche in applicazione della sopra richiamata normativa, si è mostrato più incisivamente nel raffronto tra il bilancio relativo al 2012 con quello del 2011, evidenziando una riduzione della perdita di oltre 16 milioni di euro, pari al -85%, con un abbattimento massiccio delle principali voci di costo.

Nel 2013 e nel 2014 si è sostanzialmente consolidato il trend di decremento dei costi, sia pure in misura notevolmente ridotta, che ha portato al raggiungimento del pareggio di bilancio.

Prima di soffermarsi su alcune risultanze contabili è opportuno precisare che l'analisi comparativa del Bilancio d'esercizio 2014 con il Consuntivo 2013 e con il Preventivo 2014, è stata effettuata prendendo in considerazione lo schema del modello CE, che prevede un'articolazione delle voci economiche più analitica e dettagliata rispetto a quella contemplata nello schema di bilancio.

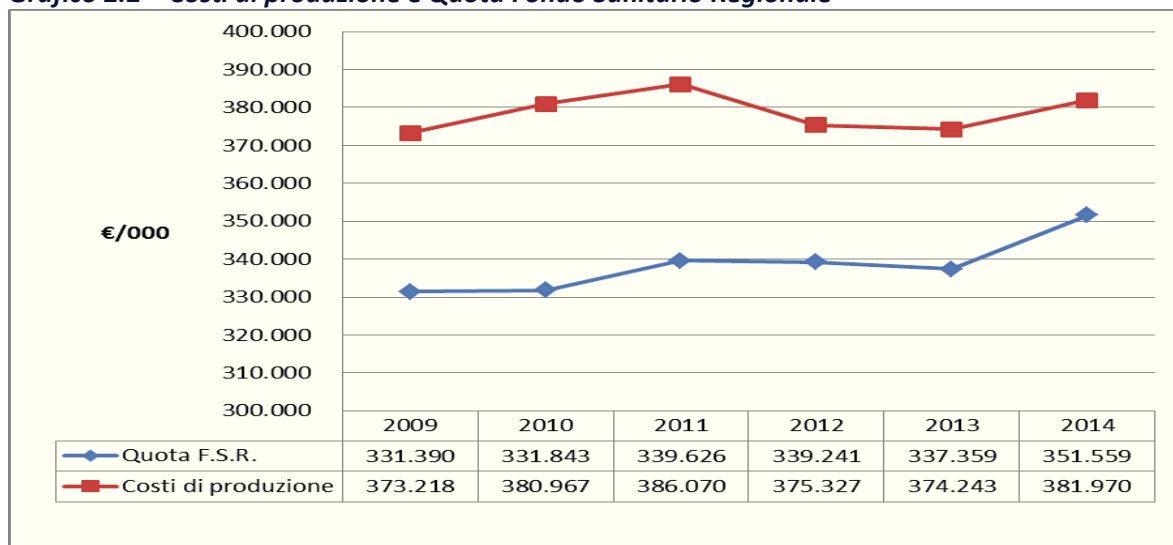
Si riporta di seguito, espresso in migliaia di euro, il raffronto sintetico delle principali componenti del bilancio economico relativo al Consuntivo 2013, Preventivo 2014 e Consuntivo 2014.

Tabella 2.1 – Raffronto tra Consuntivo 2013, Preventivo 2014 e Consuntivo 2014

Migliaia di euro	Consuntivo 2013	Preventivo 2014	Consuntivo 2014	Scostamento Cons.'14 - Cons.'13		Scostamento Cons.'14 - Prev.'14	
Valore della produzione	380.752	371.415	388.134	7.382	1,94%	16.719	4,50%
Costi di produzione	374.243	363.585	381.969	7.726	2,06%	18.384	5,06%
Proventi e oneri finanziari	0	-10	0			10	
Proventi e oneri straordinari	1.557	0	2.138	581	37,32%	2.138	
Imposte e tasse	7.950	7.821	8.027	77	0,97%	206	2,63%
Risultato d'esercizio	116	0	276	160	137,93%	276	

Il bilancio d'esercizio 2014 si è chiuso con un utile di esercizio pari a 276 mila euro, migliorando ulteriormente il risultato, già positivo, dell'esercizio precedente, per circa 160 mila euro. L'analisi economica delle macro-voci di bilancio di esercizio 2014 evidenzia come l'incremento dei costi di produzione, pari a 7,7 milioni di euro (+2,06% rispetto al 2013) sia stato sostanzialmente assorbito dall'aumento dei ricavi, pari a 7,4 milioni di euro (+1,94% rispetto al 2013), con un risultato d'esercizio positivo, pari a 276 mila euro, migliorativo rispetto a quello dell'anno precedente.

Grafico 2.2 – Costi di produzione e Quota Fondo Sanitario Regionale



Bilancio
Sociale
2014

Nel 2014 il **valore totale della produzione**, pari complessivamente a circa 388 milioni di euro, ha evidenziato un incremento rispetto all'anno precedente per complessivi 7,4 milioni di euro (+2%), determinato fondamentalmente dall'effetto compensativo tra:

- l'aumento dei contributi in conto esercizio, esposti nel Conto Economico per un valore di 350,7 milioni di euro, con un incremento di 10,5 milioni di euro (+3%) rispetto all'anno precedente;
- la riduzione relativa alla rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti, esposta nel Conto Economico per complessivi -1,1 milioni di euro;
- la riduzione dei ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie, esposte nel conto economico per un valore complessivo di 27,9 milioni di euro, con un decremento pari complessivamente a - 2,6 milioni di euro (-9%) rispetto al 2013, riveniente dalla contrazione dei ricavi per le suddette prestazioni erogate sia a favore di soggetti pubblici (mobilità sanitaria attiva) per - 1,9 milioni di euro, sia a favore di soggetti privati per -0,5 milioni euro, sia in regime di intramoenia per -0,2milioni di euro;
- l'incremento dei ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi, esposti nel Conto Economico per complessivi 2,5 milioni di euro, con un incremento di 1 milione di euro (+66%) rispetto al 2013;
- la riduzione della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket), esposta nel Conto Economico per complessivi 2,9 milioni di euro, con un decremento di -0,5 milioni di euro (-16%) rispetto al 2013;
- la riduzione dei ricavi relativi alla quota contributi in c/capitale imputata all'esercizio, esposta nel Conto Economico per 4,6 milioni di euro, con un decremento di -0,4 milioni di euro (-9%) rispetto al 2013. Tale voce di ricavo, riguardando la sterilizzazione degli ammortamenti, trova sostanziale contropartita tra i costi di produzione;
- l'incremento dei ricavi e proventi diversi, esposti nel Conto Economico per complessivi 0,8 milioni di euro, con un incremento di 0,2 milioni di euro (+44%) rispetto al 2013, determinato fondamentalmente dagli incrementi dei ricavi per prestazioni non sanitarie, e dai fitti di attività immobiliari.

I costi totali di produzione esposti nel Conto Economico 2014 per circa 382 milioni di euro, hanno evidenziato complessivamente, rispetto all'anno precedente, un incremento di circa 7,7 milioni di euro, pari al +2,1%, che è il risultato della somma algebrica tra gli incrementi e le riduzioni fatti registrare dalle singole voci di costo, così come rappresentato dall'analisi degli aggregati di seguito rappresentata.

Pare opportuno, tuttavia, preliminarmente, sottolineare come l'incremento complessivo dei costi di produzione registrato nel 2014 rispetto al 2013, faccia seguito, essendone la naturale conseguenza, della contrazione molto consistente dei costi avvenuta soprattutto nel 2012 rispetto al 2011, che aveva portato ad un recupero di oltre 10 milioni di euro, e consolidata nel 2013.

- **Costi per acquisti di beni:** tale macrovoce, esposta nel modello CE 2014 per un valore complessivo di 47,9 milioni di euro ha evidenziato un incremento di 2,6 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al +6%, imputabile totalmente ed esclusivamente all'incremento del costo dei materiali di consumo ad uso sanitario (che rappresentano il 98% dei costi per acquisti di beni), che ha completamente assorbito la, sia pur minima, riduzione del costo dei beni di consumo non sanitario.

Ad ogni buon conto l'Azienda nel 2014 ha continuato a porre in essere strategie di ottimizzazione dei consumi, attraverso una costante azione di monitoraggio e di sensibilizzazione, oltre all'espletamento delle gare in unione di acquisto per i farmaci e gli emoderivati e i dispositivi, in atto tra tutte le strutture sanitarie regionali, per effetto dei quali si è ridotto il costo unitario d'acquisto dei vari beni.

Tra le azioni realizzate, per il tramite delle Farmacie ospedaliere ed i Responsabili delle Unità Operative ospedaliere, si segnalano quelle di:

- monitoraggio della rispondenza delle richieste dei farmaci alle indicazioni del prontuario terapeutico ospedaliero approvato dalla Commissione Farmaco – Terapeutica Aziendale, che costituisce uno strumento dinamico per il governo ragionato della spesa farmaceutica che quest'Azienda intende applicare ed aggiornare costantemente al fine di disciplinare le modalità di approvvigionamento dei farmaci presso i propri ospedali, tenendo in debita considerazione il rapporto rischio – beneficio e costo – efficacia.
- monitoraggio dei prodotti scaduti al fine di una razionalizzazione della gestione delle scorte e di una minimizzazione dei farmaci scaduti, attraverso una costante attività di verifica dell'applicazione delle procedure di richiesta, conservazione e smaltimento dei farmaci e presidi sanitari effettuata dalle Farmacie Ospedaliere in collaborazione con le Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri aziendali.

Altra importante azione perseguita dall'Azienda nel periodo considerato è stata quella di incentivare l'utilizzo di farmaci biosimilari in grado di garantire, a parità di efficacia terapeutiche, condizioni economiche più vantaggiose per l'Azienda, salvaguardando l'appropriatezza ed il rispetto dei LEA erogati alla popolazione.

Con riferimento agli obiettivi fissati per la spesa farmaceutica dalla Legge Finanziaria nazionale, così come recepiti dalla programmazione regionale, è doveroso specificare che l'attuale esposizione dei costi della farmaceutica sul modello contabile CE non consente di valutare separatamente il raggiungimento dei massimali finanziari stabiliti per l'assistenza farmaceutica territoriale (11,35% della quota del F.S.R. assegnata all'Azienda), e per quella ospedaliera (3,5% della quota del F.S.R. assegnata all'Azienda).

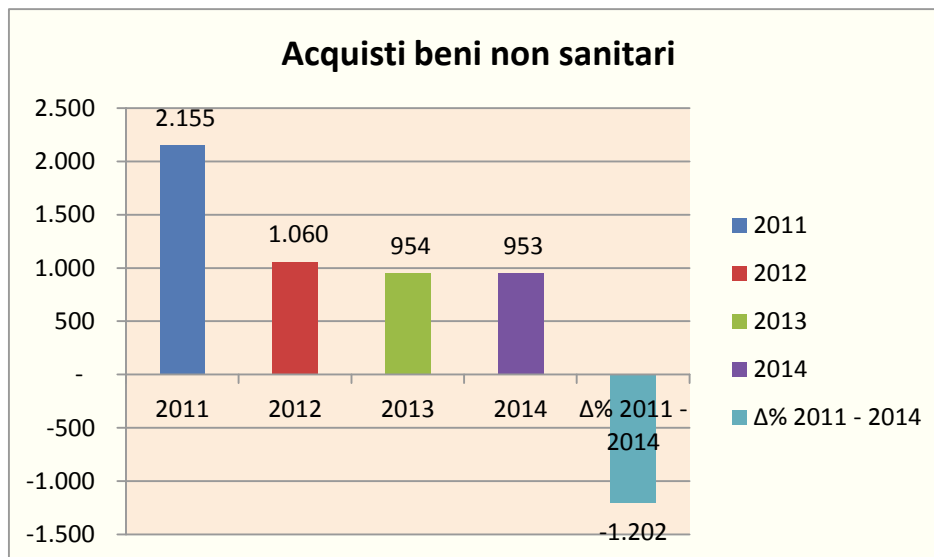
Per tale motivo, al fine di valutare il rispetto, dal parte della ASM nel 2014, del tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera, pari al 3,5% della quota del F.S.R. trasferita nello stesso anno (pari a 347,5 milioni di euro), si è proceduto, sulla scorta dei dati rivenienti dalla contabilità di magazzino farmaceutico, a quantificare i costi relativi alla distribuzione diretta e alla distribuzione in nome e per conto e ad estrapolarli dal costo complessivo dei farmaci.

In virtù di tali operazioni, risulta che il costo totale effettivo dei farmaci, epurato dalla distribuzione diretta e da quella in nome e per conto, nel 2014 ammonta a 7,2 milioni di euro, pari all'2,1% della quota del F.S.R. trasferita nell'anno in oggetto, quindi al di sotto

del tetto massimo fissato nel 3,5%, consentendo quindi all'Azienda il raggiungimento dell'obiettivo assegnato.

In merito agli acquisti di beni non sanitari, esposti nel CE 2014 per poco meno di 1 milione di euro, non si registra alcuna variazione rispetto all'anno precedente.

Grafico 2.3 – Andamento della spesa per beni non sanitari



- **Acquisti di servizi** esposti nel modello CE 2014 per circa 202,5 milioni di euro, con un incremento complessivo di 5,3 milioni di euro, pari al +3%, rispetto all'anno precedente, derivante principalmente dall'incremento del costo degli acquisti dei servizi sanitari, pari a +4,1 milioni di euro (+2%) ed in misura inferiore dall'incremento del costo dei servizi non sanitari, pari a +1,2 milioni di euro (+6%) rispetto al 2013.

Il macro-aggregato di costo in oggetto, infatti, si compone per il 90% dei costi per i servizi sanitari, e per il rimanente 10% dei costi per i servizi non sanitari.

In merito ai costi per i servizi sanitari, esposti nel modello CE 2014 per un valore pari a 181,553 milioni di euro, si è registrato un incremento rispetto all'anno precedente di circa 4,1 milioni di euro, pari al +2%, che è la risultante della somma algebrica degli scostamenti in aumento e in diminuzione che hanno interessato i singoli servizi.

Nello specifico, si riporta di seguito l'analisi comparativa dei costi relativi all'acquisto dei servizi sanitari per le singole linee di attività assistenziali sostenuti nel 2014 rispetto all'anno precedente.

- Medicina di base: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per le convenzioni con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici della Continuità Assistenziale è pari a 26,7 milioni di euro, con un impercettibile incremento complessivo di circa 0,1 milioni di euro, pari al +0,4% rispetto all'anno precedente.
- Assistenza Farmaceutica: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per la farmaceutica convenzionata è pari a circa 30,8 milioni di euro, con un irrisorio incremento di 0,2 milioni di euro, pari al +0,8%, rispetto all'anno precedente. La sostanziale stabilizzazione del costo della farmaceutica convenzionata è stata resa possibile dall'applicazione delle strategie poste in essere dall'Azienda nel periodo considerato, anche in applicazione degli indirizzi programmatici impartiti dalla regione.

In merito alle azioni adottate dall'Azienda, nell'anno considerato, sono state attuate le misure previste dalle D.G.R. n. 1051/2010 e n. 575/2007, oltre che dalla Direttiva Vincolante sulla governance della farmaceutica territoriale di cui alla D.G.R. 138/2012 con riferimento specifico a:

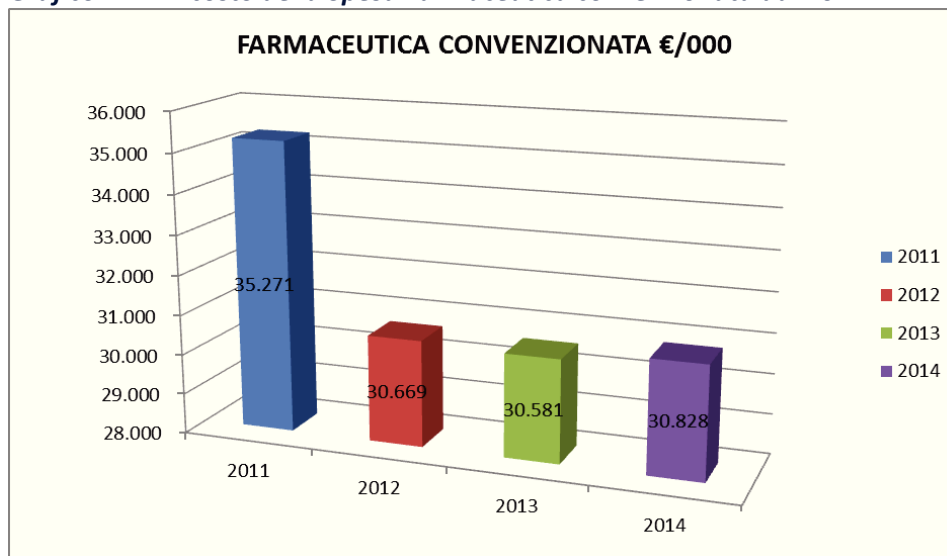
- obbligo di monoprescrizione per ricetta per specialità,
- limite massimo di 3 pezzi prescrivibili per ricetta a soggetti affetti da patologie croniche accertate con attestato di esenzione per patologia e la prescrizione non deve superare i 30 giorni di terapia dalla data di rilascio della ricetta,
- incremento di impiego di farmaci equivalenti,
- contenimento dei consumi farmaceutici relativi a:
 - o inibitori di pompa protonica (IPP)
 - o sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (C09)
 - o sartani
 - o statine
 - o inibitori della HGM CoA redattasi
 - o antibatterici (J01)
- corretta attuazione delle disposizioni contenute nella legge 244/2007 in materia di disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci
- incremento della distribuzione diretta dei farmaci del primo ciclo terapeutico alla dimissione da ricovero o da visita ambulatoriale,
- incremento della distribuzione dei farmaci del PHT regionale "in nome e per conto",
- obbligo per gli specialisti aziendali all'utilizzo del ricettario del Sistema Sanitario Regionale per le prescrizioni farmacologiche e per le prescrizioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Inoltre l'Azienda ha provveduto a consolidare le seguenti azioni finalizzate al recupero dell'appropriatezza prescrittiva:

- attivazione dello Sportello di Informazione Indipendente sul Farmaco, con la collaborazione del Dipartimento di Medicina clinica e sperimentale dell'Università degli Studi di Foggia, che costituisce una tappa importante nell'ambito del percorso strutturato intrapreso per garantire sia ai medici dipendenti che a quelli convenzionati e, in particolare, ai MMG/PLS, una informazione pubblica ed indipendente finalizzata a promuovere l'uso corretto dei farmaci, ad orientare il processo di definizione delle scelte terapeutiche, oltrechè naturalmente a favorire il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva. Nello specifico lo Sportello ha garantito le seguenti attività:
 - Farmacologia di consultazione;
 - Servizio di informazione sul farmaco;
 - Informazione e formazione;
 - Valutazioni di farmaco-economia, farmacovigilanza e fitovigilanza.
- audit clinici con i prescrittori specialisti ospedalieri sugli usi terapeutici e costi/terapia dei farmaci biologi ad elevato impatto economico;
- audit con i Direttori della Farmacia territoriale e Ospedaliera per il monitoraggio sistematico della spesa farmaceutica;
- audit con i MMG/PLS in ordini al monitoraggio dei profili prescrittivi
- prosecuzione delle attività del tavolo comune tra specialisti ospedalieri aziendali e MMG/PLS, per il tramite dell'Ordine dei Medici, finalizzato a rendere concreta l'integrazione ospedale – territorio ed l'appropriatezza prescrittiva, attraverso l'elaborazione di protocolli e percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali.

Si fornisce di seguito la rappresentazione grafica del trend della spesa farmaceutica convenzionata nell'arco temporale 2011 – 2014, da cui emerge inequivocabilmente la riduzione netta nel 2012 rispetto al 2011 ed il successivo consolidamento della spesa nei successivi anni 2012, 2013 e 2014.

Grafico 2.4 – Il costo della Spesa Farmaceutica convenzionata dal 2011



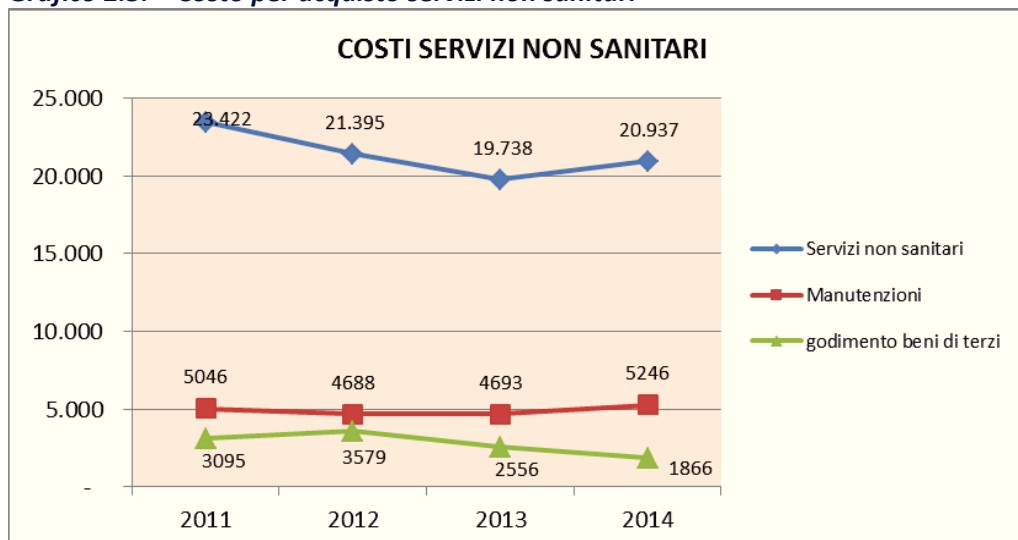
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale: il costo totale rilevato nel modello CE 2014 per la specialistica ambulatoriale è pari a circa 23,4 milioni di euro, con un incremento di 1,2 milioni di euro, pari al +6%, derivante sia dall'aumento del costo della mobilità specialistica passiva extra regionale, sia dall'aumento del costo per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate.

Nello specifico nel 2014 si è registrato rispetto all'anno precedente:

- o una riduzione della mobilità specialistica passiva intraregionale, di 39 mila euro pari al -1%;
- o un incremento della mobilità specialistica passiva extraregionale, di 0,4 milioni di euro, pari al +9%, relativo ai costi della fuga al di fuori dei confini regionali. Pare opportuno sottolineare che l'aumento del costo della mobilità specialistica passiva extraregionale, è stato compensato dall'incremento dei ricavi per la mobilità specialistica attiva extraregionale. I dati relativi alla mobilità extraregionale si riferiscono all'anno 2013;
- o un incremento del costo per l'acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate, per circa 0,8 milioni di euro, pari al +7%.

Gli altri costi relativi ai servizi non sanitari, i cui importi non sono rappresentativi, hanno evidenziato nel 2014 un andamento sostanzialmente in linea con l'anno precedente.

Grafico 2.5. – Costo per acquisto servizi non sanitari

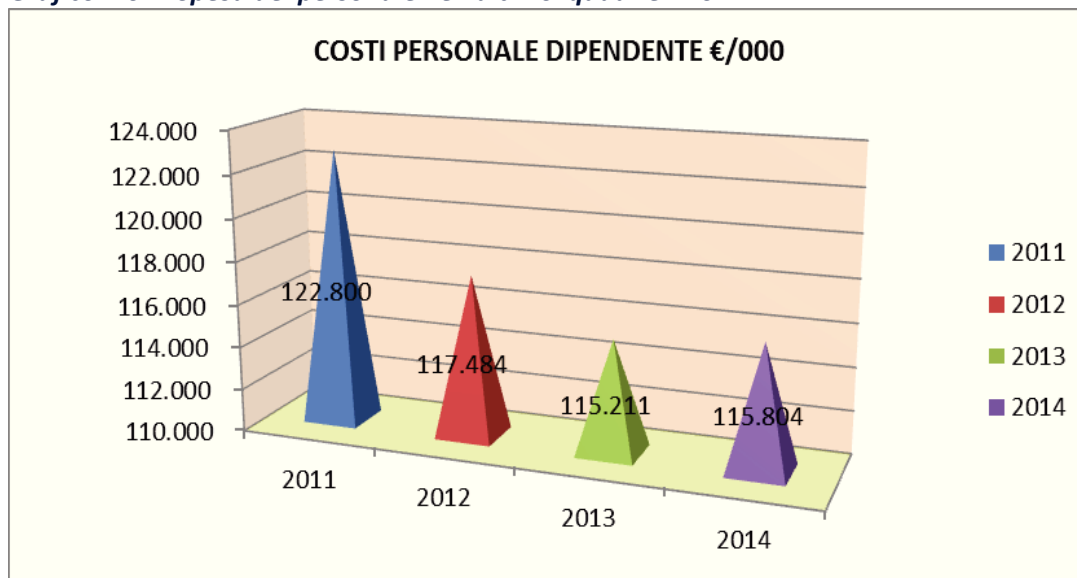


- **Costi del personale dipendente:** tale macrovoce, esposta nel modello CE 2014 per un valore complessivo di 115,8 milioni di euro ha evidenziato un lievissimo incremento di 0,6 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al +0,5%. Nel biennio 2012 - 2013 si è registrato un decremento complessivo del costo del personale dipendente pari ad oltre 7,5 milioni di euro rispetto al 2011.

Tale riduzione è stata resa possibile dall'applicazione di una serie di misure di contenimento della spesa previste dalla normativa regionale. Nello specifico infatti è stato applicato il blocco delle assunzioni del personale dipendente, con deroga nel limite massimo del 30% della spesa del personale cessato dal servizio durante l'anno precedente, previsto dall'art. 20 della L.R. 16/2012 e successivamente del 40% ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 8/2014. Sono state ridotte al minimo le prestazioni aggiuntive, concesse per sopperire alla carenza di personale, così come sono stati soppressi i compensi aggiuntivi per la partecipazione a commissioni, concorsi, ai sensi e per gli effetti della L.R. 17/2011; sono inoltre state ridotte le indennità di missione nella misura del 60% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009, ai sensi dell'art. 19 della L.R. 16/2012.

Nel grafico seguente sono riassunte le risultanze della spesa del personale.

Grafico 2.6. – Spesa del personale nell'ultimo quadriennio



Il blocco del turn over ha comportato una riduzione del numero di personale dipendente, che se ha avuto l'effetto di produrre risparmi immediati, ha rappresentato una seria minaccia per il mantenimento dei livelli quali – quantitativi di assistenza, laddove la risorsa umana rappresenta la componente di gran lunga più importante nell'ambito dei processi di erogazione delle attività assistenziali, con potenziali riflessi anche sotto il profilo economico nel breve e medio periodo, per effetto del conseguente eventuale incremento della fuga da parte della popolazione residente verso altre strutture sanitarie, in presenza di ridotte capacità di risposte assistenziali. Tale rischio è stato scongiurato in quanto l'avvenuta riduzione del personale è stata accompagnata dall'avvio da parte dell'Azienda di un processo di revisione dei propri modelli organizzativi e dei propri assetti strutturali finalizzato ad accelerare lo sviluppo di molteplici percorsi di integrazione gestionale e professionale sia all'interno dell'Azienda sia al di fuori di essa, col fine ultimo di favorire la razionalizzazione e l'ottimizzazione dei processi produttivi con l'assegnazione a ciascuna articolazione aziendale di una mission precisa e di risorse adeguate a garantire quelle funzioni, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza ed evitando inutili duplicazioni di attività.

In questo ambito si collocano i processi di riconversione degli Ospedali Distrettuali e di riqualificazione degli Nosocomi per acuti, oltre alla sperimentazione di nuovi approcci di riorganizzazione ospedaliera ispirati al modello per intensità di cura.

In ultimo, pare opportuno evidenziare come con riferimento all'obiettivo di riduzione dei tempi di pagamento, perseguito da quest'Azienda nel corso del 2014, non ha mai fatto ricorso all'utilizzo dell'anticipazione bancaria presso il proprio istituto tesoriere.

Si riporta di seguito la tabella pubblicata sul sito aziendale afferente l'indicatore di tempestività dei pagamenti afferente l'anno 2014

Indicatore di tempestività dei pagamenti – Anno 2014		
Totale importo pagato	Totale importo indicatore	Indicatore di tempestività
€ 111.763.184,09	€ 1.835.058.195,20	16,42

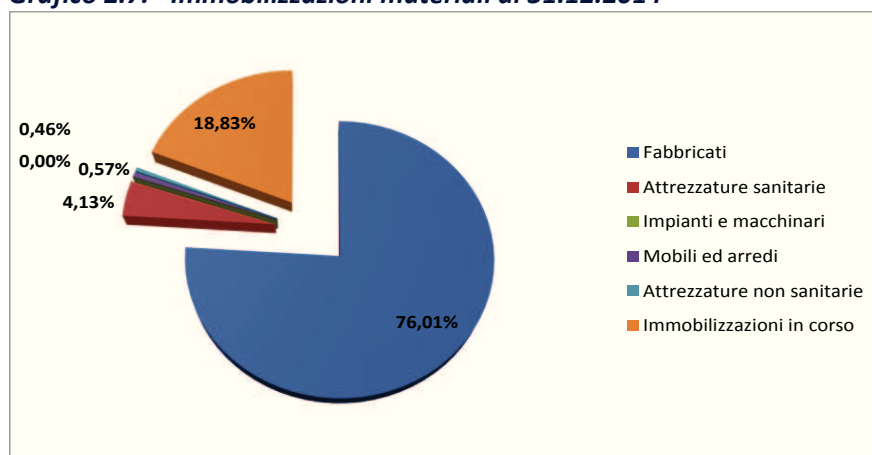
L'indicatore è stato calcolato prendendo a base tutte le fatture 2014 considerate complessivamente scadenti a 60 giorni.

2.2.2. IL CAPITALE STRUTTURALE E TECNOLOGICO

Il capitale strutturale e tecnologico rappresenta per l'Azienda una porzione del patrimonio aziendale essenziale ai fini dell'erogazione dei servizi sanitari ed è costituito principalmente da attrezzature sanitarie e scientifiche, fabbricati, terreni, impianti e macchinari di servizio.

Tali voci costituiscono le immobilizzazioni materiali, la cui composizione aziendale al 31.12.2014 viene riportata nel grafico 2.7.

Grafico 2.7.– Immobilizzazioni materiali al 31.12.2014



Le immobilizzazioni materiali dell'Azienda ammontano ad 92,255 milioni di euro e per oltre tre quarti sono costituite dai fabbricati

Di seguito si riportano le poste di bilancio relative alle singole categorie

<i>Fabbricati</i>	70.120.520,74
<i>Attrezzature sanitarie</i>	3.810.199,74
<i>Impianti e macchinari</i>	2.796,48
<i>Mobili ed arredi</i>	524.551,88
<i>Attrezzature non sanitarie</i>	421.621,34
<i>Immobilizzazioni in corso</i>	17.374.899,42

L'Azienda nel corso del 2014 ha investito molto anche nell'acquisto di attrezzature sanitarie in tutti gli Ospedali del Territorio.

Si è proceduto alla sostituzione soprattutto di macchinari obsoleti e malfunzionanti.

Nella tabella che segue viene riportato l'elenco di tutti gli investimenti in attrezzature sanitarie, per singolo ospedale/Distretto; all'interno di ogni struttura ospedaliera/distrettuale vengono evidenziati tutti gli acquisti per singola Unità operativa riportando anche il costo di acquisto dei macchinari.

Tabella 2.2. Investimenti in attrezzature sanitarie effettuati nell'anno 2014

Ospedale/Distretto	Unità Operativa	Quantità	Importo
P.O. di Matera	<i>Ambulatorio Chirurgia Plastica</i>	2	10.126,00
	<i>Anatomia Patologica</i>	1	183,00
	<i>Anestesia e Rianimazione</i>	12	24.083,00
	<i>Area Specialistica Integrata</i>	4	9.025,00
	<i>Cardiologia e UTIC</i>	1	Sconto
	<i>Chirurgia Vascolare - Ambulatorio</i>	1	305,00
	<i>Elisoccorso</i>	2	756,00
	<i>Malattie Infettive</i>	2	Sconto
	<i>Medicina d'Urgenza</i>	31	144.360,00
	<i>Medicina - ambulatorio</i>	3	96.468,00
	<i>Oculistica</i>	2	9.265,00
	<i>Otorinolaringoiatria - Ambulatorio</i>	1	2.196,00
	<i>Ostetricia e Ginecologia - Ambulatorio</i>	3	3.315,00
	<i>Pediatria e Neonatologia Ambulatorio</i>	5	6.095,00
	<i>Pediatria - Pronto Soccorso Pediatrico</i>	2	Donazioni
	<i>Pneumologia - Ambulatorio</i>	4	12.782,00
	<i>Pneumologia Degenze</i>	5	1.040,00
	<i>Radiologia</i>	3	47.336,00
	<i>Risonanza Magnetica e Medicina Nucleare</i>	5	342.576,00
	<i>Sala Operatoria</i>	23	940.993,00
	<i>Senologia</i>	3	85.400,00
	<i>Servizio Immunotrasfusionale</i>	5	Sconto
	<i>Urologia</i>	1	1.035,00
Ospedale Policoro	<i>Servizio 118</i>	1	378,00
	<i>Cardiologia UTIC - Ambulatorio</i>	3	4.758,00
	<i>Chirurgia Ambulatorio</i>	2	9.028,00
	<i>Chirurgia</i>	1	3.640,00
	<i>Radiologia - Diagnostica Senologica</i>	3	87.230,00
	<i>Sala Operatoria</i>	5	26.704,00
	<i>SIT</i>	1	10.004,00
Ospedale Tinchi	<i>Endoscopia Chirurgica - Ambulatorio</i>	2	3.013,00
	<i>Dermatologia</i>	1	610,00
	<i>Endocrinologia</i>	1	9.104,00
Ospedale Tricarico	<i>Endoscopia Digestiva - Ambulatorio</i>	7	96.334,00
Ospedale Stigliano	<i>Costi Comuni</i>	1	378,00
	<i>Lungodegenza</i>	2	9.028,00
Distretto/Sede Centrale Matera	<i>Distretto</i>	9	32.907,00
	<i>Poliambulatorio</i>	8	8.104,00
	<i>Igiene Alimenti e Nutrizione - Sede Centrale</i>	1	1.293,00
	<i>Sanità Animale - Sede Centrale</i>	1	1.267,00
	<i>U.O. Cure Primarie -Sede Centrale</i>	1	738,00

I progetti edilizi sugli immobili dei proprietà dell'Azienda sono stati molto numerosi negli ultimi anni, soprattutto durante l'esercizio 2014 hanno subito un'ulteriore accelerata.

Gran parte delle strutture immobiliari aziendali è stata oggetto o/e di lavori di adeguamento alle norme di sicurezza, di ristrutturazione, di ammodernamento ed in alcuni casi di costruzione "ex novo".

Il prospetto che segue elenca i singoli lavori sugli immobili aziendali specificando l'ubicazione, il tipo di intervento strutturale, la fonte di finanziamento e l'importo concesso, le somme liquidate al 31.12.2014 e lo stato di avanzamento dei lavori.

Tabella 2.3. – Investimenti sul patrimonio immobiliare al 31.12.2014

Immobile	Intervento	Fonte Finanziamento	Importo Liquidato	Stato Avanzamento
Distretto Sanitario Calciano	Punto Unico Accesso	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2013	87.624,28	Stato finale
Distretto Sanitario Tricarico	Elisuperficie e P.T.S.	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	31.836,31	Stato finale
Distretto Sanitario Tricarico	Adeguamento strutturale	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	906.451,64	Stato finale
Distretto Sanitario Pomarico	Punto accoglienza disagio psichico giovani	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	32.084,42	Saldo 1° SAL
Distretto Sanitario Grottole	Punto Unico di Accesso	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	43.964,48	Saldo 1° SAL
Casa Alloggio Grassano	Ampliamento	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	484.849,38	Saldo Coord. Sicurezza
Distretto Sanitario Miglionico	Ristrutturazione	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	45.679,70	1° SAL
Distretto Sanitario Irsina	Ampliamento Poliambulatorio e Infermieri	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	285.473,84	2° SAL
Distretto Sanitario Salandra	Punto Unico di Accesso	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	25.910,97	Stato finale
Distretto Sanitario Ferrandina	Accreditamento e P.T.S.	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	131.034,39	Stato finale
Distretto Sanitario Garaguso	Punto Unico di Accesso	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	55.870,53	Saldo 2° acconto
Distretto Sanitario Oliveto Lucano	Punto Unico di Accesso	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	77.673,41	Saldo 2° acconto
Distretto Sanitario Bernalda	P.T.S.	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	7.093,15	Stato finale
Distretto Sanitario Montescaglioso	Ristrutturazione	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	73.300,70	Stato finale
Distretto Stigliano	Ristrutturazione ed Adeguamento	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	181.484,65	Stato finale
Distretto Sanitario Colobraro	Punto Unico di Accesso	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	49.919,12	Stato finale
Casa Alloggio Colobraro	Opere Accreditamento Istituzionale	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	23.170,46	Liquidazione Saldo
Distretto Sanitario Cirigliano	Potenziamento Servizi Sanitari	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	62.733,00	Stato finale
Distretto Sanitario Tinchi	Accreditamento e Ristrutturazione	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	153.160,70	Liquidazione Saldo
Casa Alloggio Montalbano Jonico	Accreditamento istituzionale	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	40.093,33	Liquidazione Saldo
Distretto Sanitario Tursi	Accreditamento istituzionale	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	23.162,31	Liquidazione 2° acconto
Distretto Sanitario Valsinni	Punto Unico di Accesso	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	24.933,91	Liquidazione 2° acconto
Distretto Sanitario Accettura	Acquisto Immobile Punto Sanità	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	161.736,65	Liquidazione spese notarili
Distretto Sanitario S. Mauro Forte	Accreditamento e Ristrutturazione	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	44.578,73	2° SAL
Distretto Sanitario Novasiri	Punto Sanità e Guardia Medica	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	77.098,03	1° SAL
Distretto Sanitario Policoro	P.T.S., Guardia Medica - 1° Lotto	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	142.171,00	1° SAL
Distretto Sanitario Craco	Potenziamento Servizi Sanitari	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	45.554,30	1° SAL
Distretto Sanitario Gorgoglione	Potenziamento Servizi Sanitari	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	21.058,40	1° SAL
Distretto Tinchi	Elisuperficie e P.T.S.	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	18.678,00	1° SAL
Distretto Sanitario Rotondella	Potenziamento Servizi Sanitari	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	111.071,40	1° SAL
Distretto Sanitario Aliano	Potenziamento Servizi Sanitari	Fondi europei POIS - P.O. FERS 2007 -2014	85.596,50	1° SAL
Eliporto Matera	Adeguamento Palazzina Uffici ed Hangar	Finanziamento Regionale DGR 79/2008	160.106,37	Stato Finale Opere Princ.
Distretto Sanitario Irsina	Adeguamento e Ristrutturazione	Finanziamento Regionale ex art. 20 L. 67/88	187.603,99	3° SAL e Lavori economia
Casa Famiglia Tricarico	Adeguamento e Ristrutturazione	Finanziamento Regionale ex art. 20 L. 67/88	309.540,00	3° SAL e Lavori economia
Distretto Sanitario Tricarico	Adeguamento e Ristrutturazione	Finanziamento Regionale ex art. 20 L. 67/88	165.231,44	3° SAL e parcella prof.le
Distretto Sanitario Pomarico	Adeguamento e Ristrutturazione	Finanziamento Regionale ex art. 20 L. 67/88	294.323,65	4° SAL e Lavori economia
Distretto Sanitario Bernalda	Adeguamento e Ristrutturazione	F. R. ex art. 20 L. 67/88 e Fondi ASM	310.880,43	Stato Finale / Reg. esecuzione
Distretto Sanitario Bernalda	Adeguamento e Ristrutturazione II	Fondi ASM	107.644,94	Stato Finale / Reg. esecuzione
Poliambulatorio Sede Centrale	Adeguamento e Ristrutturazione	Finanziamento Regionale ex art. 20 L. 67/88	230.705,26	Stato Finale / Reg. esecuzione
Elisuperficie Ospedale Stigliano	Adeguamento e Ristrutturazione	Finanziamento Regionale ex art. 20 L. 67/88	118.829,04	Stato Finale / Reg. esecuzione
Sede Centrale	Nuovo Impianto fotovoltaico	Finanziamento Regionale ex art. 20 L. 67/88	1.296.644,81	4° SAL e Lavori economia
Distretto Sanitario Matera	Ristrutturazione ex Centro Medicina Sociale	Finanziamento Regionale ex art. 20 L. 67/88	629.126,21	3° SAL e parcella prof.le
Sede Centrale Via Montescaglioso	Adeguamento e Ristrutturazione	F. R. ex art. 20 L. 67/88 e Fondi ASM	2.638.705,38	5° SAL e Spese Tecniche
Presidio Ospedaliero Tricarico	Adeguamento e Ristrutturazione	F. R. ex art. 20 L. 67/88 e Fondi ASM	8.492.740,04	24° ed ultimo SAL
Ospedale di Matera	Servizio psichiatrico e Degenza Penitenziaria	Finanziamenti Regionali D.G.R. 78/2008	595.349,20	3° SAL e Lavori economia
Presidio ospedaliero Stigliano	Ristrutturazione Ambulatori e Sala Chirurgica	Finanziamenti Regionali D.G.R. 79/2008	578.040,85	Stato Finale / Reg. esecuzione
Presidio Ospedaliero Policoro	Impianto fotovoltaico	Fondi Regionali per fotovoltaico e altri fondi	121.241,29	Stato Finale / Reg. esecuzione

2.2.3. COSTI PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI

Con riferimento all'elaborazione del modello LA, che rappresenta una riclassificazione del modello CE, e quindi dell'intero bilancio aziendale, per singoli Livelli Essenziali di Assistenza, nel corso del 2014, l'Azienda ha proseguito, di concerto con il Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata e con le altre Aziende del S.S.R., il percorso di omogeneizzazione e miglioramento delle modalità operative e degli strumenti necessari per la sua redazione, in considerazione della crescente attenzione posta a livello di programmazione sia centrale che locale.

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

Si allegano alla presente relazione i prospetti riportanti i modelli LA relativi agli anni 2014 e 2013, espressi in migliaia di euro solamente per le categorie di costi movimentate.

Modello LA 2014 - €/000

Bilancio
Sociale
2014

Codice	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prestaz. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Person. sanitario	Person. profes.	Person. tecnico	Person. ammin.	Ammort.	Sopravv./Insuss.	Altri costi	Totale
10100	Igiene e sanità pubblica	-	9	-	13	210	1.079	-	72	56	47	8	33	1.527
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	-	7	-	10	160	917	-	-	-	36	6	25	1.161
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	-	13	-	20	314	1.270	424	-	107	70	12	50	2.280
10400	Sanità pubblica veterinaria	43	36	-	54	840	4.334	-	64	419	187	32	134	6.143
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1.057	4	-	5	92	479	-	-	-	19	3	13	1.672
10600	Servizio medico legale	-	10	-	15	235	839	-	-	507	52	9	37	1.704
19999	Totale	1.100	79	-	117	1.851	8.918	424	136	1.089	411	70	292	14.487
20100	Guardia medica	15	2	9.032	3	45	185	-	17	56	10	2	7	9.374
20201	Medicina generica	-	5	14.466	8	122	409	-	31	258	27	5	19	15.350
20202	Pediatria di libera scelta	-	3	3.392	5	75	254	-	17	162	17	3	12	3.940
20300	Emergenza sanitaria territoriale	172	57	3.362	86	1.356	4.781	-	2.992	-	302	52	216	13.376
20401	Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	-	2	30.828	3	48	93	-	-	183	11	2	8	31.178
20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	19.784	-	5.672	-	166	-	-	-	-	-	-	-	25.622
20500	Assistenza Integrativa	-	1	5.213	3.114	26	93	-	8	49	6	1	4	8.515
20601	Attività clinica	4.660	167	169	380	4.695	17.708	-	2.824	2.099	881	150	628	34.361
20602	Attività di laboratorio	1.762	22	7.427	77	647	2.551	-	198	194	115	20	82	13.095
20603	Attività di diagnostica strumentale e per immagini	345	31	15.834	98	845	3.607	-	310	276	163	28	116	21.653
20700	Assistenza Protesica	-	4	5.087	5	83	254	-	17	204	19	3	13	5.689
20801	Assistenza programmata a domicilio (ADI)	434	5	3.750	7	113	459	-	33	134	24	4	17	4.980
20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	4	12	-	18	279	1.281	-	272	47	62	11	44	2.030
20803	Assistenza psichiatrica	10	13	-	19	302	1.609	-	44	79	67	11	48	2.202
20804	Assistenza riabilitativa ai disabili	-	2	10.410	2	37	165	-	28	21	8	1	6	10.680
20805	Assistenza ai tossicodip.	401	10	-	16	248	1.191	-	172	43	55	9	39	2.184
20901	Assistenza psichiatrica	68	2	-	3	40	88	-	128	13	9	2	6	359

Codice	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prestaz. Sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Person. sanitario	Person. profes.	Person. Tecnico	Person. ammin.	Ammort.	Sopraw./Insuss.	Altri costi	Totale
21001	Assistenza psichiatrica	57	2	4.710	2	39	114	-	69	40	9	1	6	5.049
21002	Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	-	-	7	18	-	3	21	2	-	1	52
21003	Assistenza ai tossicodipendenti	-	1	1.013	1	13	63	-	9	2	3	-	2	1.107
21004	Assistenza agli anziani	-	-	901	-	-	-	-	-	-	-	-	-	901
21005	Assistenza a persone affette da HIV	-	-	-	172	-	-	-	-	-	-	-	-	172
21006	Assistenza ai malati terminali	116	7	-	10	160	323	-	400	189	36	6	25	1.272
21100	Assistenza Idrotermale	-	-	715	-	8	31	-	3	11	2	-	1	771
29999	Totale	27.828	348	121.981	4.029	9.354	35.277	-	7.575	4.081	1.828	311	1.300	213.912
30100	Attività di pronto soccorso	474	31	-	47	745	3.598	-	633	22	166	28	118	5.862
30201	Day Hospital e Day Surgery	1.076	24	2.545	64	960	2.801	-	307	104	125	21	89	8.116
30202	Degenza ordinaria	14.950	383	45.378	1.259	13.721	43.973	-	5.898	1.990	2.017	345	1.442	131.356
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	455	34	-	51	802	3.053	-	888	639	178	30	127	6.257
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	161	1	5.539	1	21	115	-	-	-	4	1	3	5.846
30600	Emocomponenti. e servizi trasfusionali	1.007	12	-	18	291	1.501	-	68	53	63	11	45	3.069
30700	Trapianto organi e tessuti	496	5	-	7	113	623	-	-	-	24	4	17	1.289
39999	Totale	18.619	490	53.462	1.447	16.653	55.664	-	7.794	2.808	2.577	440	1.841	161.795
49999	TOTALE	47.547	917	175.443	5.593	27.858	99.859	424	15.505	7.978	4.816	821	3.433	390.194

Modello LA 2013 - €/000

Codice	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prestazioni sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale profes.	Personale tecnico	Personale amministr.	Ammort.	Sopravv./Insuss.	Altri costi	Totale
10100	Igiene e sanità pubblica	1.193	14	-	7	301	1.386	-	170	305	9	13	96	3.494
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	-	7	-	3	143	880	-	-	-	4	6	45	1.088
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	-	14	-	7	305	1.350	308	19	203	7	13	97	2.323
10400	Sanità pubblica veterinaria	51	36	-	16	762	4.233	-	59	406	19	34	242	5.858
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	50	16	-	121	342	1.528	-	220	362	61	15	109	2.824
10600	Servizio medico legale	-	12	-	1.126	262	942	-	116	559	22	12	83	3.134
19999	Totale	1.294	99	-	1.280	2.115	10.319	308	584	1.835	122	93	672	18.721
20100	Guardia medica	9	4	8.969	2	93	310	-	66	197	42	4	29	9.725
20201	Medicina generica	-	6	14.444	3	135	496	-	106	229	4	6	43	15.472
20202	Pediatria di libera scelta	-	2	3.377	1	33	116	-	25	60	1	1	10	3.626
20300	Emergenza sanitaria territoriale	108	60	3.357	27	1.269	4.943	-	2.886	-	24	56	403	13.133
20401	Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	-	2	30.581	1	42	99	-	-	163	1	2	13	30.904
20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	18.451	1	5.704	-	21	82	-	-	48	1	1	7	24.316
20500	Assistenza Integrativa	-	6	5.235	3	137	539	-	98	207	4	6	43	6.278
20601	Attività clinica	3.323	157	1.806	72	4.676	17.015	10	2.262	1.317	1.014	147	1.061	32.860
20602	Attività di laboratorio	1.473	20	6.519	9	483	2.363	-	125	111	261	19	134	11.517
20603	Attività di diagnostica strumentale e per immagini	166	22	13.909	10	527	2.436	-	199	198	554	20	146	18.187

Bilancio
Sociale
2014

Codice	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prestazioni sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale profes.	Personale tecnico	Personale amministr.	Ammort.	Sopravv./insuss.	Altri costi	Totale
20700	Assistenza Protesica	-	7	4.687	3	149	506	-	142	273	1	7	48	5.823
20801	Assistenza programmata a domicilio (ADI)	429	9	4.004	180	187	880	-	109	165	3	8	59	6.033
20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	2	9	-	4	181	765	-	276	73	24	8	57	1.399
20803	Assistenza psichiatrica	13	14	-	6	297	1.755	-	48	29	11	13	94	2.280
20804	Assistenza riabilitativa ai disabili	-	6	8.733	3	137	749	-	29	68	6	6	44	9.781
20805	Assistenza ai tossicodipendenti	447	11	-	5	233	1.227	-	168	41	4	10	74	2.220
20901	Assistenza psichiatrica	83	2	-	1	46	177	-	81	29	7	2	15	443
20902	Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
20906	Assistenza psichiatrica	7	3	4.457	1	63	285	-	75	29	28	3	20	4.971
21001	Assistenza riabilitativa ai disabili	-	-	3.031	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.031
21002	Assistenza ai tossicodipendenti	-	-	770	-	-	-	-	-	-	-	-	-	770
21006	Assistenza ai malati terminali	107	8	-	4	167	299	-	483	248	10	7	53	1.386
21100	Assistenza Idrotermale	-	-	673	-	-	-	-	-	-	-	-	-	673
29999	Totale	24.618	349	120.256	335	8.876	35.042	10	7.178	3.485	2.002	326	2.353	204.830
30100	Attività di pronto soccorso	382	32	-	14	768	3.555	-	576	-	154	29	213	5.723
30201	Day Hospital e Day Surgery	1.507	28	3.003	73	1.046	3.196	3	382	120	241	26	191	9.816
30202	Degenza ordinaria	12.729	383	48.254	3.303	12.758	41.876	51	6.085	2.206	2.601	358	2.587	133.191
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	121	-	-	121
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	362	33	-	15	796	2.650	-	974	656	31	31	220	5.768
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	168	1	-	-	21	112	-	-	-	19	1	6	328
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	869	11	-	5	262	1.274	-	87	47	20	10	73	2.658
30700	Trapianto organi e tessuti	237	5	-	2	122	657	-	-	-	10	5	34	1.072
39999	Totale	16.254	493	51.257	3.412	15.773	53.320	54	8.104	3.029	3.197	460	3.324	158.677
49999	TOTALE	42.166	941	171.513	5.027	26.764	98.681	372	15.866	8.349	5.321	879	6.349	382.228

Pare anche opportuno sottolineare come nel 2014 l'Azienda ha migliorato il processo di acquisizione ed elaborazione dei dati, in conformità alle linee guida definite dalla Regione, in collaborazione con l'Agenas, per la contabilità analitica ed il modello LA.

Dal raffronto tra i modelli LA 2013 e 2014 emerge l'incremento dei costi complessivi sostenuti dall'Azienda nel 2014 rispetto all'anno precedente, pari a circa 8 milioni di euro; al contempo si evidenzia un leggero mutamento della composizione degli costi per livello assistenziale, dovuto anche al miglioramento delle tecniche di allocazione delle voci della spesa.

Nello specifico:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro passa da un'incidenza del 4,9% sul totale dei costi nel 2013, al 4,0 del 2014;
- l'assistenza distrettuale passa da un'incidenza del 53,6% sul totale dei costi nel 2013, al 54,5 del 2014;
- l'assistenza ospedaliera nel 2014 rimane stabile rispetto all'anno precedente, con un'incidenza del 41,5% sul totale dei costi.

Nella pagina seguente, infine si riporta la sintesi reddituale, secondo lo schema del Decreto Legislativo n.118/2011 riferito agli esercizi che vanno dal 2011 al 2014.

Il Conto Economico dell'Azienda alla fine evidenzia il risultato di esercizio riveniente dalla differenza tra il valore ed il costo della produzione, rettificata dai proventi ed oneri finanziari e straordinari, nonché dalle imposte sul reddito.

Ancora una volta si tiene a rimarcare come la situazione reddituale dell'Azienda è passata da una perdita di esercizio di circa 19 milioni nel 2011 ad un risultato positivo di € 276.000 nel trascorso esercizio 2014.

CONTO ECONOMICO					Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO					VARIAZIONE 2014/2013	
	Anno 2014	Anno 2013	Anno 2012	Anno 2011	Importo	Variazione
A) VALORE DELLA PRODUZIONE						
1) Contributi in c/esercizio	350.649.820	340.147.343	341.470.021	340.792.039	10.502.477	0,03
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	347.457.000	337.358.939	339.856.945	339.625.979	10.098.061	0,03
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	3.155.089	2.770.702	1.605.077	1.166.060	384.387	0,14
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - stimolati	916.243	240.464	279.056	373.187	675.779	2,81
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura L.E.A.	0	0	0	0	0	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra L.E.A.	1.100.000	1.410.000	720.000	0	-310.000	-0,22
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	0	0	0	0	0	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	0	0	0	0	0	-
6) Contributi da altri soggetti pubblici	1.138.846	1.120.238	606.021	792.873	18.608	0,02
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	0	0	0	0	0	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	0	0	0	0	0	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0	0	0	0	0	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	0	0	0	0	0	-
4) da privati	0	0	0	0	0	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	37.731	17.702	8.000	0	20.029	1,13
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.138.386	-374.282	0	0	-764.104	2,04
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0	0	0	0	0	-
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	27.911.780	30.536.653	26.082.987	23.356.974	-2.624.873	-0,09
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	25.366.112	27.216.000	22.168.000	20.205.000	-18.49.888	-0,07
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.179.218	1.383.254	1.596.050	2.161.887	-204.037	-0,15
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	1.366.450	1.937.398	2.318.936	990.087	-570.948	-0,29
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.527.075	1.522.316	1.944.959	1.313.495	1.004.758	0,66
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.854.344	3.387.565	4.005.830	3.466.164	-533.221	-0,16
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	4.557.655	4.995.080	4.712.057	4.979.287	-437.425	-0,09
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0	0	0	-
9) Altri ricavi e proventi	772.687	537.108	581.945	839.636	235.579	0,44
Totale A)	388.134.978	380.781.784	378.797.798	374.747.594	7.383.192	0,02
B) COSTI DELLA PRODUZIONE						
1) Acquisti di beni	47.886.651	45.292.582	41.875.778	43.999.108	2.594.069	0,06
a) Acquisti di beni sanitari	46.932.808	44.339.045	40.815.626	41.844.161	2.593.763	0,06
b) Acquisti di beni non sanitari	953.843	953.537	1.060.152	2.154.947	306	0,00
2) Acquisti di servizi sanitari	181.553.383	177.477.404	177.662.800	178.838.571	4.075.980	0,02
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	26.687.080	26.586.151	26.458.480	27.053.151	100.929	0,00
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	30.827.683	30.580.796	30.668.860	35.270.502	246.887	0,01
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	23.534.645	22.136.233	19.720.550	18.378.048	1.218.412	0,06
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	12.323.941	12.533.281	12.070.666	12.718.809	-209.340	-0,02
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	5.213.398	5.235.262	10.964.551	10.364.846	-21.864	0,00
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	5.086.424	4.686.714	0	0	399.710	0,09
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	53.462.185	51.258.390	53.170.132	49.148.832	2.203.795	0,04
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	4.710.191	4.457.277	4.774.053	4.686.722	252.913	0,06
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci Fik F	5.672.000	5.703.556	5.952.546	5.325.090	-31.556	-0,01
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	715.132	672.949	781.798	779.842	42.183	0,06
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.361.705	3.357.169	3.653.654	3.734.265	4.536	0,00
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	3.750.061	4.004.054	3.899.808	5.831.036	-253.993	-0,06
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	986.823	1.461.376	1.597.646	1.945.156	-474.552	-0,32
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	2.807.651	2.865.157	2.170.637	2.286.262	-57.505	-0,02
o) Consulenze, collaborazioni, internati, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	924.644	1.032.153	778.285	283.915	-107.509	-0,10
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	1.669.818	906.885	1.001.135	1.032.095	762.934	0,84
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0	0	0	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	20.937.135	19.377.478	21.396.542	23.421.838	1.199.657	0,06
a) Servizi non sanitari	20.656.663	19.432.998	21.224.770	23.285.076	1.223.665	0,06
b) Consulenze, collaborazioni, internati, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	89.099	81.657	29.228	64.166	7.442	0,09
c) Formazione	191.373	222.833	142.544	72.596	-31.450	-0,14
4) Manutenzione e riparazione	5.246.355	4.692.536	4.689.082	5.046.047	553.818	0,12
5) Godimento di beni di terzi	1.866.400	2.555.837	3.579.452	3.094.926	-689.437	-0,27
6) Costi del personale	115.803.579	115.211.830	117.482.947	122.799.701	591.748	0,01
a) Personale dirigente medico	44.825.643	47.847.645	48.840.226	51.376.102	-3.022.001	-0,06
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.180.588	907.532	951.670	1.010.149	3.273.056	3,61
c) Personale comparto ruolo sanitario	44.358.108	43.780.411	44.356.785	45.637.828	577.696	0,01
d) Personale dirigente altri ruoli	1.695.294	1.789.870	1.819.490	2.022.334	-94.577	-0,05
e) Personale comparto altri ruoli	20.743.946	20.886.372	21.514.775	22.753.288	-1.424.425	-0,01
7) Oneri diversi di gestione	1.070.913	1.409.959	1.246.118	1.430.966	-339.046	-0,24
8) Ammortamenti	4.814.940	5.321.531	5.159.285	5.733.104	-506.590	-0,10
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	68.633	52.337	30.194	40.155	16.296	0,31
b) Ammortamenti dei fabbricati	2.823.749	2.808.745	2.551.677	3.002.372	15.003	0,01
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	1.922.558	2.460.448	2.577.414	2.690.577	-537.890	-0,22
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	90.421	0	32.900	0	90.421	-
10) Variazione delle rimanenze	575.854	-2.185.426	-89.309	-636.306	2.761.280	-1,26
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	614.870	-2.172.729	-150.704	-566.165	2.787.608	-1,28
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-39.025	12.697	61.395	70.141	26.328	2,07
11) Accantonamenti	2.124.135	4.729.298	2.291.749	2.341.896	-2.605.163	-0,55
a) Accantonamenti per rischi	1.011.040	3.788.627	1.948.038	1.100.000	-2.777.587	-0,73
b) Accantonamenti per premio operosità	0	0	0	0	0	-
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	475.000	127.205	0	0	347.795	2,73
d) Altri accantonamenti	638.095	813.467	343.711	1.241.896	-175.372	-0,22
Totale B)	381.969.765	374.243.028	375.327.345	386.069.850	7.726.237	0,02
DIF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	6.165.210	6.508.756	3.470.453	-11.322.256	-343.545	-0,05
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI						
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	187	378	18.827	8.654	-191	-0,51
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	3	10	15	8	-6	-0,65
Totale C)	184	368	18.812	8.646	-185	-0,50
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE						
1) Rivalutazioni	0	0	0	0	0	-
2) Svalutazioni	0	0	0	0	0	-
Totale D)	0	0	0	0	0	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI						
1) Proventi straordinari	3.322.438	3.053.291	3.016.421	4.124.652	269.147	0,09
a) Plusvalenze	0	0	0	0	0	-
b) Altri proventi straordinari	3.322.438	3.053.291	3.016.421	4.124.652	269.147	0,09
2) Oneri straordinari	1.184.504	1.496.538	1.085.587	3.002.709	-312.034	-0,21
a) Minusvalenze	0	0	0	0	0	-
b) Altri oneri straordinari	1.184.504	1.496.538	1.085.587	3.002.709	-312.034	-0,21
Totale E)	2.137.934	1.556.754	1.930.834	1.121.944	581.181	0,37
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A+B+C+D+E)	8.303.328	8.065.878	5.420.099	-10.191.667	237.451	0,03
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO						
1) IRAP	7.837.769	7.740.341	7.877.474	8.253.906	97.427	0,01
a) IRAP relativa a personale dipendente	7.599.125	7.469.008	7.724.180	8.113.085	130.118	0,02
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	157.457	153.982	153.293	140.820	3.475	0,02
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	81.186	117.352	0	0	-36.166	-0,31
d) IRAP relativa ad attività commerciali	0	0	0	0	0	-
2) IRES	189.236	209.648	250.519	250.000	-20.412	-0,10
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	0	0	0	0	0	-
Totale Y)	8.027.005	7.949.989	8.127.993	8.503.906	77.015	0,01
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	276.324	115.888	-2.707.894	-18.695.573	160.435	1,38

SEZIONE III – RELAZIONE SOCIALE



Novasiri – Panorama



San Giorgio Lucano – Scorcio

Bilancio
Sociale
2014



Rotondella – Panorama



Valsinni – Castello Isabella Morra



Colobrarò – Veduta

3.1. I SERVIZI ALLE PERSONE

3.1.1. L'ASSISTENZA IN OSPEDALE

L'assistenza ospedaliera della ASM nel corso di questi anni è stata al centro di un complesso processo di riorganizzazione, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, fondato sulla netta differenziazione tra l'ospedalizzazione per acuti in senso stretto e quella di tipo territoriale/distrettuale inerente la post-acuzie e la cronicità nelle forme della lungodegenza e della riabilitazione.

Coerentemente a tale impianto programmatico, l'ASM ha ridisegnato il proprio assetto organizzativo – strutturale assegnando a ciascuna struttura ospedaliera un ruolo ed una mission coerente con gli obiettivi definiti dalla programmazione regionale.

Nello specifico l'assistenza ospedaliera per acuti è erogata dai seguenti 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata:

Presidio Ospedaliero di Matera - sede di DEA di I livello

Presidio Ospedaliero di Policoro - sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.)

L'assistenza ospedaliera territoriale è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:

- Ospedale di Stigliano deputato alla lungodegenza e sede di Hospice
- Ospedale di Tinchì deputato alla riabilitazione e poliambulatorio multispecialistico, con un servizio di Dialisi
- Ospedale di 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.

Nel corso del 2014 è stato dato grande impulso al consolidamento del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 della L.R. n. 17 del 4 agosto 2011 e nel rispetto degli 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.

In tal senso 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, realizzato con la definitiva dismissione dei posti letto per acuti residui 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 di contenimento dei costi, e, dall'altra, alle evoluzioni del quadro epidemiologico e demografico.

I due obiettivi, sia pure ben distinti, risultano 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 2014 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 Tinchi**, destinate, da una parte a migliorare gli standard quali-quantitativi di servizi già esistenti, quali nello specifico la dialisi, e dall'altra, a incrementare l'offerta di prestazioni, con particolare riferimento al settore della riabilitazione nelle branche cardiologica, pneumologica e ortopedica.

Con riferimento all'obiettivo relativo alla riqualificazione dell'offerta assistenziale per acuti è stato avviato un percorso graduale di cambiamento dell'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 da una logica che privilegia la strutturazione dell'organizzazione dell'ospedale intorno al bisogno del paziente adottando un sistema caratterizzato dall'attivazione di processi ad alta integrazione multidisciplinare con una differenziazione delle responsabilità cliniche, gestionali e logistiche, 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 quali-quantitativi stabiliti dalla programmazione Regionale.

Coerentemente a tale approccio è stata avviata la riorganizzazione del Dipartimento di Emergenza Urgenza con l'obiettivo prioritario di regolare il flusso dei pazienti in ingresso ed attivare servizi specifici e maggiormente appropriati per l'emergenza, fornendo risposte efficaci ad un'utenza in costante aumento.

In tale direzione nel corso del 2014 è stata attivata presso il P.O. di Matera l'U.O. di Terapia Subintensiva Generale, dotata dapprima di 4 e successivamente di 6 posti letto dedicati, con lo scopo precipuo di prendere in carico quei pazienti che accedono al Pronto Soccorso e che necessitano di un iter diagnostico – terapeutico non esauribile nelle poche ore di osservazione breve. La disponibilità di una U.O. dotata di personale ed apparecchiature dedicate, consente, da parte, una gestione delle urgenze più razionale ed efficace, assicurando una appropriata presa in carico del paziente giunto in urgenza e, dall'altra, consente di evitare il congestionamento dei reparti, favorendo in tal modo il miglioramento della gestione delle attività programmabili in elezione.

ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Nell'ASM operano il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Matera, sede di DEA di I livello, il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Policoro, sede di PSA, i Punti Territoriali di Soccorso degli Ospedali Distrettuali di Tinchi, Tricarico e Stigliano.

Al Pronto Soccorso si accede o attraverso il servizio 118, che, attivato con chiamata telefonica assicura il trasporto in autoambulanza, o direttamente recandosi autonomamente presso la struttura. L'accesso alle cure del Pronto Soccorso non avviene sulla base dell'ordine di arrivo dei pazienti, bensì in base alla gravità delle rispettive condizioni cliniche, preventivamente determinata attraverso specifico sistema di valutazione e smistamento dell'utenza, definito Metodo del Triage. Tale sistema, gestito da infermieri specializzati appositamente dedicati a questa specifica funzione, consente di assegnare a ciascun paziente, giunto in Pronto Soccorso, dopo una prima immediata valutazione, un codice colore che ne definisce il grado di urgenza.

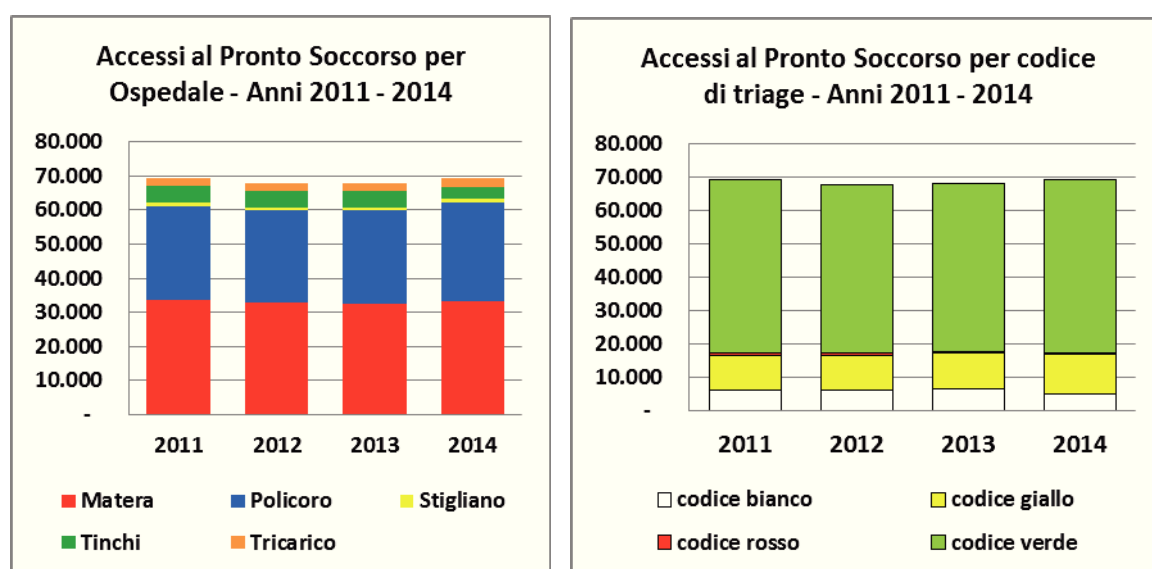
Il sistema di Triage infermieristico ha permesso la raccolta informatizzata di tutti i dati relativi ai pazienti quali: anagrafica, modalità di accesso, causale d'accesso, dati epidemiologici e prestazioni erogate sia direttamente dal servizio sia dalle strutture diagnostiche e specialistiche all'interno del Presidio Ospedaliero.

Nell'anno 2014 si sono rivolti al Pronto Soccorso degli Ospedali della ASM 69.434 pazienti con un incremento rispetto al 2013 del +2% (67.964). La media giornaliera è stata di oltre 190 accessi al Pronto Soccorso degli ospedali ASM, a fronte di oltre 186 accessi nel 2013.

NUMERO ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO		2011	2012	2013	2014	Scostamento 2014 - 2011	
						assoluto	%
OSPEDALE MATERA	codice bianco	4.765	4.787	5.264	3.905	-860	-18%
	codice giallo	7.777	7.332	7.332	8.050	273	4%
	codice rosso	471	458	402	386	-85	-18%
	codice verde	20.759	20.462	19.684	20.995	236	1%
	totale	33.772	33.039	32.682	33.336	-436	-1%
OSPEDALE POLICORO	codice bianco	1.098	1.247	1.125	731	-367	-33%
	codice giallo	2.352	2.823	3.105	3.699	1.347	57%
	codice rosso	91	87	90	89	-2	-2%
	codice verde	23.852	22.862	22.959	24.379	527	2%
	totale	27.393	27.019	27.279	28.898	1.505	5%
OSPEDALE STIGLIANO	codice bianco	65	31	42	42	-23	-35%
	codice giallo	47	30	31	44	-3	-6%
	codice rosso		2				
	codice verde	774	642	791	872	98	13%
	totale	886	705	864	958	72	8%
OSPEDALE TINCHI	codice bianco	73	42	10	19	-54	-74%
	codice giallo	243	180	152	187	-56	-23%
	codice rosso	6	5		2	-4	-67%
	codice verde	4.658	4.570	4.621	3.468	-1.190	-26%
	totale	4.980	4.797	4.783	3.676	-1.304	-26%
OSPEDALE TRICARICO	codice bianco	31		1	33	2	6%
	codice giallo	66	36	54	76	10	15%
	codice rosso	6	2	3	5	-1	-17%
	codice verde	2.054	2.230	2.298	2.452	398	19%
	totale	2.157	2.268	2.356	2.566	409	19%
TOTALE OSPEDALI ASM	codice bianco	6.032	6.107	6.442	4.730	-1.302	-22%
	codice giallo	10.485	10.401	10.674	12.056	1.571	15%
	codice rosso	574	554	495	482	-92	-16%
	codice verde	52.097	50.766	50.353	52.166	69	0%
	totale	69.188	67.828	67.964	69.434	246	0%

L'analisi degli accessi ai Pronto Soccorso degli Ospedali della ASM evidenzia come la maggior parte degli accessi sia costituita dai codici verdi, ossia i pazienti poco critici ad urgenza bassa, che nel 2014 hanno rappresentato il 75% della casistica complessiva, in incremento rispetto all'anno precedente. Dopo i codici verdi, gli accessi più frequenti sono costituiti dai codici gialli, vale a dire i pazienti mediamente critici, con priorità intermedia, che nel 2014 rappresentano il 17% del totale degli accessi, in netto incremento rispetto agli anni precedenti. Seguono i codici bianchi, vale a dire i pazienti senza alcuna priorità, che nel 2014 costituiscono il 7% dell'intera casistica, in netta riduzione rispetto agli anni precedenti. Infine vi sono i codici rossi, vale a dire i pazienti molto critici, con priorità massima e con accesso immediato, che nel 2014 rappresentano l'1% del totale degli accessi in linea con gli anni precedenti.

Circa il 90% degli accessi al Pronto Soccorso è avvenuto presso gli Ospedali per acuti, ed in particolare il 48% presso il P.O. di Matera e il 42% presso il P.O. di Policoro; il rimanente 10% è stato effettuato presso gli Ospedali Distrettuali e, in particolare: il 5% presso l'ospedale di Tinchì, il 4% presso l'Ospedale di Tricarico e solo l'1% presso l'Ospedale di Stigliano.



Il trend degli accessi ai Pronto Soccorsi degli Ospedali aziendali, a fronte di una sostanziale stabilità del numero complessivo degli stessi nel periodo 2011 – 2014, evidenzia una riduzione progressiva dei codici bianchi (-22%) a cui è corrisposto un incremento dei codici gialli (+15%), a testimonianza di un recupero di appropriatezza nel corso degli anni, per effetto del quale si sono ridotti gli accessi di quei pazienti che non necessitano delle cure immediate del Pronto Soccorso, potendo trovare risposte al di fuori di esso, presso i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta o quelli della Continuità Assistenziale cui, pertanto, è stato assegnato un importante ruolo di filtro della domanda, che consente di evitare l'intasamento dell'ospedale garantendo un recupero di efficacia ed efficienza operativa.

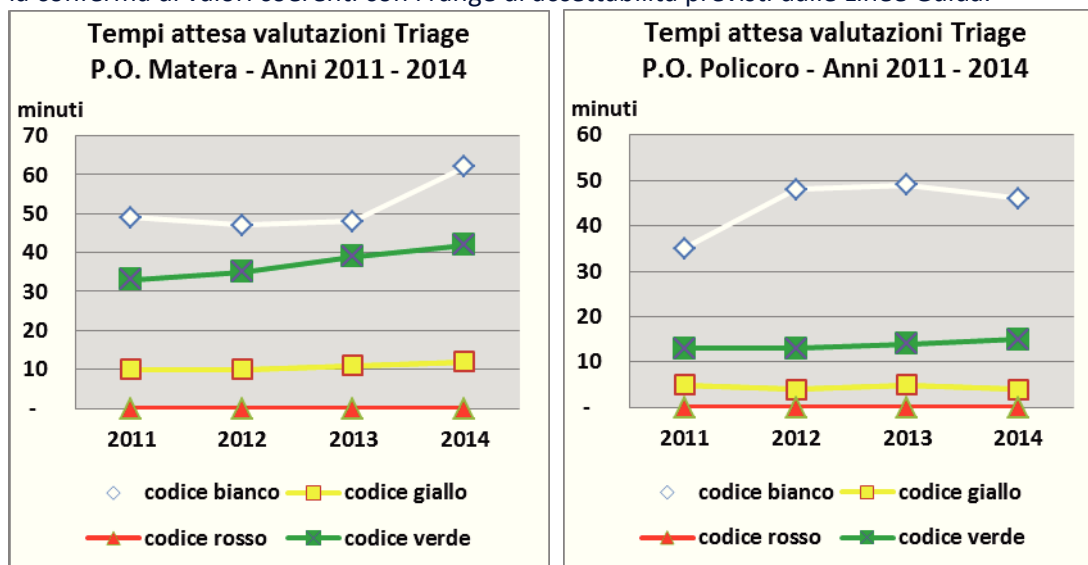
Nel 2014 gli accessi al Pronto Soccorso esitati in ricovero negli Ospedali per Acuti sono stati pari complessivamente al 17% del totale degli accessi, evidenziando una discreta riduzione rispetto al 2013 in cui la stessa incidenza era pari al 19%. Nello specifico è risultata sensibilmente più elevata la percentuale degli accessi al P.O. di Matera seguiti da ricovero, pari al 21%, rispetto a quella del P.O. di Policoro, pari al 13%. Tale riduzione è stata resa possibile dall'incremento dell'attività di Osservazione Breve Intensiva, che sia nel P.O. di Matera che nel P.O. di Policoro è aumentata del +35%.

I tempi di attesa medi nelle 24 ore, dalla registrazione del paziente al Triage, all'ingresso in ambulatorio nei due Presidi Ospedalieri di Matera e Policoro sono stati i seguenti:

TEMPI DI ATTESA MEDI DELLE VALUTAZIONI DI TRIAGE (minuti)		2011	2012	2013	2014	Scostamento 2014 - 2011	
						assoluto	%
OSPEDALE MATERA	codice bianco	49	47	48	62	13	27%
	codice giallo	10	10	11	12	2	20%
	codice rosso	-	-	-	-		
	codice verde	33	35	39	42	9	27%
OSPEDALE POLICORO	codice bianco	35	48	49	46	11	31%
	codice giallo	5	4	5	4	-1	-20%
	codice rosso	-	-	-	-		
	codice verde	13	13	14	15	2	15%

Con riferimento al P.O. di Matera i tempi d'attesa al Pronto Soccorso sono risultati lievemente superiori rispetto agli anni precedenti, pur rimanendo nei range previsti dalle linee guida: ciò è da attribuire molto probabilmente all'aumento dei codici gialli.

Nel P.O. di Policoro a fronte di un aumento dei tempi di attesa per i codici bianchi ed in misura insignificante dei codici verdi, vi è stata una lieve riduzione dei tempi di attesa dei codici gialli, con la conferma di valori coerenti con i range di accettabilità previsti dalle Linee Guida.



Al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Matera e Policoro sono aggregate aree di degenza dedicate all'**Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)**, in cui sono fornite prestazioni diagnostiche e terapeutiche in tempi molto brevi ai pazienti che sono tenuti in osservazione per un massimo di 36 ore. La disponibilità di 6 posti presso il P.O. di Matera e 2 presso il P.O. di Policoro ha consentito di garantire nel 2014 oltre 5.000 osservazione brevi, pari complessivamente a circa l'8% del totale degli accessi al Pronto Soccorso, con un incremento del 35% rispetto al 2013. Meno del 20% sono stati i casi di Osservazione Breve esitati in ricovero.

Osservazione Breve Intensiva	2013	2014	Scostamento	
			assoluto	%
accessi in OBI Matera	2.640	3.560	920	35%
accessi in OBI Policoro	1.087	1.471	384	35%
Totale accessi in OBI	3.727	5.031	1.304	35%

A partire dal 9 giugno 2014 sono stati attivati presso il P.O. di Matera i primi 4 posti di **Terapia Subintensiva Generale** o **Medicina d'Urgenza**, portati a 6 nel mese di agosto. In questo periodo sono stati ricoverati 221 pazienti, di cui 99 (44,7%), sono stati dimessi direttamente dall'Unità Operativa di Terapia Subintensiva.

Circa 30, pari al 13,5%, sono stati i pazienti ricoverati in Terapia Subintensiva con stroke ischemico ed emorragico. La media dei giorni di ricovero è stata di circa 4 giorni.

L'attività della Medicina d'Urgenza o TSI comprende la gestione in regime di degenza di pazienti con problemi clinici e di diversa complessità, anche traumatologici e tossicologici, il cui iter diagnostico-terapeutico d'urgenza non è esauribile nelle poche ore a disposizione della gestione in pronto soccorso. La collocazione di tale area attigua al pronto soccorso garantisce la continuità diagnostico terapeutica in urgenza, attraverso la responsabilità apicale dell'U.O. di Pronto Soccorso.

Il ricovero dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso in una unità operativa dotata di personale ed attrezzature appositamente dedicati, quale la Terapia Subintensiva, consente una gestione delle urgenze più razionale ed efficace in quanto assicura una appropriata presa in carico del paziente, evitando la ricerca last minute del posto letto libero, con grandi vantaggi per i vari reparti in termini di decongestionamento ed ottimizzazione delle attività programmabili in elezione.

ATTIVITA' DI RICOVERO PER ACUTI

Nel 2014 sono stati dimessi dai Presidi Ospedalieri per acuti della ASM complessivamente 20.643 pazienti, di cui 18.013, pari all'87%, in regime ordinario, e 2.630, pari al 13%, in regime diurno, evidenziando un incremento rispetto al 2013 di oltre 600 ricoveri, pari al +3,1%, ascrivibile esclusivamente all'espansione dei ricoveri ordinari, aumentati di 776 unità, pari al +4,5% rispetto all'anno precedente, ridimensionata dal calo dei DH, ridottisi di 159 ricoveri, pari al -5,7%.

Tale andamento conferma sostanzialmente il trend che ha caratterizzato l'attività di ricovero dell'ASM degli ultimi 4 anni, contrassegnato da una poderosa riduzione dei ricoveri diurni ed un sostanziale mantenimento dei ricoveri ordinari, con una discreta crescita di questi ultimi nel 2014. Nel quadriennio 2011 – 2014, si è registrata una riduzione complessiva di circa 1.400 ricoveri, pari al -6%, determinata dal sostanziale abbattimento dei ricoveri diurni, ridottisi di 2.259 unità, pari al -46%, riconvertiti in prestazioni ambulatoriali, a cui ha fatto riscontro un aumento complessivo di 860 ricoveri ordinari, pari al +5%.

Tale andamento ha riguardato sia il P.O. di Matera che il P.O. di Policoro, confermando nel 2014 il trend decrescente dei ricoveri diurni e quello crescente dei ricoveri ordinari.

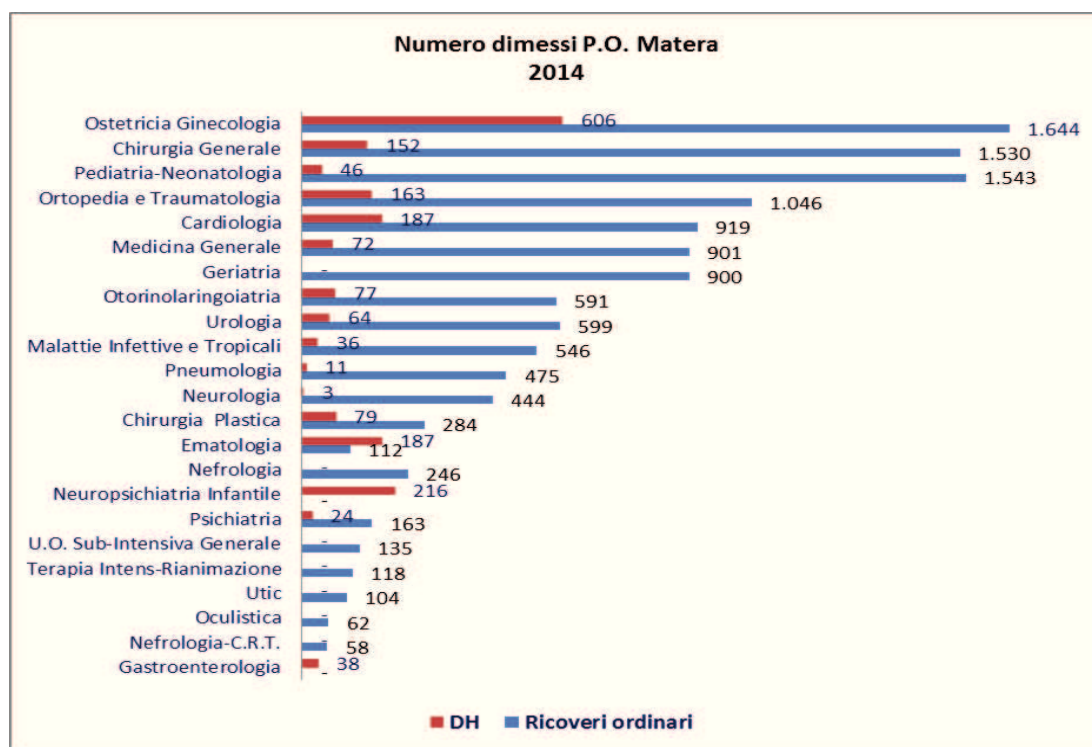
Nello specifico nel P.O. di Matera, nel 2014, sono stati erogati 14.381 ricoveri, di cui 12.420 ordinari, pari all'86%, e 1.961 DH, pari al 13%, facendo registrare una crescita complessiva rispetto al 2013, con un'inversione del trend che aveva caratterizzato il triennio precedente; tale aumento è stato determinato dall'incremento del numero dei ricoveri ordinari cui ha fatto riscontro la conferma della riduzione dei ricoveri diurni, sia pure in misura minore rispetto agli anni precedenti. In particolare, nel quadriennio 2011 – 2014 i ricoveri complessivi erogati dal P.O. di Matera si sono ridotti di 1.377 unità, pari al -9%, rinveniente dal decremento di 2.020 ricoveri diurni, pari al -51%, e dall'incremento di 643 ricoveri ordinari, pari al +5%.

Nel P.O. di Policoro nel 2014 sono stati erogati 6.262 ricoveri, in lieve aumento rispetto al 2013, di cui 5.593 ordinari, pari all'89%, e 669 DH, pari all'11%, facendo registrare una sosta. Nello specifico si è confermata la crescita dei ricoveri ordinari che nel quadriennio 2011 – 2014 è stata pari al +5%, a cui ha fatto da contrappeso la riduzione dei DH, che nel quadriennio considerato è stata pari al -26%.

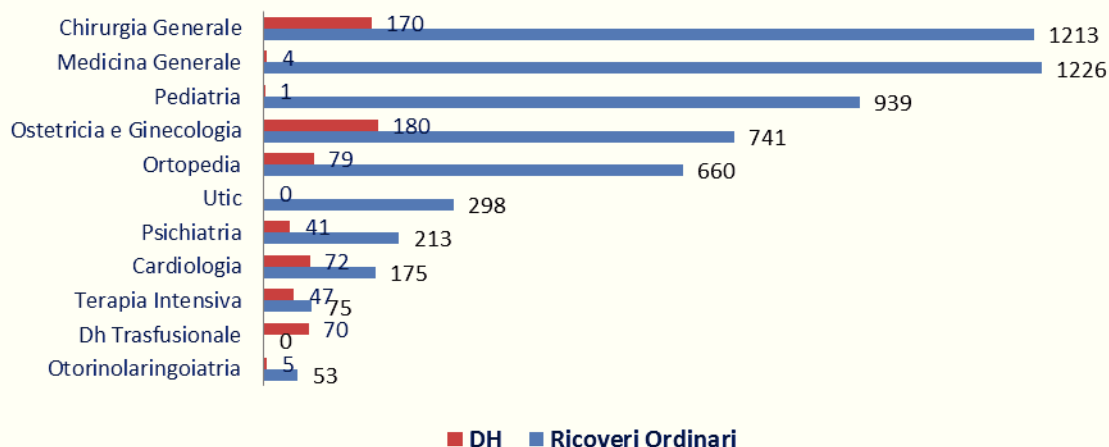
NUMERO RICOVERI		2011		2012		2013		2014		Scostamento 2014 – 2011	
										assoluto	%
OSPEDALE MATERA	Ordinari	11.777	75%	11.826	84%	11.796	85%	12.420	86%	643	5%
	DH	3.981	25%	2.279	16%	2.074	15%	1.961	14%	-2.020	-51%
	Totale	15.758	100%	14.105	100%	13.870	100%	14.381	100%	-1.377	-9%
OSPEDALE POLICORO	Ordinari	5.376	86%	5.375	87%	5.441	88%	5.593	89%	217	4%
	DH	908	14%	785	13%	715	12%	669	11%	-239	-26%
	Totale	6.284	100%	6.160	100%	6.156	100%	6.262	100%	-22	0%
TOTALE OSPEDALI PER ACUTI	Ordinari	17.153	78%	17.201	85%	17.237	86%	18.013	87%	860	5%
	DH	4.889	22%	3.064	15%	2.789	14%	2.630	13%	-2.259	-46%
	Totale	22.042	100%	20.265	100%	20.026	100%	20.643	100%	-1.399	-6%

I suddetti risultati sono il riflesso delle politiche sanitarie messe in campo dall'Azienda nel corso di questi anni, finalizzate alla riqualificazione dell'offerta ospedaliera, favorita dal recupero dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale, che ha consentito l'abbattimento dei ricoveri inappropriati, quali nello specifico i DH diagnostici, riconvertiti in prestazioni ambulatoriali, con effetti significativi sul contenimento del tasso di ospedalizzazione, che ha raggiunto valori assolutamente coerenti rispetto al target di riferimento nazionale e regionale.

I grafici successivi evidenziano l'offerta di ricoveri erogati da ciascuno dei Presidi Ospedalieri per acuti della ASM, per singola specialità, in ordine decrescente di frequenza. L'Ostetricia e Ginecologia e la Chirurgia Generale sono i reparti che nel 2014 hanno erogato il maggior numero di ricoveri rispettivamente nel P.O. di Matera e in quello di Policoro



**Numero dimessi P.O. Policoro
2014**



Nel 2014 sono stati effettuati circa 12.000 interventi chirurgici, in aumento rispetto all'anno precedente, a conferma di un trend costantemente crescente, che ha fatto registrare complessivamente un incremento del +8% rispetto al 2011. In particolare nel P.O. di Matera sono stati effettuati 8.948 interventi chirurgici, mentre nel P.O. di Policoro gli interventi sono stati 2.975.

Dall'analisi del trend degli interventi chirurgici emerge chiaramente come il quadriennio considerato sia stato caratterizzato da un progressivo cambiamento nel setting assistenziale; nello specifico, sia presso il P.O. di Matera che presso quello di Policoro, vi è stata una riconversione degli interventi chirurgici dal setting DH a quello ambulatoriale, che ha determinato una sensibile riduzione degli interventi in DH con un contestuale incremento degli interventi ambulatoriali; si è inoltre registrato in entrambi gli ospedali per acuti un incremento del numero degli interventi erogati in regime ordinario. Tali modifiche nel setting assistenziale hanno determinato un evidente recupero di appropriatezza clinica ed organizzativa.

NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI		2011		2012		2013		2014		Scostamento 2014 - 2011	
										assoluto	%
OSPEDALE MATERA	ordinari	4.176	49%	4.441	53%	4.744	53%	4.802	54%	626	15%
	dh	2.658	31%	1.358	16%	1.207	14%	1.105	12%	-1.553	-58%
	ambulatoriale	1.754	20%	2.574	31%	2.941	33%	3.041	34%	1.287	73%
	totale	8.588	100%	8.373	100%	8.892	100%	8.948	100%	360	4%
OSPEDALE POLICORO	ordinari	1.266	51%	1.428	54%	1.600	57%	1.692	57%	426	34%
	dh	656	26%	522	20%	490	17%	474	16%	-182	-28%
	ambulatoriale	573	23%	682	26%	721	26%	809	27%	236	41%
	totale	2.495	100%	2.632	100%	2.811	100%	2.975	100%	480	19%
TOTALE OSPEDALI PER ACUTI	ordinari	5.442	49%	5.869	53%	6.344	54%	6.494	54%	1.052	19%
	dh	3.314	30%	1.880	17%	1.697	15%	1.579	13%	-1.735	-52%
	ambulatoriale	2.327	21%	3.256	30%	3.662	31%	3.850	32%	1.523	65%
	totale	11.083	100%	11.005	100%	11.703	100%	11.923	100%	840	8%

L'analisi dei principali indicatori di attività dei due Ospedali per acuti nel 2014, condotta sulle attività di degenza ordinaria, evidenzia valori coerenti con i target medi sia nazionali che regionali, in considerazione della mission e del ruolo assegnato a ciascuna delle due strutture, che per effetto dei quali il P.O. di Matera, quale sede di DEA di I livello, assicura un numero maggiore di specialità con una casistica decisamente più complessa rispetto al P.O. di Policoro, sede di PSA. Nello specifico la degenza media nel 2014 è stata pari a 6,8 giornate nel P.O. di Matera, in netto calo rispetto agli anni precedenti, e a 5 giornate nel P.O. di Policoro, sostanzialmente in linea rispetto agli anni precedenti.

L'indice di turn over, che indica il numero di giorni in cui un posto letto rimane mediamente vuoto, nel 2014 è stato pari a 1,25 nel P.O. di Matera e a 1,28 nel P.O. di Policoro, sostanzialmente in linea rispetto agli anni precedenti, con una lievissima riduzione nel primo ed un altrettanto lievissimo incremento nel secondo.

L'indice di rotazione, che indica il numero di pazienti che mediamente transitano sullo stesso posto letto, nel 2014 è stato pari a 45 nel P.O. di Matera, con un incremento rispetto agli anni passati, e a 59 nel P.O. di Policoro, in lieve calo rispetto al passato.

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari, che esprime la percentuale di saturazione dei posti letto, è stato pari all'84,5% nel P.O. di Matera e al 79,5% nel P.O. di Policoro, in lieve calo rispetto agli anni precedenti.

L'indice operatorio, espresso dalla percentuale di DRG chirurgici sul totale dei DRG ordinari prodotti, nel 2014 è stato pari al 35,1% nel P.O. di Matera e al 29,6% nel P.O. di Policoro, evidenziando in entrambe le strutture un trend crescente.

La percentuale di parti cesarei, che rappresenta un importante indicatore di appropriatezza clinica, ha fatto registrare nel P.O. di Matera il valore più basso sia rispetto alla media regionale che nazionale, attestandosi al 32,91%, in riduzione rispetto al 2013; nel P.O. di Policoro è stata pari al 44,93%, abbastanza lontana dal target ottimale, sia pure in continua riduzione rispetto al passato.

L'indice di complessità dei ricoveri ordinari, che costituisce una misura della complessità della casistica trattata è stato pari a 1,08 nel P.O. di Matera, sostanzialmente in linea con l'anno precedente, e a 0,97 nel P.O. di Policoro, in aumento rispetto agli anni precedenti.

La percentuale di casi complicati, che esprime un altro indicatore di complessità ed è dato dal rapporto tra i DRG con complicanze sul totale dei DRG omologhi, è stato pari a 32,25% nel P.O. di Matera, in aumento rispetto al passato e a 20,22 nel P.O. di Policoro, in lieve calo rispetto agli anni precedenti.

La percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico, che costituisce un importante indicatore di appropriatezza clinica è stato pari a 31,15% nel P.O. di Matera e a 36,54% a Policoro.

PRINCIPALI INDICATORI DI PERFORMANCE SU RICOVERI ORDINARI		2011	2012	2013	2014	Scostamento 2014 - 2011	
						assoluto	%
DEGENZA MEDIA	Matera	7,82	7,80	7,85	6,80	-1,02	-13%
	Policoro	4,85	5,01	5,02	5,00	0,15	3%
INDICE DI TURN OVER	Matera	1,38	1,21	1,04	1,25	-0,13	-9%
	Policoro	1,10	0,97	1,21	1,28	0,18	16%
INDICE DI ROTAZIONE	Matera	40,00	41,00	41,00	45,00	5,00	13%
	Policoro	61,00	61,00	59,00	59,00	-2,00	-3%
INDICE DI OCCUPAZIONE	Matera	84,96%	86,57%	88,35%	84,50%	0,00	-1%
	Policoro	81,47%	83,75%	80,63%	79,50%	-0,02	-2%

INDICE OPERATORIO	Matera	30,74%	33,42%	35,55%	35,10%	0,04	14%
	Policoro	22,56%	24,88%	28,01%	29,60%	0,07	31%
% PARTI CESAREI	Matera	32,06%	31,18%	34,36%	32,91%	0,01	3%
	Policoro	47,90%	46,31%	49,71%	44,93%	-0,03	-6%
INDICE DI COMPLESSITA'	Matera	1,08	1,07	1,10	1,08	0,00	0%
	Policoro	0,90	0,91	0,91	0,97	0,07	8%
% CASI COMPLICATI	Matera	30,59%	34,49%	34,20%	32,25%	0,02	5%
	Policoro	21,39%	22,29%	19,18%	20,22%	-0,01	-5%
% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi da reparti chirurgici	Matera	33,56%	32,22%	30,30%	31,15%	-0,02	-7%
	Policoro	52,77%	47,20%	43,90%	36,54%	-0,16	-31%

Di seguito si fornisce l'elenco dei primi 35 DRG ordinari e dei primi 15 DH erogati sia presso il P.O. di Matera sia presso il P.O. di Policoro.

PRIMI 35 DRG ORDINARI – P.O. MATERA – ANNO 2014

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero Ricoveri Ordinari	% sul totale	% cum
15	391	Neonato normale	M	0,1598	852	7%	7%
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,4439	658	5%	12%
05	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,0270	436	4%	16%
04	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,2243	396	3%	19%
14	371	Parto cesareo senza CC	C	0,7334	314	3%	21%
08	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2,0283	261	2%	23%
01	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,2605	216	2%	25%
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,4568	192	2%	27%
11	311	Interventi per via transuretrale senza CC	C	0,7204	185	1%	28%
11	316	Insufficienza renale	M	1,1501	169	1%	30%
05	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	2,2433	162	1%	31%
18	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	M	1,6432	161	1%	32%
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,9785	140	1%	33%
01	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	M	0,8996	138	1%	34%
19	430	Psicosi	M	0,7668	130	1%	36%
03	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,8198	124	1%	36%
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,2583	123	1%	37%

PRIMI 35 DRG ORDINARI – P.O. MATERA – ANNO 2014

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero Ricoveri	% sul totale	% cum
05	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	0,7002	118	1%	38%
09	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	0,9665	118	1%	39%
07	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M	1,2825	113	1%	40%
08	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C	2,0942	110	1%	41%
15	390	Neonati con altre affezioni significative	M	0,2085	91	1%	42%
07	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	0,8890	91	1%	43%
08	243	Affezioni mediche del dorso	M	0,6837	89	1%	43%
07	202	Cirrosi e epatite alcolica	M	1,2862	88	1%	44%
04	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	1,1394	87	1%	45%
03	060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,3999	84	1%	45%
06	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,3014	83	1%	46%
01	524	Ischemia cerebrale transitoria	M	0,7692	79	1%	47%
05	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	M	1,2157	78	1%	47%
06	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	0,5568	78	1%	48%
06	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	M	0,5614	73	1%	49%
07	208	Malattie delle vie biliari senza CC	M	0,6681	69	1%	49%
06	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	0,5224	68	1%	50%
04	090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	M	0,7579	66	1%	50%
		ALTRI DRG		1,1886	6.182	50%	100%
		TOTALE		1,0186	12.422	100%	

PRIMI 20 DRG DH - P.O. MATERA - ANNO 2014

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero DH	% sul totale	% cum
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,4568	270	14%	14%
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,9785	147	7%	21%
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	0,5395	121	6%	27%

PRIMI 20 DRG DH - P.O. MATERA - ANNO 2014

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	peso	Numero DH	% sul totale	% cum
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,2583	82	4%	32%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,8552	80	4%	36%
05	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	0,5223	78	4%	40%
01	026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	0,4853	77	4%	44%
19	429	Disturbi organici e ritardo mentale	M	0,7933	69	4%	47%
05	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	M	0,5993	63	3%	50%
06	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	0,7448	55	3%	53%
09	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	0,9665	50	3%	56%
08	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	0,9419	39	2%	58%
19	431	Disturbi mentali dell'infanzia	M	0,4865	38	2%	60%
08	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	0,9222	38	2%	61%
03	169	Interventi sulla bocca senza CC	C	0,9013	32	2%	63%
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	1,1010	32	2%	65%
19	430	Psicosi	M	0,7668	31	2%	66%
17	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	1,8616	29	1%	68%
11	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	C	1,5231	27	1%	69%
05	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	1,0532	27	1%	71%
		ALTRI DRG		0,9301	578	29%	100%
		TOTALE		0,7749	1963	100%	

PRIMI 30 DRG ORDINARI - P.O. POLICORO - ANNO 2014

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero	% sul totale	% cum
15	391	Neonato normale	M	0,1598	459	8%	8%
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,4439	305	5%	14%
14	371	Parto cesareo senza CC	C	0,7334	227	4%	18%
05	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,0270	221	4%	22%
06	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	0,7448	203	4%	25%
19	430	Psicosi	M	0,7668	165	3%	28%
08	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	1,7174	153	3%	31%
07	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	0,8890	144	3%	34%
01	524	Ischemia cerebrale transitoria	M	0,7692	140	3%	36%
05	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	M	1,2157	103	2%	38%

PRIMI 30 DRG ORDINARI - P.O. POLICORO - ANNO 2014

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero	% sul totale	% cum
06	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,3014	101	2%	40%
04	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	M	0,8209	100	2%	42%
07	208	Malattie delle vie biliari senza CC	M	0,6681	93	2%	43%
04	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,2243	87	2%	45%
01	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	M	0,8996	69	1%	46%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,8552	69	1%	47%
06	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	0,5568	68	1%	48%
07	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	M	1,0518	62	1%	50%
06	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	M	0,5614	61	1%	51%
08	243	Afezioni mediche del dorso	M	0,6837	60	1%	52%
06	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	1,0953	59	1%	53%
08	236	Fratture dell'anca e della pelvi	M	0,6652	59	1%	54%
01	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,2605	57	1%	55%
05	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	M	1,5817	55	1%	56%
08	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2,0283	51	1%	57%
08	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni no CC	M	0,4225	49	1%	58%
06	158	Interventi su ano e stoma senza CC	C	0,6093	46	1%	58%
06	175	Emorragia gastrointestinale senza CC	M	0,6562	45	1%	59%
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,4568	45	1%	60%
06	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	0,5224	44	1%	61%
		ALTRI DRG		0,9671		39%	100%
		TOTALE		0,8390		100%	

PRIMI 20 DRG DH – P.O. POLICORO ANNO 2014

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero	% sul totale	% cum
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,9785	86	13%	13%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,8552	63	9%	22%
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,4568	60	9%	31%
08	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	0,8846	42	6%	38%
19	430	Psicosi	M	0,7668	38	6%	43%
08	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	0,9222	38	6%	49%
09	267	Interventi perianali e pilonidali	C	0,5312	37	6%	54%

PRIMI 20 DRG DH – P.O. POLICORO ANNO 2014

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero	% sul totale	% cum
09	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	0,7668	35	5%	60%
05	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	1,0532	31	5%	64%
09	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	0,9665	29	4%	69%
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,7539	26	4%	72%
05	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,0270	19	3%	75%
08	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	0,9419	18	3%	78%
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	0,4208	16	2%	80%
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	0,5395	11	2%	82%
		ALTRI DRG		1,1740	120	18%	100
		TOTALE		0,8723	669	100%	

Bilancio
Sociale
2014

ATTIVITA' DI RICOVERO DEGLI OSPEDALI DISTRETTUALI

Nel 2014 i ricoveri erogati dagli Ospedali Distrettuali della ASM sono stati complessivamente 896, di cui 733 dall'Ospedale di Tricarico e 163 dall'Ospedale di Stigliano, con un lieve calo rispetto all'anno precedente.

Nello specifico il decremento registrato nell'Ospedale di Tricarico, pari al -8%, rispetto all'anno precedente, è l'effetto del processo di riconversione in senso territoriale del suddetto presidio, concretizzatosi con la dismissione dei posti letto per acuti e con il conseguente azzeramento dei ricoveri per acuti. La riduzione ha riguardato i ricoveri di lungodegenza medica, gestiti direttamente dall'Azienda, mentre si è registrato un incremento dei ricoveri di riabilitazione, sia la degenza intensiva riabilitativa sia la lungodegenza riabilitativa, gestite entrambe dalla Fondazione Don Gnocchi, nell'ambito della sperimentazione gestionale pubblico privato. Inoltre, presso l'Ospedale di Tricarico nel 2014 vi sono stati 6 ricoveri per coma vegetativo.

Nell'Ospedale di Stigliano i ricoveri erogati dall'U.O. di Lungodegenza Medica, pari complessivamente a 163, sono sostanzialmente in linea con l'anno precedente, con una lievissima riduzione, pari al -1%.

Accanto alle attività di Lungodegenza medica nell'Ospedale di Stigliano vanno rilevate anche le attività relative all'Hospice che, nel 2014, hanno fatto registrare 170 ricoveri, con una riduzione rispetto all'anno precedente pari al -7%.

DOMANDA DI RICOVERI

La domanda di ricoveri espressa dalla popolazione residente nella provincia di Matera è espressa dal tasso di ospedalizzazione della ASM, che indica il numero di ricoveri effettuati ogni mille residenti in un arco temporale prestabilito, solitamente coincidente con l'anno solare.

La domanda di ricoveri si compone della quota di ricoveri soddisfatta dagli ospedali aziendali, della quota di ricoveri soddisfatta da ospedali regionali (AOR San Carlo di Potenza, IRCCS CROB di Rionero, oltreché dagli ospedali dell'ASP), che prende il nome di mobilità ospedaliera passiva intraregionale e della quota di ricoveri soddisfatta da ospedali fuori regione, che definisce mobilità ospedaliera passiva extraregionale.

Conseguentemente anche il tasso di ospedalizzazione si articola nelle seguenti componenti:

- aziendale, costituito dai ricoveri effettuati ai residenti della provincia di Matera negli ospedali aziendali
- intraregionale, costituito dai ricoveri effettuati dai residenti della provincia di Matera in ospedali regionali
- extraregionale, costituito dai ricoveri effettuati dai residenti della provincia di Matera in ospedali fuori regione.

L'analisi del trend del tasso di ospedalizzazione si ferma al 2013, non essendo ancora disponibili i dati relativi ai ricoveri di mobilità passiva extraregionale, che costituiscono una componente importante dell'ospedalizzazione dei residenti nella provincia di Matera.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER MILLE ABITANTI	2010		2011		2012		2013		Scostamento 2011 – 2014	
									assoluto	%
Aziendale	103,1	60%	92,7	57%	82,9	56%	79,6	56%	-24	-23%
Intraregionale	21,0	13%	22,3	14%	21,4	14%	19,1	13%	-2	-9%
Extraregionale	46,6	27%	46,9	29%	45,3	30%	44,9	31%	-2	-4%
Totale	170,7	100%	161,9	100%	149,7	100%	143,6	100%	-27	-16%

Nel quadriennio 2010 – 2013 il tasso di ospedalizzazione si è progressivamente ridotto, passando dal 170,7 per mille del 2010 al 146,3 per mille nel 2013, con un decremento complessivo pari al -16%, risultando perfettamente coerente con il target di riferimento nazionale e regionale che prevede un valore non superiore ai 160 ricoveri per mille abitanti.

Tale riduzione ha riguardato principalmente la quota interna del tasso di ospedalizzazione, vale a dire i ricoveri effettuati ai residenti da parte delle strutture aziendali, che è passato da 103,1 per mille del 2010 a 79,6 del 2014, con un calo netto del -23%, determinato dal recupero dell'appropriatezza clinica indotto dalle politiche sanitarie messe in campo in questi anni da parte dell'Azienda.

Anche il tasso di ospedalizzazione intraregionale (i ricoveri effettuati ai residenti ASM da parte di ospedali regionali) ed extraregionale (i ricoveri effettuati ai residenti ASM da parte di ospedali fuori regione), hanno fatto registrare nell'ultimo quadriennio una riduzione, sia pure in misura più contenuta rispetto a quello aziendale.

Nello specifico il tasso di ospedalizzazione intraregionale è passato da 21 ricoveri per mille abitanti nel 2010 a 19,1 ricoveri per mille abitanti nel 2013, con una riduzione del -9%, mentre il tasso di ospedalizzazione extraregionale è passato da 46,6 ricoveri per mille abitanti nel 2010 a 44,9 ricoveri per mille abitanti nel 2013, con una riduzione del -4%.

L'analisi specifica della composizione del tasso di ospedalizzazione, che riflette la composizione della domanda di ricoveri da parte dei residenti dell'ASM, evidenzia come, nell'arco di tempo considerato, a fronte di una sostanziale stabilità del tasso di ospedalizzazione intraregionale, si sia registrata una progressiva crescita della componente extraregionale a cui corrisponde la riduzione di quella aziendale.

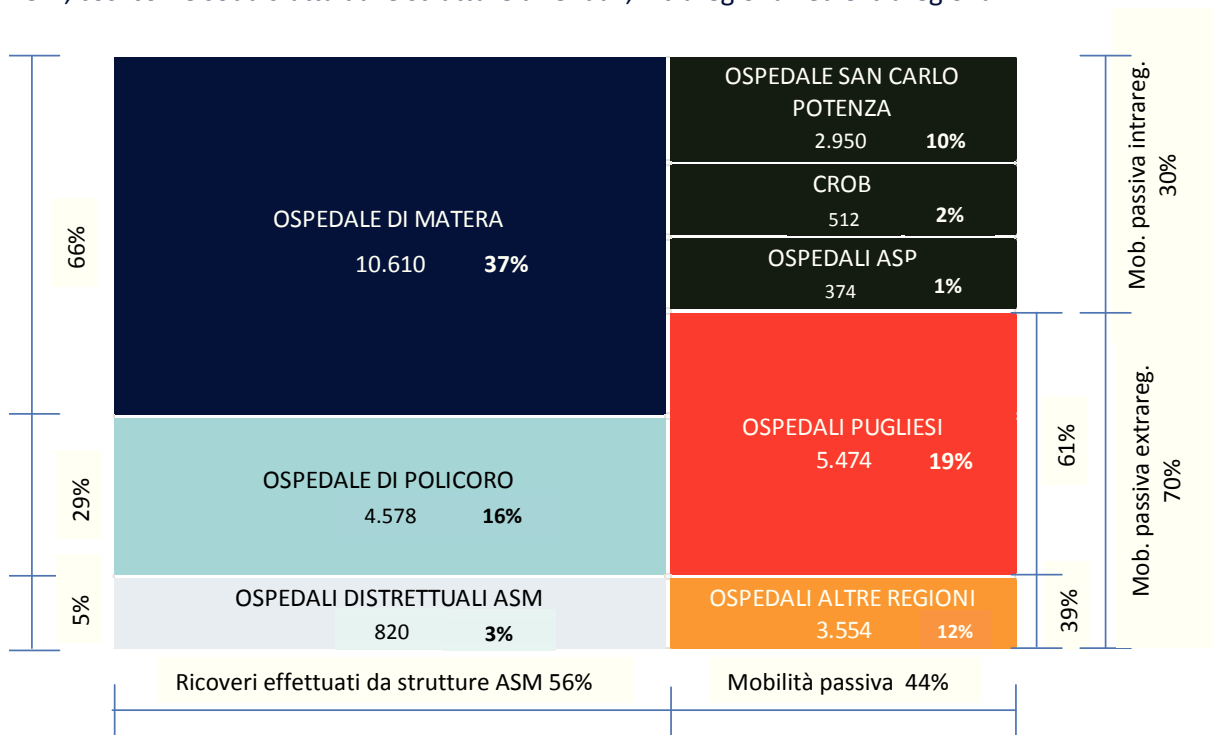
In particolare la domanda complessiva di ricoveri da parte dei residenti ASM nel 2013 è stata soddisfatta:

- per il 55,4% dalle strutture aziendali, in riduzione rispetto al 2010 in cui rappresentava il 60%;
- per il 31,3% da ospedali fuori regione, soprattutto pugliesi, in aumento rispetto al 2010 in cui rappresentavano il 27%;
- per il 13,3% dagli altri ospedali regionali, ed in particolare dall'AOR San Carlo di Potenza, e dal CROB di Rionero, in perfetto allineamento rispetto al 2010.

I residenti nella provincia di Matera nel 2013 sono stati ricoverati prevalentemente per malattie dell'apparato osteomuscolare (4.030 ricoveri pari al 14% della domanda complessiva di ricoveri); il 45,1% di tali ricoveri è stata effettuata presso gli Ospedali di Matera e Policoro, il 45,4% fuori regione, e il 9,5% in altri ospedali regionali. Al secondo posto vi sono i ricoveri per malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (3.455 ricoveri, pari al 12%), seguono le malattie e disturbi dell'apparato digerente con 2.672 ricoveri, pari al 9%, e via via tutti gli altri.

RICOVERI PER RESIDENTI ASM PER MDC – ANNO 2013								
MDC	DESCRIZIONE	Ricoveri interni		Mobilità passiva intraregionale		Mobilità passiva extraregionale		Totale ricoveri residenti
08	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	1.818	45,1%	381	9,5%	1.831	45,4%	4.030
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.155	62,4%	494	14,3%	806	23,3%	3.455
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.670	62,5%	295	11,0%	707	26,5%	2.672
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.652	70,7%	144	6,2%	539	23,1%	2.335
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.223	57,2%	332	15,5%	583	27,3%	2.138
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.209	64,8%	271	14,5%	387	20,7%	1.867
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	1.139	74,5%	111	7,3%	279	18,2%	1.529
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	790	60,5%	155	11,9%	361	27,6%	1.306
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati	234	18,2%	548	42,5%	507	39,3%	1.289
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	710	59,0%	147	12,2%	347	28,8%	1.204
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	585	54,7%	121	11,3%	364	34,0%	1.070
09	Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella	500	48,1%	187	18,0%	352	33,9%	1.039
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	463	45,7%	106	10,5%	444	43,8%	1.013
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	230	33,3%	155	22,5%	305	44,2%	690
19	Malattie e disturbi mentali	501	74,7%	42	6,3%	128	19,1%	671
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	196	37,3%	67	12,8%	262	49,9%	525
02	Malattie e disturbi dell'occhio	116	23,4%	46	9,3%	333	67,3%	495
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	163	38,2%	82	19,2%	182	42,6%	427
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e del sistema immunitari	253	61,6%	60	14,6%	98	23,8%	411
18	Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)	271	77,2%	24	6,8%	56	16,0%	351
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	61	42,1%	34	23,4%	50	34,5%	145
99	Altri DRG	34	29,8%	27	23,7%	53	46,5%	114
25	Infezioni da HIV	6	14,6%		0,0%	35	85,4%	41
24	Traumi multipli significativi	12	52,2%		21,7%	6	26,1%	23
20	Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	12	57,1%	1	4,8%	8	38,1%	21
22	Ustioni	5	45,5%		9,1%	5	45,5%	11
	TOTALE	16.008	55,4%	3.836	13,3%	9.028	31,3%	28.872

Nel seguente grafico viene schematizzata la composizione della domanda di ricoveri dei residenti ASM, così come soddisfatta dalle strutture aziendali, intraregionali ed extraregionali



Bilancio
Sociale
2014

LA MOBILITA' OSPEDALIERA

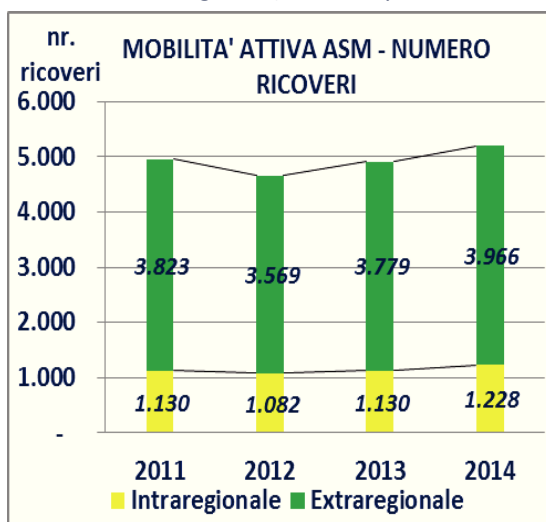
Il fenomeno migratorio dei cittadini verso strutture ospedaliere diverse da quelle che si trovano nell'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria in cui risiedono, che è certamente espressione della libertà di scelta degli assistiti, costituisce un indice della percezione che gli stessi cittadini hanno della qualità dell'assistenza erogata, ma è anche sicuramente in buona parte conseguenza di dinamiche legate alla logistica, ai confini geografici ed alla complessa relazione tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie.

La posizione geografica della provincia materana, situata a ridosso della regione Puglia in direzione nord -est, in prossimità delle province di Bari e Taranto, e a ridosso della regione Calabria in direzione sud, da una parte favorisce l'afflusso di utenza proveniente dai comuni limitrofi alle strutture ospedaliere, dall'altro determina la fuga dei propri residenti verso gli ospedali, con particolare riferimento a quelli pugliesi che hanno tradizionalmente esercitato una notevole attrazione sull'utenza materana.



In questa sezione la mobilità sanitaria viene rappresentata distinguendo tra:

- Attrazione/mobilità attiva: ricoveri erogati dagli ospedali aziendali a cittadini non residenti nella provincia di Matera, distinti tra Regione Basilicata (mobilità attiva intraregionale) e altre Regioni (mobilità attiva extraregionale).
- Fuga/mobilità passiva: ricoveri erogati a residenti nella provincia di Matera da parte di ospedali non aziendali situati in Regione Basilicata (mobilità passiva extraregionale) o fuori Regione (mobilità passiva extraregionale).



Con riferimento alla mobilità ospedaliera attiva nel 2014 gli Ospedali dell'ASM hanno dimesso 5.194 pazienti non residenti nella provincia di Matera, di cui 1.128 residenti nella provincia di Potenza (mobilità ospedaliera attiva intraregionale) e 3.966 residenti fuori regione (mobilità ospedaliera attiva extraregionale), per la maggior parte provenienti dalla regione Puglia ed in seconda battuta dalla regione Calabria. Nel 2014 il numero dei ricoveri di mobilità attiva ha fatto registrare un incremento rispetto agli anni passati (+5% rispetto al 2011), che ha interessato sia la componente intraregionale (+4% rispetto al 2011), sia quella extraregionale (+9% rispetto al 2011).

L'indice di attrazione, che esprime la percentuale di ricoveri erogati su utenti non residenti aziendali, nel 2014 è stato pari complessivamente al 24,2%, in crescita rispetto agli anni precedenti.

Nello specifico, nel 2014, l'indice di attrazione intraregionale, vale a dire la percentuale di ricoveri erogati dagli ospedali aziendali a residenti nella provincia di Potenza è stato pari al 5,7%,

INDICE DI ATTRAZIONE	2011	2012	2013	2014	Δ %
Intraregionale	4,8%	5,1%	5,3%	5,7%	20%
Extraregionale	16,5%	16,8%	18,1%	18,4%	11%
Totale	21,3%	21,8%	23,4%	24,2%	13%

confermando il trend di crescita rispetto agli anni precedenti, mentre l'indice di attrazione extraregionale è stato pari al 18,4%, anche esso in crescita rispetto al passato.

Come emerge dai dati sopra indicati, gli ospedali dell'ASM esercitano un'attrazione molto maggiore nei confronti dell'utenza extraregionale,

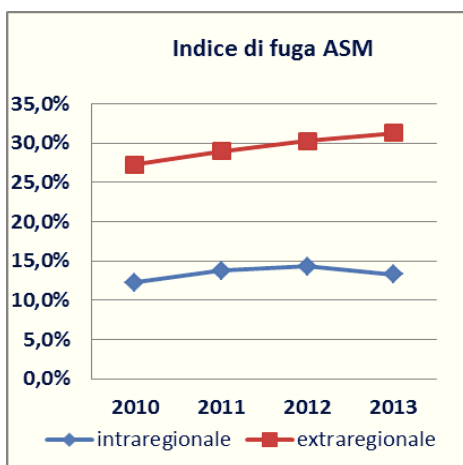
con particolare riferimento ai pazienti provenienti dalla Puglia e dalla Calabria, in ragione della collocazione geografica dei presidi di Matera e Policoro, situati come detto a pochi chilometri dai comuni situati in provincia di Bari, Taranto e Cosenza.

I dati di seguito riportati evidenziano il trend crescente dell'indice di attrazione, a conferma della crescita sempre maggiore della percentuale di ricoveri erogati su pazienti non residenti nel comprensorio della ASM.

MOBILITA' PASSIVA NUMERO RICOVERI	2010	2011	2012	2013	Δ %
intraregionale	4.284	4.460	4.276	3.836	-10%
extraregionale	9.498	9.373	9.072	9.028	-5%
Totale	13.782	13.833	13.348	12.864	-7%

Con riferimento alla mobilità passiva, nel 2014 sono stati 12.864 i ricoveri effettuati su residenti da parte di Ospedali non appartenenti all'Azienda, in riduzione rispetto al 2013; di questi 9.028 sono stati effettuati da strutture fuori regione,

prevalentemente Puglia, e 3.836 sono stati quelli effettuati da strutture regionali, prevalentemente AOR San Carlo di Potenza.



L'indice di fuga, che esprime la percentuale di ricoveri su residenti effettuati da ospedali non aziendali, nel 2014 è stato pari complessivamente al 44,6%, in linea rispetto all'anno precedente. Nello specifico, nel 2014, l'indice di fuga intraregionale, vale a dire la percentuale di ricoveri erogati a residenti dagli ospedali della provincia di Potenza è stato pari al 13,3%, in riduzione rispetto agli anni precedenti, mentre l'indice di fuga extraregionale è stato pari al 31,3%, in crescita rispetto al passato.

Come emerge dai dati sopra indicati, è abbastanza elevata la percentuale di utenza che preferisce ricoverarsi in ospedali non aziendali, in special modo quelli fuori regione. È innegabile la forte attrazione esercitata sui residenti dell'ASM da parte degli ospedali pugliesi, quali in

particolare il Policlinico di Bari, l'Ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti (BA), oltre all'Ospedale di San Giovanni Rotondo.

Tuttavia, nell'analisi della mobilità passiva occorre distinguere tra fughe per ricoveri che vengono effettuati in reparti riconducibili a specialità non presenti negli ospedali della ASM (cosiddette Alte Specialità, quali la Neurochirurgia, la Cardiocirurgia, i trapianti di organo, etc.), da quelli in specialità presenti. Infatti, nel primo caso le fughe rappresentano un dato fisiologico "neutro" in quanto è l'Azienda stessa a non poter garantire al proprio residente quel tipo di offerta. Nel secondo caso le fughe possono rappresentare un indicatore critico e devono essere oggetto di politiche correttive e di contenimento.

I dati di seguito riportati evidenziano il trend dell'indice di fuga, che nel 2014 è stato in linea con il 2013, anche se in aumento rispetto agli anni precedenti, evidenziando tuttavia andamenti divergenti nelle singole componenti.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALIERA

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a pazienti esterni nel 2014 dagli ospedali della ASM, sia per acuti che distrettuali, sono state complessivamente 1.554.042, con un incremento del +5% rispetto al 2013, che ha riguardato tutte le strutture ospedaliere, sia pure con percentuali di aumento differenti. Tale incremento, con particolare riferimento agli Ospedali per acuti, è la risultante del processo di riconversione dei DH, in sintonia con il perseguimento dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI NUMERO	2013	2014	Scostamento	
			Assoluto	%
P.O. Matera	588.890	607.720	18.830	3%
P.O. Policoro	312.308	337.851	25.543	8%
Ospedale Distrettuale Tinchì	313.397	320.648	7.251	2%
Ospedale Distrettuale Tricarico	144.142	160.583	16.441	11%
Ospedale Distrettuale Stigliano	118.507	127.240	8.733	7%
TOTALE	1.477.244	1.554.042	76.798	5%

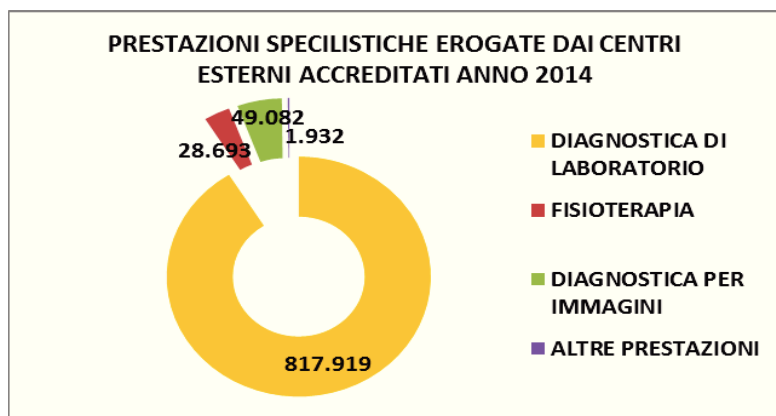
Le prestazioni specialistiche ambulatoriali oltre che dalle strutture ospedaliere, sono erogate anche:

- dai servizi aziendali presenti sul territorio, nelle varie sedi distrettuali, che riguardano prevalentemente le visite specialistiche;

- dai Centri Esterni Accreditati, vale a dire le strutture private accreditate con l'Azienda, che riguardano in massima parte le branche di Laboratorio, Radiologia, Fisioterapia ed in misura minima le altre prestazioni specialistiche.

L'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nelle sedi territoriali è trattata in apposita successiva sezione del presente capitolo, nell'ambito dell'assistenza territoriale.

I Centri Esterni Accreditati con l'ASM nel 2014 hanno erogato complessivamente 897.626 prestazioni, di cui il 91% riguarda la Diagnostica di Laboratorio, il 5% la Diagnostica per Immagini, il 3% la Fisioterapia e solo il 2% le altre prestazioni specialistiche.

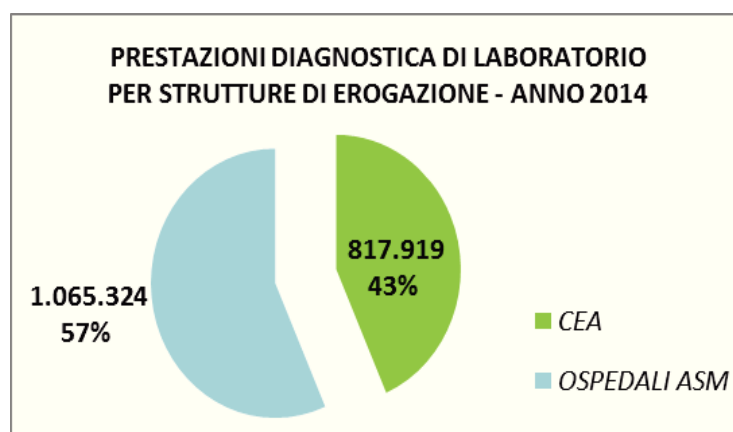


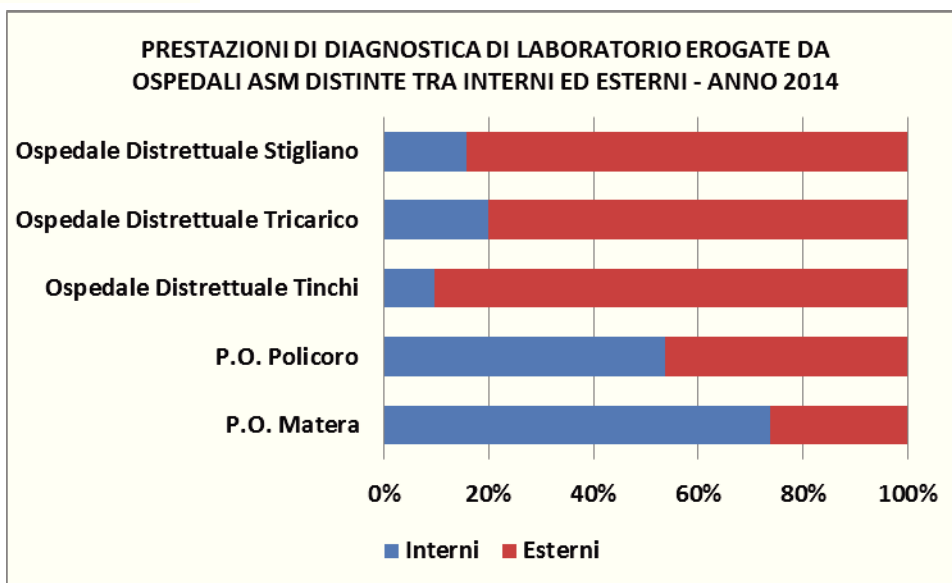
Si riportano di seguito alcuni dati aggregati per le principali macro-articolazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali:

- Prestazioni di diagnostica di laboratorio, comprendenti gli esami di patologia clinica, anatomia patologica, tipizzazione tissutale e genetica, queste ultime 3 branche presenti solo nel P.O. di Matera;
- Prestazioni di diagnostica per immagini, comprendenti gli esami di radiologia e di risonanza magnetica, quest'ultima erogata solo negli ospedali per acuti di Matera e Policoro, oltre a quelli di Medicina Nucleare, erogati solo dal P.O. di Matera;
- Altre prestazioni specialistiche ambulatoriali, inerenti le prestazioni erogate da tutte le altre specialità, mediche e chirurgiche, presenti negli ospedali dell'ASM.

Nel 2014 sono state erogate a pazienti esterni complessivamente 1.883.243 prestazioni di diagnostica di laboratorio, di cui il 57% dalle strutture ospedaliere della ASM ed il restante 43% dai Centri Esterni Accreditati.

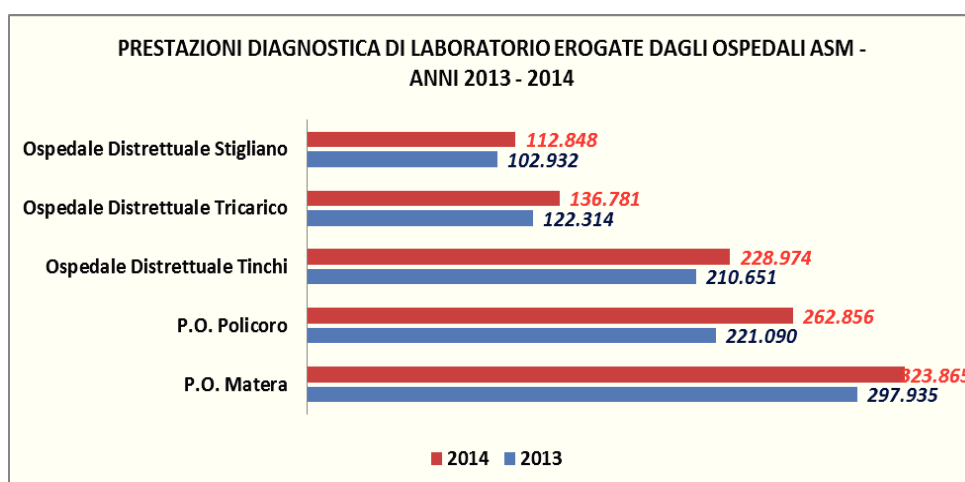
Vale la pena sottolineare come i dati riportati con riferimento alle prestazioni erogate dagli ospedali aziendali ai pazienti esterni costituiscano appena il 44% circa dell'intera attività di diagnostica di laboratorio erogata dalle stesse strutture; il rimanente 56% di tale attività è infatti rivolta ai pazienti ricoverati interni.





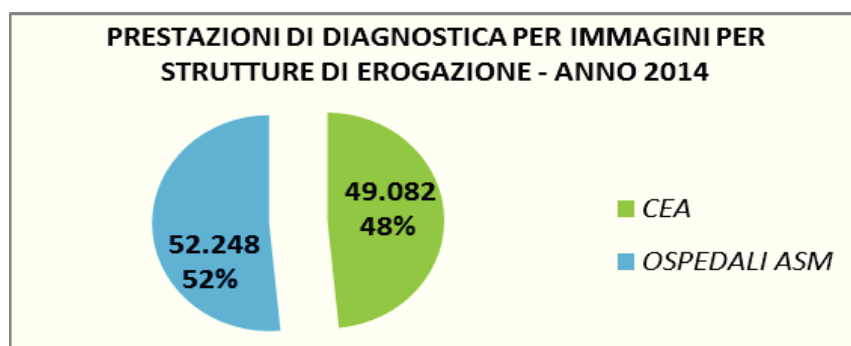
Le prestazioni di Diagnostica di Laboratorio erogate a pazienti esterni dalle strutture ospedaliere dell'Azienda nel 2014 hanno superato 1 milione di unità, con un incremento del +12% rispetto all'anno precedente, che ha riguardato tutti gli ospedali, sia pure con percentuali differenti.

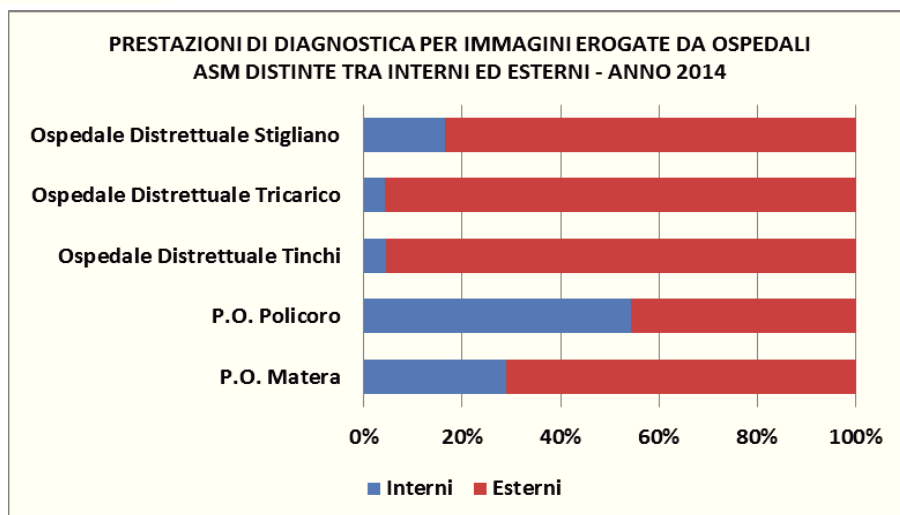
Bilancio
Sociale
2014



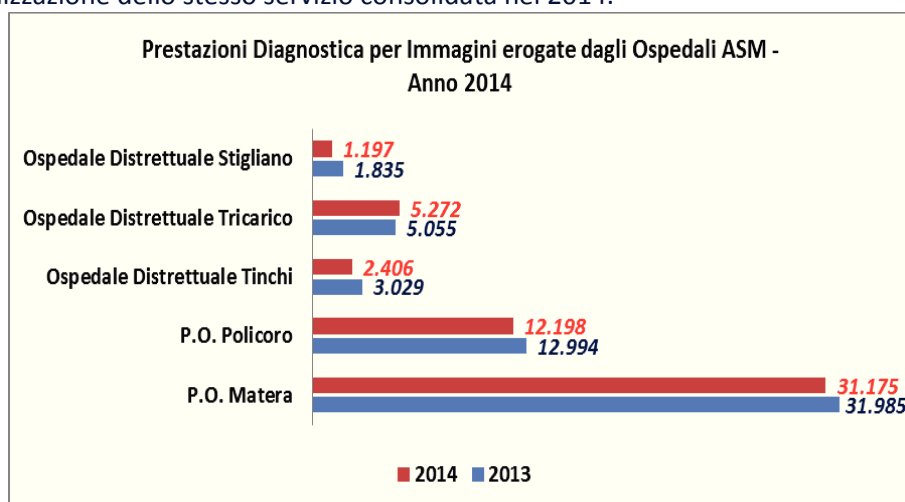
Nel 2014 sono state erogate a pazienti esterni complessivamente 101.330 prestazioni di diagnostica per immagini, di cui il 52% dalle strutture ospedaliere della ASM ed il restante 48% dai Centri Esterni Accreditati.

Vale la pena sottolineare come i dati riportati con riferimento alle prestazioni erogate dagli ospedali aziendali ai pazienti esterni costituiscano il 66% circa dell'intera attività di diagnostica di laboratorio erogata dalle stesse strutture; il rimanente 56% di tale attività è infatti rivolta ai pazienti ricoverati interni.

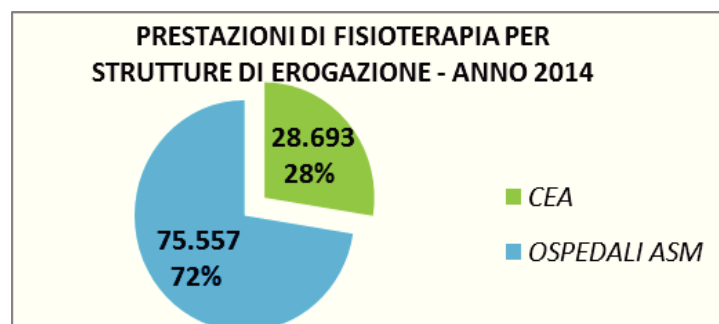




Le prestazioni di diagnostica per immagini erogate dagli ospedali della ASM nel 2014 sono state pari a 52.248, evidenziando un decremento del -5%, che, fatta eccezione per Tricarico, ha riguardato tutti gli altri ospedali. Tale decremento ha interessato in modo particolare la risonanza magnetica, presente nei due ospedali per acuti di Matera e Policoro, riflettendo il processo di riqualificazione dell'offerta e nello specifico di recupero dell'appropriatezza, conseguente all'internalizzazione dello stesso servizio consolidata nel 2014.

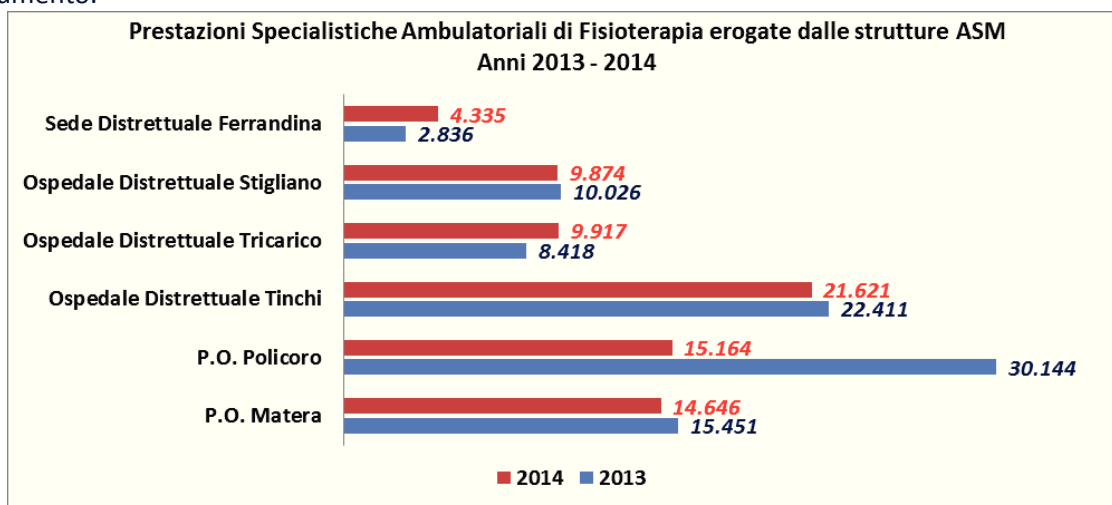


Nel 2014 sono state erogate a pazienti esterni complessivamente 104.250 prestazioni di Fisioterapia, di cui il 72% dalle strutture aziendali della ASM, ricomprendenti le attività erogate oltre che negli ospedali anche nella sede distrettuale di Ferrandina, il ed il restante 28% dai Centri Esterni Accreditati.

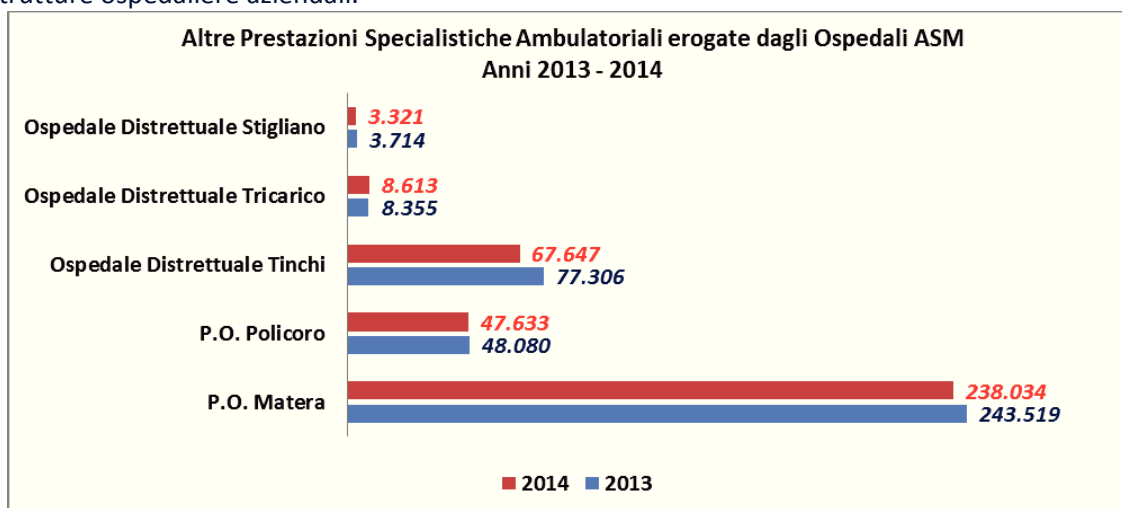


Le prestazioni di Fisioterapia erogate dalle strutture della ASM nel 2014 sono state pari a 75.557, evidenziando un decremento del -15%, che ha riguardato gli ospedali di Matera, di Policoro e di

Tinchi, mentre sia l'Ospedale di Tricarico, sia la sede di Ferrandina hanno fatto registrare un aumento.



Le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali, comprendenti tutte le visite e prestazioni strumentali erogate dagli ospedali della ASM, escluse le prestazioni di diagnostica di laboratorio, per immagini e quelle di fisioterapia, nel 2014 sono state pari a 365.248, con un decremento del 4%, che ad eccezione di Tricarico, ha riguardato, sia pure con percentuali differenti, tutte le strutture ospedaliere aziendali.



Si rimanda a successiva sezione del presente capitolo l'analisi delle prestazioni specialistiche ambulatoriali su menzionate, erogate dalle varie sedi distrettuali.

Molto limitata risulta, invece, l'offerta di tali prestazioni da parte dei Centri Privati Accreditati, che nel 2014 è stata pari a 1.932 prestazioni ed ha riguardato in misura maggiore le branche della Cardiologia e in maniera più limitata la nefrologia.

Per le visite specialistiche a carico del SSN è necessaria la prescrizione del quale, il quale provvede ad indicare sulla ricetta oltre alla diagnosi, la classe di priorità per la prima visita/prestazione, come stabilito dalla Regione Basilicata nel Manuale Classi di Priorità 2007, formalizzato con D.G.R. n. 1896/2007, e successivamente nel Manuale Classi di Priorità 2012, formalizzato con D.G.R. n. 140/2012. Nel 2014 la Regione Basilicata ha assegnato alle Aziende del SSR l'obiettivo del contenimento delle **liste d'attesa**, monitorato come percentuale di prestazioni ambulatoriali erogate entro i tempi stabiliti per ciascuna classe di priorità.

Nel corso del 2014 è proseguita l'attività del gruppo di lavoro aziendale istituito nel 2013 per analizzare i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche erogate dalle strutture dell'Azienda ed è stato attuato un piano di intervento per il miglioramento delle liste di attesa critiche che ha previsto:

- Apertura e condivisione delle liste di prenotazione dei centri accreditati
- Introduzione delle classi di priorità
- Lista palese e separata dei programmati interni
- Gestione prime visite con lista dedicata e aumento dell'offerta da parte degli specialisti;
- Governo della richiesta generica con tavolo condiviso con i MMG
- Pulizia della lista delle procedure programmate a lungo termine

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

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

Nell'ambito delle attività del Tavolo Permanente istituito presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Matera, tra gli specialisti aziendali e i MMG/PLS, sono stati organizzati e tenuti diversi incontri al fine di condividere le classi di priorità, e governare la richiesta di prestazioni ambulatoriali inappropriate.

I tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali sono stati monitorati costantemente, con la pubblicazione trimestrale sul sito web aziendale.

In particolare per il sistema di monitoraggio delle liste d'attesa, la Regione Basilicata ha utilizzato l'elenco delle prestazioni indicate nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) che prevede 31 prestazioni da sottoporre a verifica (13 prime visite specialistiche e 8 esami strumentali).

Tuttavia nel 2014 il contenimento delle liste d'attesa ed il raggiungimento delle percentuali di prestazioni erogate entro gli standard previsti ha incontrato notevoli difficoltà, pur rappresentando una priorità aziendale e nonostante le diverse strategie ed azioni poste in essere. Il numero di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi di attesa previsti è stato pari al 65% del totale delle prestazioni erogate, scostandosi dal target ottimale definito dalla Regione e pari al 90%.

3.1.2 ASSISTENZA SUL TERRITORIO

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, affida la gestione dell'assistenza territoriale dell'Azienda ai **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:

- **Bradana-Medio Basento,**
- **Metapontino-Collina Materana,**
- **Comune di Matera.**

Nell'impianto programmatico 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 rende necessaria 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 inevitabilmente 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 che trattasi 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, alternativa al ricovero ospedaliero, con maggiori garanzie in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure.

Tra le azioni perseguite nel 2014, finalizzate a favorire l'integrazione tra ospedale e territorio, tra medici ospedalieri e medici del territorio si annoverano, in via di mera sintesi, le seguenti:

- Consolidamento delle attività del **Tavolo Permanente tra l'ASM e l'Ordine dei Medici**, istituito già nel 2012, allo scopo di implementare un confronto costante sull'appropriatezza tra tutti i professionisti impegnati nel processo di cura dei pazienti, 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 stata 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;
- Rafforzamento della strategia di collaborazione, coinvolgimento ed integrazione con i MMG/PLS, dando impulso alle attività del **Comitato Consultivo Aziendale**, al cui interno è stato costituito un gruppo di lavoro paritetico tra medici dipendenti ASM e MMG/PLS, che ha promosso numerosi incontri ed audit finalizzati alla sensibilizzazione e responsabilizzazione sul raggiungimento degli obiettivi aziendali, con particolare riferimento a quelli sull'appropriatezza prescrittiva, sull'efficienza e l'efficacia assistenziale. Le attività di collaborazione ed integrazione ospedale – territorio sono state rivolte principalmente alla **gestione delle malattie croniche**, con l'applicazione delle procedure previste nel documento predisposto già nel 2012 in comune tra le direzioni dell'Ospedale di Matera e il Distretto, in ordine alla dimissione partecipata e concordata oltre alla formalizzazione di percorsi post dimissione con il coinvolgimento sia delle UU.OO. ospedaliere, che dimettono, sia del 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. Con riferimento alla sperimentazione del percorso terapeutico assistenziale, intrapresa in collaborazione tra MMG e medici dell'Azienda, per la riduzione dei ricoveri inappropriati e

la presa in carico dei pazienti cronici e pluriricoverati, nel corso del 2014 sono stati ottenuti i seguenti risultati:

- 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.
- Prosecuzione della collaborazione con il Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro per la realizzazione di un percorso strutturato finalizzato alla **riqualificazione del processo organizzativo ed assistenziale relativo alla patologia diabetica**, che rappresenta una delle patologie più rilevanti sia sotto il profilo della prevalenza nella popolazione (con particolare riferimento alla Basilicata, seconda solo al Molise in ambito nazionale), sia dal punto di vista dell'assorbimento di risorse ad essa correlate. Con tale intervento si è inteso fornire una risposta organica e coordinata alla suddetta malattia cronica, attraverso il superamento dell'attuale frammentazione e scoordinamento tra le varie fasi del relativo percorso sanitario, in un'ottica di recupero complessivo dell'appropriatezza dei trattamenti assistenziali, in grado 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.

Nell'ambito dell'**integrazione socio-sanitaria**, rientrano 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.

LE CURE PRIMARIE

Attraverso l'assistenza territoriale primaria l'Azienda Sanitaria Locale garantisce a ciascun cittadino residente l'assistenza medica del cosiddetto "Medico di Famiglia", che per i soggetti con età superiore ai 14 anni è un Medico di Medicina Generale (MMG), mentre per i soggetti fino a 14 anni è un Pediatra di Libera Scelta (PLS).

I MMG e i PLS costituiscono il primo contatto del cittadino con il Sistema Sanitario ed a loro viene affidata l'assistenza medica degli utenti loro assistiti, che viene assicurata o in via diretta o interfacciandosi con gli altri attori del sistema sanitario, verso cui indirizzano il paziente a seconda del bisogno specifico.

I MMG e i PLS sono medici libero professionisti convenzionati con l'Azienda, coinvolti nelle politiche dell'Azienda, a cui partecipano attraverso la condivisione ed il raggiungimento degli obiettivi strategici.

Nell'ASM operano 175 Medici di Medicina Generale (MMG), che assistono complessivamente una popolazione pari a 173.516 unità, e 23 Pediatri di Libera Scelta (PLS), che assistono complessivamente una popolazione pari a 21.067 unità.

Tabella MMG/PLS per Comune

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta al 31.12.2014		
Comune	MMG	PLS
Accettura	2	
Aliano	1	
Bernalda	11	1
Calciano/Oliveto	1	
Colobraro	2	
Craco	1	
Ferrandina	8	2
Garaguso	1	
Gorgoglione/ Cirigliano	1	
Grassano	5	1
Grottole	2	
Irsina	5	1
Matera	51	9
Miglionico	2	1
Montalbano Jonico	7	1
Montescaglioso	8	1
Novasiri	6	1
Pisticci	14	2
Policoro	16	2
Pomarico	3	
Rotondella	2	
Salandra	2	
San Giorgio Lucano	2	
San Mauro Forte	2	
Scanzano Jonico	6	1
Stigliano	4	
Tricarico	5	
Tursi	4	
Valsinni	1	
Totale	175	23
Totale Assistiti	173.516	21.067

Al fine di facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, quest'Azienda ha progressivamente favorito la nascita e lo sviluppo delle forme di associazione tra MMG/PLS previste dalla normativa vigente, nelle forme della Medicina in associazione, della Medicina in rete e della Medicina di gruppo, che si sono diffuse capillarmente sul territorio provinciale.

Tali forme di associazione si prefiggono lo scopo di innalzare il livello qualitativo e di appropriatezza delle prestazioni erogate, favorendo la continuità dell'assistenza e delle cure, anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici, realizzando forme di maggiore fruibilità ed accessibilità dei cittadini ai servizi ed alle attività dei MMG/PLS, perseguendo maggiori e più qualificati standard strutturali, strumentali e di organizzazione dell'attività professionale, condividendo ed implementando linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza.

Tabella Medicine di Gruppo

Medicina di Gruppo al 31.12.2014			
Comune	Associazioni	MMG	PLS
Bernalda	1	3	
Matera	5	15	6
Montescaglioso	1	6	1
Policoro	2	9	
Tricarico	1	5	
Totale	10	38	7

Quest'Azienda, nelle more della definizione della contrattazione nazionale e regionale, si sta organizzando per l'attivazione delle forme associative della medicina convenzionata previste dalla L. n. 189/2012 (c.d. Legge Balduzzi), realizzando forme sperimentali di collaborazione diretta tra MMG e medici specialisti.

Nello specifico sono state avviate in via sperimentale, dapprima (2013) presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico, e successivamente (2014) presso le sedi distrettuali di Salandra e Grottole, forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività territoriali svolte dagli specialisti operanti nelle suddette sedi distrettuali. Nello specifico ai Medici della medicina di gruppo presente negli ambiti territoriali suddetti è concesso l'utilizzo degli ambulatori e delle tecnologie presenti nelle sedi distrettuali richiamate, con l'obiettivo di garantire una continuità di presenza nei vari giorni della settimana e condividere l'organizzazione dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche, la predisposizione di PDTA specifici, l'elaborazione di protocolli per i ricoveri programmati dei pazienti e la relativa dimissione concordata, la partecipazione ad attività di audit per la definizione della presa in carico del paziente.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il Servizio di Continuità Assistenziale (guardia medica notturna, festiva e prefestiva) garantisce l'erogazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili nei giorni e negli orari in cui il MMG o il PLS non è tenuto ad esercitare l'attività. Si tratta di un servizio gratuito, attivo nei Punti di Guardia Medica presenti in tutti i Comuni della Provincia di Matera, a cui si può accedere direttamente o tramite chiamata telefonica.

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

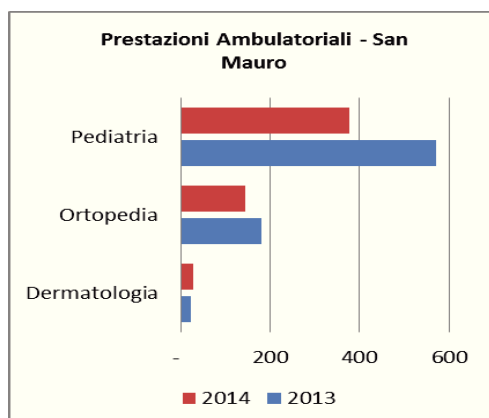
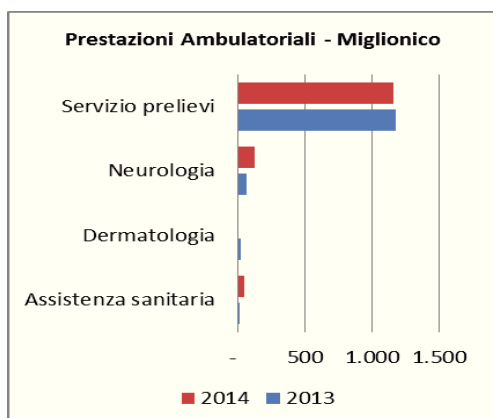
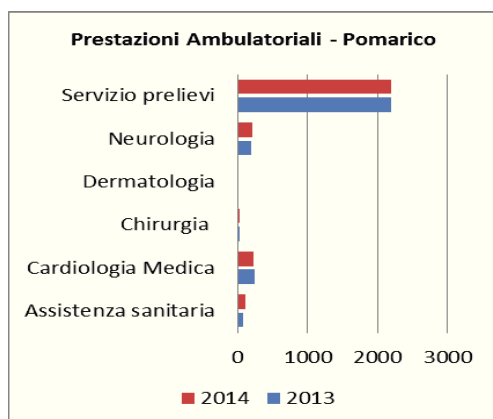
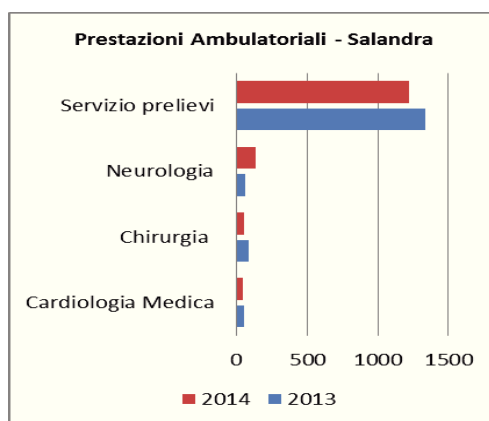
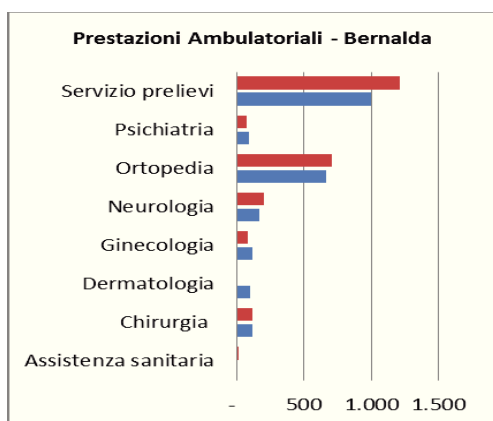
Da alcuni anni quest'Azienda ha affidato ai Medici della Continuità Assistenziale della postazione di Matera dislocata presso l'Ospedale Madonna delle Grazie, la gestione dei "codici bianchi", vale a dire dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso senza alcuna priorità clinica. Tale collaborazione consente significativi margini di razionalizzazione delle attività del Pronto Soccorso, evitando inutili congestionamenti e consentendo di concentrare le relative risorse sui casi ad urgenza e complessità più elevati.

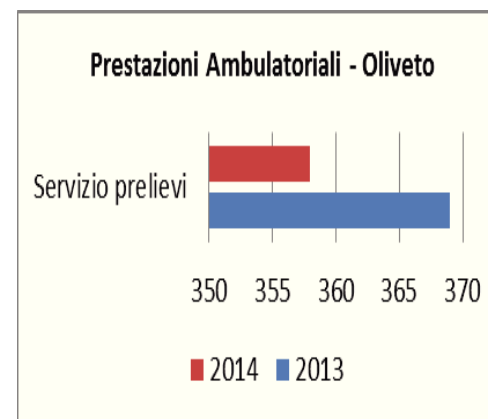
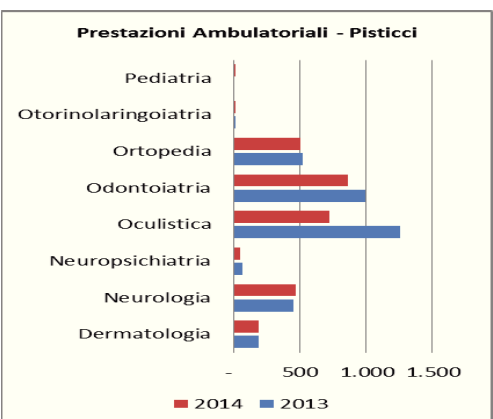
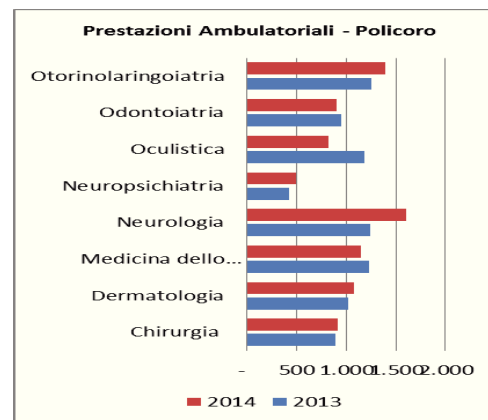
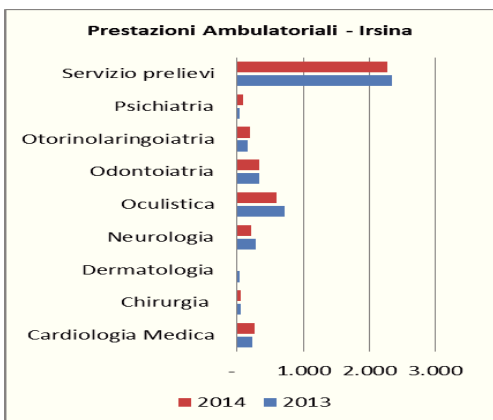
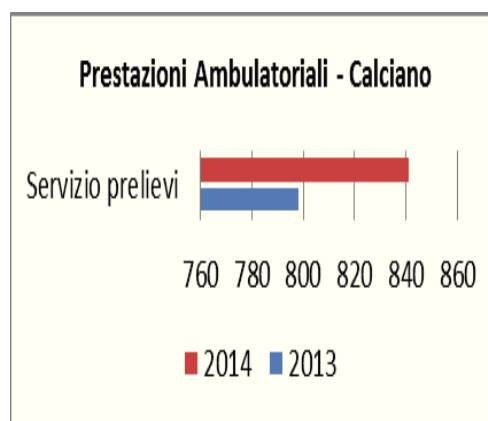
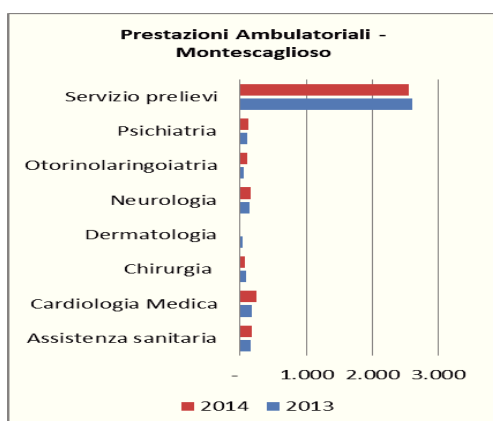
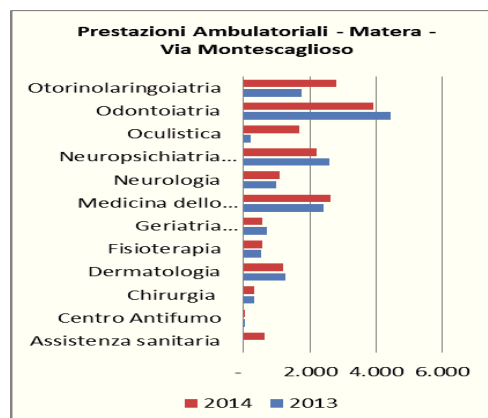
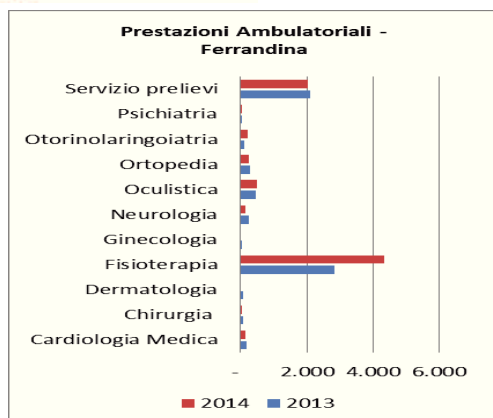
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE

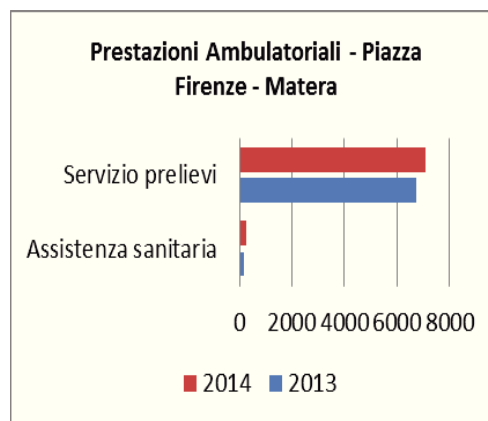
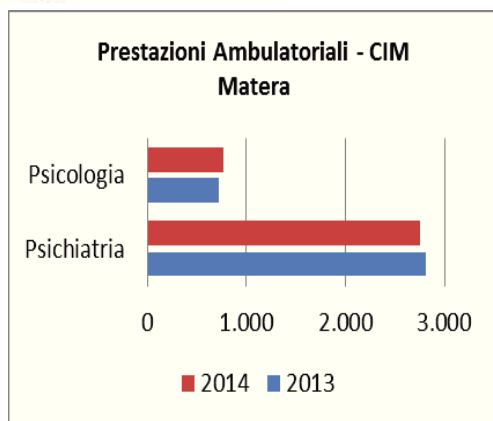
Le strutture territoriali della ASM nel 2014 hanno effettuato complessivamente oltre 73.000 prestazioni, evidenziando un incremento di oltre 1.000 prestazioni rispetto al 2013, pari al +1%.

L'offerta di prestazioni ambulatoriali è diffusa capillarmente sul territorio provinciale.

Si riportano di seguito, per ciascuna sede territoriale di erogazione, il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate nel 2014, opportunamente raffrontate con il 2013







Il trend delle prestazioni ambulatoriali territoriali è stato molto disomogeneo: in alcune sedi distrettuali vi è stato un incremento del numero di prestazioni a cui ha fatto riscontro una riduzione della relativa valorizzazione economica, in altre, viceversa, a fronte di una riduzione del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali si è registrato un incremento della corrispondente valorizzazione economica.

La sede distrettuale che ha fatto registrare il principale incremento sia nel numero di prestazioni (+19%) che nella relativa valorizzazione economica (+19%) è Ferrandina; quella dove vi è stata la riduzione più consistente è risultata San Mauro, con un decremento del numero di prestazioni pari al -29% e della valorizzazione economica pari a -27%.

Per tutte le branche si è provveduto ad attivare le agende CUP in relazione alle classi di priorità secondo le indicazioni regionali ed aziendali.

Le Odontoiatrie, in particolare, nonostante abbiano fornito prestazioni al di fuori dei Livelli Essenziali di Assistenza, registrano una notevole richiesta sia per l'attività conservativa che di protesica; nello specifico nel 2014 sono state consegnate 173 protesi odontoiatriche tra fisse e mobili.

Si fa rilevare come, per la branca odontoiatrica, ci sia uno specialista che si reca periodicamente presso la Casa Circondariale di Matera per attività di consulenza.

Nel corso del 2014, nell'ambito delle strategie di integrazione tra il territorio e l'ospedale, si è registrata una buona collaborazione tra il Poliambulatorio Territoriale di Matera con la U.O. ospedaliera di Otorinolaringoiatria, finalizzata alla riorganizzazione degli ambulatori ospedalieri, con l'obiettivo di trasferire l'attività ambulatoriale dall'Ospedale al Poliambulatorio.

Sono stati effettuati controlli di appropriatezza delle prescrizioni delle circa 76.000 prestazioni specialistiche effettuate dai centri convenzionati, con segnalazione delle irregolarità e recupero dei crediti.

Si registra una collaborazione tra il Distretto e la U.O. di Fisiatria finalizzata alla predisposizione dei percorsi della riabilitazione.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'assistenza domiciliare integrata è una delle modalità più importanti di assistenza sul territorio: essa attraverso l'intervento di più figure istituzionali, assicura direttamente al domicilio del paziente un progetto di assistenza unitario, limitato o continuativo nel tempo rivolto prevalentemente ad utenti ultrasessantacinquenni.

Gli elementi caratterizzanti il suddetto modello assistenziale sono la multidisciplinarietà, che si realizza attraverso l'integrazione tra operatori del sociale e del sanitario, e la multiprofessionalità, che si realizza attraverso il coinvolgimento di diversi professionisti, tra cui medici, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali.

La percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni dell'ASM trattata in ADI nel 2014 è stata pari a 5,74%, con un incremento del +4,4% rispetto al 2013, a fronte di un target fissato dalla programmazione sanitaria regionale pari al 5%.

Anno 2014	Totale ASM
Cittadini in cure domiciliari totale	2.547
Popolazione totale (Istat 01.01.2012)	200.050
% Cittadini totale in cure domiciliari/cittadini totali	1,27 %
di cui Cittadini in Cure Domiciliari > 64	2.235
% cittadini in cure domiciliari > 64 /popolazione > 64	5,74 %
di cui Cittadini in Cure Domiciliari da 65 a 74 a	359
Popolazione da 64 a 74 a (Istat 01.01.2012)	18.601
% Cittadini da 64 a 74 in cure domiciliari/cittadini stessa classe età	1,93 %
di cui Cittadini in Cure Domiciliari > 75	1.877
Popolazione da 75 a in su (Istat 01.01.2012)	20.368
% Cittadini > 75 in Cure Domiciliari/cittadini stessa classe età	9,22 %
Ore prestazioni infermieristiche	83.184,95
Ore prestazioni riabilitative	52.745,00
Ore prestazioni totale	135.929,95
Costo complessivo €	€ 3.020.871,63
Cittadini inseriti nel 2014 nelle Cure Domiciliari	1.763
Cittadini dimessi nel 2014 dalle Cure Domiciliari	1.661

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare si collocano anche le prestazioni domiciliari di **chirurgia territoriale**, effettuate storicamente da uno specialista chirurgo aziendale, che fino al 2012 hanno riguardato generalmente assistiti in regime di ADI nel territorio della ex Asl n. 4. A partire dal 2013 l'attività di Chirurgia Territoriale è stata estesa anche ai Comuni dell'ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico. La suddetta attività ambulatoriale, continuata per tutto il 2014, viene svolta dietro richiesta al Cup.

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.

In particolare nel 2014 sono stati standardizzati i protocolli operativi tra la UO di Chirurgia Territoriale e le UU.OO. di Chirurgia del P.O. di Matera (Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Plastica) finalizzati alla dimissione protetta con conseguente presa in carico del paziente dimesso.

Le prestazioni domiciliari di chirurgia territoriale (in totale 612) che non prevedono la ricetta riguardano gli assistiti in regime di Cure Domiciliari. A queste visite ne vanno aggiunte altre 269, sia domiciliari che ambulatoriali, effettuate dietro richiesta medica.

Altra importante attività collocabile nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare è quella di **geriatria territoriale**, svolta storicamente nel territorio dell'ex ASL n. 4 di Matera, 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, per un'integrazione ospedale – territorio.

Nello specifico, il modello organizzativo adottato prevede l'espletamento di attività sia di tipo ospedaliero che territoriale.

Le attività ospedaliere riguardano:

- Presa in carico dei pazienti con una "Dimissione Protetta" dopo una Valutazione Multidimensionale che ha coinvolto l'intero Dipartimento Medico, l'ASI, l'Urologia e la Cardiologia;
- Ambulatorio di Geriatria Territoriale presso il P.O. di Matera, con eventuale presa in carico dei pazienti;
- Ambulatorio integrato con le U.O. di Pneumologia, di Malattie Infettive e di Geriatria (per le sole prestazioni di diagnostica vascolare) garantendo ai pazienti accesso diretto alle prestazioni, senza prenotazione CUP.

Le attività territoriali nel Comune di Matera e nella sede distrettuale di Grottole riguardano:

- Ambulatorio di Geriatria Territoriale presso la sede distrettuale di Grottole, con presa in carico dei pazienti;
- Valutazione appropriatezza dei ricoveri presso strutture residenziali regionali ed extraregionali;
- Attivazione Assistenza Domiciliare dopo visita domiciliare e condivisione con il MMG;
- Consulenze geriatriche domiciliari e presso strutture residenziali;
- Certificazioni a valenza medico-legale su richiesta delle commissioni d'invalidità civile;
- 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 naso-gastrico per la nutrizione enterale in pazienti non proponibili per la PEG. Tale prestazione è attualmente esclusa nel nomenclatore tariffario della Regione Basilicata anche se prevista nelle nuove linee guida delle prestazioni da assicurare in assistenza domiciliare.

Le prestazioni effettuate dalla U.O. di Geriatria Territoriale nel 2014 sono così suddivise:

1a-Attività Territoriali Comune di Matera	
Visite Geriatriche domiciliari	n. 297
Accessi domiciliari non registrati al CUP	n. 51
Visite Geriatriche c/o strutture residenziali*	n. 210
*Accessi non registrati al CUP	n. 58
Consulto di documentazione clinica	n.34
Sostituzione PEG a domicilio	n.34
Posizionamento e sostituzione sondino naso-gastrico a domicilio	n.10 (procedura non inclusa al Cup)
1b-Attività Territoriali Comune di Grottole	
Visite Geriatriche ambulatoriali	n. 49
Visite Geriatriche ambulatoriali di controllo	n.22
Visite Geriatriche domiciliari	n.8
2-Attività Ospedaliere	
<i>2a-Consulenze Ospedaliere per dimissioni protette</i>	
•Valutazione MultiDimensionali	n.420(accessi n.1260)
•Dimissioni Protette	n.298
-A.D. Inf e Riab.	n.136
-A.D. Inf	n.104
-Centri convenzionati ex art.25-26	n.14
-Strutture Residenziali	n.7
-Strutture Lungodegenza(Med.+Riab.)	n.37
<i>2b-Visite ambulatoriali P.O. di Matera</i>	
Visite Geriatriche	n.99
Visite Geriatriche di controllo	n.12
Consulto di documentazione clinica	n.45

Infine, altra importante attività collocabile nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare è quella di **neurologia territoriale**, svolta storicamente nel territorio dell'ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico:

essa fornisce consulenze ai pazienti presso gli Ospedali di Policoro, Tinchi e Stigliano, oltre ad assicurare prestazioni specialistiche domiciliari

Nell'anno 2014 sono state effettuate 1.445 visite a Policoro, 478 a Tinchi e 339 a Stigliano per un totale di 2.262 visite.

Le consulenze ospedaliere sono state 145 a Policoro e 50 a Stigliano per un totale di 195.

Le prestazioni domiciliari effettuate sono state 6, rispettivamente presso il Comune di Policoro (3) e di Pisticci - Tinchi (3).

Da rilevare una intensa collaborazione sia con l'Ospedale di Policoro (dalla Medicina al Pronto Soccorso) che con quello di Matera, in particolare con la Neurologia diretto allo start-up del Laboratorio di EEG.

A Policoro sono stati eseguiti ulteriori controlli neurologici per la Medicina del Lavoro.

Importante è stata l'attivazione delle classi di priorità con abbattimento dei tempi di attesa che per Policoro, attualmente, si sono attestate intorno ai 4/5 giorni.

L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

L'assistenza farmaceutica territoriale erogata dall'ASM si compone di diverse modalità di erogazione dei farmaci, tra cui la principale è costituita dalle farmacie convenzionate presenti sul territorio per quei farmaci richiesti dagli utenti dietro presentazione di ricetta prescrittiva, c.d. impegnativa (farmaci di classe A). Vi è poi un altro canale di distribuzione dei farmaci, la distribuzione diretta, per effetto della quale i farmaci vengono distribuiti direttamente ai pazienti dai Presidi Ospedalieri Aziendali, al momento della dimissione da ricovero, in occasione di una visita ambulatoriale (primo ciclo terapeutico) o somministrati direttamente all'utente in regime ambulatoriale, o dietro presentazione di piano terapeutico. Infine vi è una particolare modalità, la cosiddetta distribuzione per conto (DPC) dei farmaci ricompresi nel prontuario ospedale territorio (PHT); si tratta di farmaci acquistati dall'Azienda e distribuiti "per conto della stessa" dalle farmacie convenzionate distribuite sul territorio dietro una corresponsione del solo costo di servizio da parte dell'Azienda. In questo modo l'ASM garantisce al cittadino la disponibilità del farmaco direttamente sul territorio, evitandogli il disagio di recarsi negli ospedali, sicuramente più distanti dal domicilio, ma allo stesso tempo ottiene dei risparmi rispetto al convenzionale rimborso alle farmacie dei farmaci con impegnativa, perché, con l'acquisto diretto e centralizzato, riesce ad ottenere comunque prezzi molto più vantaggiosi.

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 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, risulta 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.

L'ASSISTENZA CONSULTORIALE

I Consultori Familiari dell'ASM distribuiti in maniera uniforme sul territorio della provincia di Matera sono servizi che si rivolgono prevalentemente a singoli, coppie e famiglie, anche in via di formazione, per attività di prevenzione e/o presa in carico nei momenti di cambiamento legati alle diverse fasi evolutive del ciclo di vita personale e/o familiare. Le attività dei consultori riguardano due aree principali: l'area ostetrico – ginecologica che si occupa prioritariamente della maternità (procreazione e contraccezione) e l'area psicologica e sociale che si occupa di problematiche relazionali, dalla conflittualità alle separazioni e ai casi di violenza di genere ed in famiglia, oltre che essere il riferimento istituzionali per le adozioni.

Nel 2014 i consultori aziendali hanno effettuato complessivamente 12.445 prestazioni, con un incremento del +14% rispetto all'anno precedente; 4.030 sono state le prestazioni dell'area ostetrico-ginecologica, con una riduzione del -11% rispetto al 2013, mentre 8.415 sono state le prestazioni dell'area psicologica, con un incremento del +32% rispetto al 2013.

Nel corso del 2014 i consultori aziendali hanno continuato ad occuparsi dei sub progetti rientranti nel Programma operativo finalizzato alla riorganizzazione dei Consultori familiari nel territorio dell' Azienda Sanitaria di Matera".

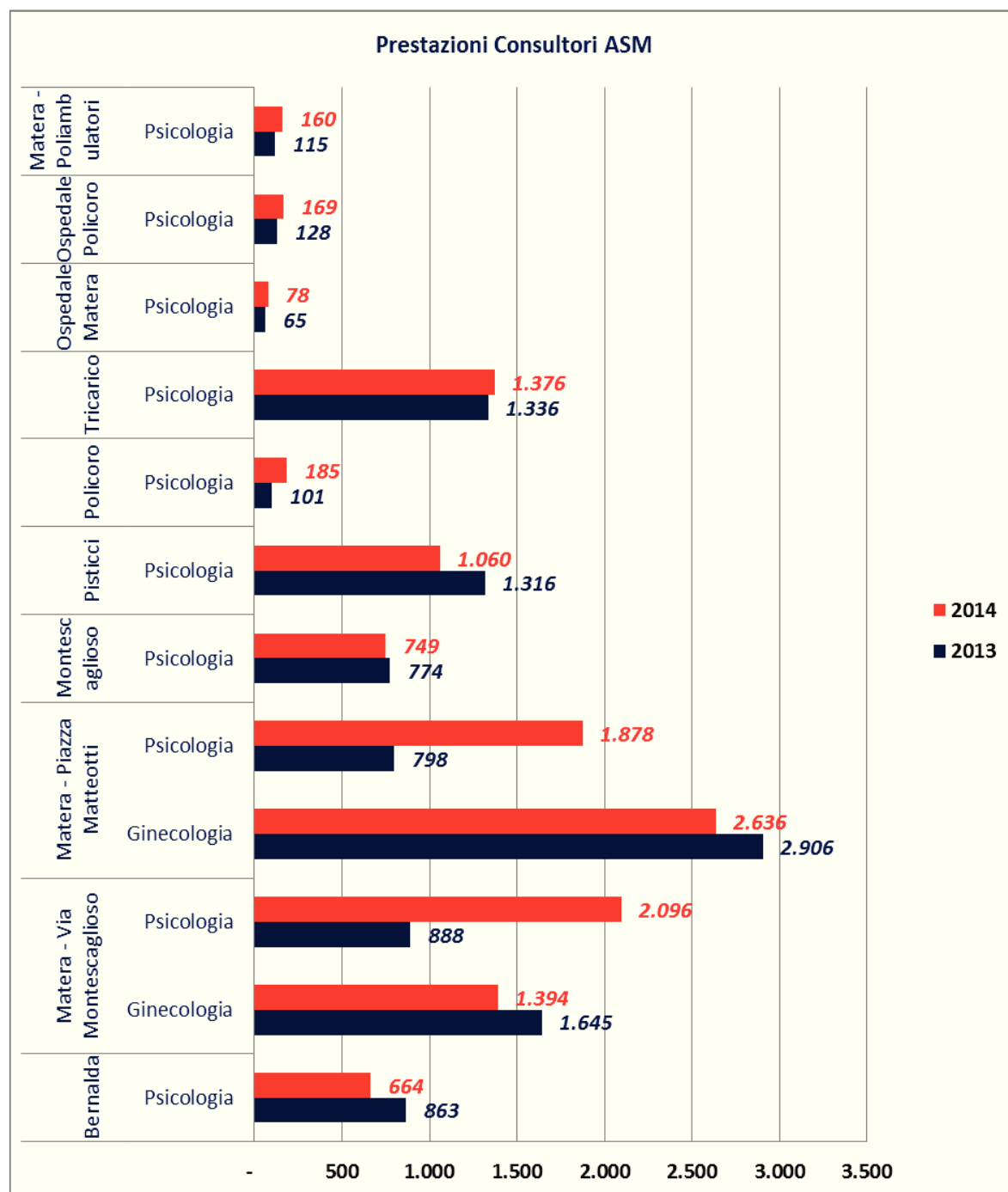
Tale programma è distinto in 4 sub aree:

- 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 e 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 di seguito i dati relativi alle prestazioni erogate nel corso del 2013 dalle sedi consultoriali presenti nella ASM.



LA SALUTE MENTALE

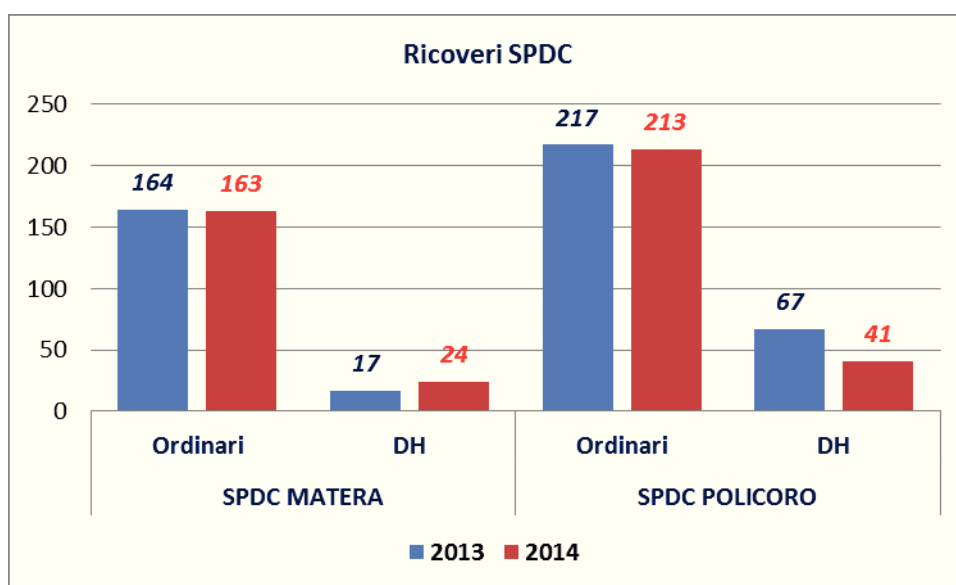
Il modello operativo adottato per la tutela e la cura della salute mentale è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolato in una rete integrata di servizi, riconducibili alla seguente articolazione strutturale:

- Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), con due UU.OO ospedaliere che erogano prestazioni di ricovero ordinario e DH in entrambi gli ospedali per acuti della ASM;
- Centro di Salute Mentale, con due strutture dislocate nei Comuni di Matera e Policoro, deputate alla presa in carico del paziente psichiatrico sul territorio, realizzando interventi di tipo comunitario;
- Strutture Semiresidenziali – Centri Diurni, presenti nei Comuni di Matera (n. 1) e di Policoro (n. 1), che erogano assistenza di tipo riabilitativo in regime semiresidenziale;
- Strutture Residenziali, presenti in vari comuni della provincia di Matera, che erogano assistenza di tipo residenziale ai pazienti psichiatrici.

Con riferimento alle attività ospedaliere erogate dalle UU.OO. SPDC, nel 2014 sono stati effettuati complessivamente 441 ricoveri, con una riduzione del -5% rispetto al 2013; di tali ricoveri, 376 sono ordinari, in sostanziale allineamento rispetto al 2013, e 65 sono DH, in calo del -19% rispetto all'anno precedente.

Nello specifico nel 2014 l'U.O. SPDC di Matera ha erogato 163 ricoveri ordinari e 24 DH, mentre l'U.O. SPDC di Policoro ha erogato 213 ricoveri ordinari e 41 DH.

Bilancio
Sociale
2014



Le attività del CSM riguardano la presa in carico e la cura nel tempo degli utenti attraverso:

- le visite psichiatriche e la gestione della farmaco terapia, attraverso anche la presa in carico in collaborazione con le famiglie coinvolte nei processi di cura e sorveglianza dei piani-terapeutici; nonché la presa in carico in collaborazione con le associazioni di volontariato;
- le attività infermieristiche (accoglienza, somministrazioni di terapia, prelievi ematici, gestione della attività di distribuzione diretta dei farmaci neurolettici atipici, visite domiciliari, colloqui con utenti e familiari);
- il supporto psicologico e psicoterapie (individuali, di gruppo e familiari);
- la continuità terapeutica (dell'intera equipe terapeutica) anche nel corso del ricovero ospedaliero
- la collaborazione con il Tribunale anche con l'assunzione in cura anche presso comunità terapeutiche di utenti sottoposti a misure restrittive e amministrazione di sostegno;
- la gestione delle emergenze-urgenze;
- le consulenze presso le case-famiglia;

- le consulenze presso le comunità terapeutiche del territorio presso le quali sono inseriti gli utenti aziendali, per il monitoraggio e la verifica dei programmi riabilitativi;
- le consulenze presso le case di riposo che ospitano gli utenti aziendali;
- l'attività psichiatrica presso il carcere circondariale di Matera.

Con riferimento alle attività dei Centri di Salute Mentale si riportano in via di mera sintesi il numero di prestazioni effettuate dai CSM di Matera e Policoro nel 2014, distinte per singola tipologia.

L'utenza complessiva del CSM di Matera è pari complessivamente a 1000 pazienti su un totale di circa 120.000 abitanti.

Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale dal CSM di Matera registrate al CUP, che rappresentano solo il 10% delle prestazioni complessive, nel 2014 sono state pari a 3.524, in sostanziale allineamento rispetto al 2013, comprensive sia dell'attività psichiatrica (colloquio psichiatrico, consulto in strutture residenziali, test di deterioramento o sviluppo intellettuale, test di valutazione della disabilità sociale, visita psichiatrica), che di quella psicologica (colloquio psicologico clinico, psicoterapia individuale e familiare, test proiettivi e della personalità, valutazione psicodiagnostica individuale, visita psicologica clinica).

Accanto alle suddette attività e prestazioni, ve sono altre che sono registrate sulla cartella informatica aziendale, recentemente adeguata alle indicazioni del sistema informativo nazionale per la salute mentale.

Con riferimento ai trattamenti complessi integrati erogati dal CSM di Matera, nel 2014 si sono registrati:

- 1.170 visite domiciliari programmate e urgenti, superiore al valore target predefinito di 700 visite;
- 59 accessi presso i Distretti periferici, superiore al valore target prefissato di 54 accessi;
- 250 procedure prelievi ematici, superiore al valore target predefinito di 200 procedure;
- 11.700 interventi infermieristici, superiore al valore target predefinito di 10.000 interventi.

Il Centro di Salute Mentale di Policoro nel 2014 ha effettuato 33.286 prestazioni.

Nello specifico:

- le prestazioni Ambulatoriali sono state 14.421, a fronte delle 13.245 del 2013
- le prestazioni presso le Case Alloggio sono state 2.368, a fronte delle 1.971 del 2013
- le prestazioni Territoriali sono state 7.002 a fronte delle 7.218 del 2013
- le prestazioni presso il C.D. sono state 9.495 a fronte delle 5.653

Le prestazioni effettuate sul Territorio, presso le Case Alloggio e presso il C.D sono Trattamenti Complessi, ossia interventi terapeutico-riabilitativi integrati ed erogati al fine di garantire prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria soprattutto nella fase post-acuta e caratterizzate dal concorso di più apporti professionali sanitari e sociali (Psichiatra, Assistenti sociali, Educatore, Infermieri) nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, e caratterizzati dalla integrazione di Equipe diverse in sedi diverse (CSM/Centro Diurno, CSM/Residenze socio-riabilitative, CSM/ Servizi Sociali Comunali, CSM/ RSA o altre Comunità non psichiatriche, CSM/Percorsi di inserimento lavorativo). Esse includono:

- Interventi Socio-Assistenziali: sono interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative, interventi di tutela e cura, accompagnamento del paziente, valutazioni socio-economiche, assistenza nell'abitare per i pazienti soli, colloqui con Utenti e loro familiari, specialmente per quei pazienti di cui gli assistenti sociali sono ancora tutori o curatori.
- Interventi socio-riabilitativi: sono interventi volti ad attivare risorse, programmi, percorsi, spazi, professionalità utili al mantenimento delle abilità sociali e professionali, all'accesso, all'informazione (attività sportive , ricreative, amministrative e di cura del Sé).
- Interventi e Contatti di Rete: sono stati attuati presso la sede del CSM e sul Territorio (INPS, Commissione Invalidi Civili, Servizi sociali Comunali, Amministratori di Sostegno, ecc) da tutti gli operatori del CSM in relazione alle problematiche sanitarie, sociali, educative e riabilitative, di tutti i pazienti in carico e al sostegno del gruppo familiare, e includenti contatti diretti e telefonici.

- Interventi Educativi: sono interventi di riabilitazione estensiva per pazienti psicotici caratterizzati da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto nelle abilità di base sia individuali che di gruppo su programmi finalizzati ad un ampliamento delle autonomie personali e sociali nella vita quotidiana, con relative verifiche.

Le prestazioni Domiciliari includono prestazioni per pazienti psicotici gravi che non possono accedere al CSM per scarsità di risorse familiari o per difficoltà dei mezzi di trasporto pubblico, soprattutto per i pazienti del Distretto di Stigliano (es. Accettura, San Mauro Forte, ecc.), e consistono in attività quali la verifica delle condizioni cliniche dei pazienti, la somministrazione dei farmaci soprattutto quelli long-acting praticati per via intramuscolare con scadenza di 15, 21, 30 giorni in relazione al tipo di patologia, per evitare scompensi acuti che richiederebbero ricoveri ospedalieri, controllo della compliance farmacologica e dei possibili effetti collaterali; rappresentano un momento fondamentale per l'attuazione del programma terapeutico in stretta relazione con l'attività ambulatoriale al fine di integrare gli interventi.

L'Equipe, quindi, oltre all'aspetto prettamente medico, analizza, tramite le figure professionali componenti la stessa (psichiatra, infermiere, assistente sociale, educatore) e integrate a seconda della necessità del caso, il contesto familiare, sociale, lavorativo e di integrazione nella comunità di appartenenza per poter elaborare un piano di lavoro terapeutico-riabilitativo o socio-riabilitativo o educativo.

L'attività psichiatrica semiresidenziale nel 2014 è stata effettuata dai 2 Centri Diurni dell'ASM, situati 1 a Matera e 1 a Policoro. Si tratta di strutture semiresidenziali tese a prevenire e contenere i ricoveri e ospitare utenti che necessitano durante le ore diurne d'interventi terapeutico-riabilitativi e di risocializzazione.

In particolare le attività riabilitative comprendono:

- attività di risocializzazione sulle abilità individuali (cura di sé, attività quotidiane di gruppo)
- attività riabilitative di tipo ludico-espressivo, culturale e sportivo,
- attività riabilitative finalizzate ad esperienze di tipo lavorativo,
- attività di promozione alla salute mentale/lotta allo stigma e di supporto alle famiglie,
- attività di rete rivolte alla comunità locale (istituzioni, imprese, cooperative, associazioni).

La frequenza media giornaliera complessiva dei 3 Centri Diurni è stata di 24 utenti.

Molteplici sono state le iniziative riabilitative, strutturate in laboratori, realizzate dai Centri Diurni nel 2014, condivise in taluni casi anche con gli Enti Locali ed altri organismi istituzionali, quali Soprintendenza ai beni storici, artistici ed etnoantropologici, cinema, associazioni sportive e culturali, associazioni di volontariato, oltreché dalle famiglie dei pazienti.

In particolare vanno citate le esperienze del percorso in sostegno all'abitare/domiciliarità, del progetto Orto Botanico, dell'iniziativa "museo per un giorno", del Laboratorio Musicale "il mio canto libero", del progetto di Pet Therapy "Relazioniamoci – attività assistite dagli animali", del gruppo AMA (Auto-Mutuo-Aiuto) allo scopo di promuovere la Salute Mentale attraverso l'esperienza della malattia e il sostegno reciproco.

Infine si segnala la partecipazione al bando di concorso del C.S.V. Basilicata "All you need is love, dalle nuove vulnerabilità alle nuove forme di solidarietà", che ha visto il CSM di Policoro arrivare al II posto e aggiudicarsi il finanziamento posto in palio.

Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica residenziale, nella ASM operano 14 strutture, 8 facenti capo all'ambito della ex ASL n. 4 di Matera e 3 a quello della ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico.

Le residenze dell'ambito della ex ASL n. 4 di Matera sono le seguenti:

- Casa Alloggio di Matera
- Casa Alloggio di Pomarico
- Casa Alloggio di Grassano
- Casa Alloggio di Miglionico
- Casa Alloggio di Tricarico

- Casa Alloggio di Colobrano
- Casa Alloggio di Montalbano
- Casa Alloggio di Tinchì
- Gruppo Appartamento di Tricarico
- Gruppo Appartamento di Grassano
- Gruppo Appartamento di Pomarico

Le Case Alloggio complessivamente sono dotate di 83 posti letto e assistenza h. 24; ogni residenza dispone mediamente di 10 p.l..

Le attività che le caratterizzano sono improntate, nella quotidianità, al rafforzamento del gruppo come occasione di relazione con l'altro, alla condivisione di regole comuni e allo sviluppo dell'empowerment personale anche attraverso attività di inclusione sociale; il lavoro con le famiglie è l'altro cardine intorno al quale si sviluppa il lavoro interdisciplinare.

Nel 2014 hanno usufruito delle case alloggio oltre 80 utenti, in sostanziale allineamento rispetto al 2013.

I Gruppi Appartamento complessivamente sono dotati di 12 posti letto e assistenza h.6 suddivisa per fasce orarie.

I Gruppi Appartamento sono Strutture messe a disposizione dal Privato Sociale nei comuni di Pomarico, Grassano, Tricarico e accolgono utenti con maggiore autonomia o che hanno completato il loro percorso nelle Case Alloggio; ognuna di loro è dotata di 4 p.l., per un totale di n. 12 posti; l'assistenza viene erogata per fasce orarie, per n.6 ore giornaliere.

Nei gruppi appartamento sono attualmente ospitati n. 9 utenti su 12 posti disponibili, con nessuna ammissione e nessuna dimissione registrata nel 2014.

Accanto alle suddette residenze è operativo il Servizio di domiciliarità denominato "Sostegno all'Abitare" che, su progetto individuale del DSM, supporta i pazienti e le loro famiglie nella quotidianità. Il Servizio ha seguito complessivamente nel 2014 n. 32 utenti, di cui 26 in carico.

Nell'ambito dell'Area della salute umana, particolare rilevanza va riconosciuta alle attività effettuate nel 2014 dall'U.O.S. Servizio per i disturbi del comportamento alimentare, e dalla U.O.S. Esordi Psicotici.

Tra le attività principali effettuate nel 2014 dalla **U.O.S. Servizio per i disturbi del comportamento alimentare** si segnala:

- la implementazione di una procedura per il Trattamento dei Disturbi Alimentari che ha visto il rafforzamento del lavoro di equipe con le U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Nutrizione Clinica, Psicologia;
- la gestione di un progetto regionale con le scuole per la prevenzione dei disturbi della condotta alimentare in età adolescenziale, rivolto agli adolescenti in età compresa tra 11-13 anni, nell'ambito di un lavoro di rete con i docenti, gli allenatori e gli istruttori sportivi A.S.L. Matera - Ambito territoriale ex A.S.L. N.4, inserito nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012;
- incremento della collaborazione con il centro residenziale per i DCA di Chiaromonte: nel 2014 è stato dato seguito al Protocollo d'Intesa tra l'U.O.S. "Servizio DCA" di Matera, ed il Centro di riferimento regionale Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso, "G.Gioia" di Chiaromonte, recepito dall'Azienda Sanitaria Matera con giusta delibera n.1191 del 12 novembre 2013;
- l'integrazione tra l'U.O.S. DCA l'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile, l'U.O.C. di Psicologia Clinica e l'U.O.S. Nutrizione Clinica, con riferimento alla discussione di casi clinici e all'applicazione di procedure per il trattamento della DCA.

Con riferimento alle attività dell'**U.O.S. Esordi Psicotici**, nel corso del 2014 si è provveduto alla gestione dei flussi informativi con un'attenta analisi dei dati relativi ai pazienti presi in carico. Nel corso dell'anno sono giunti in contatto con il servizio 11 giovani pazienti, presi poi in carico dal CSM. Nel complesso nel corso del 2014 sono state effettuate 17 prime visite, 87 visite di controllo, 23 visite effettuate in urgenza, 86 colloqui familiari, 64 interventi di rete, 6 accertamenti medico legali.

LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'ASM assicura la presa in carico dei soggetti affetti da dipendenze patologiche attraverso il Servizio Tossicodipendenze (Ser.T), che ha due sedi operative dislocate nei Comuni di Matera e Policoro, oltreché attraverso le Comunità Terapeutiche presso le quali i pazienti vengono indirizzati per la realizzazione di programmi di disintossicazione e di recupero riabilitativo.

Accanto alle tossicodipendenze, ovvero le dipendenze da droghe, che costituiscono la principale tipologia di dipendenza trattata, i Ser.T aziendali si occupano anche delle dipendenze da alcool e da pochi anni anche dei problemi legati alle ludopatie, ovvero il gioco d'azzardo patologico, che appaiono in costante aumento.

Nel 2014 gli utenti complessivi dei Ser.T dell'ASM sono stati 908, con un decremento del -5% rispetto all'anno precedente, di cui 532 presi in carico dal Ser.T di Matera e 376 dal Ser.T di Policoro.

Totale utenti Ser.T

sede operativa	anno 2012	anno 2013	anno 2014	Δ 2014-2013	Δ% 2014-2013
Ser.T. Matera	566	578	532	-46	-8,0%
Ser.T. Policoro	412	379	376	-3	-0,8%
TOTALE	979	957	908	-49	-5,1%

Gli utenti nuovi assoluti presi in carico ai Ser.T aziendali nel 2014 sono stati 183, in aumento del +6% rispetto al 2013.

Utenti nuovi assoluti ammessi ai Ser.T

sede operativa	anno 2012	anno 2013	anno 2014	Δ 2014-2013	Δ% 2014-2013
Ser.T. Matera	99	97	110	13	13,4%
Ser.T. Policoro	100	76	73	-3	-3,9%
TOTALE	199	173	183	10	5,8%

Accanto alla lotta alle tossicodipendenze, alle alcooldipendenze e alle ludopatie, presso il Ser.T di Policoro è stata condotta la lotta al tabagismo.

In particolare i soggetti tossicodipendenti trattati dai Ser.T aziendali nel 2014, sono stati 681, pari al 76% del totale dell'utenza, gli alcooldipendenti sono stati 186, pari al 20%, i soggetti dipendenti dal fumo di sigaretta sono stati 27, pari al 3% dell'utenza complessiva dei Ser.T, analogamente ai soggetti dipendenti dal gioco di azzardo.

Totale utenza Ser.T per tipologia di dipendenza

tipologia dipendenza	anno 2012	anno 2013	anno 2014	Δ 2014-2013	Δ% 2014-2013
Tossicodipendenza Ser.T. Matera	480	467	422	-45	-9,6%
Tossicodipendenza Ser.T. Policoro	275	261	259	-2	-0,8%
Tossicodipendenza Totale Ser.T.	755	728	681	-47	-6,5%
Alcooldipendenza Ser.T. Matera	80	81	87	6	7,4%
Alcooldipendenza Ser.T. Policoro	105	105	99	-6	-5,7%
Alcooldipendenza Totale Ser.T.	185	186	186	0	0,0%
Tabagismo Ser.T. Policoro	45	22	27	5	22,7%
Ludopatia (GAP) Ser.T. Matera	6	9	9	0	0,0%
Ludopatia (GAP) Ser.T. Policoro	7	13	18	5	38,5%
Ludopatia (GAP) Totale Ser.T.	13	22	27	5	22,7%

Utenza nuovi assoluti ammessi al Ser.T per tipologia di dipendenza

tipologia dipendenza	anno 2012	anno 2013	anno 2014	Δ 2014-2013	Δ% 2014-2013
Tossicodipendenza Ser.T. Matera	73	55	64	9	16,4%
Tossicodipendenza Ser.T. Policoro	52	34	41	7	20,6%
Tossicodipendenza Totale Ser.T.	125	89	105	16	18,0%
Alcodipendenza Ser.T. Matera	18	20	33	13	65,0%
Alcodipendenza Ser.T. Policoro	28	28	21	-7	-25,0%
Alcodipendenza Totale Ser.T.	46	48	54	6	12,5%
Tabagismo Ser.T. Policoro	23	8	19	11	137,5%
Ludopatia (GAP) Ser.T. Matera	2	5	7	2	40,0%
Ludopatia (GAP) Ser.T. Policoro	3	8	6	-2	-25,0%
Ludopatia (GAP) Totale Ser.T.	5	13	13	0	0,0%

Bilancio
Sociale
2014

Si riportano di seguito le attività svolte dai Ser.T aziendali, distinguendo tra quelle erogate dalla sede di Matera da quelle erogate dalla sede di Policoro.

Prestazioni	Ser.T Matera			Ser.T Policoro			Ser.T Totale		
	Amb.	Terr.	Tot.	Amb.	Terr.	Tot.	Amb.	Terr.	Tot.
Attività telefonica	400	39	439	1.022	-	1.022	1.422	39	1.461
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazione	11.413	406	11.819	14.985	-	14.985	26.398	406	26.804
Attività di accompagnamento	3	6	9	-	2	2	3	8	11
Visite mediche	513	62	575	1.012	14	1.027	1.525	76	1.601
Colloqui (management clinico, psicologici, sociali, educativi)	1.275	235	1.510	2.280	-	2.280	3.555	235	3.790
Esami e procedure cliniche	6.644	-	6.644	8.882	-	8.882	15.526	-	15.526
Somministrazioni farmaci (diretta e affidò)	23.666	320	23.986	17.786	-	17.786	41.452	320	41.772
Interventi psicoterapeutici individuali	131	-	131	229	-	229	360	-	360
Interventi psicoterapeutici coppia-famiglia	36	-	36	97	-	97	133	-	133
Interventi psico/socio/educativi	104	-	104	12	-	12	116	-	116
Test psicologici	-	-	-	393	-	393	393	-	393
Attività di supporto generale al paziente	12	1	13	82	-	82	94	1	95
Predisposizione/revisione progetto terapeutico indiv. e neg. ter.	154	298	452	1.425	-	1.425	1.579	298	1.877
Prestazioni alberghiere	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prestazioni straordinarie di carattere economico assistenziale	1	-	1	-	-	-	1	-	1

Prestazioni	Ser.T Matera			Ser.T Policoro			Ser.T Totale		
	Amb.	Terr.	Tot.	Amb.	Terr.	Tot.	Amb.	Terr.	Tot.
Prestazioni generali di prevenzione primaria	57	-	57	32	-	32	89	-	89
Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correl.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riunioni organizzative e dipartimentali	8	-	8	28	-	28	36	-	36
Partecipazione a commissioni, comitati esterni	55	-	55	1	-	1	56	-	56
Riunioni organizzative - metodologiche interne	31	-	31	1.323	-	1.323	1.354	-	1.354
Attività di coordinamento/di rete	16	-	16	375	-	375	391	-	391
Attività di progetto (ricerca ed interventi spec.)	2	-	2	7	-	7	9	-	9
Attività di formazione e addestramento per operatori	4	-	4	179	-	179	183	-	183
Stesura di rapporti/relazioni dell'attività della U.O.	14	-	14	31	-	31	45	-	45
TOTALE	44.539	1.367	45.906	50.181	16	50.198	94.720	1.383	96.103

Le prestazioni sopra riportate sono state rilevate con il sistema informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) adottato dalla Regione Basilicata con DGR n. 1492 del 12 luglio 2005. La rilevazione è stata effettuata con il classificatore delle prestazioni SIND.

LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

La prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle patologie neurologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza fino alla maggiore età e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale), sono assicurate a livello aziendale dall'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile. La mission di tale struttura è quella di migliorare lo stato di salute e la qualità della vita della popolazione in età infantile e adolescenziale dell'ASM, prevenendo, diagnosticando, trattando e prendendo in carico i disturbi neurologici, psichiatrici e del neurosviluppo, attraverso l'erogazione di assistenza sia a livello ospedaliero, sia a livello territoriale.

A livello ospedaliero l'assistenza è erogata attraverso l'attività di DH, che nel 2014 ha prodotto 216 ricoveri diurni, in lieve riduzione rispetto al 2013, pari al -5%, per effetto dell'abbattimento dei DH diagnostici, in conformità al perseguimento dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale.

Al livello territoriale nel 2014 sono state effettuate 3.350 prestazioni, in calo del -7% rispetto all'anno precedente.

Prestazioni territoriali Neuropsichiatria Infantile	2013	2014	Scostamento	
			assoluto	%
COLLOQUIO PSICHIATRICO		1	1	
COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	7	1	-6	-86%
Counselling Logopedico		7	7	
Rieducazione cognitiva in gruppo (max 5 pazienti).		20	20	
Rieducazione comunicativa in gruppo (max 5 pazienti) (Seduta collettiva di 45 minuti)	221	180	-41	-19%
Rieducazione dei disturbi comunicativi a maggiore complessità (Seduta individuale di 60 minuti)	1.514	1.231	-283	-19%

Prestazioni territoriali Neuropsichiatria Infantile	2013	2014	Scostamento	
			assoluto	%
Rieducazione dei disturbi comunicativi a minore complessità (Seduta individuale di 45 minuti)		10	10	
RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO	221	200	-21	-10%
RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE	61	151	90	148%
RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE	50	10	-40	-80%
RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA	10		-10	-100%
SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	24	50	26	108%
Valutazione dei disturbi comunicativi a maggiore complessità per stesura piano di trattamento.	132	78	-54	-41%
Valutazione dei disturbi comunicativi a minore complessità per stesura piano di trattamento.	2		-2	-100%
VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	69	107	38	55%
VALUTAZIONE PROTESICA		3	3	
VISITA NEUROLOGICA		1	1	
Visita neuropsichiatrica infantile	672	676	4	1%
Visita neuropsichiatrica infantile di controllo	600	624	24	4%
Totale complessivo	3.583	3.350	-233	-7%

PSICOLOGIA CLINICA

L'ASM attraverso la U.O.C. di Psicologia si prende cura dei bisogni psicologici del singolo, della famiglia o del gruppo, cui risponde mediante:

- Attività ambulatoriale diretta ospedaliera e territoriale: preventiva diagnostica e terapeutica, di abilitazione e riabilitazione;
- Attività indiretta di natura consulenziale nei confronti dei singoli, famiglie e di altri servizi: sanitari, socio-assistenziali, educativi, giudiziari.

Inoltre attraverso la suddetta Struttura Complessa si forniscono risposte ai Servizi dell'Azienda Sanitaria con attività di supporto: formazione e sostegno al personale sanitario, studio e sviluppo del clima ambientale e organizzativo.

La S.C. di Psicologia opera, articolando e coordinando la propria azione, anche attraverso la rete di servizi territoriali/ospedalieri presenti nella comunità locale di riferimento, promuovendo livelli di assistenza psicologici adeguati al diritto di salute dei cittadini, in generale, e delle fasce deboli in particolare.

Nello specifico viene garantita la predisposizione di percorsi psicologici integrati, di procedure operative omogenee, promuovendo la partecipazione e il protagonismo degli operatori ed assicurando il coordinamento dei servizi di psicologia a livello di intera Azienda.

La S.C. Psicologia eroga i Livelli Essenziali di Assistenza psicologica secondo le Aree di intervento/Funzioni di seguito brevemente descritte:

- Assistenza psicologica al minore, all'adolescente, all'adulto, alla coppia e alla famiglia, anche in situazione di disagio;
- Assistenza e tutela psicologica alle persone affette da disturbo mentale: Funzione Ambulatorio e Funzione Adolescenti;
- Assistenza alla famiglia, alle coppie, alla maternità ed ai minori; con specifico riferimento all'educazione alla maternità e alla procreazione responsabile, all'assistenza psicologica e tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, all'assistenza alle donne in stato di gravidanza: Funzione Consultorio.
- Assistenza psicologica ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali. Concorso alla costruzione di

- percorsi di integrazione scolastica: Funzione Legge 104/92 e Scuola;
- Adempimenti per affidamenti ed adozioni nazionali e internazionali: Funzione Adozioni nazionali e internazionali.
 - Assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio e/o vittime di abusi, nonché ai loro familiari. Prevenzione e cura del maltrattamento e abuso: Funzione Tribunale e Servizio Sociale
 - Assistenza psicologica in Ospedale e nell'area della continuità delle cure ospedale/territorio. Assistenza programmata a domicilio e Cure Palliative: Funzione Ospedale.
 - Attività di supporto formazione e sostegno al personale sanitario, studio sviluppo del clima ambiente lavorativo, Sportello Mobbing Funzione Lavoro.

Nel 2014 le attività erogate hanno riguardato:

- Organizzazione e gestione dell'integrazione funzionale e professionale degli psicologi con altre Unità Operative aziendali
- Promozione, mantenimento e recupero della condizione di salute psicologica della popolazione attraverso attività e prestazioni erogate nelle sedi territoriali ed ospedaliere.
- Coordinamento tecnico-professionale, programmazione e verifica degli interventi degli psicologi operanti in azienda.
- Erogazione dei livelli essenziali di assistenza psicologici.
- Esercizio di un monitoraggio continuo delle funzioni assistenziali psicologiche autonome e complementari attraverso l'uso di sistemi informativi o altro.
- Interventi sui processi di lavoro (organizzazione, prevenzione, problemi connessi al personale).

Bilancio
Sociale
2014

EMERGENZA TERRITORIALE

Il Sistema Sanitario dell'Emergenza Urgenza in Basilicata ha una dimensione regionale ed è regolamentato dalla L.R. 21/99, tale legge istituisce "Basilicata Soccorso" quale organismo comune delle Aziende Sanitarie Regionali.

Con L.R. 12/2008 è stato istituito il Dires – Dipartimento Interaziendale Regionale Emergenza Sanitaria, con il compito di gestire e coordinare l'intero sistema quale entità organizzativa complessa di integrazione funzionale fra il sistema di allarme sanitario, il sistema territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.



L'organizzazione di Basilicata Soccorso prevede:

- 1 Centrale Operativa Unica Regionale ubicata a Potenza
- 57 Postazioni Territoriali di Soccorso mobili + 7 Postazioni fisse così strutturati:
 - a. 36 PTS I° livello (Ambulanze di Primo Soccorso con Autista Soccorritore ed I.P.)
 - b. 15 PTS II° livello (Auto Mediche con Medico ed Infermiere Autista)
 - c. 7 PTS III° livello (Postazioni fisse di Primo Soccorso in sede di Ospedali Distrettuali non accreditati al trattamento dei pz acuti)
 - d. 6 PTS IV° livello (Autoambulanze tipo A1 con Autista Soccorritore, I.P. e Medico dell'Emergenza Sanitaria)
- 2 Basi di Elisoccorso (Potenza e Matera).



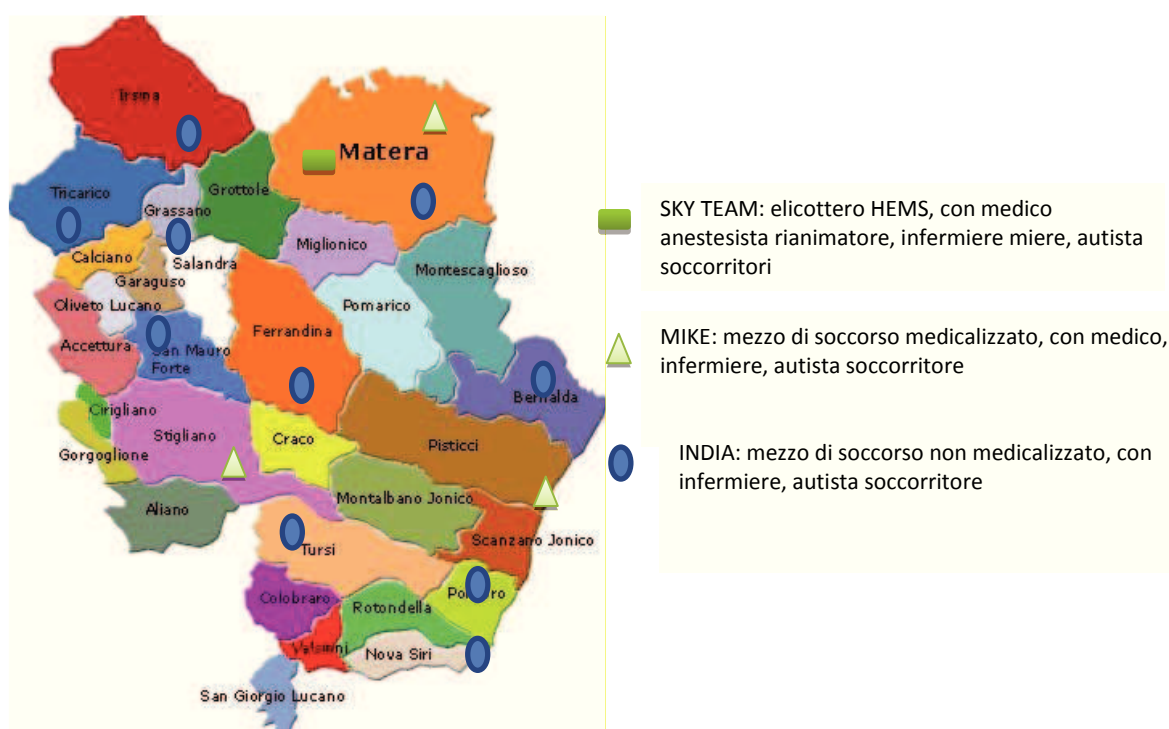
Attualmente sono attive: - Centrale Operativa - 23 PTS I° Livello (22 H24 e 1 H12) - 7 PTS IV Livello (data la carenza di risorse in questa fase, si è privilegiata la scelta dell'Autoambulanza di Soccorso Avanzato [A1] rispetto all'Auto Medica), di cui 5 dislocati presso gli Ospedali sede di PSA.

Il Sistema di Emergenza interfaccia con -4 Pronto Soccorso Attivi -1 DEA di I° livello, con sede presso l'Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera -1 DEA di II° livello con sede presso l'Azienda

Ospedaliera "Ospedale San Carlo" di Potenza. -8 Ospedali Distrettuali -Centro Regionale Riferimento Trapianti -Centro Riferimento Oncologico – Struttura Ospedaliera con sede a Rionero in Vulture.

Nell'ottica di una progressiva implementazione del sistema, oltre al raggiungimento dello stato di regime dello stesso, vi è l'obiettivo di una maggiore integrazione con i servizi ospedalieri afferenti all'Area dell'Emergenza e, nella prospettiva di una dimensione capillare del servizio, di una presenza più funzionale sul territorio, con l'assolvimento di compiti anche di natura assistenziale nelle aree più disagiate (ambulatori mobili aree rurali, postazioni fisse di primo soccorso, ecc).

Sul territorio aziendale, inoltre, sono dislocate in punti geografici strategici, 13 postazioni di 118, più 1 di elisoccorso, con 16 medici dell'Emergenza Territoriale dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.



Il Servizio di Emergenza Territoriale si attiva telefonicamente, chiamando il numero telefonico 118, gratuito e attivabile anche dai telefoni pubblici, che permette a qualsiasi cittadino di mettersi in comunicazione con la centrale operativa che gestisce e coordina le emergenze sanitarie sul territorio.

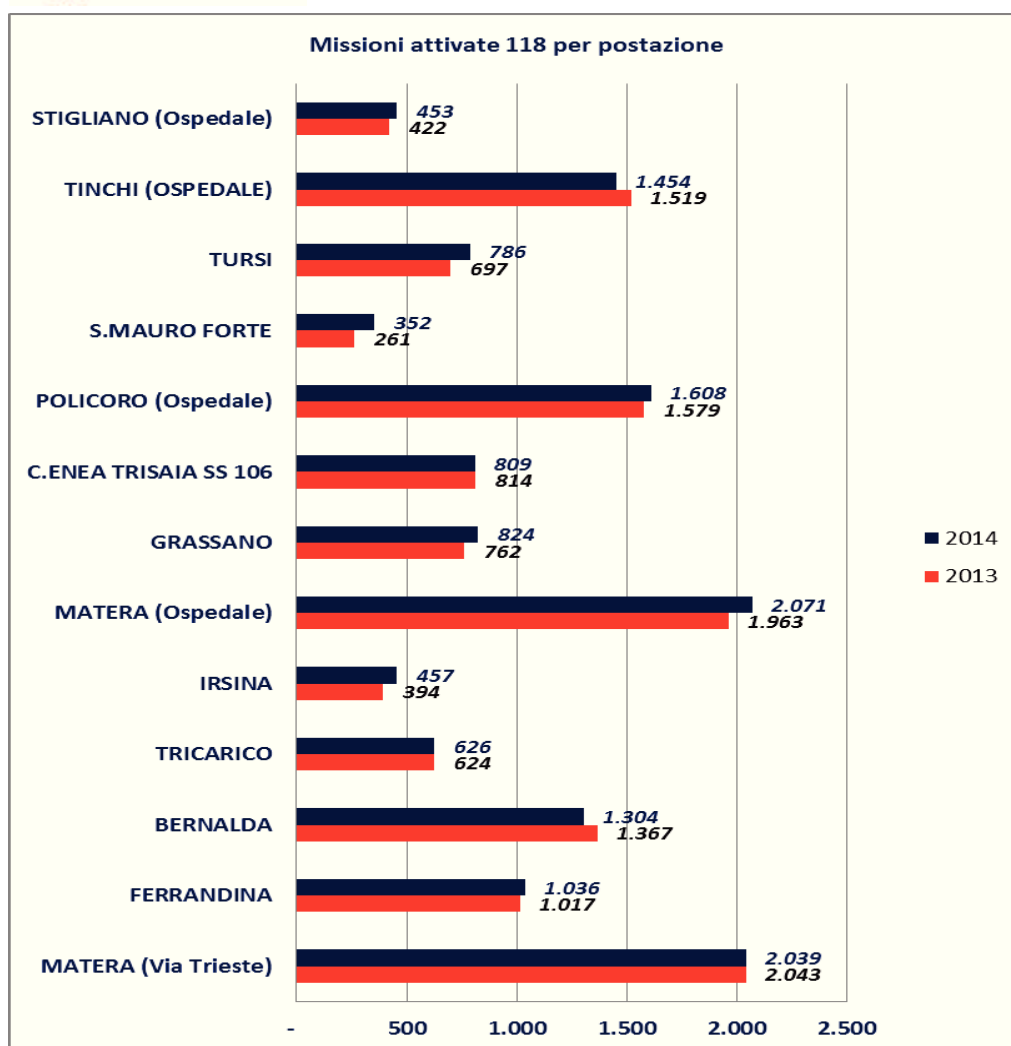
Al telefono, attivo 24 ore su 24, risponde un infermiere professionale particolarmente addestrato nelle tecniche di valutazione dell'emergenza e nell'attivazione delle procedure di intervento appropriate, che dopo aver rivolto una serie di domande utili ad inquadrare la tipologia di soccorso da prestare, attiva immediatamente il mezzo di soccorso più vicino.

Nel 2014 sono state attivate complessivamente 13.819 missioni da parte delle postazioni di 118, evidenziando un incremento del +7% rispetto al 2013.

Dei 13.819 accessi, 9.017 sono state effettuati con mezzo di soccorso non medicalizzato e 4.802 con mezzo di soccorso medicalizzato.

Nello specifico le postazioni che hanno effettuato il maggior numero di accessi sono quelle di Matera, seguita da Policoro, Tinchì, Bernalda e Ferrandina.

Nel 2014 sono state effettuate 225 missioni con elisoccorso.



LA MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

L'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione provvede alla individuazione ed al soddisfacimento dei bisogni dei soggetti disabili, predisponendo appropriati interventi assistenziali e protocolli terapeutici che assicurino l'intervento più opportuno per il singolo caso nell'ambito della rete dei servizi, con monitoraggio costante della qualità dell'assistenza riabilitativa.

L'U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione della ASM di Matera è ubicata negli ospedali per acuti (Matera e Policoro), negli ospedali territoriali (Tinchi e Stigliano), presso il Distretto di Matera e presso l'ambulatorio distrettuale di Ferrandina.

Per ogni ospedale è attivo un servizio aperto all'esterno di visite e trattamenti riabilitativi.

Si effettuano, inoltre, attività di consulenza e trattamento riabilitativi per i reparti che ne fanno richiesta.

Accanto all'attività ospedaliera di visite fisiatriche, trattamenti riabilitativi e logopedici, terapie manu mediche, l'U.O. svolge anche attività territoriali di visite domiciliari per l'A.D.I. e valutazioni funzionali e verifiche di congruità dei progetti riabilitativi individuali dei centri privati accreditati con relative visite ambulatoriali e domiciliari (U.V.B.R.).

Si eseguono, inoltre, prescrizioni di ausili e protesi secondo il nuovo regolamento attuato dall'azienda Sanitaria ASM, oltre a visite per la commissione invalidi.

Si sono attivati dei percorsi riabilitativi in Day Service, integrati, dove previsti, con esami EMG e terapie con tossina botulinica per i pazienti con "spasticità".

Nell'ambito dell'area della Fase Acuta Ospedaliera, presso il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale dei Presidi Ospedalieri di Matera, Policoro, Tinchi e Stigliano, nel 2014 sono state effettuate le seguenti attività di 1° livello:

- Ambulatorio specialistico di Fisiatria;
 - “ Presa in carico” di pazienti degenti nelle UU.OO. per acuti secondo criteri di appropriatezza;
 - Recupero e rieducazione funzionale, per utenti esterni secondo classi di priorità;
 - Interventi riabilitativi specifici, compresi protocolli dedicati di Musicoterapia, (per Matera) rivolti ad utenti esterni affetti da: postumi di chirurgia mammaria, malattie demielinizzanti, malattie degenerative su base neurologica;
 - Partecipazione al gruppo di lavoro della Breast Unit, istituita con D.A. nel 2013 (per Matera);
 - Day Service Riabilitativo in forma sperimentale:
 - E.M.G. e infiltrazione di Tossina Botulinica per la cura della spasticità, P.O. di Tinchì
- Presso l’Ambulatorio di Recupero e Rieducazione Funzionale del Servizio Distrettuale di Ferrandina sono state effettuate le seguenti attività:

- recupero e rieducazione funzionale, per utenti esterni
- Nell’ambito dell’area della fase Estensiva Territoriale le attività di 2° livello effettuate sono riconducibili alle seguenti:
- Organizzazione delle Attività dell’Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR)
 - Organizzazione delle Attività del Servizio di Assistenza Protesica
 - Attività di supporto tecnico e consulenza al Servizio ADI
 - Attivazione dei percorsi processi riabilitativi;
 - Monitoraggio degli interventi riabilitativi attivati
 - Verifica del risultato raggiunto
 - Orientamento delle scelte operative finalizzate al raggiungimento del massimo risultato autonomico
 - Controllo e monitoraggio dei centri accreditati: art. 56, 60, estensiva ex. 26, ex. 25
 - Attività all’interno del Gruppo Tecnico per valutazione e autorizzazione dei ricoveri in regime residenziale.

SANITA’ PENITENZIARIA

Presso la Casa Circondariale di Matera è assicurata l’assistenza ai detenuti tramite una turnazione del personale sanitario tipo H24, gestita in modo integrato da infermieri e medici.

Di rilievo sotto il profilo organizzativo è il consolidamento nel corso del 2014 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.

Nel 2014 quest’Azienda ha provveduto a prorogare l’attribuzione degli incarichi di medico incaricato provvisorio per il servizio integrativo di assistenza sanitaria e guardia medica nella casa circondariale di Matera, in ottemperanza alle disposizioni contenute nella DGR 1126/2009 e nelle more dell’adozione di specifica disciplina di regolamentazione del rapporto di lavoro del personale che opera negli istituti penitenziari e nei centri di giustizia minorile.

Nel corso del 2014 l’Azienda ha aumentato le ore assegnate ai medici della continuità assistenziale che operano presso il Ser.T. aziendale, per l’espletamento del servizio medico in favore dei detenuti tossicodipendenti e affetti da HIV del Penitenziario di Matera.

Nell’anno 2014 si è provveduto, inoltre, all’acquisto del riunito odontoiatrico da assegnare alla casa circondariale di Matera, nell’ambito delle risorse assegnate dalla Regione Basilicata con finanziamenti specifici per la Assistenza Penitenziaria.

Il servizio di Medicina Penitenziaria era stato già dotato anche di un carrello di emergenza con un annesso protocollo di gestione e di manutenzione da parte del personale. Altra dotazione indispensabile acquisita negli anni precedenti è stata una barella a cucchiaio per il trasporto dalle celle di detenzione al servizio dei malati gravi, oltre ad un borsone, simile a quello in dotazione del 118, fornito di tutto quello che può essere utile in caso di emergenza/urgenza.

Un'altra dotazione effettuata in passato riguarda un moderno apparecchio elettromedicale per la esecuzione dell'ECG che potrà essere usato in rete con il Servizio di Cardiologia ospedaliera al fine della trasmissione telematica e della refertazione in tempo reale.

Va evidenziata, altresì, l'opera costante di educazione sanitaria e di counselling che il personale infermieristico effettua verso i cittadini detenuti, promuovendo interventi mirati a ridurre l'insorgenza e la trasmissione di varie malattie, ottimizzando anche la loro compliance terapeutica.

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,
- la consulenza psichiatrica, richiesta dal medico della C.C. che segue l'iter normale.

L'attività infermieristica è 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.

3.1.3. LA PREVENZIONE

Coerentemente con le linee di indirizzo della programmazione regionale, ed in particolare, ai sensi della L.R. n. 28/2008, le attività di prevenzione sono erogate dall'ASM attraverso due Dipartimenti:

- il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana
- il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana è la macrostruttura aziendale deputata alla tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso interventi di prevenzione in campo alimentare, ambientale, di sicurezza nei luoghi di lavoro, di igiene personale e collettiva; utilizza il sistema di conoscenza epidemiologica e cerca di creare corretti stili di vita.

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana comprende le UU.OO. o Servizi di seguito indicati, una per ciascuno dei due ambiti territoriali ex ASL n. 4 di Matera e ASL ex 5 di Montalbano Jonico:

- Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;

Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale è struttura operativa della ASM che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie ed il miglioramento della qualità della vita degli animali e, di riflesso, dell'uomo.

A tal fine promuove azioni atte ad individuare e rimuovere cause di nocività e malattie di origine alimentare, ambientale e animale.

Esso è composto, per ciascuno degli ambiti territoriali ex ASL n. 4 di Matera e ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico, dalle seguenti UU.OO.:

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

Si inseriscono nel settore della prevenzione le attività svolte nell'ambito degli **screening territoriali** coordinati dall'IRCCS CROB di Rionero in Vulture:

- Cervico Uterino
- Mammografico
- Colon – retto

GLI SCREENING

Lo screening oncologico è un complesso ed organico programma di sanità pubblica condotto con mezzi clinici, strumentali e di laboratorio, finalizzato alla diagnosi precoce di una patologia neoplastica o all'individuazione di alterazioni pre-neoplastiche in sottogruppi selezionati di popolazione. L'Azienda sanitaria, nell'attivare un programma di screening di popolazione si fa carico di offrire attivamente a tutta la popolazione bersaglio, nei tempi e nei modi previsti, un percorso che prevede un primo test di ingresso ed eventuali successivi accertamenti diagnostici di approfondimento e i trattamenti più appropriati. Gli screening oncologici, rivolgendosi ad una popolazione sana, o meglio, asintomatica, necessitano della massima attenzione nel contenere nei limiti del possibile il numero di falsi positivi e di esami di approfondimento, al fine di ottimizzare le risorse e di mantenere quindi nel tempo gli standard operativi: l'efficacia di un programma di prevenzione oncologica infatti viene meno se si riduce ad un intervento episodico.

A livello nazionale, dal 2001 la prevenzione oncologica del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto è stata inserita tra i Livelli Essenziali di Assistenza.

La Regione Basilicata ha attivato tutti e 3 i programmi di screening oncologici, assegnando, a partire dal 2012, come specifici obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, il raggiungimento di tassi di copertura per ciascuno degli screening promossi.

In particolare la Regione Basilicata ha promosso un programma di screening per le donne, denominato "Basilicatadonna" per la prevenzione dei tumori al seno ed all'utero.

Nell'ambito di tale programma la Regione invia una comunicazione ad ogni donna compresa nella fascia di età dello screening, con relativa prenotazione e numero verde per eventuali comunicazioni.

Tutte le donne residenti in Basilicata di età compresa tra i 25 e i 64 anni hanno diritto all'esame gratuito.

Accanto al programma "Basilicatadonna", la Regione Basilicata ha promosso, ai fini della prevenzione dei tumori, un progetto di screening per la individuazione precoce del cancro del colon retto .

Nell'ambito di questo programma tutta la popolazione, di ambo i sessi, tra i 60 e i 70 anni, è invitata a sottoporsi ad un controllo gratuito.

La regione invia a casa di ogni residente una comunicazione contenente le indicazioni per eseguire il suddetto esame, oltre al kit necessario, che deve essere consegnato nei tempi e nei modi suggeriti.

A partire dall'anno 2012 la Regione Basilicata ha posto come obiettivo per le Aziende Sanitarie il raggiungimento di una percentuale target di estensione e di adesione agli screening mammografico e del collo dell'utero.

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

Nello specifico, ai fini del raggiungimento totale dell'obiettivo, la percentuale di estensione fissata per lo screening mammografico è pari al 95%, quella per il raggiungimento parziale è compresa tra l'85% e il 95%, mentre percentuali inferiori all'85% comportano il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Gli ultimi dati disponibili, forniti dal Centro di riferimento per gli screening presso il CROB di Rionero, evidenziano che nel 2012 il numero di donne, con età compresa tra 50 e 69 anni, invitate allo screening mammografico in due anni è stato pari a 22.866, a fronte di una popolazione di donne aventi l'età considerata pari complessivamente a 24.550 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'estensione grezza dello screening mammografico alla popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 93,14%, raggiungendo quasi al 100% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

Per il 2013 e 2014 non si posseggono ancora dati ufficiali.

Con riferimento all'obiettivo inerente la percentuale di adesione allo screening mammografico, il target ottimale fissato dalla regione prevede una percentuale superiore all'80%, per quello parziale la percentuale è compresa tra il 40% e l'80%, mentre percentuali inferiori al 40% comportano il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Gli ultimi dati disponibili forniti dal Centro di riferimento per gli screening presso il CROB di Rionero, evidenziano che nel 2012 il numero di donne che ha partecipato allo screening mammografico è stato pari a 7.525, a fronte di una popolazione di donne invitate pari complessivamente a 13.462 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'adesione grezza allo screening mammografico da parte della popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 56%, raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

Per il 2013 non si posseggono ancora dati ufficiali.

In merito all'obiettivo inerente la percentuale di estensione dello screening della cervice uterina, il target ottimale fissato dalla regione prevede una percentuale superiore al 95%, per quello parziale la percentuale è compresa tra l'85% e il 90%, mentre percentuali inferiori all'85% comportano il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Gli ultimi dati disponibili, forniti dal Centro di riferimento per gli screening presso il CROB di Rionero, evidenziano che nel 2012 il numero di donne, con età compresa tra 25 e 64 anni, invitate allo screening della cervice uterina in due anni è stato pari a 48.463, a fronte di una popolazione di donne aventi l'età considerata pari complessivamente a 56.470 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'estensione grezza dello screening della cervice uterina alla popolazione femminile interessata della ASM è stata pari all'86%, raggiungendo al 50% l'obiettivo definito dalla programmazione regionale.

Per il 2013 non si posseggono ancora dati ufficiali.

Infine, per quanto riguarda l'obiettivo inerente la percentuale di adesione allo screening della cervice uterina, il target ottimale fissato dalla regione prevede una percentuale superiore all'80%, per quello parziale la percentuale è compresa tra il 40% e l'80%, mentre percentuali inferiori al 40% comportano il mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Gli ultimi dati disponibili, forniti dal Centro di riferimento per gli screening presso il CROB di Rionero, evidenziano che nel 2012 il numero di donne che ha partecipato allo screening della cervice uterina è stato pari a 6.106, a fronte di una popolazione di donne invitate pari complessivamente a 30.147 soggetti.

Ne deriva che nel 2012 l'adesione grezza allo screening della cervice uterina da parte della popolazione femminile interessata della ASM è stata pari al 22%, discostandosi significativamente dal raggiungimento del target definito dalla programmazione regionale.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo inerente lo screening mammografico e quello della cervice uterina è ascrivibile al blocco delle attività di screening verificatosi per ragioni esterne all'Azienda. Per molti mesi, infatti, lo screening è stato sospeso a livello regionale. Per il 2013 non si posseggono ancora dati ufficiali.

IL SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Il Servizio Igiene e Sanità pubblica svolge tutte quelle attività che riguardano la prevenzione e il controllo della salute pubblica, quindi di tutti i cittadini che risiedono nel territorio dell'ASM:

- attività vaccinale, effettuata nei Punti Sanità distrettuali, nei confronti di quei soggetti per i quali è obbligatoria o raccomandata (bambini o categorie a rischio) e per quei soggetti che lo richiedono (anziani, viaggiatori, ecc.);
- prevenzione e il controllo delle malattie infettive e cronico-degenerative;
- emissione di certificazioni medico-legali (patenti di guida, porto d'armi, ecc.);
- certificazioni di idoneità delle abitazioni;
- rilascio di pareri su progetti di edilizia produttiva, allevamenti e interventi urbanistici e su apertura e vigilanza di ambulatori, palestre, alberghi, attività di barbiere, parrucchiere ed estetista;
- Medicina fiscale e visite collegiali;
- rilascio di informazioni e consigli comportamentali in materia di Medicina del turismo;
- attività di Polizia mortuaria;
- vigilanza sull'utilizzo di fitofarmaci
- controlli delle piscine pubbliche.

In merito all'area **vaccinale**, la vaccinazione costituisce uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. I benefici che si conseguono con tale pratica si manifestano direttamente sui soggetti vaccinati e, indirettamente, per la protezione indotta, anche ai soggetti non vaccinati.

Per tale ragione la Regione Basilicata ha fissato specifici obiettivi per le Aziende Sanitarie in merito alla copertura delle seguenti tre vaccinazioni:

- vaccino pediatrico esavalente (anti Diftero – Pertosse – polio _ Epatite B e HIB), somministrati entro il 24° mese di vita del bambino
- vaccino per morbillo, parotite e rosolia (MPR) da svolgersi in età pediatrica, non obbligatorio ma raccomandato e previsto dal calendario vaccinale nazionale
- vaccinazione antinfluenzale per la popolazione anziana (over 65 anni d'età).

Nel 2014, l'ASM ha raggiunto pienamente gli obiettivi regionali ai primi 2 vaccini, facendo registrare per il primo vaccino una copertura del 98,12% e per il secondo vaccino una copertura del 90,10%; per il terzo vaccino, invece, la copertura realizzata è stata pari al 50,22%, scostandosi significativamente dal target regionale pari al 75%.

A tal proposito pare opportuno sottolineare, che il mancato raggiungimento di quest'ultimo obiettivo, non si può attribuire a responsabilità aziendali, ma è ascrivibile ad altre ragioni: basti ricordare, infatti, i timori e le reticenze degli anziani a vaccinarsi in seguito alle notizie dei media inerenti la diffusione di vaccini non a norma, il ritiro di alcuni vaccini e le campagne mediatiche spesso non veritiera condotta in quel periodo.

I servizi aziendali, di concerto con i MMG hanno fornito tutto il supporto e l'assistenza richiesta, a fronte di una domanda ridottasi per effetto di fattori e cause esterne.

In generale la copertura delle vaccinazioni obbligatorie è vicina al 100%, alta la copertura dei richiami vaccinali nel sesto anno di vita e nel dodicesimo; sono stati raggiunti gli obiettivi contenuti nel piano nazionale di eliminazione del morbillo; la vaccinazione antipneumococcica nel primo anno di vita viene ormai eseguita routinariamente con coperture simili a quelle dell'esavalente; la copertura vaccinale anti Meningococco C nel bambino (nati nell'anno 2012) è prossima al 90%; nel 2014 è stata avviata la campagna di vaccinazione anti meningite B per i nuovi nati (2014); nel 2014 è infine proseguita la vaccinazione anti HPV come da delibera regionale del 2007.

E' stata informatizzata l'anagrafe vaccinale in ogni comune dell'Azienda sanitaria. Sono stati inseriti tutti i dati relativi a partire dai nati nel 2008 ed i dati relativi alle donne vaccinate contro il Papilloma Virus. Per le categorie a rischio sono stati implementati registri informatici con nominativo di tutti i soggetti di età inferiore ai 65 anni suddivisi per patologia e per medico curante.

In merito all'area dell'**igiene negli ambienti di vita** i relativi interventi sono stati espletati con tempi di attesa non superiori alle due settimane, pur in presenza di un aumento delle richieste sia da parte delle Amministrazioni Pubbliche che da parte dei privati. Tra i principali interventi effettuati in tale area nel 2014:

- sono stati effettuati 359 accertamenti di igienicità, agibilità ed abitabilità degli edifici o di parti di essi,
- sono stati effettuati 241 accertamenti sulle condizioni igieniche dell'abitato urbano e rurale a richiesta di privati (inconvenienti igienico sanitari);
- sono stati rilasciati 134 pareri igienico - sanitari richiesti da autorità ed amministrazioni pubbliche e pareri relativi ai regolamenti comunali di igiene;
- sono stati rilasciati 526 pareri preventivi di carattere igienico-sanitario relativi a: progetti di costruzione ad uso pubblico di scuole, ospedali, locali di pubblico spettacolo, carceri, cimiteri, mattatoi, impianti sportivi, etc., progetti di costruzione di insediamenti produttivi e progetti di coastruzione ad uso abitativo.

Con riferimento all'area della **medicina legale** nel 2014 sono stati confermati: l'assenza di liste di attesa per il rilascio delle certificazioni medico legali correnti, il rispetto dei tempi di attesa, previsto dalla normativa, per il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'handicap ai sensi della Legge 104/92, così come sono state puntualmente osservate le disposizioni derivanti dalle nuove norme in materia di riconoscimento dell'invalidità per patologie neoplastiche. Nello specifico nel corso del 2014 tra i principali interventi realizzati in tale area, sono state effettuate:

- 15.562 accertamenti preventivi d'idoneità (per l'iscrizione nelle liste di collocamento, per la cessione del quinto dello stipendio, per il rilascio porto d'armi, rilascio patente autoveicoli normale, speciale e patente nautica, per il riconoscimento causa di servizio, esenzione cinture, contrassegno disabili etc....),
- 5.945 pratiche inerenti l'invalidità Civile e la L. 104/92,
- 221 adempimenti per l'istruttoria delle istanze della L. 210/92.

Con riferimento all'area della **polizia mortuaria** sono stati realizzati in maniera puntuale 1.869 interventi, nel rigoroso rispetto dei tempi e delle procedure.

Nell'ambito dell'area della **vigilanza** nel 2014 si è registrato un incremento degli esposti e delle segnalazioni per inconvenienti igienici. In questo contesto, la vigilanza sulle attività produttive e sugli ambienti di vita è stata comunque sempre assicurata in occasione di segnalazioni pervenute da Enti Pubblici e privati cittadini; per i rivenditori di prodotti fitosanitari e per i frantoi oleari, la vigilanza è stata effettuata su iniziativa dell'Azienda. Tra i principali interventi realizzati in tale area nel 2014:

- 12 interventi di attuazione dei piani regionali di controllo e vigilanza sui rivenditori di fitofarmaci;
- 87 interventi di attuazione di piani e programmi nazionali e/o regionali di vigilanza e controllo sulle acque di balneazione;
- 9 interventi di vigilanza igienico sanitaria ai lidi;
- 87 interventi di attuazione di piani e programmi nazionali e/o regionali di vigilanza e controllo sulle acque di balneazione;
- 108 interventi di attività di protezione dai rischi dell'amianto di spettanza delle aziende UU.SS.LL. ai sensi della Legge 27 marzo 1992 n. 257 e relativa normativa di attuazione;
- 64 interventi di vigilanza su emissioni in atmosfera;
- 35 interventi di controllo sull'idoneità di locali ed attrezzature per commercio deposito ed utilizzo di sostanze radioattive ed apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti, fatte salve le competenze assegnate ad altre amministrazioni;

- 41 interventi di vigilanza nelle scuole su richiesta istituzioni e privati;
 - 5 interventi di vigilanza e controllo sulle piscine; (campionature acque in collaborazione con l'ARPAB)
 - 38 interventi di vigilanza su estetiste, parrucchieri, barbieri e visagiste;
- Con riferimento alla **medicina fiscale**, a fronte di 4.579 richieste di visite fiscali e ne sono state evase 1.250, pari al 27%.

IL SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)

Il Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione si occupa della prevenzione dell'insorgenza di malattie legate alla salubrità degli alimenti e ad errati stili alimentari. Garantisce la tutela igienico-sanitaria degli alimenti nelle diverse fasi di produzione, preparazione, deposito, trasporto, somministrazione e vendita, con particolare riferimento agli esercizi di dettaglio. Inoltre si occupa della vigilanza delle acque potabili destinate alla popolazione servita da acquedotto o pozzi privati. Persegue inoltre obiettivi di prevenzione riguardo alle malattie per le quali sono stati evidenziati fattori di rischio nutrizionale che impongono la pianificazione di interventi finalizzati a modificare lo stile di vita della collettività, supportati da coerenti iniziative di informazione ed educazione sanitaria. Infine in accordo con i programmi nazionali e regionali effettua interventi di rilevazione epidemiologica dello stato nutrizionale in particolare rivolti alla infanzia.

In particolare, nell'ambito delle attività di verifica preliminare alla realizzazione, attivazione, modifica di attività di produzione, preparazione e confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande con rilascio di relativo parere, nel corso del 2014, sono stati rilasciati 140 pareri igienico sanitari relativi a progetti di realizzazione di attività legate al settore e alle stesse opere successivamente realizzate; sono state istruite 802 richieste di registrazioni di attività legate al settore di cui 373 registrate.

In merito al Controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio dei prodotti alimentari di competenza e bevande, nel corso del 2014 sono stati effettuati 427 sopralluoghi, rilasciati 51 pareri/ex prescrizioni, prelevati 611 campioni.

Il Sistema d'allerta attivato, di volta in volta, a seguito di notifiche regionali e nazionali, ha effettuato interventi sui depositi all'ingrosso, grandi catene di distribuzione e grandi e medie attività commerciali (supermercati e minimarket, ecc.) con il rilascio di 30 provvedimenti.

I programmi coordinati Regionali di controllo a seguito di Decisioni della Comunità Europea attivati nell'anno 2014 sono stati effettuati per la ricerca di:

- residui antiparassitari negli alimenti (programmi LEA e Reg. (CE) 788/2012)
- verifica del rispetto dell'etichettatura sulle acque minerali.

A seguito del controllo ufficiale sono state comminate nell'anno 49 sanzioni, effettuati 6 provvedimenti di chiusure/sospensioni di attività, 5 provvedimenti di revoche di sospensione di attività (riaperture), 6 sequestri/dissequestri e 3 denunce penali alla A.G.

Il Controllo Ufficiale dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia, nel 2014, si è sviluppato nell'ambito di quello Ufficiale con il campionamento di 37 matrici.

Sorveglianza:

Nel corso del 2014 sono pervenute 7 segnalazioni sui casi di infezioni ed intossicazione di origine alimentare a cui è seguita l'attivazione delle procedure del caso.

L'attività di vigilanza in ordine alla tutela delle acque destinate al consumo umano è stata effettuata nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 31/2001 e dalla L. R. 3/99 attraverso:

- il monitoraggio della rete delle acque destinate al consumo umano dei 31 comuni ricadenti nell'ambito territoriale di competenza
- il controllo delle situazioni di pericolo di natura microbiologica e chimica

Nel corso dell'anno sono state effettuate e successivamente valutate e validate 342 relate analisi, rilasciate n. 5 attestazioni di idoneità e adottati 6 provvedimenti.

In merito alle attività di vigilanza e controllo sulle acque minerali, i criteri di vigilanza sono stati gli stessi applicati per il controllo ufficiale con l'esecuzione di 53 campionamenti.

Con riferimento alle attività di vigilanza e controllo sui materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti, i criteri di vigilanza sono stati gli stessi applicati per il controllo ufficiale e sono stati effettuati 32 campionamenti.

Al fine di dare attuazione ai piani regionali di controllo dei residui antiparassitari negli alimenti, nel 2014 sono stati effettuati 144 campionamenti.

Per quanto riguarda la prevenzione delle intossicazioni da funghi, sono state rilasciate dall'Ispettorato micologico 13 certificazioni.

In merito al censimento delle attività legato al settore agroalimentare, sono stati istituiti i seguenti registri:

- attività censite
- attività registrate
- attività vigilate
- attività assoggettate al D. Lgs. 194/2008
- sanzioni
- attività autorizzate ex art. 2 L. 283/62

Rispetto alle attività di informazione ed educazione sanitaria abbinata all'igiene degli alimenti e delle preparazione degli alimenti, l'azione educativa e sensibilizzante sugli operatori del settore nelle stesse sedi di lavoro ha consentito il contatto presso 172 attività.

Con riferimento alle attività di sorveglianza nutrizionale, raccolta dati epidemiologici, consumi ed abitudini alimentari: presso l'U. O. Nutrizione Clinica sono state effettuate 270 visite preventive per il trattamento di soggetti in sovrappeso e per la prevenzione delle complicanze nei soggetti obesi e scrutinati 232 alunni presso le scuole in relazione al progetto OKKIO alla Salute.

Nel 2014 sono stati effettuati interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione di stili alimentari corretti, attraverso programmi svolti in collaborazione con l'U. O. Nutrizione Clinica e Dietetica. Sono stati effettuati 7 interventi presso le scuole e contattati 260 soggetti.

In merito agli interventi per la ristorazione collettiva, sono stati predisposti n. 29 tabelle dietetiche; sono state effettuate n. 4 indagini sulla qualità dei pasti forniti; è stata garantita la partecipazione a n. 2 incontri dell'Osservatorio Mensa Scolastica di Matera.

Nell'ambito delle politiche e delle strategie per la nutrizione, nella Azienda Sanitaria Locale di Matera è attiva presso l'Ospedale Madonna delle Grazie l'U.O.S. **Nutrizione Clinica e Dietetica**, che integra le attività a livello ospedaliero-ambulatoriale – territoriale e domiciliare e che connette in modo organico l'area di nutrizione clinica con le altre aree del sistema sanitario. La mission della struttura è quella di garantire ad ogni paziente un intervento adeguato dal punto di vista nutrizionale, finalizzato al mantenimento o al raggiungimento di un adeguato stato di nutrizione attraverso interventi preventivi, diagnostici, terapeutici. In carenza di precoci interventi nutrizionali diagnostico-terapeutici lo stato nutrizionale viene gravemente compromesso in corso di malattie di entità clinica rilevante e la qualità della nutrizione influenza l'andamento, l'incidenza delle complicanze, la prognosi della malattia di base, allunga i tempi di degenza ed aumenta la spesa sanitaria.

IL SERVIZIO MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO

Il Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro tutela la salute, la sicurezza ed il benessere nei luoghi di lavoro attraverso attività di vigilanza, di assistenza e di promozione della salute allo scopo di contribuire alla prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro. Opera in rete con le Istituzioni che si occupano, con varie competenze, della vigilanza negli ambienti di lavoro, Tribunale, aziende pubbliche e private, Comuni, la Provincia, la Regione, le Scuole, etc.

Gli interventi di vigilanza sulle misure di prevenzione (tecniche e gestionali), adottate dalle aziende per la salute e la sicurezza dei lavoratori, sono pianificati, nell'ambito di indirizzi nazionali e regionali, secondo priorità di rischio di infortunio grave e mortale e di malattia professionale. In

caso di situazioni di rischio, alle aziende vengono rilasciati verbali sulle misure di prevenzione da adottare con successiva verifica di adempimento, elevate contravvenzioni e possono essere eseguiti sequestri e sospensioni dell'attività.

Nel 2014 sono state espletate Indagini di Epidemiologia Occupazionale avvalendosi delle denunce di malattie professionali, delle segnalazioni di infortuni sul lavoro pervenute all'U.O. e della piattaforma dei Nuovi Flussi Informativi INAIL-Regioni.

E' stata poi predisposta la Mappatura dei Fattori di Rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori e conseguentemente state definite le priorità dei controlli da effettuare nei vari comparti privilegiando i settori a maggior rischio.

Sono stati eseguiti i controlli finalizzati alla verifica dell'applicazione della normativa vigente in materia di prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro: su 5.066 imprese attive presenti sul territorio della ASM, ne sono state controllate 325, pari al 6,41%, discostandosi dal target del 10%, fissato come obiettivo regionale. Sono state accertate diverse violazioni, impartite le relative prescrizioni o sanzioni amministrative e successivamente si è provveduto ad effettuare puntualmente il sopralluogo finalizzato alla verifica dell'ottemperanza alle prescrizioni impartite.

E' stata espletata la vigilanza sulle ditte appartenenti al settore delle Industrie Estrattive di seconda categoria.

Sono stati effettuati i controlli sulla gestione del Registro degli Esposti a particolari rischi la cui tenuta è prevista da norme specifiche.

Sono state esaminate 1.004 Notifiche Preliminari inviate dalle ditte edili ai sensi dell'art. 99 del D.Lgs n. 81/'08 con il rilascio dei Nulla Osta richiesti dalle ditte bonificatrici ai sensi dell'art. 256 del D.Lgs. n. 81/'08 relativi ai Piani dei Lavori di Bonifica dei beni contenenti Amianto. È stata espletata la relativa vigilanza, in una significativa percentuale di casi, sulla corretta osservanza di quanto previsto nei predetti Piani dei Lavori sottoposti all'esame dell'U.O. interessata.

Nel corso del 2014, il personale tecnico e medico interessato ha compiuto 15 interventi a seguito di Segnalazioni o Esposti dei RLS aziendali per inosservanze, reali o presunte, da parte dei datori di lavoro della normativa vigente in materia di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro.

In particolare i Dirigenti Medici hanno effettuato i controlli sugli adempimenti agli obblighi di legge da parte del Medico Competente aziendale di 109 ditte in tutti i settori di attività lavorativa secondo un programma di priorità. (Protocolli sanitari valutati: n. 79; Cartelle sanitarie esaminate: n. 368; Documenti Valutazione Rischio esaminati: n. 83; Relazioni di sopralluogo visionate: n. 109; Relazioni sui risultati anonimi collettivi relativi alla sorveglianza sanitaria: n. 71).

Sono stati esaminati 4 Ricorsi, ex art. 41 del D.L.vo n. 81-'08, dei lavoratori e dei datori di lavoro avverso il Giudizio di Idoneità alle mansioni specifiche espresso dai Medici Competenti delle aziende.

Si è provveduto ad espletare 19 Indagini disposte dall'Autorità Giudiziaria per l'accertamento delle cause e delle responsabilità riguardanti casi di malattie professionali e di infortuni sul lavoro.

Si è provveduto a rilasciare 21 Pareri Preventivi sui Progetti per la realizzazione di Nuovi Insediamenti Produttivi ed a rilasciare Autorizzazioni in Deroga ex Art. 65 e ex Punto 1.2.4 dell'Allegato IV al D.Lgs. n. 81/'08 8 (Locali Interrati e locali di Altezza inferiore a 3 m.).

Sono stati rilasciati, ove richiesto, 14 Certificati di Restituibilità di ambienti confinati bonificati da amianto per il loro riutilizzo.

Il personale è stato impegnato, in qualità di Testimone, in 17 Udienze dei processi penali a carico dei presunti responsabili di violazioni di norme di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro che hanno avuto come conseguenza lesioni personali colpose a danno dei lavoratori.

E' stata svolta l'Istruttoria preliminare per i lavori della Commissione Tecnica Aziendale ex L.R. 28/2000, effettuando 11 sopralluoghi.

E' stata svolta l'Attività di Controllo, in collaborazione con il SPPILL, sulle dichiarazioni di conformità degli impianti elettrici inviate dai Datori di Lavoro al SPPILL con conseguente invio di verbali di diffida ai Datori di Lavoro ad adeguarle alla normativa vigente.

Si è preso parte ai lavori della Commissione Tecnica Provinciale per le Sostanze Esplosive (ex Art. 27 del DPR n. 302/'56) operante presso la Prefettura di Matera.

Il personale Tecnico ha preso parte ai lavori della Commissione d'Esame per il rilascio dell'Autorizzazione all'acquisto dei Prodotti Fitosanitari molto tossici, tossici e nocivi.

Si è preso parte ai lavori dell'Osservatorio Provinciale Permanente sulla Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e delle Malattie Professionali istituito presso la Prefettura di Matera (n. 18 riunioni presso la Prefettura e la Questura; n. 7 interventi formativi nelle scuole tecniche e n. 4 Seminari).

E' stata svolta l'attività di Vigilanza Congiunta con la Direzione Territoriale del Lavoro nel settore del mobile imbottito ed anche, in minor parte, nel settore dell'agricoltura.

Si è proceduto puntualmente come da dettami normativi a fornire Informazioni agli Organismi Paritetici ai sensi dell'art. 99, Comma 3 del D.L.vo n. 81/'08;

Si è partecipato al Progetto Nazionale INAIL-Regioni "Indagine integrata per l'approfondimento dei casi di infortunio mortale e grave".

Si è partecipato al Progetto Nazionale INAIL-Regioni "Gestione del Sistema Informativo per le malattie professionali denominato MAL-PROF".

E' stata svolta l'attività di collaborazione con il Centro Operativo Regionale del Registro Nazionale dei Mesoteliomi mediante la segnalazione dei casi di cui si è venuti in vario modo a conoscenza.

Sono state fornite alla Regione, alla Provincia, all'INAIL e ad altri Enti pubblici le Informazioni da questi ritenute necessarie per il Controllo della Veridicità delle Autodichiarazioni rese dal Rappresentante Legale delle Ditte che beneficiano di contributi elargiti dai predetti Enti e riservati a quelle imprese cosiddette "virtuose" in materia di tutela del lavoro.

E' stata svolta attività di Informazione ed Assistenza ai datori di lavoro, dirigenti, preposti, professionisti della sicurezza, rappresentanti dei lavoratori (RLS) ed ai lavoratori in materia di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro tramite lo Sportello Informativo attivo già da diversi anni.

IL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE IMPIANTISTICA NEI LUOGHI DI LAVORO (SPILL)

Lo SPILL, così come previsto dalla L.R. 3/99, si occupa prevalentemente del controllo e delle verifiche periodiche di legge di apparecchi ed impianti (ascensori e montacarichi, impianti per la protezione contro le scariche atmosferiche, impianti di messa a terra, apparecchi di sollevamento, recipienti a pressione, generatori di vapore, impianti di riscaldamento e frigoriferi ed altri impianti), della vidimazione dei registri infortuni, del rilascio dei libretti di tirocinio per esami di abilitazione alla conduzione dei generatori di vapore, dei pareri preventivi richiesti dai Comuni sui progetti relativi ad attività produttive al fine di verificarne la compatibilità con le esigenze di sicurezza dei lavoratori, nonché del rilascio delle autorizzazioni sanitarie di strutture sanitarie pubbliche e private.

Lo SPILL opera in stretta sinergia con i Servizi di Medicina del Lavoro e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro soprattutto nelle verifiche di impianti elettrici e di sollevamento nei cantieri edili.

Nel corso del 2014 sono state evase al 100%, nei modi e nei tempi preventivati, tutte le richieste di verifiche di impianti ed apparecchi pervenute, relative ad impianti elettrici (n. 367), recipienti a pressione (n. 211), apparecchi di sollevamento (n. 148), impianti ascensori e montacarichi (n. 69), impianti di riscaldamento (n. 15).

Nel corso del 2014 sono stati vidimati n. 387 registri infortuni, sono stati rilasciati n° 4 Libretti per conduttori, sono stati rilasciati 5 pareri preventivi richiesti dai Comuni su progetti relativi ad attività produttive, al fine di verificare la compatibilità dei medesimi con le esigenze di sicurezza dei lavoratori, evadendo il 100% delle richieste pervenute.

Tutte le attività di Educazione Sanitaria intraprese nel corso del 2014 hanno perseguito obiettivi di miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro.

Al fine di rispondere in maniera veloce ed esaustiva a tutte le problematiche poste abbiamo, è stato creato un apposito spazio sul sito web aziendale dove l'utente può trovare norme ma soprattutto risposte e modulistica dedicata.

IL SERVIZIO VETERINARIO – SANITA' ANIMALE – AREA A

Il Servizio veterinario Sanita Animale si occupa prevalentemente di:

- Profilassi, prevenzione, controllo, eradicazione delle malattie infettive e diffusive degli animali;
- Tutela della sanità del bestiame negli allevamenti;
- Prevenzione delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo (zoonosi);
- Tutela della salute pubblica.

La realizzazione delle suddette attività avviene mediante l'esecuzione sistematica e precisa dei Piani di Risanamento dello Stato che sono finalizzati al controllo ed all'eradicazione di alcune malattie infettive e diffusive degli animali, nonché delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo (Zoonosi).

I Piani di Risanamento e di Profilassi dello Stato hanno, quindi, le finalità di tutelare il patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffusive del bestiame e di tutelare la sanità del bestiame, nonché la sanità pubblica, attraverso il controllo delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, ottimizzando, nello stesso tempo, le produzioni zootecniche.

L'esecuzione sistematica dei suddetti piani, consente il controllo di importanti malattie del bestiame, come la Tubercolosi Bovina e Bufalina, la Leucosi Bovina Enzootica, la Brucellosi Bovina e Bufalina e ovicaprina e la Malattia Vescicolare dei Suini, alcune delle quali trasmissibili anche all'uomo.

Con riferimento alle attività relative al risanamento della **Tubercolosi Bovina/Bufalina** gli allevamenti di questa Azienda sono n. 589 e ne sono stati controllati n. 567 (allevamenti che rientrano nel programma), mentre il patrimonio zootecnico è di n. 25.426 capi e ne sono stati controllati n. 23.776 (capi che rientrano nel programma) con risultato negativo. Si evince, quindi, che l'andamento della malattia è sotto controllo non avendo registrato alcun caso positivo e questo fa ben sperare nel mantenimento di tale status sanitario anche in futuro, per contribuire, a livello regionale, alla sua completa eradicazione.

Il controllo della malattia si realizza, non solo attraverso l'esecuzione delle prove intradermiche e delle visite cliniche, ma anche attraverso la vigilanza permanente sulla movimentazione degli animali in compravendita e in transumanza.

Con riferimento alle attività relative al risanamento della **Leucosi Bovina Enzootica**, gli allevamenti di questa Azienda sono n. 589 e ne sono stati controllati n. 567 (allevamenti che rientrano nel programma), mentre il patrimonio zootecnico è di n. 22.950 capi e ne sono stati controllati n. 20.148 (capi che rientrano nel programma) con risultato negativo. Si evince, quindi, che l'andamento della malattia è sotto controllo non avendo registrato alcun caso positivo.

Per quanto riguarda la LEB non sono stati segnalati, da diversi anni, casi di positività sia nei bovini che nei bufalini. Pertanto, si propone alla Regione di adottare tutte le procedure necessarie per dichiarare la Provincia di Matera Indenne dalla LEB.

Con riferimento alle attività relative al risanamento della **Brucellosi Bovina e Bufalina**, gli allevamenti di questa Azienda sono n. 589 e ne sono stati controllati n. 567 (allevamenti che rientrano nel programma), mentre il patrimonio zootecnico è di n. 22.950 capi e ne sono stati controllati n. 20.148 (capi che rientrano nel programma).

Gli allevamenti risultati positivi sono solo quelli bovini e sono in numero di 8, mentre i capi positivi sono stati n. 38. I nuovi focolai sono stati 5, mentre i vecchi sono stati 3. Comunque nel corso del 2014 sono stati estinti 4 focolai e ne sono rimasti attivi 4. Gli allevamenti bufalini, invece, da vari anni non registrano positività sierologiche.

Per quanto riguarda la Brucellosi bovina c'è da evidenziare che le positività sierologiche riguardano quasi esclusivamente l'alta collina materana, territorio dove si pratica l'allevamento brado e semi-brado e che confina con territori dell'ASP di Potenza e quando la malattia entra in allevamenti di questa tipologia è molto difficile da eradicare, nonostante la tempestività e l'efficacia degli interventi di vigilanza e controllo che questa U.O. esercita sugli allevamenti di competenza.

Con riferimento alle attività relative al risanamento della **Brucellosi Ovicaprina**, gli allevamenti di questa Azienda sono n. 1.199 e ne sono stati controllati n. 1.047 (allevamenti che rientrano nel programma), mentre il patrimonio zootecnico è di n. 60.740 capi e ne sono stati controllati n. 40.925 (capi che rientrano nel programma) con risultato negativo.

Con riferimento alle attività relative al risanamento della **Malattia Vescicolare del Suino (MVS)**, gli allevamenti di questa Azienda sono n. 216 e ne sono stati controllati n. 91 (allevamenti che rientrano nel programma), mentre il patrimonio zootecnico è di n. 15.467 capi e ne sono stati controllati n. 3.686 (capi che rientrano nel programma) con risultato negativo.

Fino ad oggi, non ci sono stati focolai di MVS, a dimostrazione dell'efficacia dell'attività di sorveglianza che viene attuata in tutte le aziende.

Questi risultati confermano che lo stato di accreditamento per MVS di cui gode la Regione Basilicata è stato mantenuto anche per il 2014.

SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE, TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI – AREA B

Il Servizio Veterinario di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, esercita la vigilanza, ispezione e controllo delle carni, dei prodotti ittici, dei prodotti di origine animale e dei rispettivi derivati (anche ai fini delle registrazioni e dei riconoscimenti) nelle fasi di produzione, trasformazione, deposito, trasporto, distribuzione e commercializzazione. Inoltre:

- ricerca residui indesiderati negli alimenti di origine animale
- esegue controlli e valutazioni di piani di autocontrollo aziendale;
- predispone istruttorie autorizzative e formula pareri, anche per strutture soggette alla normativa CE, per la preparazione di alimenti di origine animale;
- formula pareri richiesti dai privati, per le materie di competenza;
- effettua indagini epidemiologiche e rilevazione di rischi sanitari conseguenti a segnalazioni, svolgestudi, ricerche o applicazione di protocolli operativi anche in collaborazione con gli altri servizi del dipartimento;
- realizza programmi di educazione sanitaria rivolta ad operatori e utenti;
- svolge interventi sanitari diretti alla tutela della salute del consumatore con finalità precauzionali e preventivi sui rischi di patologie di origine alimentare o a seguito di allerta sanitaria.

SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECHNICHE - AREA C

Il Servizio si occupa principalmente delle seguenti attività:

- gestione dell'anagrafe canina/felina e randagismo
- controllo dell'alimentazione animale;
- farmaco sorveglianza veterinaria
- controllo della produzione del latte in allevamento;
- benessere animale durante il trasporto ed in allevamento

La **gestione dell'anagrafe canina e felina** si è esplicata attraverso:

- iscrizione dei cani di proprietà e dei cani randagi all'Anagrafe Canina;
- implementazione della Banca Dati Canina mediante inserimento degli iscritti, dei trasferiti, delle morti, delle cessioni e degli affidamenti degli animali;
- controllo sanitario dei canili sanitari e dei rifugi in ossequio alla L.R. n. 6/93; affidamento, sterilizzazioni, vaccinazioni, terapie, accertamento delle morti e relativo smaltimento delle carcasse.

La suddetta attività risulta essere di grande impatto sociale ed implica l'impegno di risorse professionali importanti in relazione al fenomeno del randagismo canino che comporta spesso

pericoli per l'incolumità pubblica. Le richieste di aggiornamento della Banca dati regionale canina le sono state soddisfatte al 100%.

Il **controllo dell'alimentazione animale** è finalizzato a rendere le produzioni zootecniche da un punto di vista sanitario ineccepibili e da un punto di vista igienico accettabili.

Tale obiettivo viene realizzato attraverso l'attuazione di:

- piano regionale residuo (PRR)
- piano regionale alimentazione animale (PRAA)

Per le suddette attività il numero dei campioni viene individuato dalla Regione Basilicata - Ufficio Veterinario, mentre le aziende zootecniche vengono individuate dall'Azienda mediante una valutazione del rischio, effettuando di conseguenza:

- campioni casuali non mirati
- campioni mirati
- campioni su sospetto.

Almeno un sopralluogo all'anno viene anche effettuato almeno del 50% delle rivendite di mangimi, mentre nelle Aziende Zootecniche registrate ai sensi del Reg. (CE) n. 183/2005, vengono effettuati controlli almeno sul 5% delle aziende presenti.

I campionamenti previsti sia dal Piano Regionale Residuo (PRR) che dal Piano Regionale Alimentazione Animale (PRAA) nonché le notifiche di allerta in attuazione del RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), sono stati soddisfatti al 100%.

Con riferimento alla farmaco **sorveglianza veterinaria**, i registri aziendali dei trattamenti farmacologici sono stati controllati, apponendo data e firma da parte del Dirigente Veterinario competente, così come previsto per legge.

Inoltre, sono state controllate, per la regolarità:

- tutte le copie delle ricette veterinarie pervenute nei vari uffici veterinari distrettuali;
- la detenzione dei farmaci veterinari negli ambulatori veterinari;
- la detenzione dei farmaci veterinari, come scorta da parte dei libero professionisti;
- la detenzione dei farmaci veterinari negli impianti di allevamento e custodia di animali.

Tutti i controlli previsti dalla normativa vigente anche in materia di valutazione del rischio in farmaco – sorveglianza sono stati soddisfatti al 100%.

In merito al controllo della **produzione del latte in allevamento**, tutte le aziende "Registrate" ai sensi della normativa vigente, vengono monitorate mediante campionamenti ufficiali di latte, a campione, per la verifica dei parametri igienico – sanitari: cellule somatiche, cellule batteriche, indice crioscopico, proteine, grasso, inibenti, secondo un "Piano" predisposto dagli uffici di quest'Azienda, in assenza di un Piano Regionale del Latte.

Tutte le aziende sono sottoposte ad almeno un controllo all'anno per la verifica del mantenimento dei requisiti igienico – strutturali, nonché il controllo:

- dell'alimentazione degli animali
- della sanità animale
- dell'igiene della mungitura
- della gestione dei medicinali veterinari

Con riferimento al **benessere animale durante il trasporto ed in allevamento**, oltre il controllo e la tutela degli animali nelle fasi di allevamento e di trasporto, rientra in questa attività anche la tutela degli animali famigliari o pet (cani e gatti) sia randagi che di proprietà.

L'impegno di quest'Azienda relativamente alla problematica del randagismo è stato notevole, in quanto tale attività si esplica anche mediante terapie delle varie patologie che i cani ed i gatti randagi presentano al momento della cattura.

Sono stati effettuati il 100% dei controlli previsti dal Piano in allevamento e durante il trasporto.

3.2. GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI

3.2.1. GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

Il sistema degli obiettivi di salute e di programmazione economico – finanziaria assegnati dalla Regione Basilicata alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale con D.G.R. n. 452/2014 ripropone lo stesso impianto già avviato con la D.G.R. 298/2012, sia sotto il profilo strutturale che sotto quello delle logiche sottostanti, che recepisce i cambiamenti nel frattempo intervenuti a livello normativo oltre che nell'ambito dei sistemi di valutazione delle performance delle strutture sanitarie.

Il sistema degli obiettivi assegnati alle Aziende del SSR lucano per l'anno 2014 afferisce a 5 principali aree di risultato:

- Tutela della salute – *peso 20*
- Performance organizzative e cliniche aziendali – *peso 40*
- Gestione economico – finanziaria – *peso 10*
- Conseguimento di obiettivi strategici regionali – *peso 20*
- Obiettivi di empowerment – *peso 20*

ed è articolato in 16 obiettivi per le Aziende Sanitarie Territoriali.

A ciascuna area è assegnato un peso per un totale complessivo dei pesi delle aree pari a 100.

Ciascuna area si articola in obiettivi specifici, per un totale di 16 obiettivi, e ciascun obiettivo è misurato da uno o più indicatori, per un totale di 43 indicatori.

A ciascun obiettivo è assegnato un peso nell'ambito dell'area di afferenza, tale che il totale dei pesi coincide con il peso della stessa area, mentre al singolo indicatore è assegnata una percentuale nell'ambito dell'obiettivo cui afferisce, tale che il totale delle percentuali degli indicatori facenti parte dello stesso obiettivo è pari a 100.

Gli indicatori hanno natura sintetica e prevedono un range di valori pari a 0% - 50% - 100%, che misurano il raggiungimento dell'obiettivo considerato.

Pertanto in base al valore misurato da ciascun indicatore (0% - 50% - 100%) si calcola il punteggio dei vari obiettivi e, successivamente delle varie aree di risultato, ottenendo un valore finale, misurato in centesimi, che esprime la performance complessiva realizzata dall'Azienda.

Al raggiungimento degli obiettivi aziendali, è collegata la retribuzione di risultato dei Direttori Generali, prevista nella misura massima del 20% della retribuzione di base stabilita.

Alcuni degli indicatori non sono attualmente misurabili da parte dell'Azienda, in quanto non si dispone di tutte le informazioni necessarie per il calcolo (ad es. il numero di ricoveri di mobilità passiva che concorre a determinare il valore del tasso di ospedalizzazione sia a livello complessivo, sia per le patologie specifiche quali lo scompenso cardiaco, il diabete e la BPCO), e comunque la misurazione definitiva dei risultati raggiunti è effettuata dalla Regione Basilicata.

Ad ogni buon conto si fornisce di seguito lo schema sintetico degli obiettivi assegnati per il 2014 all'ASM, con l'indicazione, laddove possibile, del risultato raggiunto e del conseguente punteggio ottenuto.



OBIETTIVI AZIENDALI								
AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATO 2014	PUNTI 2014	NOTE
			0%	50%	100%			
TUTELA DELLA SALUTE - <i>peso 20</i>								
Prevenzione primaria <i>peso 5</i>	1	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	< 90	da 90 a 95	> 95	98,12	1	
	2	Copertura vaccinale MPR nella pop. bersaglio	< 80	da 80 a 90	> 90	90,1	1	
	3	Copertura vaccinale antinflunzale over 64 anni	< 65	da 65 a 75	> 75	50,22	0	
Prevenzione secondaria <i>peso 5</i>	4	Estensione screening mammografico	< 80	da 80 a 95	> 95	93,14	0,5	Dato 2012
	5	Adesione screening mammografico	< 40	da 40 a 80	> 80	55,90	0,75	Dato 2012
	6	Estensione screening cervice uterina	< 80	da 80 a 95	> 95	86	0,5	Dato 2012
	7	Adesione screening cervice uterina	< 30	da 30 a 60	> 60	22	0	Dato 2012
Sicurezza ambienti di lavoro <i>peso 5</i>	8	Imprese attive sul territorio controllate	< 5	da 5 a 10	> 10	6,41	2,5	
Sanità veterinaria <i>peso 5</i>	9	% di allevamenti controllati per TBC bovina	< 95	da 95 a 99	> 99	100	1,3	
	10	% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina	< 95	da 95 a 99	> 99	100	1,3	
	11	% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina	< 3	da 3 a 5	> 5	4,62	0,625	
	12	% di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	< 90	da 90 a 99	> 99	100	1,3	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI - <i>peso 40</i>								
Appropriatezza organizzativa <i>peso 10</i>	13	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti stand. per età e sesso	> 120	da 105 a 120	< 105	104,24	1,5	Dato 2013



	14	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	> 30	da 20 a 30	< 20	32,8	0	
	15	DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in Day Surgery	< 50	da 50 a 65	> 65	40,57	0	
	16	% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	> 30	da 10 a 30	< 10	8,42	2	
	17	% di ricoveri ordinari medici brevi	> 28	da 12 a 28	< 12	14,42	0,75	
	18	Recupero della mobilità passiva ospedaliera	< 10	da 10 a 20	> 20	17	0,5	
	19	Miglioramento del saldo di mobilità	< 0,58	da 0,58 a 0,62	> 0,62	0,33	0	
Appropriatezza clinica peso 10	20	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	< 45	da 45 a 60	> 60	45,5	2,5	
	21	Proporzione di parti con taglio cesareo	> 35	da 25 a 35	< 25	36	0	
Efficacia assistenziale territoriale peso 20	22	Tasso di ospedalizzazione per scompenso X 100.000 residenti (50 -74 anni)	> 350	da 200 a 350	< 180	269,65	1,5	Dato 2013
	23	Tasso di ospedalizzazione per diabete X 100.000 residenti (20 -74 anni)	> 42	da 21 a 42	< 21	30,46	1,5	Dato 2013
	24	Tasso di ospedalizzazione per diabete X 100.000 residenti (20 -74 anni)	> 125	da 50 a 125	< 50	64,04	1	Dato 2013
	25	% anziani in cura domiciliare	< 3,5	da 3,5 a 5,5	> 5,5	5,74	3	
	26	Consumo di inibitori di pompa protonica	> 27	da 21 a 27	< 21	38,77	0	
	27	% di abbandono di pazienti in terapie con statine	> 15	da 8 a 15	< 8	6,72	2	
	28	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina	> 35	da 30 a 35	< 30	49,54	0	
	29	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	> 31	da 27 a 31	< 27	16,73	1	
	30	Consumo di farmaci antibiotici	> 24	da 20 a 24	< 20	26,3	0	

OBIETTIVI AZIENDALI								
AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATO 2014	PUNTI 2014	NOTE
			0%	50%	100%			
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA - peso 10								
Efficienza prescrittiva farmaceutica peso 5	31	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	> 11,35		< = 11,35	13,13	0	
	32	Spesa farmaceutica territoriale pro capite	> 200	da 188 a 200	< 188	218,82	0	
Razionalizzazione delle risorse economico finanziarie peso 5	33	Riduzione dei tempi di pagamento	> 80	da 60 a 80	< 60	16,42	2,5	
	34	Investimenti ex art. 20	NO		SI	verifica in capo alla regione		
OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI - peso 20								
Utilizzo dei flussi informativi peso 4	35	Flussi informativi in maniera tempestiva e completa A	NO		SI	SI	3,2	
	36	Flussi informativi in maniera tempestiva e completa B	NO		SI	SI	0,8	
Revisione contabile peso 4	37	Revisione del bilancio	Opinion negativa	Opinion con limitazioni	Opinion positiva	Opinion positiva	4	
Controllo cartelle cliniche peso 4	38	Valutazione appropriatezza Cartelle Cliniche	NO		SI	SI	4	
Rischio Clinico e Sicurezza del paziente peso 4	39	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	NO		SI	SI	2	
	40	Relazione annuale su stato di attuazione del Piano aziendale	NO		SI	SI	2	
Strategie controllo dolore peso 4	41	Consumo di farmaci oppiacei	< 1	da 1 a 1,6	> 1,6	0,54	0	
EMPOWERMENT - peso 10								
Clima aziendale peso 3	42	Adesione all'indagine di clima interno	< 35	da 35 a 45	> 35	14	0	
Tempi di attesa peso 7	43	Monitoraggio tempi attesa di prestazioni entro soglia	< 80	da 80 a 90	> 90	65	0	

Dal 2012 la Regione Basilicata aderisce al progetto "Network Regioni" il cui obiettivo è di fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario attraverso il confronto di un set di indicatori condivisi. Tale sistema che coinvolge, oltre alla Basilicata, il Veneto, la Toscana, la

Liguria, il Piemonte, l'Umbria, la P.A. di Trento, la P.A. di Bolzano e Marche è stato progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che cura l'elaborazione degli indicatori e dei report annuali.

Attraverso un processo di condivisione inter-regionale si è arrivati alla definizione di 130 indicatori (80 di valutazione e 50 di osservazione) volti a descrivere e confrontare, tramite processo di benchmarking, vari aspetti o "dimensioni" della performance del sistema sanitario. Tali indicatori sono stati raggruppati, tramite una struttura "ad albero", ad indicatori di sintesi.

Si riportano di seguito i risultati relativi all'anno 2013, gli ultimi disponibili, elaborati dall'Istituto Sant'Anna e pubblicati sul sito web.

In particolare, nel grafico successivo, che assume la forma del "bersaglio", sono rappresentati sinteticamente tutti gli indicatori rilevati nel 2013, che evidenziano i risultati di performance raggiunti dall'ASM di Matera in quell'anno, con il relativo posizionamento nell'ambito delle varie fasce di performance individuate.

In particolare:

- la fascia verde (punti 4 – 5) rappresenta una performance ottima (punto di forza)
- la fascia verdino (punti 3 – 4) rappresenta una performance buona
- la fascia gialla (punti 2 – 3) rappresenta una performance media
- la fascia arancione (punti 1 – 2) rappresenta una performance scarsa
- la fascia rossa (punti 0 – 1) rappresenta una performance molto scarsa (punto di debolezza)

Lo schema di bersaglio viene utilizzato al fine di offrire un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dall'Azienda su tutte le dimensioni del sistema e di identificare immediatamente i punti di forza e di debolezza.

Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio, identificando le migliori performance dell'Azienda, quelli con performance più scadente si trovano, invece, sulla fascia rossa più esterna, corrispondente alle criticità aziendali.

Nel 2013 l'ASM di Matera presenta 3 indicatori nella fascia verde scuro, 7 nella fascia verde chiaro, 9 nella fascia gialla, 7 nella fascia arancione e 5 nella fascia rossa.

Nello specifico l'ASM presenta un'ottima performance riguardo alla mortalità per tumori, alla mortalità per patologie cardiocircolatorie e per suicidi, mentre presenta una performance media per la mortalità per suicidi. Una buona performance si registra anche con riferimento alla speranza di vita; gli stili di vita, pur collocandosi in una fascia di performance media, meritano attenzione, con particolare riguardo rispetto alla sensibilizzazione da parte dei medici di base sulla popolazione, relativamente all'attività fisica e alla situazione nutrizionale.

Si registra una buona performance nella copertura vaccinale, mentre il controllo del dolore costituisce un punto di debolezza, con una scarsa attenzione alla prescrizione di farmaci oppioidi. Sul versante ospedaliero il governo della domanda evidenzia una performance abbastanza buona, con il contenimento del tasso di ospedalizzazione ed il miglioramento dell'appropriatezza medica, che tuttavia rimane ancora lontana dalla performance ottimale.

Molto scarsa è risultata la performance nell'ambito dell'appropriatezza chirurgica, mentre molto buona è la performance della chirurgia elettiva, in cui sono contenuti sia gli interventi di tonsillectomia che di stripping di vene; si è evidenziata, inoltre, una performance scarsa con riferimento all'efficienza pre-operatoria.

Nella media la performance relativa alla qualità clinica.

Rimane scarsa la valutazione della performance del materno infantile.

Molto buoni i risultati dell'integrazione ospedale territorio e nella media quelli dell'efficacia assistenziale delle malattie croniche, con un'attenzione particolarmente incisiva nella gestione del diabete e della BPCO.

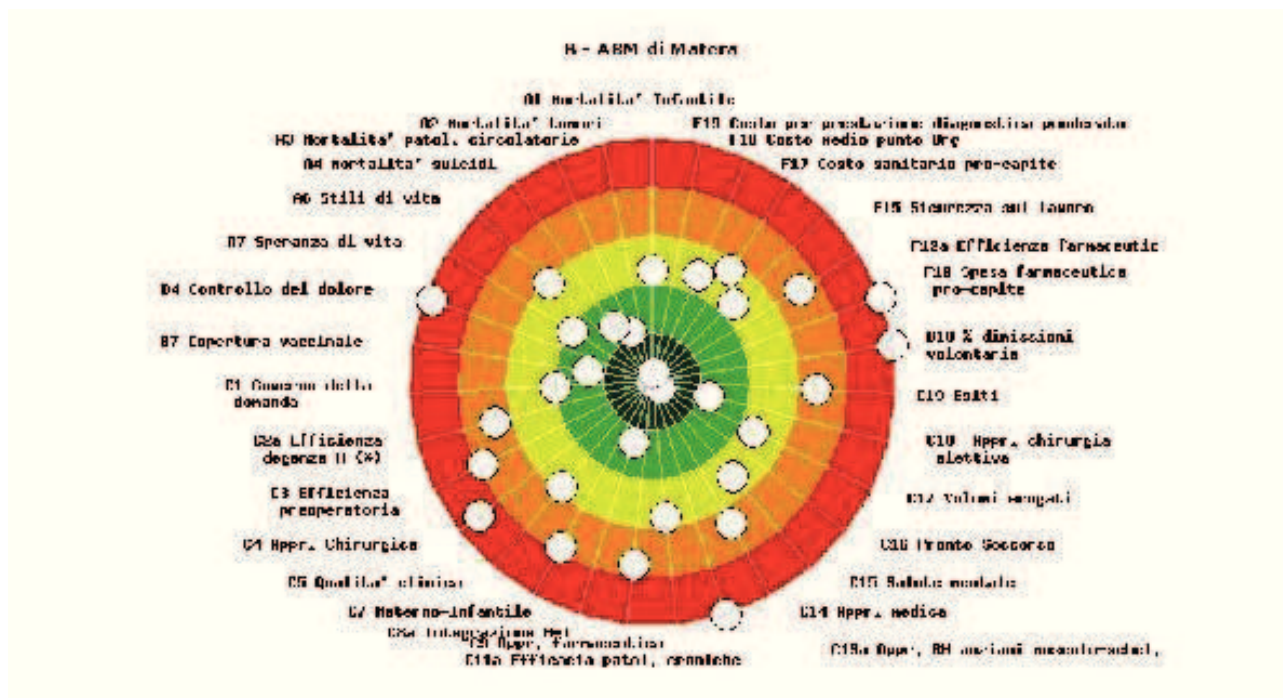
Nella media è risultata la performance relativa al consumo di risonanze magnetiche muscolo – scheletriche per anziani, ritenute potenzialmente inappropriate.

Ottima è risultata la performance relativa alla gestione del Pronto Soccorso, mentre molto critiche sono risultate le dimissioni volontarie.

Nell'ottica economico finanziaria l'ASM ha fatto registrare ottime performance con riguardo al costo delle prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini ed un buon risultato anche in termini di costo sanitario pro – capite. Nella media il costo medio per punto DRG.

Nella media anche la performance relativa alla sicurezza sul lavoro.

Maggiore attenzione va dedicata alla gestione dell'assistenza farmaceutica, dove l'appropriatezza e l'efficienza prescrittiva sono risultate scarse, producendo una spesa farmaceutica territoriale molto elevata.



3.2.2. LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI SALUTE

La misurazione degli esiti di salute costituisce un importante strumento, da una parte, per monitorare lo stato di salute della popolazione, dall'altro, per valutare gli effetti delle azioni e delle strategie poste in essere dalle Aziende in termini di benefici assistenziali prodotti sui cittadini.



Il lavoro più importante condotto in Italia in tale direzione è il **Piano Nazionale Esiti (PNE)**, sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute, che ormai da alcuni anni costituisce un appuntamento istituzionale annuale fisso del SSN. Nello specifico nel PNE sono calcolati in maniera molto accurata gli esiti di una serie di interventi, consentendo un confronto con la quasi totalità delle strutture eroganti nel nostro Paese. Per tale motivo il Programma Nazionale Esiti diventa uno strumento operativo a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori, per valutare le proprie performance e

confrontarle con quelle di altre aziende o altre regioni, in critica, finalizzata al miglioramento delle performance.

Molti degli indicatori valutati nel PNE sono stati ricompresi nel programma regionale degli obiettivi assegnati alle Aziende, con il quale si integra.

Oggetto di valutazione non è solo l'assistenza ospedaliera, ma sono fornite una serie di indicazioni utili, seppure indirette, sulla qualità dell'assistenza territoriale.

Il PNE non ha lo scopo di fornire graduatorie, pagelle o giudizi, né a livello regionale, né a livello aziendale, né per singola struttura; ogni indicatore di esito misura caratteristiche diverse del processo assistenziale ed ha peso diverso in termini di rilevanza del problema e di impatto sulla salute, in tal senso non è possibile costruire indicatori sintetici che riassumano in un'unica misura o giudizio la qualità di un sistema regionale o di un'azienda o di un ospedale.

Gli indicatori di esito riguardano interventi sanitari di provata efficacia che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizioni di equità.

I risultati evidenziati nel PNE 2014, che prende in considerazione i ricoveri erogati nel periodo 2005 – 2013, documentano una estrema eterogeneità nell'offerta e nell'accesso della popolazione ai trattamenti di provata efficacia sia all'interno della stessa realtà regionale, sia, soprattutto, tra le regioni.

Tuttavia è opportuno sottolineare come l'eterogeneità rilevata, potrebbe dipendere, in parte, dalla variabilità nella qualità delle cure offerte, ma in parte, anche, dalla variabilità nella qualità dei sistemi informativi sanitari.

Le misure di esito rappresentano uno strumento per orientare il governo della sanità verso obiettivi di salute: per tale motivo è indispensabile assicurare la validità e la qualità delle informazioni prodotte, attraverso un processo di miglioramento continuo dei flussi informativi, che consenta di omogeneizzare ed uniformare quanto più possibile la rilevazione e la rappresentazione delle informazioni disponibili.

Per i ricoveri effettuati tra il 2005 e il 2013, si propongono di seguito i risultati per quegli indicatori per i quali le strutture ospedaliere dell'ASM sono rientrate nel monitoraggio (per alcuni indicatori infatti non vi sono risultati per la nostra Azienda in quanto riferiti ad interventi non effettuati presso le nostre strutture). Gli indicatori riportati riguardano sostanzialmente il rischio di mortalità, di riammissione ospedaliera o di complicanze post intervento. Tale rischio è stato "aggiustato" escludendo fattori come la presenza di altre malattie specifiche (comorbidità). Per alcuni indicatori invece il risultato è espresso in giorni (ad es. tempo di attesa per intervento o degenza post operatoria).

Nella tabella seguente sono riportati tutti gli indicatori misurati per le strutture aziendali nel PNE 2014, relativi ai ricoveri 2013 (ultimi disponibili), raffrontati con il valore medio nazionale, laddove è stato possibile rilevarlo, evidenziando con il colore verde le performance migliori e con il colore rosso le performance peggiori rispetto alla media italiana.

INDICATORE	ASM	MEDIA ITALIA	*
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	9,13	9,98	
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	15,73	18,02	
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	14	36,71	
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	31,12	52,72	
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	3,79	4,5	
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	2,43		
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni	8,07	7,43	
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	13,3	10,99	
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	28,01	24,36	

INDICATORE	ASM	MEDIA ITALIA	*
STEMI: mortalità a 30 giorni dal ricovero (grezzi)	7,94	11	
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)	42,86		
N-STEMI: mortalità a 30 giorni(grezzi)	6,76	6,7	
N-STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezza)	1,8		
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	8,95	10,67	
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	18,28	14,64	
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni	1,69		
Colecistectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	93,12	92,36	
Colecistectomia in regime ordinario: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	3,06	92,22	
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ordinari con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	52	61,46	
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	52,09	64,1	
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	1,09	2,34	
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	6,71	14,36	
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	0,18	1,07	
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	28,55	26,27	
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	0,6	0,53	
Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	0,12		
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1,2	0,77	
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	0,69	0,71	
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	6,78	6	
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	36,42	40,16	
Intervento di artroscopia ginocchio: reintervento entro 6 mesi	0,96	0,75	
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	16,97	12,06	
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	7,03	11,54	
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	9,01	10,29	
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	11,69	13,54	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	3,47	5,76	

INDICATORE	ASM	MEDIA ITALIA	*
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	3,61	4,375	
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	0,66	2	
Intervento chirurgico per TM colon: proporzione di interventi in laparoscopia	17,99	25	
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	1,94	1,5	
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	3,11		
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	2,59		
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	0		
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	3,74		
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	3,31		
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	12,44		
Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve	19,48		
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	19,65		

Dal raffronto sopra esposto, emerge come l'ASM si sia posizionata meglio rispetto alla media nazionale per 20 dei 36 indicatori. In particolare, si sono registrate performance al di sopra della media relativamente:

- alla percentuale di mortalità a 30 giorni dall'infarto, sia con che senza esecuzione di PTCA, e dallo scompenso cardiaco congestizio;
- alla percentuale di ricoverati con infarto miocardico acuto trattati con angioplastica coronarica (PTCA);
- alla percentuale di colecistectomie laparoscopiche;
- alla percentuale di fratture di femore operate entro 48 ore;
- alla percentuale di mortalità a 30 giorni dalla BPCO riacutizzata;
- alla percentuale di mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno allo stomaco, al colon e al retto.

3.3. L'ATTENZIONE ALLE PERSONE

3.3.1. LA CUSTOMER SATISFACTION ED I RECLAMI

La volontà nel cercare ed accertare la soddisfazione del cittadino pone la necessità da parte delle organizzazioni sanitarie di individuare modalità attraverso le quali "dar voce" agli utenti in tutte le fasi di contatto con la ASM.

Per la valutazione della qualità dei servizi offerti agli utenti, la ASM ha messo in campo diversi strumenti: dal sistema di gestione dei reclami alla gestione del rischio, dall'accreditamento al sistema qualità percepita, includendo le indagini sul clima organizzativo, la Carta dei Servizi e gli aspetti gestionali e organizzativi in una prospettiva integrata che compone i diversi punti di vista.

In tale quadro complesso (e peraltro non certamente esaustivo) l'analisi della valutazione della qualità dei servizi dal lato dell'utente si pone come colonna portante (insieme ai reclami) di una strategia di ascolto che mette in campo metodi e tecniche diversi.

a) La Customer Satisfaction

Al fine di misurare la Customer Satisfaction la ASM ha proposto un **questionario** che si compone di domande chiuse relative alla valutazione della qualità del servizio e di domande aperte finalizzate a suggerimenti per il miglioramento della qualità e, in allegato contiene i dati anagrafici del cittadino, nel rispetto nella riservatezza e della privacy.

Per la valutazione dei singoli item è stata utilizzata una scala che prevede i seguenti giudizi: *molto inadeguato*, *molto adeguato*, *non so*. Inoltre. I questionari contenevano in appendice dei commenti in dettaglio: aspetti positivi ed aspetti da migliorare per poter meglio esplicitare il proprio punto di vista.

La valutazione dei risultati ha fatto emergere in maniera esplicita sia i punti di forza, sia le situazioni critiche. L'obiettivo non è stato quello di dare delle pagelle ai vari reparti e servizi, ma di aver un quadro chiaro della situazione per poter programmare interventi mirati a rimuovere le cause delle disfunzioni rilevate.

A differenza dell'anno 2013 l'analisi nel 2014 non è stata effettuata su tutte le strutture sanitarie dell'ASM ma su un campione.

I questionari sono stati distribuiti ai cittadini che hanno usufruito dei servizi erogati dalle strutture sanitarie dell'Azienda ASM, dal 17 Febbraio al 4 Marzo 2014: 218 persone hanno risposto e consegnato i questionari.

IDENTIKIT DELL'UTENTE CHE HA RISPOSTO AI QUESTIONARI

- E' soprattutto un utente ricoverato (53,7 %)
- E' prevalentemente di sesso femminile (52,4 %)
- Ha un'età media di 65 anni
- Ha come titolo di studio prevalentemente la licenza media superiore (44,9 %)
- E' un occupato (27,4 %), ma è anche pensionato (27,4 %)
- E' residente nella provincia di Matera (80,2 %)
- E' di nazionalità italiana (100 %)
- E' coniugato (74 %)
- Non vive da solo (84,4 %)

L'analisi dettagliata è pubblicata sul sito aziendale a cui si rimanda. Di seguito si riportano, in via di mera sintesi, le principali risultanze.

A seguito delle criticità rilevate dalla valutazione dei servizi ambulatoriali, sono emerse le seguenti esigenze:

- a) Ridurre i tempi di attesa per poter ottenere prestazioni sanitarie.
- b) Ridurre i tempi di attesa per poter effettuare visite mediche.
- c) Aumentare il personale sia infermieristico che medico.
- d) Migliorare l'ascolto e la disponibilità del personale sanitario, non tutti gli operatori hanno atteggiamenti di gentilezza e di cortesia.
- e) Migliorare le competenze professionali "personale medico più preparato" La non professionalità è stata denotata come negligenza assistenziale.

L'elemento di negatività maggiormente evidenziato dagli utenti che hanno usufruito dei servizi ambulatoriali e che deve far maggiormente riflettere, è dato dal seguente suggerimento:

“Effettuare la visita completa in ambulatorio e non rimandare allo studio privato dello specialista”- “ I medici specialisti mandano i pazienti ai propri studi privati”-

Di contro, sono stati espressi anche giudizi positivi circa l’efficienza del personale medico ed infermieristico.

Le principali esigenze rilevate sui servizi di ricovero sono state le seguenti:

- a) Maggiore organizzazione delle Unità di degenza e specificatamente:
 - Migliorare il comfort delle stanze, con una maggiore attenzione all’adeguatezza dei servizi igienici.
 - Migliorare la qualità del cibo che risulta essere scadente.
 - Migliorare l’assistenza infermieristica: insufficiente disponibilità verso i pazienti, carente la capacità di ascolto.
 - Mancanza di rispetto della dignità del malato.
 - Ridurre i tempi di attesa per ottenere il ricovero.
 - Migliorare l’informazione sanitaria che risulta carente.
 - Aumentare il personale sanitario.
 - Investire nella formazione del personale.

Va sottolineato che, tra gli aspetti presi in considerazione dai pazienti ricoverati, l’umanizzazione del percorso assistenziale, ricopre un ruolo primario. Il giudizio espresso sembra delineare un quadro, relativamente all’umanizzazione del ricovero, bisognoso di alcuni elementi volti a migliorare la situazione esistente: carente la gentilezza, la disponibilità, l’umanità, la cortesia ed il dialogo degli operatori sanitari. Di contro va evidenziato che i pazienti ricoverati sono abbastanza soddisfatti dell’assistenza sanitaria ricevuta durante il ricovero ospedaliero.

b) La gestione dei reclami

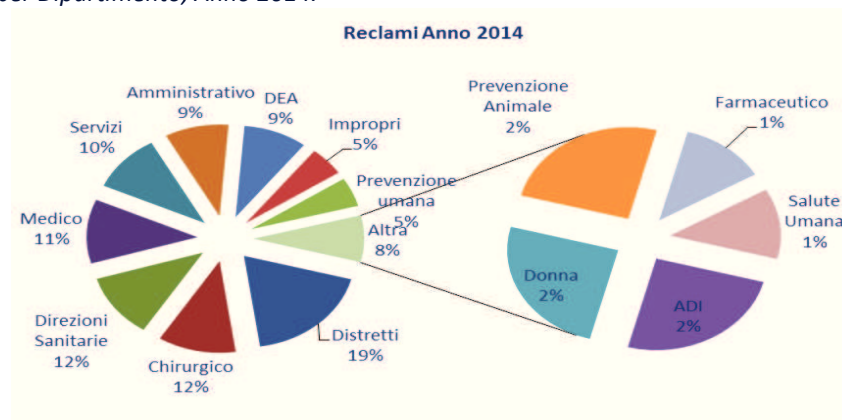
La gestione dei reclami rappresenta un innovativo strumento gestionale se considerato non solo come punto critico del sistema ma come elemento di cambiamento che orienta l’azione decisionale e strategica dell’azienda.

Il reclamo, in questa ottica, quindi, può rappresentare pertanto il punto di partenza di un circuito virtuoso per l’azienda per attivare processi di miglioramento che partano dalla rilevazione della qualità percepita dagli utenti, per individuare i nodi critici del sistema, e conseguentemente di adeguamento della qualità dei servizi. L’URP aziendale conduce annualmente l’analisi dei reclami pervenuti. Nell’anno 2014, sono pervenuti all’URP della ASM n. **97 reclami** mentre le richieste di informazioni (sia in forma scritta che verbale) sono state circa 900.

La maggior parte del lavoro svolto dall’URP consiste nell’informazione e nella comunicazione a scopo preventivo della conflittualità tra utente ed ASM.

Per la gestione dei reclami si è utilizzato il sistema di raccolta, con le relative schede di valutazione elaborate in modo da ottenere informazioni sulle tipologie di reclami pervenuti, sui contenuti e sulle indicazioni emergenti. Il seguente grafico illustra la suddivisione dei reclami pervenuti per ogni Dipartimento aziendale, da cui emerge una equa distribuzione tra i Dipartimenti di maggiori dimensioni (Medico, Chirurgico, Direzioni Ospedaliere, Amministrativo).

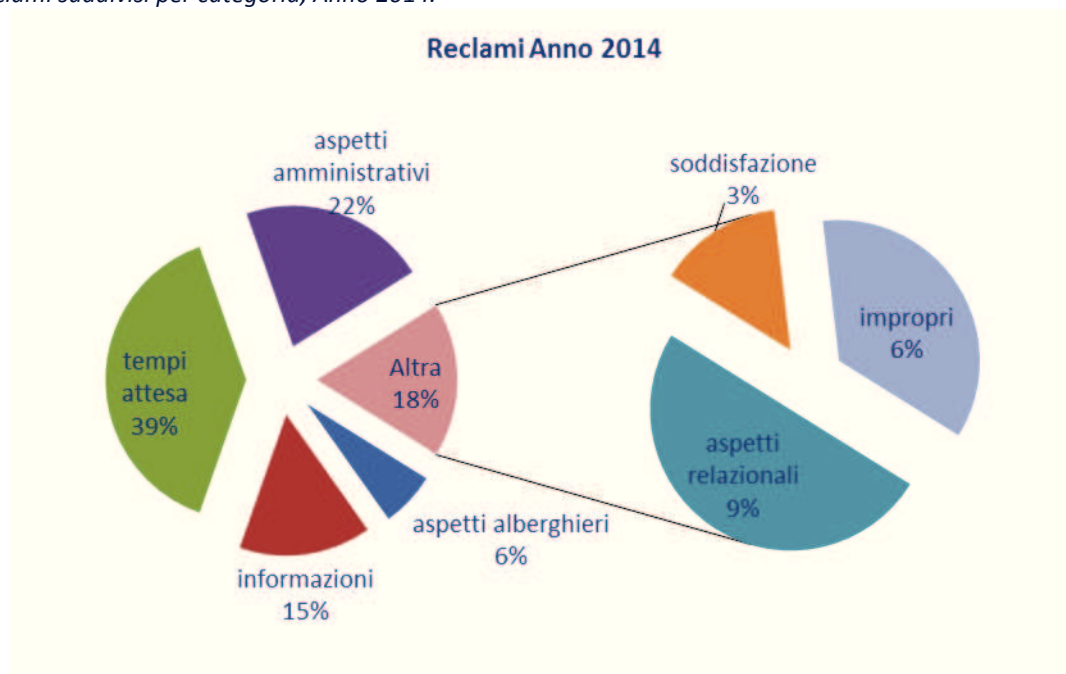
I reclami suddivisi per Dipartimento, Anno 2014.



Il Grafico successivo illustra, invece, le categorie di reclami pervenute.

Quasi la metà degli utenti (39%) si lamenta dei tempi di attesa, il 22% reclama sugli aspetti amministrativi

I reclami suddivisi per categoria, Anno 2014.



Quasi la metà dei reclami si riferiscono a problematiche connesse ai tempi di attesa ed il 22% ad aspetti amministrativi. Il 15% degli utenti lamenta carenze nelle informazioni rilasciate dai servizi.

3.3.2. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Il tema della corruzione, negli ultimi anni pare sia diventato da fenomeno burocratico/pulviscolare a fenomeno politico amministrativo sistemico. La corruzione sistemica, oltre al prestigio, all'imparzialità e al buon andamento della pubblica amministrazione, pregiudica la legittimazione stessa delle pubbliche amministrazioni, oltre che l'economia della Nazione. Per corruzione si intende il caso di abuso da parte del dipendente del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, sono ricomprese le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario o di altro genere e riguardare ogni dipendente quale che sia la qualifica ricoperta.

Pertanto, come evidenziato dalla Corte dei conti, la risposta non può limitarsi a puntuali, limitati e circoscritti interventi, ma deve essere articolata e anch'essa sistemica.

Per tali ragioni, la legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione", assume la portata di una riforma delle pubbliche amministrazioni ai fini della prevenzione e della lotta alla corruzione.

In data 11 Settembre 2013 con delibera n. 72/2013, la C.I.V.I.T. (ora ANAC) ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione con il quale ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione il cui aspetto caratterizzante consiste nell'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due



livelli; il livello “nazionale” con la predisposizione del PNA ed il livello “decentrato” con la definizione del PTPC che ciascuna amministrazione deve adottare.

L'ANAC, l'Autorità Nazionale anti corruzione, ha fornito indicazioni alle amministrazioni pubbliche, sia centrali sia territoriali, ai fini dell'avvio del ciclo della performance 2014-2016, sottolineando la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

L'ASM svolge le sue attività nell'osservanza dei principi di centralità della persona, della correttezza dell'azione amministrativa, della comunicazione, della semplificazione dell'azione amministrativa e del rispetto della privacy. Il sistema di garanzie introdotto dal piano della prevenzione della corruzione si fonda sul ruolo attivo del cittadino ed implica un rapporto equo e costante tra Azienda e cittadini. La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso una efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale il cittadino partecipa alla progettazione ed al controllo della pubblica amministrazione.

L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi costituiscono gli elementi concreti messi in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire anche la effettività delle misure preventive del piano della prevenzione della corruzione.

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

In tale ottica di integrazione e coerenza, il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2014-2016 recepisce dinamicamente le previsioni del Piano della Performance, al fine di assicurare la integrazione ed il coordinamento tra le rispettive indicazioni”.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, ai sensi della Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica Amministrazione", ha provveduto:

- alla nomina del Responsabile Aziendale della prevenzione della corruzione,(P.T.P.C.) delibera n. 401/2013);
- alla nomina del Responsabile della Trasparenza , (delibera az. n. 482 del 23.04.2013)
- ad approvare il piano triennale della prevenzione della corruzione 2014-2016 (delib.az. n. 116/2014;
- alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale del piano triennale prevenzione corruzione, comprensivo dell'atto di approvazione, nella sezione “Amministrazione Trasparente – Anticorruzione;
- ad approvare (del. Az. n. 120 del 30.01.2014) e pubblicare sul Sito aziendale, il Piano della Trasparenza (P.T.T.I.) che si configura in forma “autonoma” , e non quale sezione del P.T.P.C. delineato coordinando gli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs.n. 33/2013 con le aree di rischio, in modo da capitalizzare gli adempimenti posti in essere dall'amministrazione.

Con tali deliberazioni s'individuano anche i compiti dei Responsabili con la convinzione che, la prevenzione della corruzione e la trasparenza, vanno intese come opportunità che ci consentano di introdurre ed implementare adeguate ed innovative misure organizzative e gestionali volte a rendere sempre più trasparente l'azione della azienda sanitaria.

È seguita una intensa attività per l'attuazione di quanto previsto nei piani, con numerose attività di formazione monitoraggio e verifica che ha coinvolto direttamente le Unità Operative e le strutture aziendali.

Il ruolo di Responsabile della trasparenza è svolto, di norma, dal Responsabile della prevenzione

della corruzione.

Tuttavia, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera, nell'esercizio della propria discrezionalità riconosciuta ex lege, tenuto conto della speciale complessità della sua organizzazione, che evidenzia una rilevante autonomia a livello organizzativo e gestionale, ha individuato due dirigenti distinti per lo svolgimento delle funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e di Responsabile della trasparenza e prevede l'adozione di due documenti separati.

L'Azienda assicura il coordinamento tra le attività svolte dai due Responsabili, nonché tra il Piano Trasparenza ed il Piano triennale per la prevenzione per la corruzione, considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione.

Al fine di garantire che l'organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto e che le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto, il programma triennale per la trasparenza, adottato ai sensi dell'art. 11 del d. Lgs. n. 150 del 2009, deve essere coordinato con il piano per la prevenzione della corruzione in modo da assicurare un'azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza tra i periodi di riferimento.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione ed il Responsabile della trasparenza sono, a tal fine, tenuti ad assicurare un raccordo in termini organizzativi, fermi restando i compiti, le funzioni e le responsabilità di ciascuno dei due Responsabili.

Al fine di assicurare concreta effettività a tale raccordo organizzativo, il piano della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera recepisce dinamicamente la regolamentazione del programma aziendale per la trasparenza.

Le azioni avviate e sviluppate nel corso del biennio 2013 e 2014 per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza costituiscono valore aggiunto nell'ambito degli obiettivi aziendali e nella prassi amministrativa per il cambiamento organizzativo ed il miglioramento dei servizi sanitari.

L'Azienda sanitaria di Matera si è distinta classificandosi prima in Italia per l'applicazione delle norme sulla trasparenza e di contrasto al fenomeno della corruzione, è stata, infatti, tra le prime Aziende Sanitarie in Italia a raggiungere il risultato del 100% per aver ottemperato, in questa prima fase di applicazione delle normative in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, a tutti i requisiti richiesti, contribuendo a portare la Regione Basilicata a primeggiare la speciale classifica redatta dalle Associazioni "Gruppo Abele Libera".

I dati diffusi nell'ambito delle verifiche effettuate dalla campagna "Riparte il Futuro" promossa dal Gruppo Abele e Libera vedono la Basilicata attestarsi su una media del 77 per cento, sospinta però dall'eccellente risultato della ASM di Matera con un solitario 94 per cento di applicazione delle corpose disposizioni della legge 190/2012.

Questo eccellente risultato è il frutto di un monitoraggio costante che tiene conto di diversi fattori, quali la trasparenza dei vertici dell'organo amministrativo, la nomina del responsabile anticorruzione, il piano triennale anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda ritiene che anche la trasparenza, quale deterrente al fenomeno della corruzione, contribuisca a creare "buona sanità", declinata in tal caso come la capacità della ASM di essere vicina alla gente attraverso la pubblicazione di dati, notizie, tempi dei procedimenti amministrativi che facilitano la conoscenza dei servizi che si erogano. Ciò non fa che rendere più trasparente l'operato degli uffici e più semplice l'agire quotidiano di cittadini ed imprese.

In linea con quanto stabilito dalla L. 190/2012 e dal P.N.A., gli ambiti/macro settori presenti all'interno del Piano per la Prevenzione della Corruzione dell'Azienda, che ne assicurano una adeguata articolazione sono i seguenti:

- SOGGETTI: sono stati indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione con i relativi compiti e le responsabilità;
- AREE DI RISCHIO: in seguito alla mappatura dei processi e la identificazione e valutazione dei rischi specifici si sono individuate le aree a maggior rischio, tenendo conto anche delle aree di rischio obbligatorie, (art.1, comma 16,L.190/2012);



- **MISURE OBBLIGATORIE ED ULTERIORI MISURE:** sono state indicate le misure previste obbligatoriamente dalla L. 190/2012, dalle altre prescrizioni di legge e dal P.N.A., e quelle ulteriori individuate, con indicazione della tempistica e il collegamento con l'ambito "soggetti" in relazione all'imputazione di compiti e responsabilità;
- **TEMPI E MODALITÀ DEL RIASSETTO:** sono stati indicati i tempi e le modalità di valutazione e controllo dell'efficacia del P.T.P.C. adottato dall'azienda e gli interventi di implementazione e miglioramento dei contenuti del Piano stesso;
- **COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE:** gli adempimenti, i compiti e le responsabilità inseriti nel P.T.P.C. sono stati inseriti nel ciclo della performance, ma anche nelle schede di budget, obiettivi di attività e risorse, assegnati alle Unità operative aziendali, nel corso dell'anno 2014;
- **APPROVAZIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO:** nell'anno 2014 la ASM ha provveduto, ad adottare il Codice di Comportamento dei dipendenti. Va ricordato che l'adozione del Codice di Comportamento da parte delle amministrazioni rappresenta una delle principali misure obbligatorie e trasversali previste dalla L. n.190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione. Il Codice di Comportamento dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, integra i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità, e buona condotta che i dipendenti pubblici sono tenuti ad osservare, ai sensi del DPR n.62/2013, con gli ulteriori e più specifici doveri individuati in rapporto ai caratteri, alle funzioni, alla tipologia di azioni e al contesto in cui l'Azienda si trova ad operare.

Il Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità (PTTI) anno 2014 è stato approvato con atto deliberativo *n. 120 del 30/01/2014*, secondo le indicazioni del Decreto n. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni, relative al riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

L'Azienda Sanitaria ASM, per la promozione e l'effettiva estrinsecazione dei valori etici dell'integrità, della legalità e della trasparenza, individua i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti, del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità, nella misura in cui l'adempimento degli obblighi di trasparenza è diretto a fare emergere – ed eliminare - ipotesi di cattiva gestione;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.

Le Principali innovazioni

L'ASM ha introdotto la figura dell'Editor quale referente per la trasparenza, con il compito di aggiornare e pubblicare i dati relativi alle unità operative di appartenenza.

Il cittadino si rivolge all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per formulare segnalazioni su eventuali disservizi ma anche e soprattutto per avere informazioni e indicazioni sull'accessibilità e fruibilità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

A questa modalità generale di coinvolgimento degli stakeholder se ne aggiungono però altre più specificatamente dirette ad una migliore individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza.

Gli stakeholder possono:

- inviare osservazioni o richieste specifiche attraverso una casella di posta elettronica dedicata evidenziata sull'home page del sito aziendale www.asmbasilicata.it;
- far richiesta al responsabile della trasparenza di incontri specifici e finalizzati ad acquisire maggiori informazioni.

L'ACCESSO CIVICO

L'accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati, laddove si è omesso di renderli disponibili nella sezione "**Amministrazione trasparente**" del sito istituzionale www.asmbasilicata.it. L'accesso civico è gratuito, non deve essere motivato e la richiesta va indirizzata al Responsabile della Trasparenza che, dopo aver ricevuto la richiesta, verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione e, in caso positivo, provvede alla pubblicazione dei documenti o informazioni oggetto della richiesta nella sezione Amministrazione trasparente del sito istituzionale www.asmbasilicata.it, entro il termine di 30 giorni.

Il Responsabile della Trasparenza provvede, inoltre, a dare comunicazione dell'avvenuta pubblicazione al richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale.

La richiesta si può presentare in qualsiasi momento dell'anno e può essere presentata sul modulo appositamente predisposto con queste modalità::

- tramite posta elettronica;
- tramite posta ordinaria.

Nel 2014 non è stato effettuato alcun accesso civico.

NUCLEO ISPETTIVO INTERNO

Con delibera n. 901 del 30.07.2014 la ASM ha istituito il Nucleo Ispettivo Interno che opera alle dirette dipendenze del Direttore Generale.

L'attività del Nucleo Ispettivo è finalizzata principalmente all'accertamento ed all'osservanza alle disposizioni in materia di:

- incompatibilità al rapporto di lavoro a tempo pieno e a tempo parziale;
- corretto svolgimento di attività libero professionale intra ed extramuraria;
- applicazione del divieto di cumulo degli impieghi ed incarichi di cui all'art.1, commi 5, 56-60e 123 della L. 662/1196 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'istituzione del Nucleo Ispettivo non elimina o sostituisce compiti e funzioni di responsabilità e controllo già previsti da disposizioni normative o regolamenti in capo a singole strutture ed organismi aziendali, nei confronti dei quali il Nucleo Ispettivo Interno può essere chiamato a svolgere attività di consulenza o di supporto.

L'attività del Nucleo Ispettivo si esplica attraverso due modalità:

1)Ordinaria: attraverso una verifica a campione sul personale dipendente o convenzionato mediante sorteggio, con percentuali, variabili dal 2% al 5% per ciascuna delle Aree negoziali, programmate annualmente dal Nucleo Ispettivo.

2)Straordinaria, su specifica richiesta della Direzione Generale, o del Responsabile della prevenzione della corruzione, sulla base di segnalazioni o denunce. In particolare essa riguarda:

- le verifiche riguardanti il personale dipendente e convenzionato, presso le strutture case di cura ed ambulatori privati accreditati e convenzionati,
- le verifiche sull'effettiva presenza in servizio;
- i controlli di regolarità amministrativa e contabile, anche con riferimento alle direttive aziendali.

3.3.3. ALTRI PROGETTI AZIENDALI

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

L'Azienda ha avviato il progetto di **Servizio civile-Garanzia Giovani, dal titolo "Diversamente insieme: da situazioni d'isolamento all'impegno civile"**, confermando l'attenzione dell'ASM verso i problemi dei cittadini che vivono in condizioni disagiate, coinvolgendo, al tempo stesso, i giovani in un programma solidale di impegno verso il prossimo, ottenendo anche il riconoscimento di tirocinio da parte del Centro per l'impiego".

Il progetto, finanziato dal Dipartimento della Gioventù e del Servizio civile nazionale, ha selezionato nel 2014 cinque giovani volontari dai 18 ai 28 anni, disoccupati o di bassa scolarità”.

I 5 candidati selezionati sono stati impegnati in attività di assistenza e di accompagnamento nei confronti di cittadini disabili dei comuni di Bernalda, Ferrandina, Grassano, Matera e Montescaglioso”.

Nel progetto sono state coinvolte anche le associazioni di volontariato “Persone Down” di Matera e “Confraternita Misericordia” di Grassano.



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

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

di genere e di stalking: tra questi medici di medicina generale, ginecologi, psichiatri, infermieri, ostetriche ed operatori del 118.

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



Pediatria a Matera: la "Biblioteca del sorriso"

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

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

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



La clownterapia

Gli Ospedali di Matera e Policoro hanno dato il benvenuto ai 71 Clowns volontari della Associazione "Oasi del Sorriso", con un'età compresa tra i 18 e i 65 anni, che dedicano il loro tempo libero a titolo gratuito ai degenti in quanto si crede fermamente che "se ti prendi cura della malattia puoi vincere o puoi perdere, ma se ti prendi cura della persona vinci sempre". L'Oasi del Sorriso svolge la propria attività di volontariato non solo nei reparti di pediatria e neonatologia ma in tutte le divisioni comprese Rianimazione e Terapia Intensiva, con l'obiettivo unico di prendersi cura non tanto della malattia quanto del benessere della persona (Grafico 6.3). Peculiarità dell'associazione, è quella di interagire con i pazienti grazie al supporto della musica, metodo assolutamente anticonvenzionale rispetto alla clownterapia tradizionale.



3.3.4. L'ATTENZIONE AI DIPENDENTI

L'attenzione dell'ASM nei confronti dei propri dipendenti è continua e si esplica in varie direzioni in quanto il personale costituisce il vero patrimonio aziendale.

Il Piano di Azioni positive

Negli ultimi anni le donne hanno conquistato forza e visibilità nei settori più disparati della società, incluso il mercato del lavoro. Tuttavia, nonostante la presenza di un articolato quadro normativo antidiscriminatorio e di incentivazione delle pari opportunità, permangono, anche nel pubblico impiego, numerosi ostacoli al raggiungimento di una effettiva parità tra donne e uomini. Una percentuale ancora alta di donne, malgrado l'elevato tasso di scolarizzazione e specializzazione, occupa le postazioni lavorative più basse. Un divario si rileva anche rispetto agli incarichi aggiuntivi, laddove le donne risultano sfavorite sia nell'attribuzione che nella remunerazione (vedasi direttiva ministeriale per l'attuazione della parità e delle pari opportunità tra uomini e donne nelle Pubbliche Amministrazioni del 27.05.2007).

In attuazione del principio generale di parità stabilito dall'art. 3 della Costituzione, le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a garantire e ad esigere l'osservanza delle norme antidiscriminatorie sia per l'accesso al lavoro che per il trattamento sul lavoro e sono altresì tenute a promuovere le pari opportunità ai sensi dell'art. 21 della legge n. 183/2011. A tal fine, è loro imposta la pianificazione triennale di azioni positive volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne, nonché a favorire l'inserimento delle donne nei settori e nei livelli professionali ove sono sottorappresentate e promuovere la valorizzazione del benessere e la lotta alle discriminazioni.

L'Azienda ha effettuato una indagine, attraverso la somministrazione al personale dipendente non dirigente di un questionario, al fine di comprendere i bisogni dei propri dipendenti.

L'indagine ha rilevato le seguenti criticità:

La maggioranza degli intervistati, sia donne che uomini:

- A. riesce a conciliare la vita familiare con quella professionale, ma a costo di rilevanti sacrifici sia economici che personali; ritiene pertanto utile la prestazione di servizi aziendali per la cura dei figli, del tutto inesistenti, e tra quelli proposti avverte in misura maggiore la necessità di asili nido (da tre mesi a tre anni) e di attività ludiche estive per la fascia di età da tre a dodici anni;

- B. ritiene che in Azienda vi sia una insufficiente attenzione al diritto delle pari opportunità e rivendica la necessità di formazione e informazione specifica sul tema, oltre che la necessità in generale di formazione e informazione per tutti
- C. ritiene che la flessibilità dell'orario di lavoro, il part-time e la mobilità interna volontaria debbano essere agevolati quando abbiano finalità conciliative ai sensi della L. 53/2000 e come previsto dal CCIA 2010 del Comparto Sanità
- D. è convinta che per gli avanzamenti di carriera non si seguano criteri meritocratici e che non si adottino adeguate misure di valutazione ed incentivazione del personale.

Dall'elaborazione dei dati ricevuti sulla composizione del personale è risultato, inoltre, che:

- A. nel personale femminile il ricorso al part-time è marginale (a causa dei riflessi negativi sia sulla retribuzione che sulla progressione professionale, a differenza della flessibilità dell'orario di lavoro che andrebbe pertanto agevolata) e tuttavia concentrato tra le donne più giovani (in ragione della maternità e della necessità di prendersi cura dei figli minori) e più frequente nel ruolo sanitario (per la presenza di turni lavorativi, in particolare notturni);
- B. nel personale maschile il ricorso al part-time è pressoché inesistente (a conferma che i problemi di cura dei figli minori e, in generale, della famiglia sono per lo più ancora problemi sulle spalle delle donne);
- C. per quanto riguarda la ripartizione degli incarichi, si riscontra nel complesso un disequilibrio a sfavore delle donne, anche laddove (ruolo sanitario) il numero degli incarichi affidati alle donne è maggiore rispetto al numero degli incarichi affidati agli uomini, perché comunque proporzionalmente inferiore in ragione della maggiore consistenza numerica del personale femminile. Trattasi, tuttavia, di risultato da approfondire e verificare, in quanto, in mancanza di una banca dati che realizzi un osservatorio di genere, non tiene conto di diversi elementi, tra i quali il possesso dei titoli professionali necessari. Rimane comunque un risultato importante, dal quale partire nelle ulteriori indagini, che offre in ogni caso notevoli spunti di riflessione.

Alla luce di tali risultati e, comunque, al fine della piena realizzazione del diritto delle pari opportunità e della lotta alle discriminazioni in Azienda, si propone il seguente nuovo Piano Triennale di Azioni Positive 2012 -2015.

Tenendo conto dell'analisi dell'indagine, la ASM ha approvato il Piano triennale di Azioni Positive 2012/2015 con delibera n. 1361/2011. Le finalità perseguite dal Piano sono le seguenti:

- a) diffusione di una cultura di pari opportunità e dignità nel lavoro, comprensione del fenomeno del mobbing e sensibilizzazione ,lotta alle discriminazioni e la valorizzazione del benessere di chi lavora;
- b) rafforzamento del ruolo del Comitato Unico di Garanzia Aziendale ;
- c) gestione del personale aziendale in un'ottica di genere e pari opportunità;
- d) affermazione dei principi dell'integrazione nell'organizzazione del lavoro per il benessere organizzativo;
- e) prevenire il mobbing e le discriminazioni in Azienda;
- f) evitare danni alla salute psico-fisica;
- g) il Comitato Informa.

A ciascuna finalità del piano corrisponde un progetto di azioni positive tra cui le principali sono le seguenti:

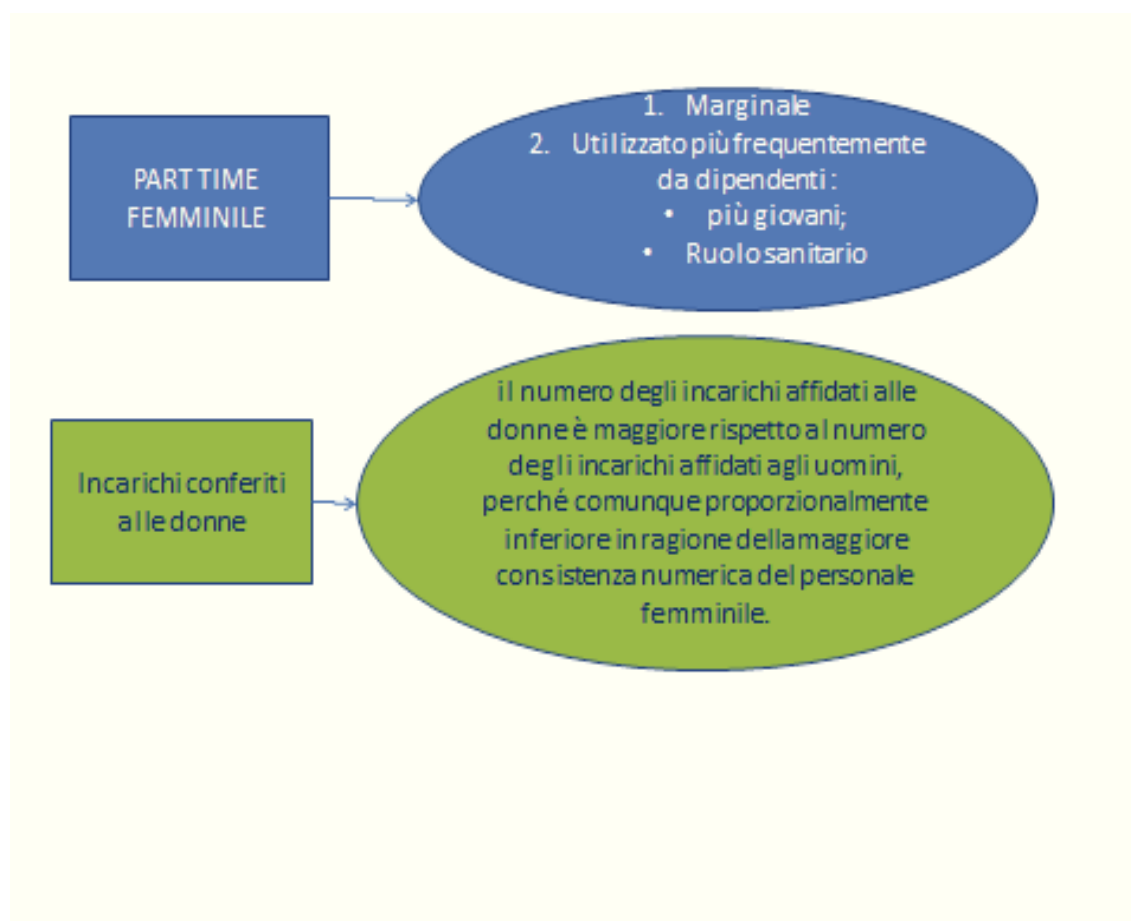
- 1) Inserimento nella home page del sito web aziendale di un banner direttamente collegato alla pagina "Comitato Unico di Garanzia" che contengano le informazioni del Comitato sulla propria attività e sulla materia delle pari opportunità e del mobbing, nonché gli indirizzi aziendali di posta elettronica ai quali tutti i/le dipendenti potranno segnalare eventuali discriminazioni o situazioni di mobbing o far pervenire osservazioni, opinioni e suggerimenti attinenti alle tematiche delle pari opportunità o del mobbing e attraverso i quali instaurare all'occorrenza un forum di discussione su particolari problematiche.

- 2) programmi aziendali di formazione e aggiornamento di moduli formativi per l'organizzazione, la gestione, la valutazione e sicurezza del personale, le pari opportunità, il mobbing e la lotta alle discriminazioni;
- 3) Informazione scritta e diretta al Comitato su ogni materia che incida o possa incidere sulla organizzazione e gestione del personale dipendente.

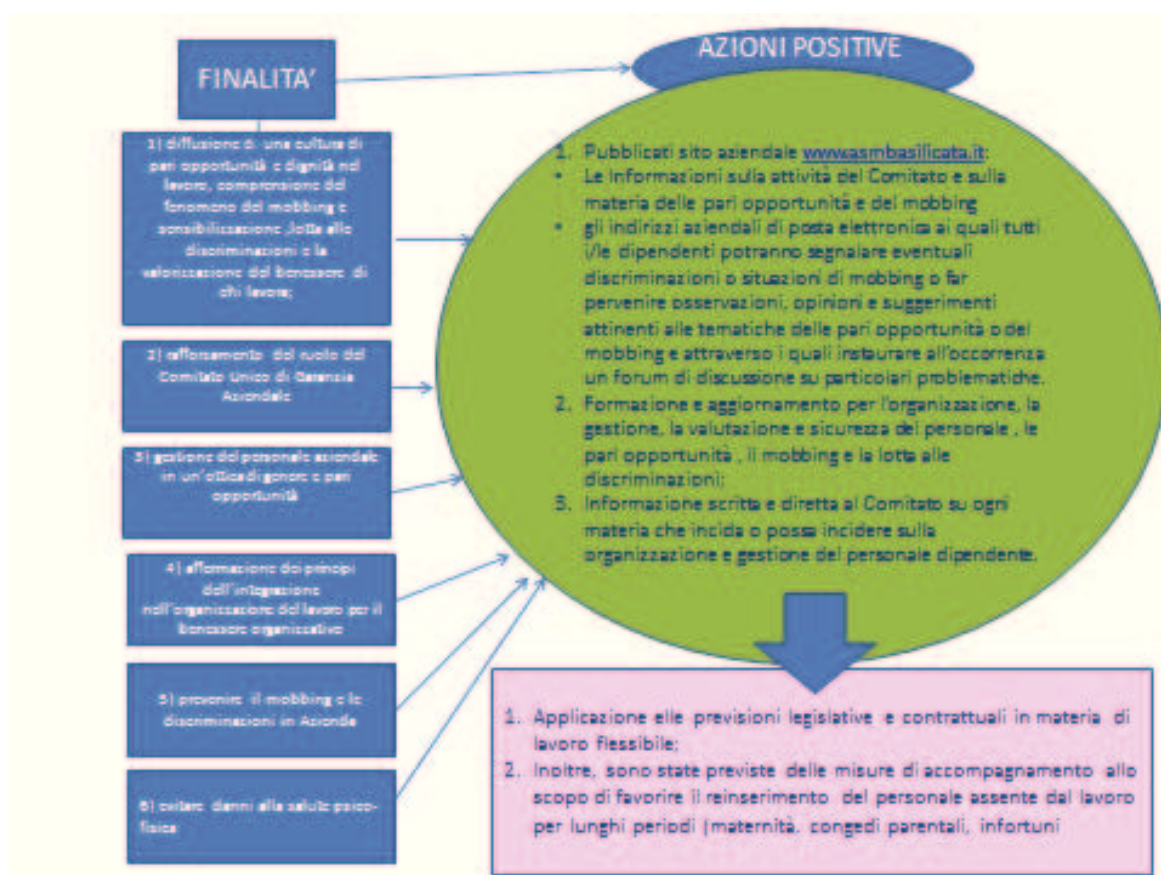
Queste azioni si sono tradotte nell'applicazione delle previsioni legislative e contrattuali in materia di lavoro flessibile, attraverso la ricerca, la individuazione, la progettazione e la sperimentazione di forme particolari, anche personalizzate, di flessibilità degli orari e dell'organizzazione del lavoro, tra cui la progettazione e sperimentazione del telelavoro e del lavoro a domicilio, della banca delle ore, dell'orario flessibile in entrata e in uscita, della flessibilità dei turni e dell'orario concentrato.

Inoltre, sono state previste delle misure di accompagnamento allo scopo di favorire il reinserimento del personale assente dal lavoro per lunghi periodi (maternità, congedi parentali, infortuni, ecc.).

Il Grafico seguente sintetizza gli ulteriori risultati della indagine effettuata.



Le finalità, le azioni perseguite dal Piano sono illustrate nel grafico seguente.



Il CUG aziendale (Comitato Unico di Garanzia)

L'art. 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010 ha istituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.). Si tratta di un organismo che sostituisce, unificandone le competenze, il Comitato per le pari opportunità e il Comitato paritetico per il contrasto del fenomeno del mobbing, ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale dirigente e non dirigente. Nell'amministrazione di competenza, il Comitato Unico di Garanzia esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica e persegue i seguenti obiettivi:

- assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici;
- garantire l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica o di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici.

Il Comitato Unico di Garanzia della ASM è stato istituito con Delibera del DG n. 1202 del 2/11/2011 e con Delibera DG n. 277 del 22/03/2012 è stato approvato il Regolamento di Funzionamento del CUG.

Il CUG aziendale ha svolto le seguenti attività nel corso dell'anno 2014 :

- Informazione al Personale sulle modalità di attuazione del progetto della Regione Basilicata "Valore Donna";
- Progetto "Azienda e persone in movimento" per promuovere il benessere psicofisico delle lavoratrici e dei lavoratori attraverso l'incremento del movimento, il miglioramento della salute fisica e dello stile di vita, la prevenzione dei disturbi muscoloscheletrici. (delibera n° 877 del 25 luglio 2014) , attività prevista dal "Piano Triennale di azioni positive" approvato con delibera aziendale n. 1361 / 2011;
- Coordinamento per la stesura di percorsi sanitari e socio-psicologico per la presa in carico di soggetti delle fasce deboli della popolazione come previsto dal "Protocollo d' Intesa per la costituzione di task force interistituzionale per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle fasce deboli";
- Partecipazione all'informazione della Giornata Mondiale del 25 novembre 2014 contro la violenza sulle donne;
- Organizzazione del Seminario "Niente più niente al mondo" svolto presso l'Auditorium del P.O. di Matera il 6 Marzo in occasione della Festa della donna;
- Incontri con i componenti del Comitato per la definizione delle attività e delle collaborazioni da attivare per perseguire gli obiettivi propri del CUG anche attraverso l'attivazione di eventi formativi per la conoscenza di fenomeni legati all'organizzazione del lavoro e alla discriminazione;

Al fine di dotare il CUG di un logo identificativo condiviso dai dipendenti aziendali, il Comitato ha indetto un concorso interno.

Il logo selezionato, rappresentato nella successiva figura, rappresenta due adulti e un bambino per sottolineare le fasi del ciclo di vita e la famiglia.

I simboli maschile (... rappresentazione stilizzata dello scudo e della lancia del dio romano Marte) e femminile (... rappresentazione stilizzata della mano della dea Venere che sorregge uno specchio) sottolineano la "differenza di genere" . Il termine "DIFFERENZA" nella esplicitazione delle funzioni del CUG è inteso nella sua accezione più ampia e quindi differenza come risorsa e con pari opportunità e dignità.

L'utilizzo degli stessi colori del logo aziendale sottolinea il senso di appartenenza e l'identità della ASL: simboli, colori, arredi e uniformità di comportamenti sono elementi che configurano lo stile di una organizzazione di lavoro.

Logo del Comitato Unico di Garanzia ASM



All'autrice del logo prescelto è stato donato "un pugno di libri".

Il benessere aziendale

La ASM, consapevole della importanza del benessere dei propri dipendenti, ha seguito le indicazioni di Tiziano Treu ex Ministro del Lavoro autore del libro "Welfare Aziendale - Migliorare la produttività ed il Benessere dei dipendenti" in cui sostiene: "Mettete una palestra e una mensa in Azienda e dopo cinque anni vedrete che risultati.....".

Nel 2014 è stato avviato in maniera sperimentale il progetto "Azienda e Persone in Movimento" volto a promuovere l'educazione posturale, il movimento fisico, il benessere ed il miglioramento dello stile di vita dei dipendenti della ASM di Matera.

Il progetto attivato dal CUG (Comitato Unico di Garanzia) in collaborazione con l'Unità Operativa Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione della ASM, è destinato al personale dipendente. L'attività sarà articolata in una serie di incontri esperienziali condotti dai Fisioterapisti del Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera. L'obiettivo è l'educazione al movimento per

prevenire patologie muscoloscheletriche che “sono assai diffusi tra lavoratrici e lavoratori e costituiscono una tra le cause più frequenti di assenza per malattia in molte attività lavorative che prevedono posture fisse e spostamento dei carichi”.

Gli incontri di educazione al movimento si sono svolti presso le palestre dell’U.O. Fisiatria del P.O. di Matera al termine del normale impegno lavorativo.

La Direzione strategica ritiene che la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici permette di favorire e migliorare l'efficacia delle prestazioni lavorative.

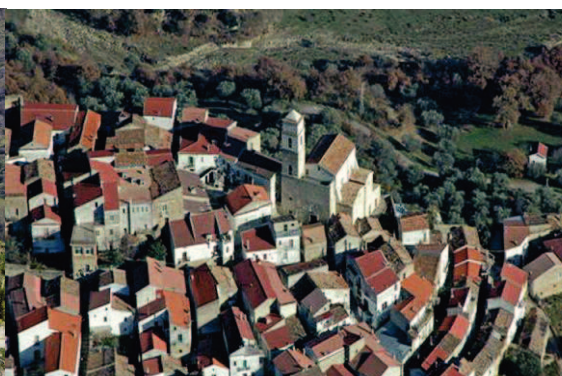
Gli interventi volti a favorire la conciliazione vita e lavoro aumentano il benessere e la soddisfazione dei dipendenti che, unitamente al loro benessere, è una delle leve critiche per aumentare la produttività delle pubbliche amministrazioni: maggiore benessere = maggiore fidelizzazione = maggiore produttività”.



SEZIONE IV – I PROGRAMMI FUTURI



Gorgoglione – Veduta



Cirigliano – Panorama



Stigliano – Veduta



Tursi – Rabatana



Craco Vecchia

4.1. LE AZIONI FUTURE

L'evoluzione che caratterizza il contesto nel quale si trovano ad operare le strutture sanitarie presenta, come noto, molteplici ed oggettivi elementi di criticità, legati in primo luogo ed alla grave crisi economico – finanziaria che ha investito l'intero Paese ed alla conseguente contrazione delle risorse disponibili. In questo scenario non è possibile garantirsi la continuità solo perseguendo una sistematica capillare ricerca dell'economicità della gestione.

In tale direzione, quest'Azienda non intende certamente abbassare la guardia sul versante del controllo dei costi e del perseguimento dell'equilibrio economico, ma non vuole rinunciare a migliorare i livelli essenziali di assistenza, sforzandosi di innescare un percorso virtuoso che consenta di coniugare l'esigenza di sostenibilità del sistema, con l'obiettivo di tutela e salvaguardia della salute dei cittadini.

Occorre avere la capacità di delineare scenari di riposizionamento strategico, che puntino all'innalzamento del livello quali – quantitativo delle prestazioni da erogare alla popolazione.

Lo scenario che si presenta all'indomani del rigoroso processo di risanamento dei conti perseguito nel triennio 2012 – 2014, è quello di un'Azienda sana sotto il profilo economico che, dopo aver garantito le condizioni di sostenibilità, necessita di un rilancio delle attività per far fronte al crescente fabbisogno assistenziale richiesto dalla popolazione.

La massiccia azione di risanamento economico posta in essere dall'Azienda negli ultimi anni, se ha portato al raggiungimento di storici traguardi, quali il pareggio di bilancio (con l'azzeramento in soli tre anni di un deficit consolidatosi strutturalmente su valori prossimi ai 20 milioni di euro), ha, dall'altro, prodotto alcune sofferenze all'interno delle varie articolazioni aziendali.

Il blocco del turn over del personale dipendente imposto dalla legislazione regionale, il mancato completamento e rinnovamento del parco tecnologico, i vincoli sugli acquisti previsti dalla spending review e tutti gli interventi di razionalizzazione dei servizi posti in essere in questi anni, hanno comportato il depauperamento del patrimonio di risorse umane e strumentali e, più in generale, un indebolimento complessivo del sistema aziendale di offerta di servizi sanitari, che richiede nel prossimo futuro di essere rivitalizzato per offrire piene garanzie di soddisfacimento delle esigenze di tutela della salute, cui è istituzionalmente preposto.

Accanto all'attuale intrinseca debolezza sopra evidenziata, il sistema sanitario locale è reso oggi ancora più vulnerabile dalla rapida evoluzione degli scenari e dalla frenetica dinamicità dell'ambiente cui l'Azienda è chiamata a confrontarsi, che sta determinando nuove e maggiori esigenze assistenziali da assicurare, che si aggiungono, senza sovrapporsi, a quelle già esistenti.

Il riferimento è ovviamente alla designazione della città di Matera a Capitale Europea per la Cultura per l'anno 2019.

È di tutta evidenza che la suddetta designazione, nel proiettare la città di Matera in una dimensione europea ed internazionale, è destinata a produrre significativi mutamenti nelle dinamiche della domanda di servizi sanitari, sia sotto il profilo qualitativo che sotto quello quantitativo, in considerazione del nuovo scenario che va delineandosi alla luce del notevole incremento dei flussi turistici, già in forte espansione, che si prevede di avere nei prossimi anni e del nuovo complesso di bisogni socio - assistenziali ad essi correlati.

Matera conta oggi su un numero crescente di presenze turistiche, che si attestano sulle 200.000 unità all'anno, senza considerare il numero sempre maggiore di escursionisti che visitano la città. Anche il turismo internazionale è in continua crescita e costituisce il 30% delle presenze annue in città: l'obiettivo è di arrivare al 50% dopo il 2019. Per il 2020 si conta di attestare le presenze turistiche attorno alle 600.000 annue, con l'obiettivo di aumentare i tempi di permanenza media a Matera del 30%.

Sono numeri che da soli definiscono la portata e la dimensione dei mutamenti in atto, che stanno investendo tutti i settori del tessuto urbano, da quello sociale a quello economico a quello culturale, senza tralasciare quello sanitario: una nuova, maggiore e variegata utenza, che si connota per il carattere di "temporaneità" e con una spiccata tendenza all'internazionalità. Sono questi i tratti distintivi del nuovo potenziale "paziente", a cui l'Azienda Sanitaria deve essere in grado di fornire risposte adeguate, idonee a garantirne la sicurezza del soggiorno in città.

Tali nuovi scenari impongono la necessità di ripensare il sistema dell'offerta di servizi sanitari da parte della ASM, potenziando quei settori, quelle aree, quei percorsi assistenziali che oggi versano in condizioni di grande sofferenza oltre a quelli che saranno maggiormente coinvolti dai processi di trasformazione in atto, con specifico riferimento ai presidi ed alle strutture presenti nella città di Matera, l'Ospedale Madonna delle Grazie prima di tutti.

Il cambio di traiettoria, in favore dell'adozione di una politica di riqualificazione, potenziamento e sviluppo dei servizi, oltre ad essere coerente con la mission aziendale di tutela del diritto alla salute, risponde anche a logiche di tipo economico, in un'ottica di perseguimento della sostenibilità del sistema nel medio - lungo termine. In altri termini continuare a perseguire una strategia di mero contenimento dei costi, se potrebbe continuare a portare vantaggi finanziari nel breve periodo, attraverso il raggiungimento del pareggio di bilancio, a lungo andare porterebbe sicuramente ad innescare circuiti viziosi, quali tra i più importanti e perniciosi, l'aggravamento delle condizioni di salute della popolazione e l'incremento della mobilità passiva, che di fatto si tradurrebbero nel lungo termine in effetti finanziari negativi.

Per tali motivi si rende necessario nell'immediato futuro far seguire alla fase di grande rigore sotto il profilo economico, che ha caratterizzato il precedente triennio, una nuova stagione di sviluppo e di crescita che consenta all'Azienda di riposizionarsi strategicamente e di collocarsi in una nuova e più congrua dimensione.

4.2. IL PIANO STRATEGICO – MATERA SANITÀ 2019



Il **Piano Strategico – Matera Sanità 2019**, elaborato nei primi mesi del 2015, nasce, pertanto, dall'esigenza di definire una strategia di sviluppo che consenta all'Azienda Sanitaria Locale di Matera di rispondere in maniera adeguata sia alle esigenze attuali, sia alle nuove sfide derivanti dalla nomina della Città di Matera a Capitale Europea della Cultura per l'anno 2019.

L'attuale sistema di offerta di servizi sanitari da parte della ASM risulta, come già accennato, inadeguato a far fronte ai mutamenti della domanda, sia per effetto dei limiti intrinseci all'avvio di qualsiasi processo di cambiamento sia per effetto delle carenze connesse al sopravvenuto indebolimento dello stesso, conseguente

alla strategia di grande rigore intrapresa dall'Azienda nel corso dell'ultimo triennio.

Il potenziamento dell'offerta sanitaria passa, dunque, necessariamente attraverso un riposizionamento strategico dell'ASM, con particolare riferimento all'Ospedale Madonna delle Grazie, che ha come condizioni imprescindibili l'incremento del numero del personale, l'ammodernamento delle tecnologie e, più in generale, la ridefinizione degli assetti organizzativi, strutturali e edilizi, necessari a razionalizzare e a ottimizzare i percorsi assistenziali di diagnosi e cura.

Tali interventi, che costituiscono la *condicio sine qua non* per rendere l'offerta sanitaria aziendale adeguata alle evoluzioni della domanda, comportano un incremento considerevole dei costi, che non può trovare copertura nella quota corrente del Fondo Sanitario Regionale assegnata all'Azienda in via ordinaria dalla Regione. Il vincolo del pareggio di bilancio, reso sempre più cogente dalla programmazione regionale, impone la necessità di trovare risorse straordinarie ed aggiuntive rispetto all'attuale quota corrente del Fondo Sanitario Regionale, in grado di sostenere gli investimenti necessari al potenziamento dell'offerta sanitaria, consentendo all'Azienda di rispondere in maniera adeguata alle sfide emergenti, nel rispetto delle compatibilità economiche. Nel piano strategico sono tracciate le direttrici all'interno delle quali l'Azienda intende incanalare il suo progetto di sviluppo per i prossimi anni alla luce dei nuovi scenari che si vanno delineando, definendo in maniera integrata ed articolata, da una parte, le azioni e gli interventi da porre in

essere e quantificando, dall'altra, le risorse economiche e finanziarie necessarie per la loro attuazione.

Nello specifico, il Piano individua 6 linee principali di sviluppo strategico, ritenute indispensabili per il potenziamento e la riqualificazione dell'offerta assistenziale, richiesti per dare risposte efficaci ai mutamenti di contesto intervenuti o in corso di maturazione:

1. **Riorganizzazione dell'area Emergenza Urgenza;**
2. **Ammodernamento e potenziamento dei servizi diagnostici;**
3. **Revisione strutturale ed organizzativa degli assetti spazio - funzionali del P.O. di Matera;**
4. **Potenziamento dell'assistenza sul territorio;**
5. **Potenziamento delle attività di prevenzione;**
6. **Miglioramento dell'accoglienza;**

La **riorganizzazione dell'area Emergenza – Urgenza**, che costituisce lo snodo cruciale dell'intero impianto strategico, passa attraverso le seguenti azioni:

- Potenziamento del pronto soccorso modulando l'organizzazione e la logistica in funzione dei mutati volumi degli accessi;
- Attivazione della Medicina d'Urgenza/Terapia Sub Intensiva per la gestione delle urgenze (alta intensità di cura) idonea a gestire con efficacia ed efficienza i pazienti che giornalmente necessitano di ricovero in tale area;
- Potenziamento dei percorsi "Fast Track" con Ginecologia e Pediatria;
- Attivazione dei percorsi "Fast Track" con Ortopedia, ORL, Oculistica;
- Attivazione della Stroke Unit, con coinvolgimento delle competenze disponibili (Neurologia, Radiologia interventistica, Chirurgia vascolare, cardiologia, geriatria);
- Radiologia d'Urgenza;
- Attivazione della Guardia Anestesiologica;
- Potenziamento della Recovery Room;
- Attivazione Terapia Intensiva Post Operatoria (T.I.P.O.);
- Definizione dei percorsi fisici dei pazienti intra e inter ospedalieri;
- Potenziamento dell'offerta dialitica.

L'**ammodernamento ed il potenziamento dei servizi diagnostici**, prevede le seguenti azioni:

- Potenziamento delle apparecchiature della Radiologia, con particolare riferimento alla seconda TAC;
- Attivazione a regime della radiologia d'urgenza dedicata alle urgenze di Pronto Soccorso.
- Implementazione delle tecnologie e del personale per il servizio di Radiologia Interventistica;
- Centralizzazione dei servizi ecografici presso la Radiologia attraverso la realizzazione della piastra ecografica;
- Investimenti tecnologici per il Centro Trasfusionale (progetto regionale è in fase di completamento);
- Potenziamento Laboratorio necessario per l'urgenza.

La **revisione strutturale e organizzativa dell'Ospedale Madonna delle Grazie** è finalizzata a realizzare un nuovo assetto spazio – funzionale del presidio in grado di interpretare correttamente sia lo sviluppo e la riorganizzazione delle attività cliniche e di supporto sanitario e logistico che la razionalizzazione dei percorsi, in una prospettiva tesa a rendere quanto più efficace ed efficiente la presa in carico del paziente.

Le direttrici progettuali alla base del programma di revisione degli assetti spazio – funzionali del P.O. di Matera sono riconducibili ai seguenti obiettivi:

- ottimizzazione dell'assistenza medica e infermieristica attraverso una più razionale distribuzione e gestione degli spazi;
- realizzazione di percorsi organizzati e dedicati, distinti per soggetti esterni, pazienti e attività tecniche di supporto senza attraversamento delle aree di degenza;
- distinzione delle zone destinate a degenza dalle zone destinate ad attività ambulatoriali;
- facilità di orientamento e maggior confort dei ricoverati;

- miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza dei pazienti;
- riduzione di costi di gestione;
- miglior integrazione tra diverse figure professionali;
- immediata e sicura accessibilità per i pazienti e ottimizzazione dell'organizzazione evitando situazioni di disagio.

L'incremento di presenze nella città di Matera richiede, accanto al potenziamento della rete ospedaliera, un **potenziamento dell'offerta sanitaria sul territorio**, al fine di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali e per tutte le ore della giornata, in una logica ed una prospettiva di continuità assistenziale finalizzata ad assicurare risposte efficaci e sicure, per alcuni versi alternative e per altri complementari a quelle fornite dall'Ospedale, in strutture dislocate nei punti urbani più facilmente accessibili.

Le aree dell'Assistenza Territoriale che risultano potenzialmente maggiormente interessate dall'atteso incremento dei flussi turistici e che, pertanto, si intende potenziare sono le seguenti:

- Continuità assistenziale;
- Integrazione socio – sanitaria;
- Emergenza territoriale;
- Assistenza alle dipendenze patologiche;
- Servizi per la tutela della salute Mentale.

L'incremento di presenze nella città di Matera ed il correlato aumento della domanda di attività ricettive, comporterà indubbiamente l'incremento dell'offerta di servizi e di strutture aperti al pubblico, quali alberghi, bed and breakfast, ristoranti, pizzerie, bar, negozi alimentari, beauty farm, etc., imponendo all'Azienda la necessità di prevedere il **potenziamento delle attività di prevenzione** con specifico riferimento al controllo, monitoraggio e vigilanza sanitaria, finalizzate ad assicurare e mantenere alto il livello qualitativo raggiunto e garantire al consumatore il rispetto e l'osservanza dei principi di sicurezza e tutela della salute pubblica, che costituiscono la mission specifica dei servizi del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana.

“Accogliere prima che curare” è questo il motto che sintetizza la filosofia che deve ispirare tutti i professionisti e i dipendenti aziendali nella consapevolezza che il prendersi cura amplifica in maniera esponenziale gli effetti delle cure.

Applicare questo principio alla luce dei nuovi scenari aperti dall'ingresso della città di Matera in una dimensione internazionale, impone la necessità di **ripensare il sistema dell'accoglienza in una prospettiva multidimensionale**, progettato per le diverse tipologie di utenza: pazienti, famiglie, operatori, studenti, turisti, visitatori e per le loro differenti esigenze: informazione, accompagnamento, assistenza sociale e sociosanitaria, multiculturale agli stranieri, religiosa multiconfessionale, di alloggio, etc.

La riqualificazione ed il potenziamento del sistema dell'accoglienza è finalizzato ad offrire a ciascuna persona, nella sua specificità, un'accoglienza individualizzata, che è al contempo fisica, relazionale, linguistica, logistica, spirituale, multiculturale, attraverso l'impiego di operatori dai profili diversi: **portieri, mediatori culturali, assistenti sociali e religiosi**, ciascuno con compiti specifici. In tale contesto si colloca il progetto di **formazione linguistica** finalizzato a fornire agli operatori più direttamente coinvolti nei processi relazionali le dovute conoscenze delle lingue straniere più in uso.

Sotto il profilo tecnologico e strutturale l'obiettivo è quello di utilizzare l'innovazione tecnologica per migliorare la qualità dei servizi da offrire ai cittadini, secondo la logica delle “Smart Cities and Communities Communication”. In tale direzione e con specifico riferimento all'ambito sanitario si prevede di progettare ed implementare un complesso di prodotti nell'ambito di una piattaforma definibile **“Smart Health 2019”**, in grado di facilitare il rapporto tra i cittadini e, nella fattispecie i turisti, ed il sistema sanitario offrendo nuovi canali di comunicazione ed accesso alle informazioni ed ai servizi sanitari digitali in totale mobilità, mediante l'utilizzo di smartphone e tablet che consentono di abbattere le barriere fisiche e culturali. A tale scopo si prevede di implementare *app* informative sui servizi sanitari e sulla loro collocazione, di accelerare la digitalizzazione dei processi sanitari sia territoriali che ospedalieri, in particolar modo di quelli a più diretto impatto

con l'utenza turistica, in modo tale da mettere a disposizione di tutti nuovi servizi on line interattivi e di consultazione che consentano di avere informazioni in tempo reale.

Il progetto prevede, inoltre, l'utilizzo di totem, schermi o altri dispositivi informativi per la proiezione di videomessaggi, da collocare in punti strategici della città, che unitamente a materiale informativo, quali brochure, mappe dei servizi e documenti video, sono finalizzati a comunicare agli utenti l'esistenza e l'ubicazione dei vari servizi aziendali.

La realizzazione delle suddette azioni richiede essenzialmente investimenti in tecnologie e risorse umane, oltre che le opere di ristrutturazione edilizia, le cui previsioni economiche sono contenute nei rispettivi piani operativi, per un ammontare complessivo pari a circa **46,3 milioni di euro**, così determinato:

	TOTALE	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Personale dipendente</i>	€ 17.380.977	€ 4.185.703	€ 4.535.346	€ 3.488.826	€ 2.853.624	€ 2.317.478
<i>Tecnologie e arredi sanitari</i>	€ 20.918.504	€ 4.387.264	€ 4.176.984	€ 4.165.084	€ 3.346.284	€ 4.842.888
<i>Opere edilizie</i>	€ 8.000.000	€ 2.345.000	€ 1.152.500	€ 1.425.000	€ 1.361.000	€ 1.716.500
TOTALE	€ 46.299.481	€ 10.917.967	€ 9.864.830	€ 9.078.910	€ 7.560.908	€ 8.876.866

La notevole entità dell'impegno economico richiesto, non potendo essere assicurato dall'Azienda con le proprie economie nell'ambito delle risorse ordinarie assegnate dalla Regione con il riparto corrente del F.S.R., implica la necessità di accedere a finanziamenti straordinari ed aggiuntivi, capaci di garantire non soltanto la tenuta dei conti nel quinquennio considerato, ma anche la sostenibilità degli investimenti programmati nel medio – lungo periodo.

In tal senso, nella consapevolezza dei continui ridimensionamenti operati sul Fondo Sanitario Nazionale che porteranno sempre meno risorse al S.S.R., si auspica la possibilità di accedere a finanziamenti extra da parte della Regione, da reperire anche attingendo a fondi messi a disposizione dal Governo Nazionale o dall'Unione Europea o da altri canali di reperimento delle risorse finanziarie.

Si tratta di una sfida decisiva che l'ASM intende accettare con determinazione, nella consapevolezza che da essa dipende la crescita quali – quantitativa dell'intero sistema sanitario materano, che altrimenti corre il rischio di rimanere ingessato dalle logiche e dalle dinamiche del perseguimento dell'equilibrio economico, risultando non adeguato alle più attuali esigenze e senza riuscire a dare risposta ai bisogni emergenti dai nuovi contesti all'interno dei quali è proiettato, ma soprattutto perdendo l'opportunità storica di fare quel salto di qualità che l'intera comunità locale da anni si aspetta.

Redazione documento

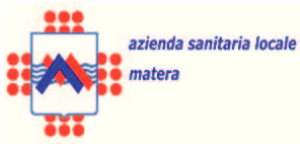
Hanno contribuito alla stesura del presente Bilancio Sociale

la Direzione Strategica:

 Direttore Generale	Pietro Quinto
 Direttore Sanitario	Andrea Sacco
 Direttore Amministrativo	Maria Benedetto

e il Gruppo di Lavoro dedicato composto da:

-  **Franca Adduci**
-  **Gaetano Annese**
-  **Teresa Cetani**
-  **Vito Cilla**
-  **Vito D'Alessandro**
-  **Giuliana Di Grottole**
-  **Gianni Rondinone**
-  **Gennaro Mariano Santarcangelo**



Bilancio
Sociale
2014