

azienda sanitaria locale
matera



Bilancio Sociale 2015



PRESENTAZIONE	5
PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE	6
INTRODUZIONE	7
SEZIONE I - IL CONTESTO	11
1.1. IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE.....	12
1.1.1. IL TERRITORIO	12
1.1.2. LA POPOLAZIONE, IL CONTESTO E LE DINAMICHE DEMOGRAFICHE.....	15
1.1.3. IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO.....	29
1.2. IL PROFILO AZIENDALE.....	40
1.2.1. L'ASSETTO FUNZIONALE E ORGANIZZATIVO.....	40
1.2.2. L'OFFERTA AZIENDALE.....	50
1.2.3. LE RISORSE UMANE	65
1.2.4. UN GIORNO IN ASM.....	70
SEZIONE II - LE SCELTE E LE AZIONI DI GOVERNO	73
2.1.LE AZIONI SANITARIE.....	74
2.1.1. LA RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE	74
2.2. IL RISANAMENTO DEI CONTI.....	81
2.2.1.DALLA PERDITA DI ESERCIZIO AL PAREGGIO DI BILANCIO	81
2.2.2. IL CAPITALE STRUTTURALE E TECNOLOGICO	94
2.2.3. COSTI PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI.....	96
SEZIONE III – RELAZIONE SOCIALE.....	103
3.1. I SERVIZI ALLE PERSONE.....	104
3.1.1. L'ASSISTENZA IN OSPEDALE	104
3.1.2 ASSISTENZA SUL TERRITORIO	129
3.1.3. LA PREVENZIONE.....	163
3.2. GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI	173
3.2.1. GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	173
3.2.2. LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI SALUTE	179
3.3. L'ATTENZIONE ALLE PERSONE.....	182
3.3.1. LA CUSTOMER SATISFACTION ED I RECLAMI	182
3.3.2. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	186
3.3.2. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	186
3.3.3. ALTRI PROGETTI AZIENDALI	191
3.3.4. L'ATTENZIONE AI DIPENDENTI	192
SEZIONE IV – I PROGRAMMI FUTURI	201
4.1. LE AZIONI FUTURE	202

PRESENTAZIONE



Pisticci – Dirupo e Terravecchia di notte



Bernalda – Tavole Palatine di Metaponto



Scanzano - Spiaggia



Policoro – Castello



Montalbano – Porta Centro storico

PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE



La pubblicazione del terzo bilancio sociale della ASM, risponde all'esigenza, sempre più sentita, 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.

Nonostante il momento congiunturale difficile, la nostra Azienda, grazie all'impegno ed agli sforzi profusi da tutto il personale, anche nel 2015 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 terzo 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 di razionalizzazione, 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'ultima, 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 quadriennio, nella direzione, da una parte, del mantenimento delle condizioni di sostenibilità, e dall'altra dall'avvio di processi di sviluppo e di crescita dell'intero sistema, in una prospettiva 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



Calciano – Veduta



Accettura – Veduta



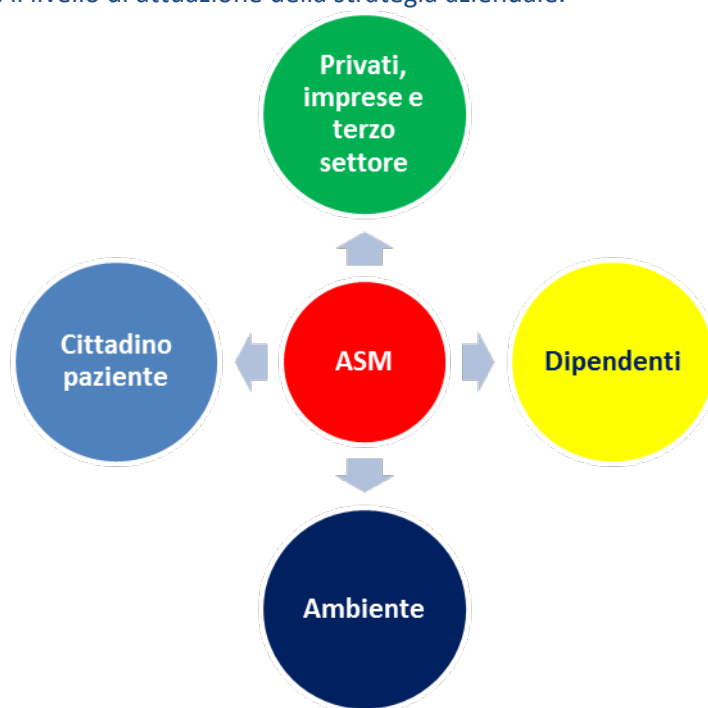
San Mauro Forte – Castello

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 dalle azioni messe in campo 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 alla loro rimozione;
- 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 soddisfare le esigenze informative 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, con l'obiettivo 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 ha inteso presidiare per produrre valore in favore del 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 sono 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 2015 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 2015, tuttavia, essendo stata realizzata nei primi mesi del 2016, in tutti quei 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 dall'U.O. Pianificazione e Controllo di Gestione dell'ASM.

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 - IL CONTESTO



Grassano – Panorama



Grottole – Veduta



Pomarico - Scorcio



Miglionico – Castello



Irsina . Scultura lignea di Andrea Mantegna in Cattedrale

1.1. IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE

1.1.1. IL TERRITORIO

LA Provincia di Matera occupa un territorio di 3.479 kmq, con una popolazione complessiva di 200.597 abitanti (FONTE ISTAT Giugno 2016), distribuiti in 31 comuni. L'Azienda Sanitaria di Matera, che insiste sul territorio dell'intera Provincia, può essere suddivisa 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 1° gennaio 2009 sono confluite nella nuova ASM, ai sensi della L.R. n. 12/2008.

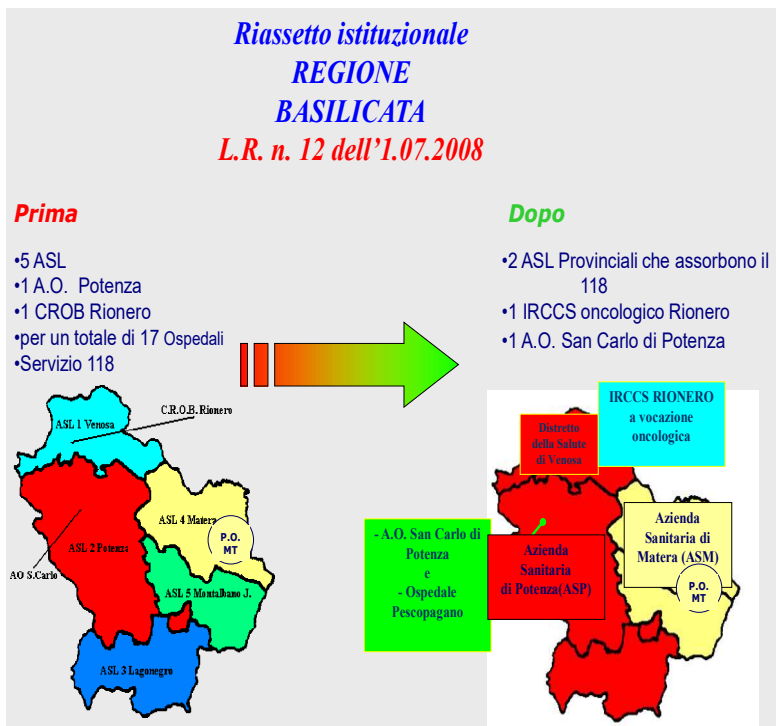


Grafico 1.1. - Le Aziende Sanitarie lucane prima e dopo la L.R.12

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).



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

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

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 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.

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

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

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

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

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che si attesta su un valore di 57,66 a fronte di una media nazionale di circa 201, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia. Nella classifica delle 110 Provincie territoriali italiane/Città Metropolitane, 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 200.597 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.

Al fine di operare un raffronto omogeneo con la realtà territoriale e demografica dell'altra Azienda Sanitaria Provinciale della Regione Basilicata, si riportano nella tabella sottostante i dati relativi alla popolazione al 31.12.2014 ed al 31.12.2015, oltre che le informazioni riguardanti la superficie e la densità ab./KM per singola ASL.

Tabella 1.1. – Popolazione e Territorio

AZIENDA SANITARIA	Popolazione al 31.12.2015	Popolazione al 31.12.2014	Differenza 2015 vs 2014	% su popolazione 2015	Superficie Km ²	%	Densità
							Ab/km ²
ASP POTENZA	373.097	375.314	-2.217	65,03%	6.594,44	65,46%	56,58
ASM MATERA	200.597	201.305	-708	34,97%	3.478,89	34,54%	57,66
REGIONE BASILICATA	573.694	576.619	-2.925	100%	10.073,33	100%	57,40

1.1.2. LA POPOLAZIONE, IL CONTESTO E LE DINAMICHE DEMOGRAFICHE

La popolazione della Provincia di Matera al 31.12.2015 ammonta a 200.597 unità, evidenziando un calo di 708 unità rispetto alla stessa data del 2014, quando la popolazione era di 201.305 residenti, di cui 98.864 uomini e 102.441 donne. Alla fine di Dicembre 2015 i maschi erano 98.606, pari al 49,16% dell'intera popolazione, mentre le femmine, 50,84% dei residenti, sommavano 101.991 unità.

La densità per Km² è pari a 57,66 abitanti e si colloca tra le più basse nella graduatoria delle Province italiane. I dati relativi alla popolazione e riportati nelle tabelle che seguono sono quelli pubblicati sul Sito Istat nel mese di Giugno 2016 e non differiscono da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard.

Tabella 1.2. – Popolazione della Provincia di Matera per singolo Comune

COMUNI	POPOLAZIONE	POPOLAZIONE	DIFFERENZA	Superficie km ²	Densità ab./km ²	Altitudine m s.l.m.
	abitanti al 31.12.2015	abitanti al 31.12.2014	2015 vs 2014			
MATERA	60.436	60.524	-88	392,09	154,1	401
Pisticci	17.768	17.849	-81	233,67	76,0	364
Policoro	17.313	17.196	117	67,66	255,9	25
Bernalda	12.453	12.505	-52	126,19	98,7	126
Montescaglioso	9.942	10.021	-79	175,79	56,6	352
Ferrandina	8.853	8.860	-7	218,11	40,6	497
Scanzano Jonico	7.564	7.521	43	72,18	104,8	21
Montalbano Jonico	7.357	7.370	-13	136,00	54,1	288
Nova Siri	6.775	6.729	46	52,75	128,4	355
Tricarico	5.388	5.451	-63	178,16	30,2	698
Grassano	5.189	5.273	-84	41,63	124,6	576
Tursi	5.037	5.074	-37	159,93	31,5	210
Irsina	4.960	4.988	-28	263,47	18,8	548
Stigliano	4.361	4.446	-85	211,15	20,7	909
Pomarico	4.145	4.172	-27	129,67	32,0	454
Salandra	2.829	2.851	-22	77,44	36,5	552
Rotondella	2.657	2.674	-17	76,72	34,6	576
Miglionico	2.510	2.525	-15	88,84	28,3	461
Grottole	2.208	2.228	-20	117,15	18,8	482
Accettura	1.856	1.877	-21	90,37	20,5	770
San Mauro Forte	1.552	1.583	-31	87,06	17,8	540
Valsinni	1.544	1.581	-37	32,22	47,9	250
Colobraro	1.266	1.286	-20	66,61	19,0	630
San Giorgio Lucano	1.217	1.237	-20	39,26	31,0	416
Garaguso	1.073	1.086	-13	38,61	27,8	492
Aliano	1.008	1.029	-21	98,41	10,2	555
Gorgoglione	989	1.006	-17	34,93	28,3	800
Calciano	777	778	-1	49,69	15,6	420
Craco	745	747	-2	77,04	9,7	391
Oliveto Lucano	450	458	-8	31,19	14,4	546
Cirigliano	375	380	-5	14,90	25,2	656
TOTALE	200.597	201.305	-708	3.478,89	57,7	

Nel 2015 il saldo naturale della popolazione è stato negativo per 627 unità, derivanti da 1.462 nascite e 2.089 decessi. A differenza degli anni precedenti anche il saldo migratorio della popolazioni presenta per il 2015 un dato negativo: le iscrizioni da altri Comuni e dall'estero sono state pari a 2.962 mentre le cancellazioni hanno riguardato 3.043 casi.

Nello specifico i Comuni che hanno evidenziato un saldo totale positivo sono nell'ordine Policoro (+117), Scanzano (+46), Novasiri (+43); tutti gli altri Comuni fanno registrare saldi negativi. Rispetto al 2014 sono pochissime le Comunità che hanno fatto registrare un incremento dei residenti rispetto al periodo precedente.

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 375 abitanti (è il secondo comune più piccolo per numero di abitanti della Regione Basilicata, preceduto da San Paolo Albanese), seguito da Oliveto Lucano con 460, Craco con 74,5 Calciano con 777 e Gorgoglione che nel 2015 è scesa a 989 abitanti; tutti gli altri Comuni hanno comunque una popolazione superiore ai mille abitanti.

Nel 2015 il numero complessivo dei nati nella provincia di Matera è stato pari a 1.462 unità, con una riduzione di 61 neonati, pari al -4% rispetto al biennio precedente.

Nell'anno 2015 il numero complessivo dei deceduti nella provincia di Matera è stato pari a 2.089 unità, con un aumento di ben 183 decessi, pari al 9,5% rispetto all'anno 2013.

Grafico 1.3 – Piramide della popolazione della ASM per classi di età e sesso al 31.12.2015

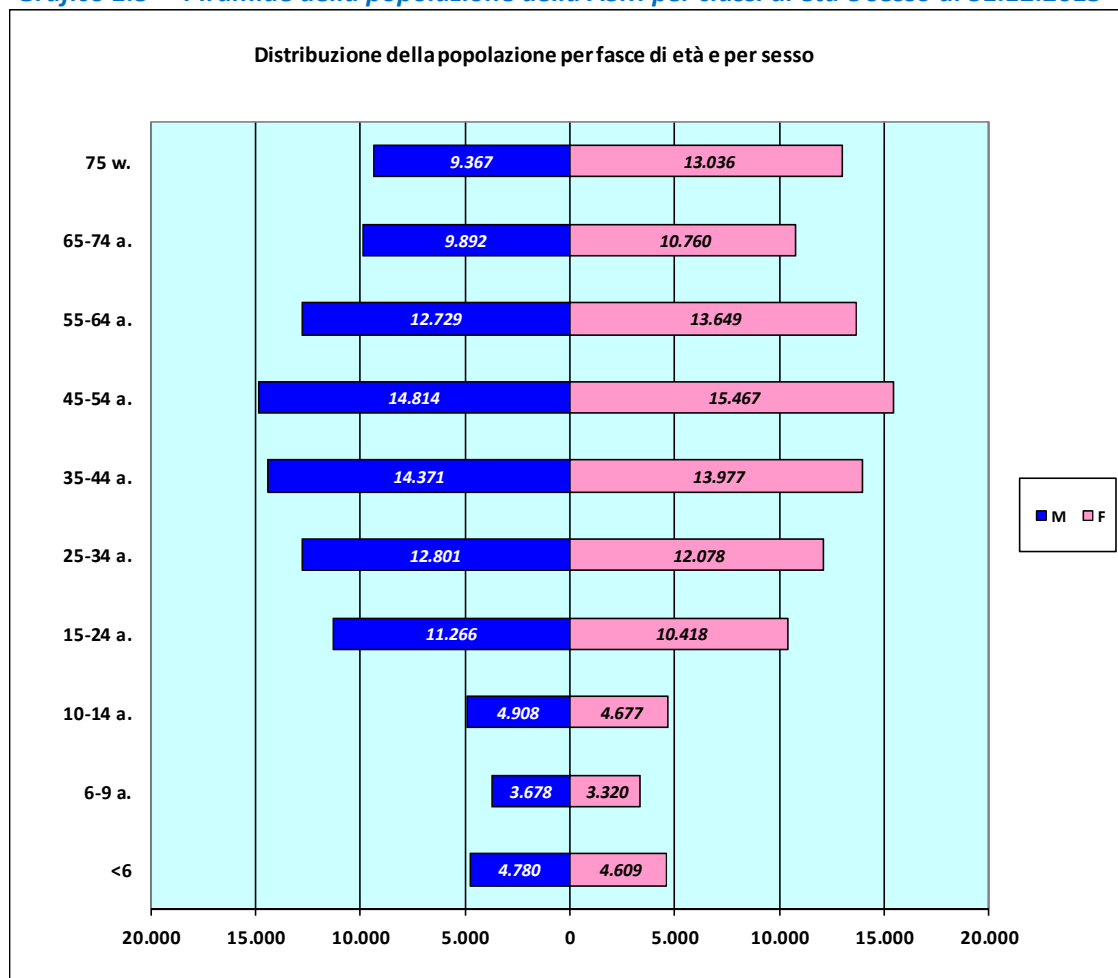


Tabella 1.3. – Popolazione della ASM suddivisa per fasce di età al 31.12.2015

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 a.	Totale
Accettura	70	46	79	185	218	241	265	230	183	339	1.856
Aliano	29	28	39	98	105	92	149	134	135	199	1.008
Bernalda	627	494	648	1250	1687	2016	1743	1602	1277	1109	12.453
Calciano	30	19	25	76	89	92	106	111	89	140	777
Cirigliano	6	5	9	28	33	46	60	70	31	87	375
Colobraro	32	42	46	124	143	151	200	181	118	229	1.266
Craco	32	37	41	94	83	103	101	71	86	97	745
Ferrandina	400	283	423	962	1132	1204	1383	1128	969	969	8.853
Garaguso	55	49	76	114	127	124	176	117	84	151	1.073
Gorgoglione	47	23	39	102	118	118	147	134	99	162	989
Grassano	219	187	302	575	622	643	757	706	536	642	5.189
Grottole	89	66	116	243	269	314	299	307	246	259	2.208
Irsina	182	141	264	561	568	617	723	592	545	767	4.960
Matera	3022	2326	2975	6322	7175	9047	9298	7763	6288	6220	60.436
Miglionico	104	85	116	262	322	365	346	350	287	273	2.510
Montalbano	325	228	307	791	906	984	1152	1033	722	909	7.357
Montescaglioso	491	366	469	1185	1188	1391	1475	1239	1001	1137	9.942
Novasiri	326	240	294	841	869	955	1084	890	614	662	6.775
Oliveto	16	7	14	27	49	62	59	50	71	95	450
Pisticci	873	640	893	1874	2218	2546	2644	2366	1875	1839	17.768
Policoro	939	644	818	1982	2427	2628	2753	2193	1586	1343	17.313
Pomarico	165	117	202	457	503	515	618	606	434	528	4.145
Rotondella	101	58	96	289	309	360	404	361	266	413	2.657
Salandra	117	90	121	324	366	376	394	396	304	341	2.829
Sangiorgio	30	32	44	93	125	126	183	181	150	253	1.217
Sanmauro	53	35	39	148	196	180	229	217	179	276	1.552
Scanzano	462	280	410	905	1054	1088	1115	1029	641	580	7.564
Stigliano	106	97	150	428	498	464	618	666	549	785	4.361
Tricarico	175	155	240	594	665	648	776	790	550	795	5.388
Tursi	207	140	229	580	626	668	778	651	590	568	5.037
Valsinni	59	38	61	170	189	184	246	214	147	236	1.544
Totale	9.389	6.998	9.585	21.684	24.879	28.348	30.281	26.378	20.652	22.403	200.597

Rispetto al dato del biennio precedente, cioè al 31 Dicembre 2013, alla fine dell'anno 2015 la suddivisione della popolazione per classi di età conferma la tendenza all'invecchiamento dei residenti nella Provincia di Matera.

Le prime quattro classi di età, sino ai giovani con 24 anni compiuti, mostrano un decremento, che risulta abbastanza accentuato per i bimbi sino a 10 anni i quali sono diminuiti di quasi 700 unità.

Le classi di età intermedia si attestano sostanzialmente sugli stessi valori della fine del 2013, mentre la popolazione più anziana è cresciuta di numero.

I residenti fra 65 e 74 anni sono aumentati di 650 unità, mentre la popolazione ultrasettantacinquenne ha evidenziato un aumento di 826 persone.

Quindi, la concomitante diminuzione del valore assoluto dei residenti e l'aumento delle classi di età più anziane testimoniano un sostanziale invecchiamento dei residenti, fenomeno comune a tutta la nazione, ma più accentuato in alcune realtà del Centro Sud.

Nella Tabella 1.4 vengono evidenziati gli indicatori demografici più importanti, operando anche un raffronto biennale tra il 2013 e il 2015.

Tabella n. 1.4. – Trend indicatori demografici (rapporto per 1.000 abitanti) Anni 2013 – 2015

Comuni	Popolazione residente			Indice di natalità			Indice di mortalità			Tasso di crescita naturale		
	2013	2015	Δ%	2013	2015	Δ%	2013	2015	Δ%	2013	2015	Δ%
Accettura	1.918	1.856	-3,2%	6,3	9,7	53,9	14,1	14,5	3,2	-7,8	-4,82	38,18
Aliano	1.041	1.008	-3,2%	5,8	5,0	-14,5	18,3	25,8	40,9	-12,5	-20,62	-64,95
Bernalda	12.483	12.453	-0,2%	8,1	6,0	-25,6	8,7	11,1	27,4	-0,6	-5,05	-741,41
Calciano	773	777	0,5%	7,8	2,6	-67,0	16,8	10,3	-38,7	-9,1	-7,72	15,20
Cirigliano	350	375	7,1%	2,9	0,0	-100	28,6	13,3	-53,4	-25,7	-13,25	48,46
Colobraro	1.314	1.266	-3,7%	1,5	3,2	110,6	18,3	14,2	-22,3	-16,7	-10,97	34,30
Craco	768	745	-3,0%	13,0	8,1	-38,0	11,7	22,8	95,0	1,3	-14,75	1.234,25
Ferrandina	8.857	8.853	0,0%	6,4	8,9	39,4	9,7	10,3	6,0	-3,3	-1,35	58,94
Garaguso	1.094	1.073	-1,9%	7,3	8,4	14,9	11,9	10,3	-13,9	-4,6	-1,85	59,72
Gorgoglione	1.015	989	-2,6%	2,0	9,1	355,0	17,7	23,3	31,4	-15,8	-14,04	11,17
Grassano	5.268	5.189	-1,5%	7,6	5,2	-31,5	11,8	14,3	20,9	-4,2	-8,98	-113,93
Grottole	2.315	2.208	-4,6%	6,9	8,6	24,7	12,5	13,1	5,1	-5,6	-4,51	19,49
Irsina	5.023	4.960	-1,3%	6,2	5,6	-8,9	11,3	14,3	26,7	-5,2	-8,64	-66,25
Matera	60.556	60.436	-0,2%	8,1	7,2	-10,9	7,9	8,9	12,9	0,2	-1,70	951,52
Miglionico	2.519	2.510	-0,4%	5,2	6,4	22,6	9,9	10,4	4,6	-4,8	-3,97	17,25
Montalbano	7.382	7.357	-0,3%	6,4	8,7	35,9	8,9	10,6	19,1	-2,6	-1,90	26,87
Montescaglioso	10.078	9.942	-1,3%	8,2	8,4	3,0	10,1	10,8	6,6	-1,9	-2,30	-21,28
Novasiri	6.701	6.775	1,1%	9,3	6,6	-28,6	9,1	8,9	-2,7	0,1	-2,22	2.321,56
Oliveto L.	476	450	-5,5%	2,1	11,1	429,1	18,9	13,3	-29,5	-16,8	-2,20	86,89
Pisticci	17.266	17.768	2,9%	7,5	7,1	-5,4	10,8	9,8	-8,8	-3,2	-2,75	14,02
Policoro	17.022	17.313	1,7%	8,3	10,1	21,1	5,8	7,3	25,5	2,5	2,78	-11,28
Pomarico	4.226	4.145	-1,9%	7,3	6,0	-17,4	9,9	9,7	-2,5	-2,6	-3,61	-38,73
Rotondella	2.708	2.657	-1,9%	5,2	6,8	30,3	9,2	12,4	35,0	-4,1	-5,63	-37,26
Salandra	2.858	2.829	-1,0%	7,0	4,2	-39,4	9,4	12,7	35,4	-2,4	-8,45	-252,11
San Giorgio	1.262	1.217	-3,6%	6,3	0,0	-100	15,8	10,7	-32,4	-9,5	-10,59	-11,53
San Mauro	1.628	1.552	-4,7%	4,3	6,4	49,8	14,1	13,5	-4,0	-9,8	-7,02	28,35
Scanzano	7.396	7.564	2,3%	10,0	4,8	-51,8	7,3	17,4	138,7	2,7	-12,49	562,59
Stigliano	4.557	4.361	-4,3%	3,3	6,3	91,2	16,2	13,9	-14,1	-12,9	-7,57	41,35
Tricarico	5.549	5.388	-2,9%	6,5	6,2	-5,3	11,5	10,9	-5,1	-5,0	-4,75	5,05
Tursi	5.138	5.037	-2,0%	8,6	1,9	-77,4	7,8	20,1	157,4	0,8	-17,91	2.338,57
Valsinni	1.592	1.544	-3,0%	7,5	10,2	35,7	21,4	7,1	-66,6	-13,8	3,05	122,10
TOTALE	201.133	200.597	0,3%	7,6	7,3	-4,1	9,5	10,4	9,6	-1,9	-3,12	-64,22

Grafico 1.4. - Tasso totale di crescita della popolazione – Anno 2015

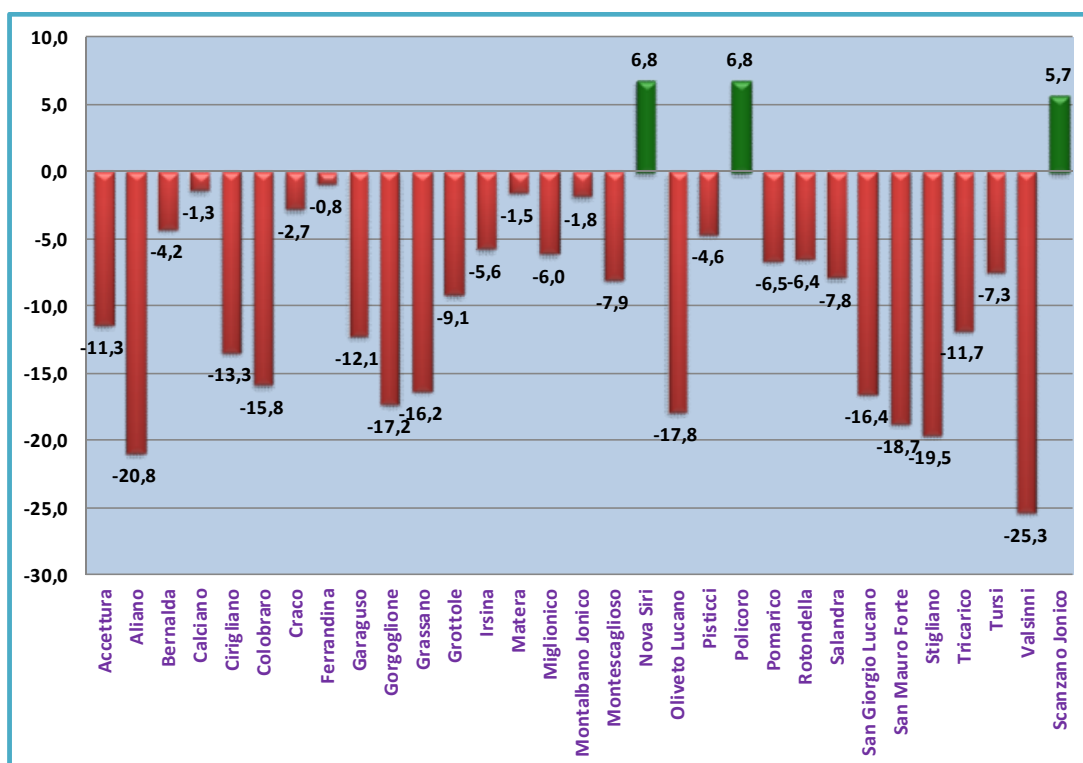
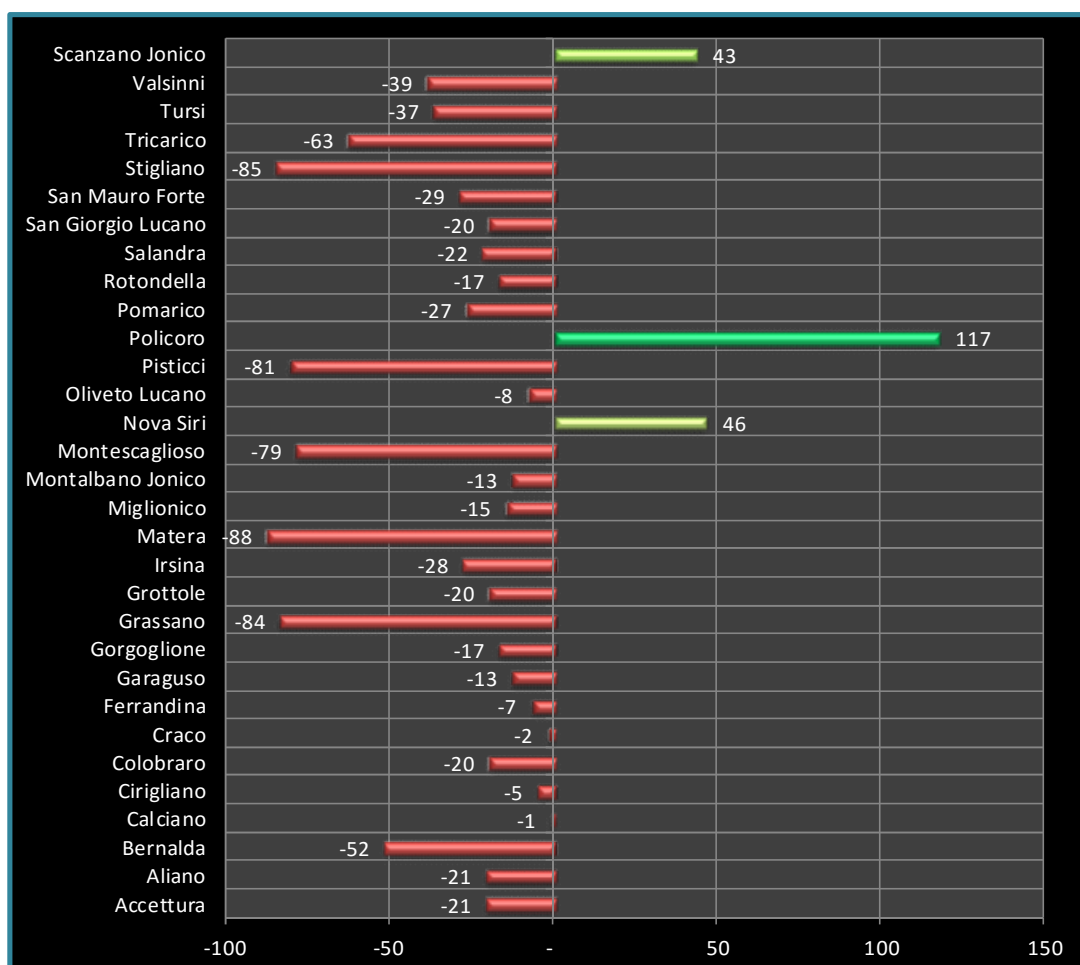
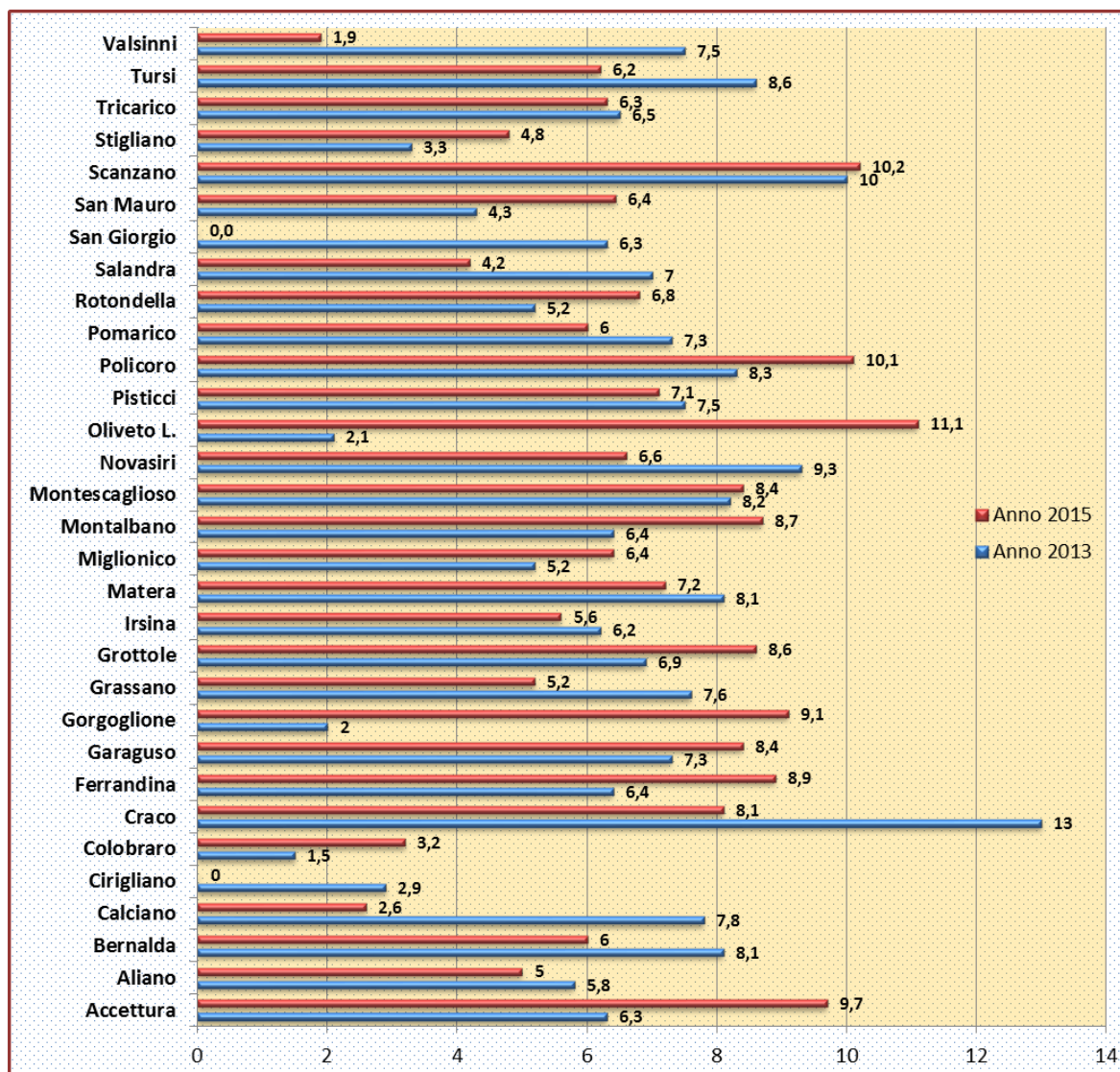


Grafico 1.5. - Trend popolazione residente nei Comuni ASM. Confronto 2015 vs 2014



Nel complesso la popolazione residente nella Provincia di Matera nel 2015 ha fatto registrare rispetto all'anno precedente un modesto decremento, nell'ordine dello 0,35 %, pari a 708 unità, che è la risultante delle dinamiche di aumento (Novasiri, Policoro e Scanzano) o di decremento (ben 28 paesi, compresa Matera) che hanno interessato i 31 Comuni.

Grafico 1.6. – Trend indice di natalità (per mille abitanti) Anni 2013 – 2015



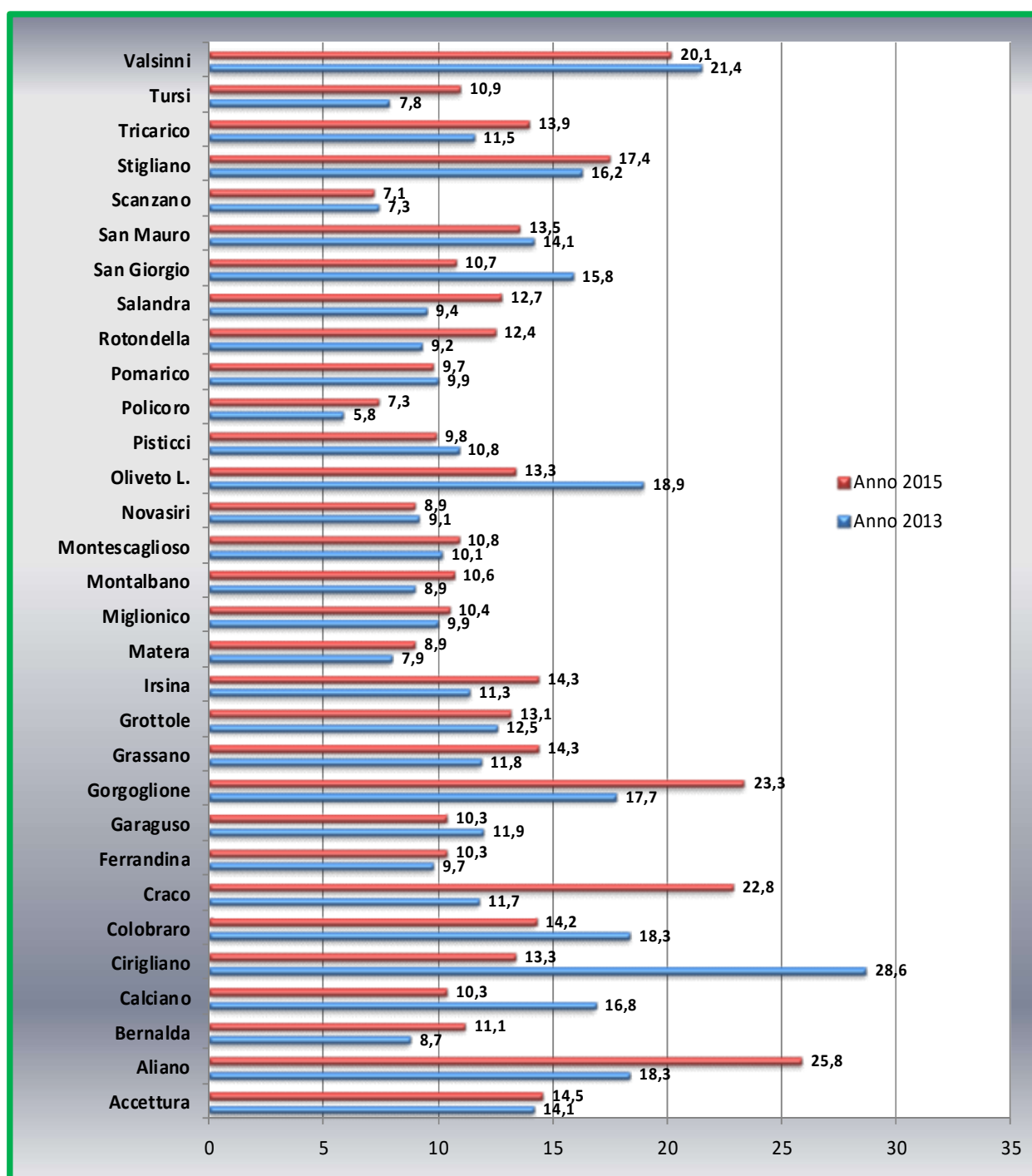
Il Tasso di natalità (rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per mille) fatto registrare dalla ASM di Matera nel 2015, pari a 7,3‰, in lieve calo rispetto all'anno 2013 (7,6‰). Il quoziente di natalità per mille abitanti risulta al di sotto sia del valore medio del Mezzogiorno (8,1‰) sia del valore medio nazionale (8,00‰), mentre è di poco superiore alla media della Regione Basilicata (7,2‰). Solo la Liguria (6,4‰), la Sardegna (6,7‰), il Friuli Venezia Giulia ed il Molise (7,00‰) presentano un indice di natalità inferiore rispetto alla Basilicata. Tutte le altre 15 Regioni hanno un tasso di natalità maggiore rispetto alla nostra Regione.

Tra i Comuni con popolazione > 5000 abitanti, Grassano è il primo Comune della Provincia di Matera con il più basso indice di natalità (5,2‰), in forte calo rispetto al 2013 (7,6‰) rispetto al 2013, segue Bernalda con un indice di natalità pari a 6,00‰, in notevole riduzione rispetto al biennio precedente (8,6‰). I Centri minori, purtroppo, confermano la tendenza costante alla diminuzione del indice di natalità, soprattutto i Comuni dell'alta collina. In tali realtà, come

Colobraro, Calciano, Cirigliano, San Giorgio, Stigliano, Salandra e Valsinni nel 2015 si sono registrati indici di natalità inferiori al 5‰.

Tra i Comuni di dimensioni maggiori, Scanzano Jonico si conferma anche per il 2015 quello con il più alto tasso di natalità (10,2‰) in aumento rispetto al 2013, seguito da Policoro (10,1‰) in notevole aumento rispetto al biennio precedente (8,3‰). Tra i Centri con popolazione oltre i 5.000 abitanti seguono Ferrandina, Montalbano, Grottole, Montescaglioso Pisticci, Novasiri, Miglionico, Tursi, Pomarico e Bernalda. Questi ultimi 3 Comuni con un tasso di natalità del 6 per mille evidenziano decrementi importanti rispetto al 2013, in particolare Tursi e Bernalda. La Città di Matera passa dall' 8,1‰ del 2013 al 7,2‰ del 2015.

Grafico 1.7. – Indice di mortalità (per mille abitanti) ASM – Anni 2013 – 2015



I dati riportati nel grafico e 1.7 evidenziano che 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‰, alla fine del 2015 è notevolmente aumentato sino al 10,4 per mille. La media italiana rimane comunque più alta (10,7‰), mentre lo stesso indice di mortalità per il 2015 nelle Regioni Meridionali è più basso (10,2‰) di quello dei comuni ricadenti nell'ASM. La Basilicata alla fine del 2015 faceva registrare una mortalità per mille abitanti pari all'11,2; tale dato regionale è influenzato da quello della Provincia di potenza dove l'indice di mortalità è stato pari all'11,60 per mille.

Sviluppando una breve analisi a livello provinciale emerge che:

- Scanzano è il primo Comune della provincia di Matera con il più basso indice di mortalità (7,1‰), seguito da Policoro (7,3‰), e Novasiri (8,9 per mille). Non è infatti casuale che questi tre Comuni sono gli unici che nel corso del 2015 hanno aumentato la popolazione residente ed hanno un'età media degli abitanti più bassa di tutta la Provincia;
- Matera (8,9‰), Pomarico (9,7‰) e Pisticci (9,8‰) sono gli altri tre Comuni dell'ASM dove l'indice di mortalità nel 2015 è stato inferiore al 10 per mille;
- Tutti gli altri Comuni della Provincia hanno un indice di mortalità più alto del 10‰. Anche per questo indicatore demografico le realtà più piccole e interne, situate nel territorio dell'alta collina materana, dove l'età media della popolazione è abbastanza elevata, hanno evidenziato nel 2015 indici di mortalità molto alti: a Valsinni, Gorgoglione, Craco ed Aliano nel 2015 l'indice di mortalità ha superato il valore del 20 per mille, giungendo sino al 25,80.

Nel Tabella 1.5 della pagina seguente vengono riportati i principali indici strutturali della popolazione (il rapporto è per 100 abitanti) dell'ASM nel 2014 e nel 2015:

- ✓ Indice di invecchiamento (rapporto percentuale tra popolazione ultrassessantatrenne e popolazione totale). Rispetto al 2014 questo indice nei Comuni della Provincia di Matera è passato dal 21,1% al 21,5%;
- ✓ Indice di vecchiaia (costruito con rapporto fra la popolazione anziana, oltre 65 anni, e quella giovane, da zero a 14 anni). Il dato del 2014 in ASM era pari al 159,70, alla fine del 2015 l'indice di vecchiaia era salito al 165,80%;
- ✓ Indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione improduttiva dal punto di vista economico e quella potenzialmente produttiva, cioè le fasce di età 0-14 anni ed oltre 64 diviso la popolazione con età compresa tra 15 e 64 anni). Anche questo indice è aumentato passando dal 52,2% del 2014 al 52,55 del 2015.

Il prospetto sottostante riporta la popolazione della Provincia di Matera al 31.12.2015, suddivisa per le tre fasce di età, necessarie alla costruzione degli indici strutturali di invecchiamento, vecchiaia e dipendenza:

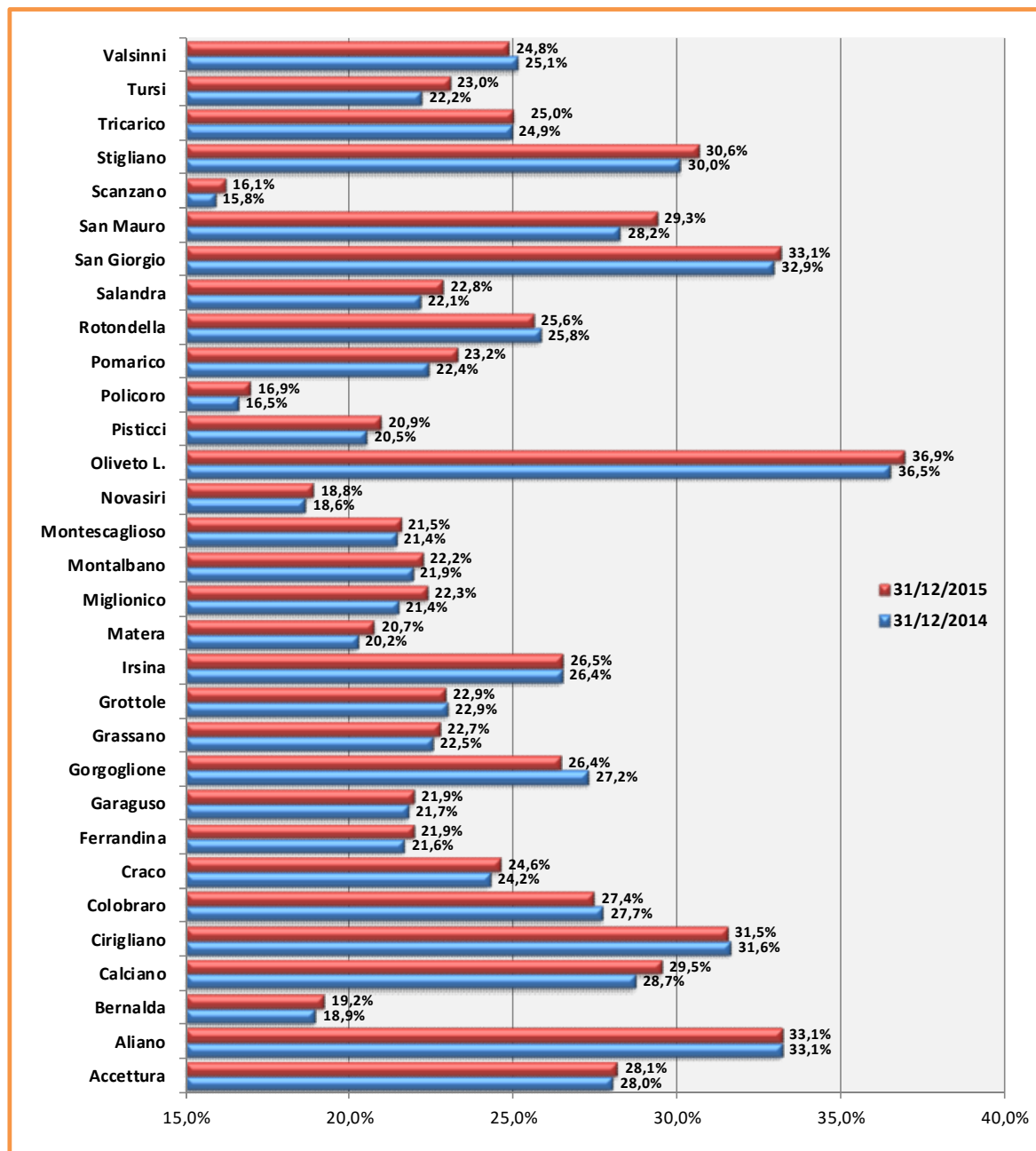
Anno 2015									
Comune	0 -14 anni	15 -64 anni	da 65 anni in poi	Totale Popolazione	Comune	0 -14 anni	15 -64 anni	da 65 anni in poi	Totale Popolazione
Accettura	195	1.139	522	1.856	Montescaglioso	1.326	6.478	2.138	9.942
Aliano	96	578	334	1.008	Novasiri	860	4.639	1.276	6.775
Bernalda	1.769	8.298	2.386	12.453	Oliveto	37	247	166	450
Calciano	74	474	229	777	Pisticci	2.406	11.648	3.714	17.768
Cirigliano	20	237	118	375	Policoro	2.401	11.983	2.929	17.313
Colobraro	120	799	347	1.266	Pomarico	484	2.699	962	4.145
Craco	110	452	183	745	Rotondella	255	1.723	679	2.657
Ferrandina	1.106	5.809	1.938	8.853	Salandra	328	1.856	645	2.829
Garaguso	180	658	235	1.073	Sangiorgio	106	708	403	1.217
Gorgoglione	109	619	261	989	Sanmauro	127	970	455	1.552
Grassano	708	3.303	1.178	5.189	Scanzano	1.152	5.191	1.221	7.564
Grottole	271	1.432	505	2.208	Stigliano	353	2.674	1.334	4.361
Irsina	587	3.061	1.312	4.960	Tricarico	570	3.473	1.345	5.388
Matera	8.323	39.605	12.508	60.436	Tursi	576	3.303	1.158	5.037
Miglionico	305	1.645	560	2.510	Valsinni	158	1.003	383	1.544
Montalbano	860	4.866	1.631	7.357	Totale ASM	25.972	131.570	43.055	200.597

Tabella 1.5. – Indici strutturali di popolazione. Trend evolutivo Anni 2014– 2015

Comuni	Indice di invecchiamento			Indice di vecchiaia			Indice di dipendenza		
	31/12/2014	31/12/2015	Δ %	31/12/2014	31/12/2015	Δ %	31/12/2014	31/12/2015	Δ %
Accettura	28,0%	28,1%	1%	265,2%	267,7%	1%	62,7%	62,9%	0%
Aliano	33,1%	33,1%	0%	351,5%	347,9%	-1%	74,1%	74,4%	0%
Bernalda	18,9%	19,2%	1%	130,6%	134,9%	3%	50,1%	50,1%	0%
Calciano	28,7%	29,5%	3%	297,3%	309,5%	4%	62,1%	63,9%	3%
Cirigliano	31,6%	31,5%	0%	521,7%	590,0%	13%	60,3%	58,2%	-3%
Colobraro	27,7%	27,4%	-1%	289,4%	289,2%	0%	59,4%	58,4%	-2%
Craco	24,2%	24,6%	1%	164,5%	166,4%	1%	63,8%	64,8%	2%
Ferrandina	21,6%	21,9%	1%	171,4%	175,2%	2%	52,0%	52,4%	1%
Garaguso	21,7%	21,9%	1%	125,5%	130,6%	4%	64,0%	63,1%	-2%
Gorgoglione	27,2%	26,4%	-3%	251,4%	239,4%	-5%	61,5%	59,8%	-3%
Grassano	22,5%	22,7%	1%	159,3%	166,4%	4%	57,7%	57,1%	-1%
Grottole	22,9%	22,9%	0%	183,8%	186,3%	1%	54,8%	54,2%	-1%
Irsina	26,4%	26,5%	0%	214,0%	223,5%	4%	63,3%	62,0%	-2%
Matera	20,2%	20,7%	3%	143,6%	150,3%	5%	52,1%	52,6%	1%
Miglianico	21,4%	22,3%	4%	171,7%	183,6%	7%	51,3%	52,6%	3%
Montalbano	21,9%	22,2%	1%	182,2%	189,7%	4%	51,2%	51,2%	0%
Montescaglioso	21,4%	21,5%	1%	156,6%	161,2%	3%	53,9%	53,5%	-1%
Novasiri	18,6%	18,8%	1%	140,1%	148,4%	6%	46,8%	46,0%	-2%
Oliveto L.	36,5%	36,9%	1%	477,1%	448,6%	-6%	78,9%	82,2%	4%
Pisticci	20,5%	20,9%	2%	149,1%	154,4%	4%	52,0%	52,5%	1%
Policoro	16,5%	16,9%	2%	117,8%	122,0%	4%	44,1%	44,5%	1%
Pomarico	22,4%	23,2%	4%	185,9%	198,8%	7%	52,4%	53,6%	2%
Rotondella	25,8%	25,6%	-1%	268,1%	266,3%	-1%	54,7%	54,2%	-1%
Salandra	22,1%	22,8%	3%	180,0%	196,6%	9%	52,4%	52,4%	0%
San Giorgio	32,9%	33,1%	1%	373,4%	380,2%	2%	71,6%	71,9%	0%
San Mauro	28,2%	29,3%	4%	325,5%	358,3%	10%	58,4%	60,0%	3%
Scanzano	15,8%	16,1%	2%	101,8%	106,0%	4%	45,8%	45,7%	0%
Stigliano	30,0%	30,6%	2%	370,1%	377,9%	2%	61,7%	63,1%	2%
Tricarico	24,9%	25,0%	0%	228,3%	236,0%	3%	55,7%	55,1%	-1%
Tursi	22,2%	23,0%	4%	188,6%	201,0%	7%	51,3%	52,5%	2%
Valsinni	25,1%	24,8%	-1%	240,6%	242,4%	1%	55,0%	53,9%	-2%
TOTALE	21,1%	21,5%	2%	159,7%	165,8%	4%	52,2%	52,5%	0,4%

I tre successivi grafici analizzano i singoli indici, riportando i dati per singolo Comune della Provincia, riguardo agli anni 2014 e 2015. Viene, altresì operato, un confronto con il dato che ISTAT ha recentemente pubblicato per la Nazione, il Mezzogiorno e la Regione Basilicata.

Grafico 1.8 – Trend Indice di invecchiamento nel biennio 2014 – 2015

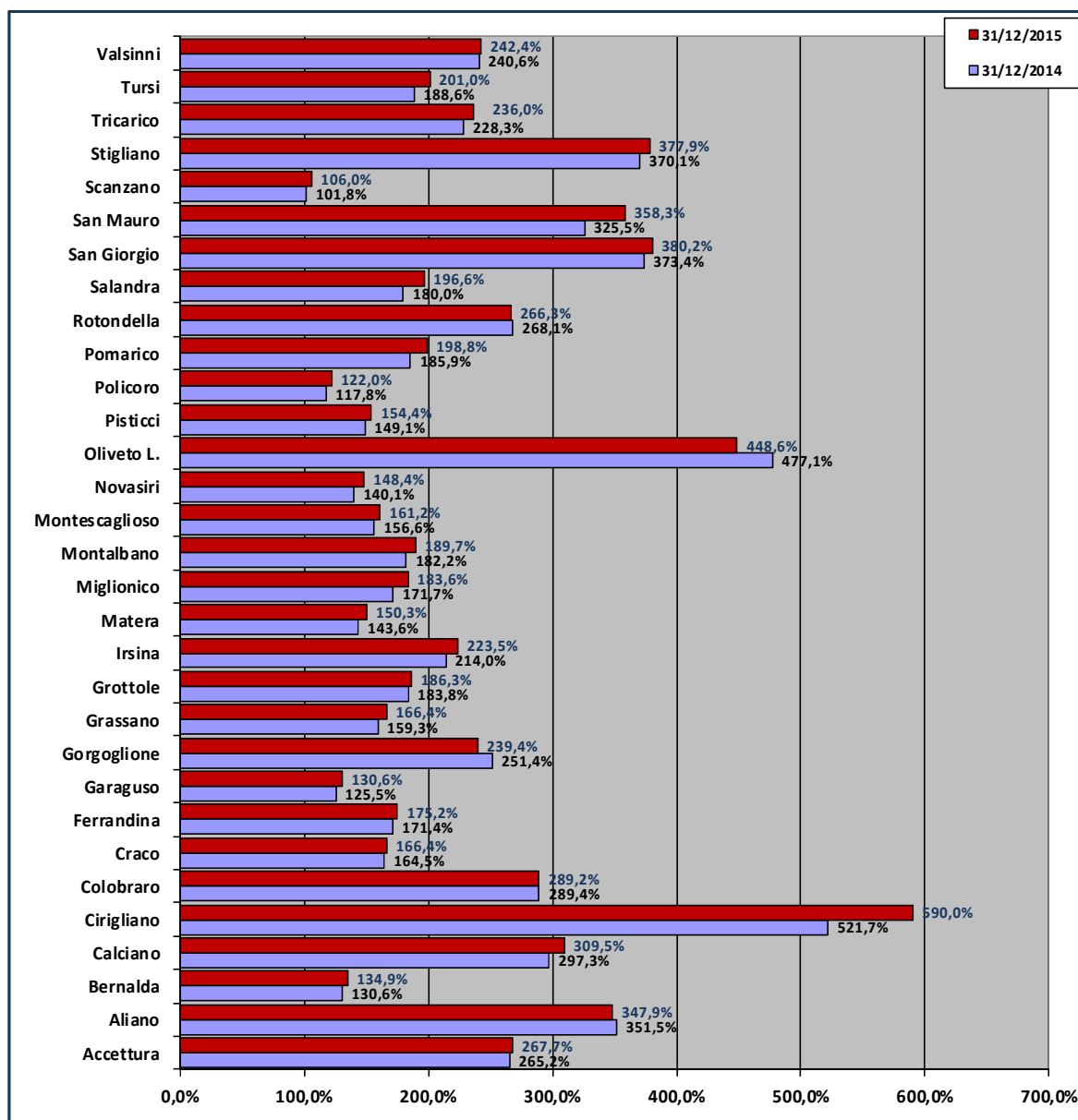


I dati su esposti evidenziano che *l'indice di invecchiamento* della ASM al 31.12.2015 è pari complessivamente a 21,5%: esso, come già detto, esprime il rapporto percentuale tra la popolazione ultrasessantatrenne e la popolazione totale, ossia il peso percentuale degli abitanti con età uguale o superiore ai 65 anni rispetto al totale della popolazione. Il tasso suddetto in aumento dello 0,3% rispetto all'anno precedente (21,2%), è poco al di sotto del valore medio italiano (22,04%), mentre risulta al di sopra del valore medio dell'Italia Meridionale (19,89%). Il tasso di invecchiamento della Regione Basilicata è pari al 21,93%, poco più alto di quello dei Comuni del territorio ASM.

I Comuni che nel 2015 hanno evidenziato l'indice di invecchiamento più elevato si confermano i piccoli centri, soprattutto dell'alta collina materana: Oliveto Lucano, Aliano, San Giorgio Lucano, Cirigliano e Stigliano, superano la soglia del 30%.

I Comuni che, di converso, hanno fatto registrare indici di invecchiamento più bassi sono stati anche per il 2015 Scanzano, Policoro e Novasiri con valori pari rispettivamente a: 16,1% e 16,8% e 18,9%. Rispetto all'anno precedente in questi tre paesi l'indice di invecchiamento è aumentato in maniera trascurabile (dallo 0,2% allo 0,4%).

Grafico 1.9. – Trend Indice di vecchiaia - ASM Matera. Anni 2014 – 2015

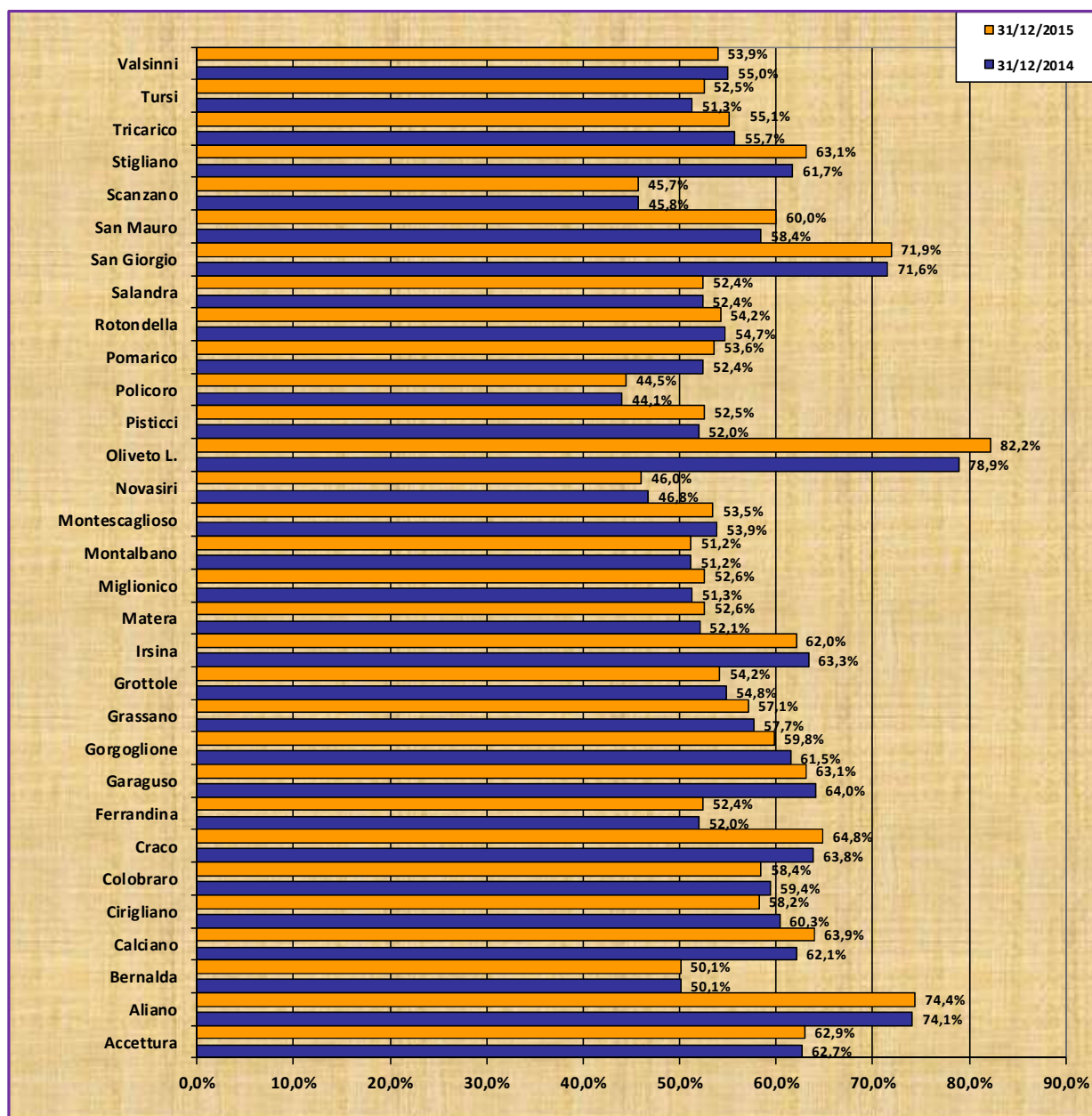


I dati del grafico soprastante evidenziano che l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 15 anni) si attesta sul valore di 165,80% risultando in aumento di ben sei punti rispetto all'anno precedente (159,7%). Il valore è lievemente inferiore al valore medio nazionale (161,4%) e nettamente più basso di quello regionale (175,8%), mentre è superiore al valore medio del Mezzogiorno (143,8%), confermando lo stesso trend degli anni trascorsi.

I Comuni con l'indice di vecchiaia più elevato nel 2015 sono stati Cirigliano e Oliveto con valori pari rispettivamente a 590% e 449%, il primo in aumento, mentre il secondo in calo rispetto all'anno 2014.

I Comuni che, di converso, hanno fatto registrare indici di vecchiaia più bassi sono stati Scanzano e Policoro con valori pari rispettivamente a: 106% e 122%, entrambi lievemente in crescita rispetto ai valori del 2014.

Grafico 1.10. – Trend Indice di dipendenza - ASM Matera. – Anni 2014 e 2015



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 52,5%, fa registrare un lieve incremento rispetto all'anno precedente (52,5%), risultando al di sotto della media nazionale (55,50%), uguale alla media regionale, ed al di sopra della media del Mezzogiorno (51,9%).

I Comuni che hanno evidenziato l'indice di dipendenza più elevato sono stati Oliveto Lucano, Aliano e San Giorgio Lucano con valori pari rispettivamente a: 82,2%, 74,4% e 71,9%, tutti in leggera crescita rispetto al 2014.

Le realtà dove, alla fine del 2015, si registrano i tassi di dipendenza più bassi della Provincia sono anche in questa circostanza gli unici Comuni in crescita demografica: Policoro, Scanzano e Novasiri con valori pari rispettivamente a: 44,5% , 45,7% e 46%, in linea con quelli del 2014.

Nelle Tabelle sottostanti, 1.6 ed 1.7, vengono riportati sia la serie storica dal 1° Gennaio 2002 al 1° Gennaio 2016 degli indicatori demografici più importanti, sia gli indici di popolazione dal 2011 al 2015 riferiti all'intera Provincia di Matera.

Il grafico finale 1.11 sintetizza l'andamento della popolazione residente nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Matera a partire dall'anno 2010.

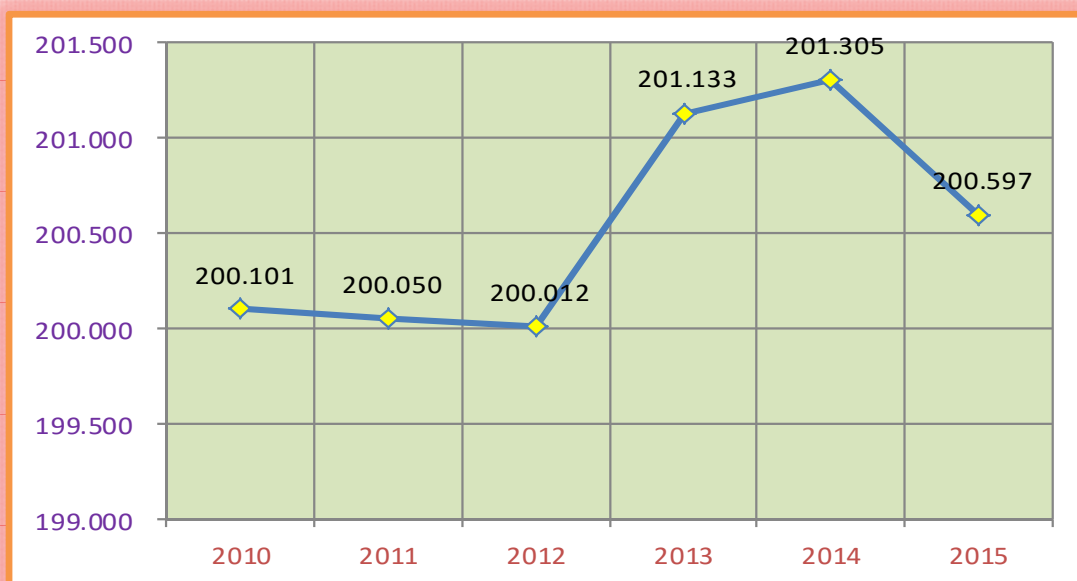
Tabella 1.6. – Indici demografici della provincia di Matera negli ultimi 15 anni.

		PROVINCIA DI MATERA														
Anno		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tipo indicatore																
saldo migratorio interno (per mille abitanti)		-6	-4,3	-3,6	-4,8	-5	-4,3	-5,6	-5,2	-4	-3,5	-2,5	-2,2	-3	-2,9	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)		-5,9	-2,3	-2,7	-3,6	-4,9	1,3	-1,1	-2	-0,6	0,4	1,6	7,5	3,1	-0,4	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)		-4,6	-1,6	-1,4	-3,7	-5,1	1,2	-0,8	-2,6	-0,7	-0,6	-0,2	5,6	0,9	-3,5	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)		0,2	2	0,8	1,2	0	5,6	4,5	3,2	3,4	4	3,4	2,5	2,7	2,8	..
numero medio di figli per donna		1,29	1,31	1,32	1,21	1,24	1,25	1,29	1,2	1,24	1,24	1,2	1,18	1,19	..	..
crescita naturale (per mille abitanti)		1,3	0,7	1,4	-0,1	-0,2	-0,1	0,3	-0,6	-0,1	-1	-1,8	-1,9	-2,3	-3,1	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)		5	5,1	4,9	4,7	5,1	4,7	4,6	4,6	4,4	3,9	3,7	4	3,7	..	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)		8,3	9	8,3	8,8	9	8,9	8,6	8,9	8,5	9,3	9,7	9,5	9,8	10,4	..
tasso di natalità (per mille abitanti)		9,6	9,7	9,6	8,7	8,8	8,7	8,9	8,2	8,4	8,2	7,9	7,6	7,5	7,3	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio		16	15,7	15,5	15,3	14,9	14,7	14,4	14,3	14,1	14	13,9	13,7	13,4	13,2	13
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio		17,3	17,8	18,1	18,5	18,9	19,1	19,2	19,4	19,5	19,6	19,8	20,2	20,7	21,1	21,5
speranza di vita a 65 anni - maschi		17,6	17	17,9	17,7	17,7	18,5	18,5	18,3	19,5	19	19,2	18,8	19,1	..	..
speranza di vita a 65 anni - femmine		20,7	20,3	21,1	20,6	21,1	20,6	21,5	21,7	21,9	22	21,3	21,9	21,9	..	..
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio		25,9	26,7	27,2	27,9	28,5	28,8	28,9	29,2	29,4	29,6	29,9	30,6	31,4	32,1	32,7
età media della madre al parto		30,7	31,2	31	31,2	31,3	31,3	31,6	31,8	31,9	31,8	32	32,2	32	..	..
età media della popolazione - al 1° gennaio		39,9	40,3	40,6	41	41,3	41,7	42	42,3	42,6	43	43,2	43,5	43,8	44,1	44,4
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio		49,9	50,4	50,5	51	51,1	51	50,7	50,7	50,6	50,7	50,8	51,2	51,8	52,3	52,5
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio		66,7	66,5	66,4	66,2	66,2	66,2	66,4	66,4	66,4	66,4	66,3	66,1	65,9	65,7	65,6
speranza di vita alla nascita - maschi		77,8	77,5	78,5	78,6	78,6	79,5	79,8	79,9	80,8	80,3	80,5	79,8	80,1	..	..
speranza di vita alla nascita - femmine		82,8	82,9	83,5	83,2	83,5	83,3	84,2	84,2	84,6	84,5	84,1	84,6	84,7	..	..
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio		108	113	116,7	121	126,7	129,8	132,9	135,7	138,3	140,6	143,1	148,2	154	159,7	165,8
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	0,7	7,2	3,4	-0,3	..

Tabella 1.7. – Indicatori della popolazione nella provincia di Matera dell'ultimo quinquennio.

PROVINCIA DI MATERA					
Anni	2011	2012	2013	2014	2015
Popolazione - Indicatori					
popolazione inizio periodo	200101	200050	200012	201133	201305
popolazione fine periodo	200050	200012	201133	201305	200597
popolazione residente in famiglia	199416	199682	200753	200885	199963
numero di famiglie	77601	78459	78532	78304	77970
totali cancellati	1434	5291	3494	3256	3043
totale iscritti	1383	5253	4998	3885	2962
cancellati per altri comuni	816	2946	2717	2591	2480
iscritti da altri comuni	663	2455	2285	1987	1891
popolazione residente in convivenza	634	330	380	420	634
morti	432	1935	1906	1968	2089
nati vivi	381	1581	1523	1511	1462
iscritti dall'estero	251	965	838	887	881
saldo migratorio estero	206	671	498	543	567
cancellati per altri motivi	141	116	437	321	249
numero di convivenze	90	80	85	84	83
iscritti per altri motivi	88	252	1875	1011	190
saldo migratorio	53	180	66	-61	-22
cancellati per l'estero	45	294	340	344	314
numero medio di componenti per famiglia	2,57	2,55	2,56	2,57	2,56
saldo migratorio e per altri motivi	0	316	1504	629	-81
unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0	0	0
saldo totale (incremento o decremento)	-51	-38	1121	172	-708
saldo naturale	-51	-354	-383	-457	-627
saldo per altri motivi	-53	136	1438	690	-59
saldo migratorio interno	-153	-491	-432	-604	-589

Grafico 1.11. – Evoluzione della popolazione residente in ASM. Periodo 2010 – 2015.



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.

Il suddetto indicatore si articola in due sottoindicatori:

- Speranza di vita alla nascita, distinto tra popolazione maschile e femminile
- Speranza di vita a 75 anni, distinto tra popolazione maschile e femminile

I valori degli indicatori di seguito riportati si riferiscono all'anno 2014 (ultimi dati a disposizione) sono stati desunti dalle Tavole di Mortalità ISTAT relative al 2014, pubblicate sul sito <http://demo.istat.it>

Tabella 1.8.- Speranza di vita alla nascita e a 75 anni, ASL di Matera (2014)

		
Speranza di vita alla nascita	80,14	84,66
Speranza di vita a 75 anni	11,61	13,73

Fonte: Tavole di Mortalità ISTAT relative al 2014, pubblicate sul sito <http://demo.istat.it>

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

La speranza di vita alla nascita indica il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita, in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno di riferimento. Viene calcolata con il metodo delle tavole di sopravvivenza distintamente per maschi e femmine, a causa delle forti differenze di genere nelle probabilità di morte. Combinata con l'indice di mortalità infantile, rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione.

- SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA – MASCHI

La speranza di vita alla nascita della popolazione maschile della ASM registrato relativamente al 2014 è pari a **80,14** anni, in aumento rispetto al 2013 in cui è stato pari a 79,82 anni. Tale valore è risultato superiore sia alla media regionale della Basilicata che alla media del mezzogiorno, relative allo stesso periodo, pari rispettivamente a 79,93 e 79,55 anni, mentre è risultato lievemente inferiore al valore medio italiano, pari a 80,28.

- SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA – FEMMINE

La speranza di vita alla nascita della popolazione femminile della ASM registrato relativamente al 2014 è pari a **84,66** anni, in lievissimo aumento rispetto al 2013 in cui è stato pari a 84,58 anni. Tale valore è risultato lievemente inferiore sia alla media regionale della Basilicata che alla media nazionale italiana, relative allo stesso periodo, pari

rispettivamente a 84,94 e 84,99 anni, mentre è risultato lievemente superiore al valore medio del mezzogiorno, pari a 84,24.

SPERANZA DI VITA A 75 ANNI

Nel corso degli ultimi decenni, la speranza di vita a 75 anni è aumentata considerevolmente: nel 1960 agli italiani che avevano raggiunto l'età di 75 anni restavano ancora mediamente da vivere 7,8 anni, se uomini, 8,8 anni, se donne. Nei 40 anni successivi, l'aspettativa di vita di un 75enne si è accresciuta di 2,1 anni per gli uomini e di 3,7 anni per le donne, fino, quindi, rispettivamente, a 9,9 e 12,5 anni. Fra i fattori che spiegano questo aumento, figurano i progressi nel campo delle cure mediche, associati al miglioramento dell'accesso alle cure sanitarie, dell'igiene in generale e delle condizioni di vita prima e dopo i 75 anni.

- SPERANZA DI VITA A 75 ANNI – MASCHI

La speranza di vita a 75 anni della popolazione maschile della ASM registrato relativamente al 2014 è pari a **11,61** anni, in lieve aumento rispetto al 2013 in cui è stato pari a 11,31 anni. Tale valore è risultato superiore sia alla media regionale della Basilicata che alla media del mezzogiorno, che alla media nazionale italiana relative allo stesso periodo, pari rispettivamente a 11,50, 11,30 e 11,56 anni.

- SPERANZA DI VITA A 75 ANNI – FEMMINE

La speranza di vita a 75 anni della popolazione femminile della ASM registrato relativamente al 2014 è pari a **13,73** anni, in lieve aumento rispetto al 2013 in cui è stato pari a 13,59 anni. Tale valore è di poco inferiore sia alla media regionale della Basilicata che alla media nazionale italiana, relative allo stesso periodo, pari rispettivamente a 13,95 e 13,99 anni, mentre è superiore al valore medio del Mezzogiorno, pari a 13,95.

MORTALITÀ GENERALE PER CAUSE

L'analisi della mortalità per causa di morte nella provincia di Matera relativa all'anno 2014 (ultimi dati disponibili) è stata condotta sulla scorta dei dati acquisiti dal Registro Aziendale delle cause di morte, nel quale sono ricompresi tutti i decessi accertati tra i residenti aziendali, il cui ammontare complessivo risulta lievemente inferiore al numero totale dei morti rilevati ufficialmente dall'Istat, in quanto questi ultimi sono comprensivi anche dei decessi avvenuti fuori del territorio provinciale ed in particolare fuori Regione: tale scarto, inferiore al 7%, ha un valore abbastanza contenuto e, comunque, tale da non inficiare la significatività delle elaborazioni rappresentate.

Le principali cause di morte nel territorio della ASL di Matera nel 2014 sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (43%) e dai tumori (25%), che da sole costituiscono il 68% del totale delle patologie che hanno causato i decessi, seguono le malattie dell'apparato respiratorio (8%), le malattie endocrine (5%), quelle dell'apparato digerente (5%) 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 2014 ha evidenziato un incremento, pari complessivamente al +23%.

Con riferimento alle altre principali cause di morte 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%), le malattie del sistema nervoso (-6%) e le malattie del sistema genitourinario (-2%).

Con riferimento 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 2014 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 le tabelle e il relativo grafico che evidenziano le cause dei decessi avvenuti nel territorio della ASM di Matera nel 2013 - 2014. In particolare nella tabella n. 1.9. vi è il raffronto 2013 vs 2014 della distribuzione dei decessi per patologia, in valori assoluti, con la distinzione tra uomini e donne, e con lo scostamento in termini percentuali tra gli anni considerati.

Nella tabella n. 1.10., invece si riporta il raffronto 2013 vs 2014 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 1.9.- Distribuzione dei decessi per patologia anni 2013 – 2014 (valori assoluti)

Malattie (Settore ICD-IX)	2013			2014			Scostamento %		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
Mal. del sistema circolatorio (VII)	409	364	773	430	356	786	5%	-2%	2%
Tumori (II)	185	264	449	195	261	456	5%	-1%	2%
Mal. dell'apparato respiratorio (VIII)	60	78	138	58	87	145	-3%	12%	5%
Mal. dell'apparato digerente (IX)	38	39	77	38	57	95	0%	46%	23%
Mal. endocrine, metab, disturbi imm. (III)	58	39	97	51	39	90	-12%	0%	-7%
Stati morbosi mal definiti XVI)	33	29	62	45	43	88	36%	48%	42%
Mal. del sistema nervoso (VI)	25	24	49	23	26	49	-8%	8%	0%
Traumatismi e avvelenamenti (XVII)	10	29	39	17	29	46	70%	0%	18%
Mal. dell'apparato genitourinario (X)	20	22	42	23	18	41	15%	-18%	-2%
Disturbi psichici (V)	15	14	29	11	6	17	-27%	-57%	-41%
Malattie infettive e parass. (I)	5	12	17	6	6	12	20%	-50%	-29%
Mal. del sangue (IV)	5	6	11	4	5	9	-20%	-17%	-18%
Causa non codificata o non nota	1	1	2	1	5	6	0%	400%	200%
Condiz. morbose origine perinatale XV)	1	1	2	2	3	5	100%	200%	150%
Mal. sistema osteomuscolare (XIII)	1	0	1	1	0	1	0%		0%
Malformazioni congenite (XIV)	2	1	3	0	1	1	-100%	0%	-67%
Mal. pelle e sottocutaneo (XII)	1	0	1	0	0	0	-100%		-100%
Totale complessivo	869	923	1792	905	942	1847	4%	2%	3%

Tabella 1.10.- Distribuzione dei decessi per patologia anni 2013 – 2014 (valori percentuali)

Malattie (Settore ICD-IX)	2013			2014			Scostamento %		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
Mal. del sistema circolatorio (VII)	47%	39%	43%	48%	38%	43%	1%	-4%	-1%
Tumori (II)	21%	29%	25%	22%	28%	25%	1%	-3%	-1%
Mal. dell'apparato respiratorio (VIII)	7%	8%	8%	6%	9%	8%	-7%	9%	2%
Mal. dell'apparato digerente (IX)	4%	4%	4%	4%	6%	5%	-4%	43%	20%
Mal. endocrine, metab, disturbi imm. (III)	7%	4%	5%	6%	4%	5%	-16%	-2%	-10%
Stati morbosi mal definiti XVI)	4%	3%	3%	5%	5%	5%	31%	45%	38%
Mal. del sistema nervoso (VI)	3%	3%	3%	3%	3%	3%	-12%	6%	-3%

Traumatismi e avvelenamenti (XVII)	1%	3%	2%	2%	3%	2%	63%	-2%	14%
Mal. dell'apparato genitourinario (X)	2%	2%	2%	3%	2%	2%	10%	-20%	-5%
Disturbi psichici (V)	2%	2%	2%	1%	1%	1%	-30%	-58%	-43%
Malattie infettive e parass. (I)	1%	1%	1%	1%	1%	1%	15%	-51%	-32%
Mal. del sangue (IV)	1%	1%	1%	0%	1%	0%	-23%	-18%	-21%
Causa non codificata o non nota	0%	0%	0%	0%	1%	0%	-4%	390%	191%
Condiz. morb. di origine perinatale (XV)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	92%	194%	143%
Mal. sistema osteomuscolare (XIII)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-4%		-3%
Malformazioni congenite (XIV)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-100%	-2%	-68%
Mal. pelle e sottocutaneo (XII)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-100%		-100%
Totale complessivo	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%

Gráfico 1.12. – Distribuzione dei decessi per patologia anni 2013 - 2014

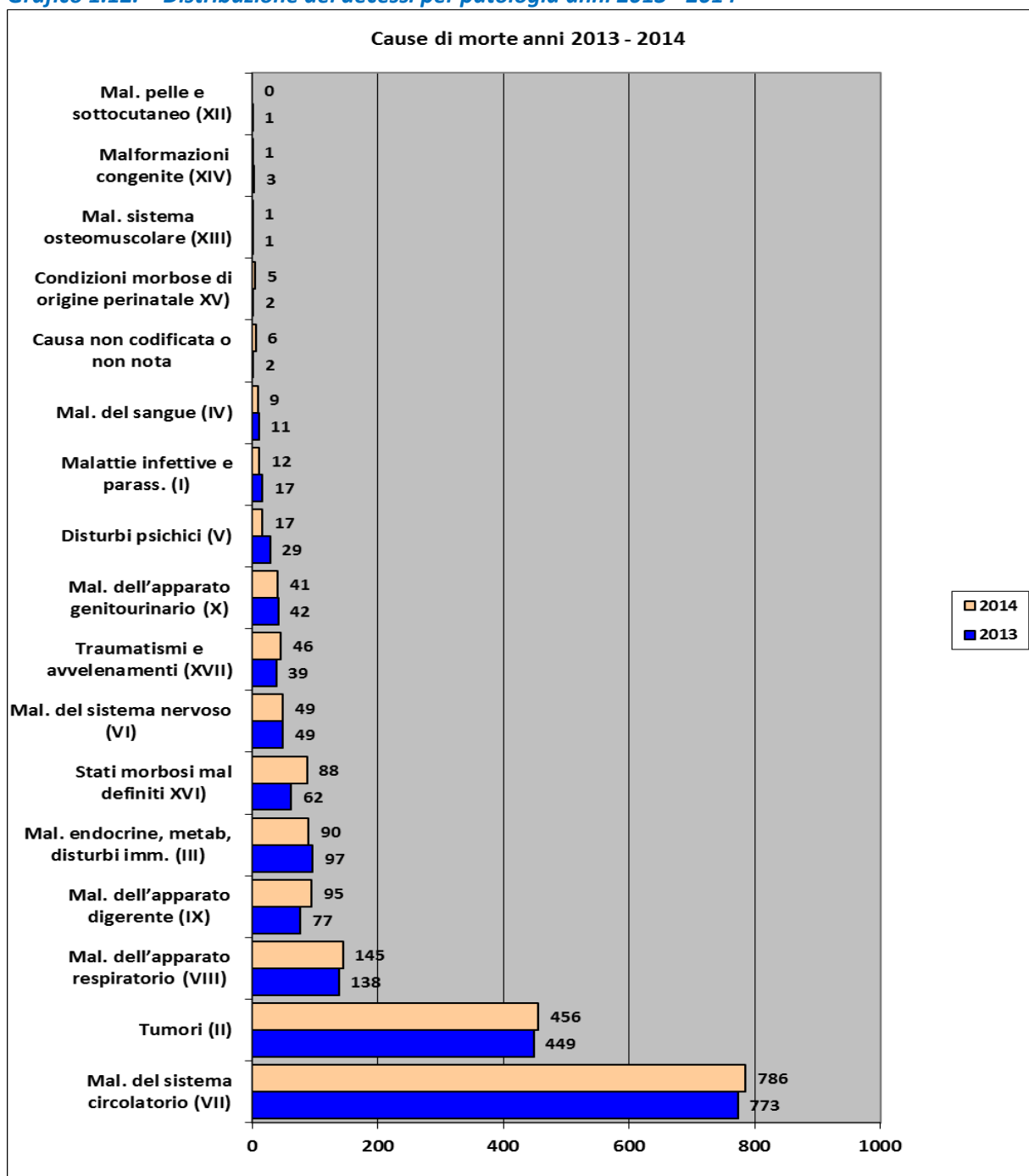
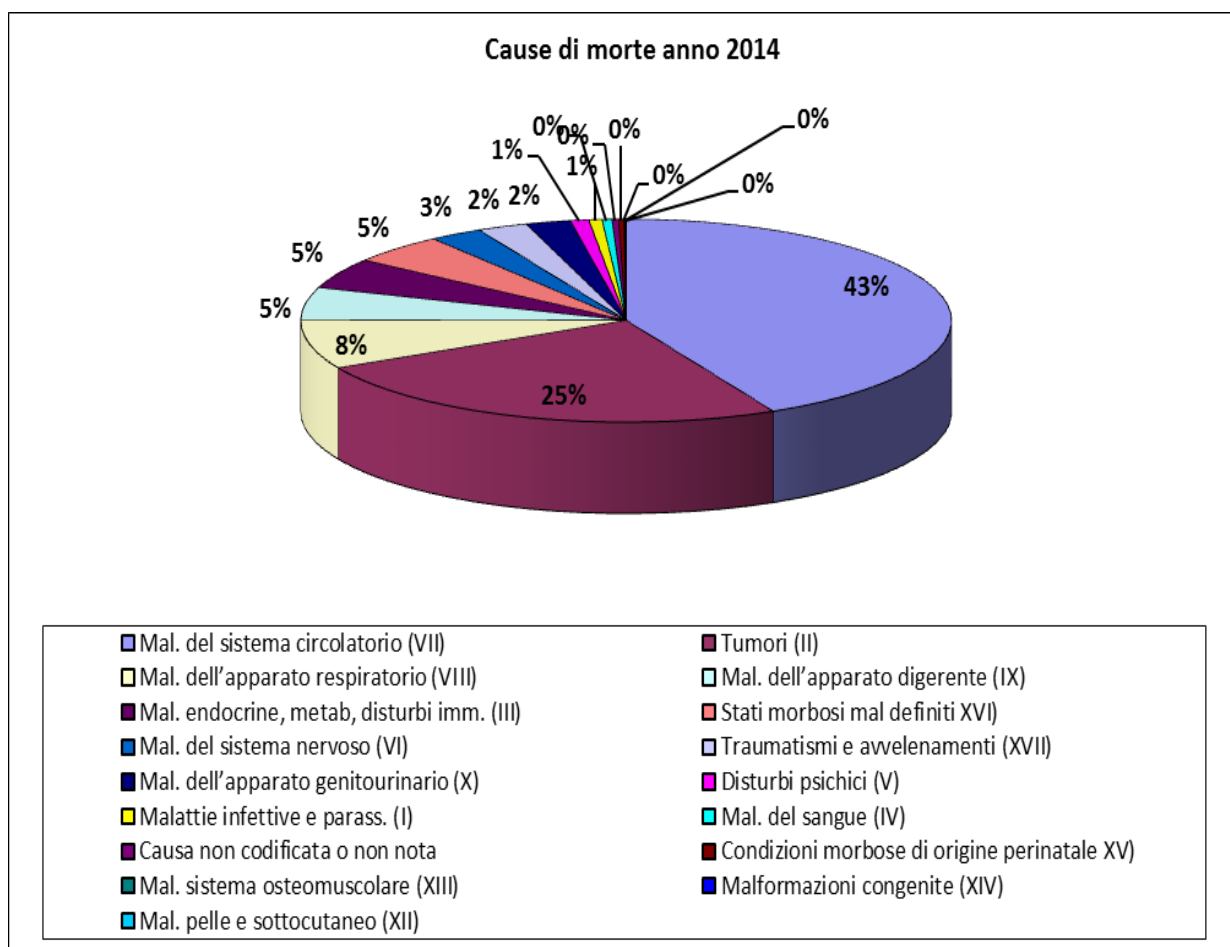


Grafico 1.13. – Distribuzione delle patologie per causa di morte - Anno 2014



La prima causa di morte nell'anno 2014, costituita come detto dalle malattie del sistema circolatorio, rappresenta il 43% del totale dei decessi avvenuti nel suddetto anno, in perfetta aderenza rispetto all'anno precedente, la seconda causa di morte è invece costituita dai tumori che, che così come nel 2013, rappresentano il 25% del totale dei decessi verificatisi complessivamente nella provincia di Matera.

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 comunque 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 2014 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. Da tale indagine è emerso come nell'anno 2014 i decessi per tumori sono stati complessivamente 456, di cui 261 (il 57%) ha riguardato il sesso maschile e 195 (il 43%) il sesso femminile.

La neoplasia che ha comportato il maggior numero di decessi è stata quella relativa a trachea, bronchi e polmoni con 77 decessi complessivi (il 17% di tutti i decessi per tumore). Tale patologia è stata prevalente nel sesso maschile (83%), con 64 morti, risultando la patologia neoplastica che

ha causato più decessi in assoluto nell'ambito della popolazione maschile, mentre ha riguardato solo 13 soggetti di sesso femminile.

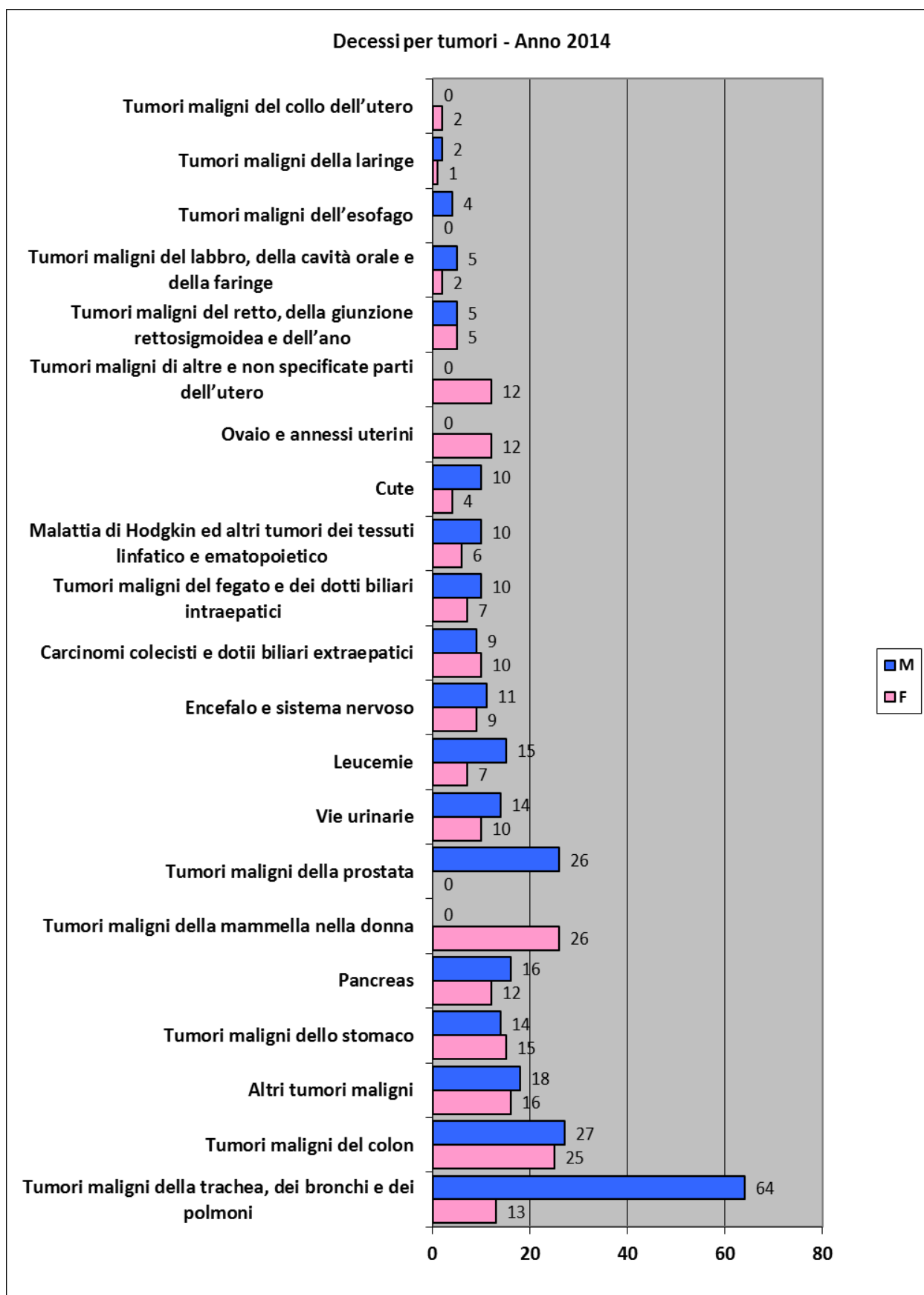
La patologia neoplastica mortale prevalente tra la popolazione femminile dell'ASM di Matera nel 2014 è quella riguardante la mammella con 26 casi.

La tabella ed il grafico di seguito riportati analizzano i decessi per tumori avvenuti nell'anno 2014, distinguendo tra popolazione maschile e femminile.

Tabella 1.11.- Decessi per tumori nella ASM di Matera – Anno 2014

Sede del tumore	F		M		Totale	
	numero	%	numero	%	numero	%
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	13	17%	64	83%	77	17%
Tumori maligni del colon	25	48%	27	52%	52	11%
Altri tumori maligni	16	47%	18	53%	34	7%
Tumori maligni dello stomaco	15	52%	14	48%	29	6%
Pancreas	12	43%	16	57%	28	6%
Tumori maligni della mammella nella donna	26	100%	0	0%	26	6%
Tumori maligni della prostata	0	0%	26	100%	26	6%
Vie urinarie	10	42%	14	58%	24	5%
Leucemie	7	32%	15	68%	22	5%
Encefalo e sistema nervoso	9	45%	11	55%	20	4%
Carcinomi colecisti e dotii biliari extraepatici	10	53%	9	47%	19	4%
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	7	41%	10	59%	17	4%
Malattia di Hodgkin ed altri tumori dei tessuti linfatico e ematopoietico	6	38%	10	63%	16	4%
Cute	4	29%	10	71%	14	3%
Ovaio e annessi uterini	12	100%	0	0%	12	3%
Tumori maligni di altre e non specificate parti dell'utero	12	100%	0	0%	12	3%
Tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano	5	50%	5	50%	10	2%
Tumori maligni del labbro, della cavità orale e della faringe	2	29%	5	71%	7	2%
Tumori maligni dell'esofago	0	0%	4	100%	4	1%
Tumori maligni della laringe	1	33%	2	67%	3	1%
Tumori maligni del collo dell'utero	2	100%	0	0%	2	
Carcinomi in situ, tumori benigni, di comportamento incerto e di natura non specificata	1	50%	1	50%	2	0%
Totale complessivo	195	43%	261	57%	456	100%

Grafico 1.14. – Decessi per tumori - Anno 2014



Al fine di consentire una migliore valutazione dello stato di salute della popolazione si fornisce di seguito l'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 2014 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 generalmente si articola in tre sottoindicatori che misurano la variabilità del rischio di morte del bambino nel corso del primo anno di vita.

Di seguito si riportano solo i valori del tasso di mortalità nel primo anno di vita.

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 2010 – 2012 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2014) è inferiore a 3‰ nati vivi, in impercettibile aumento rispetto al triennio 2008 – 2010 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2012) in cui è stato pari a 2,57‰ nati vivi. Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata "media" nel sistema di valutazione realizzato dal MES, si conferma inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo, superiore a 3 ‰ nati vivi.

TASSO DI MORTALITA' PER TUMORI

Le patologie oncologiche sono diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società; in base al Rapporto Osservasalute 2012 sono, infatti, a livello nazionale, la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (38% di tutti i decessi). Nel 2014 i cittadini italiani che, nel corso della vita hanno ricevuto una diagnosi di tumore sono circa 2 milioni e 900 mila ("I numeri del cancro in Italia 2014", AIOM-AIRTUM). 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; nel periodo 1996 – 2014 la mortalità diminuisce del 18% tra gli uomini e del 10% tra le donne: 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 2010 – 2012 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2014) è inferiore a 140‰ abitanti, sostanzialmente in linea rispetto a quello del triennio 2009 – 2011 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2013). Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata “ottima” nel sistema di valutazione realizzato dal MES, si conferma inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo.

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 Osservasalute 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 2010 – 2012 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2014) è di gran lunga superiore a 150 ‰ abitanti, in aumento rispetto a quello del triennio 2009 – 2011 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2013) in cui è stato pari a 139,92 ‰ abitanti. Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata “molto scarsa” nel sistema di valutazione realizzato dal MES, è sostanzialmente in linea con la media regionale relativa allo stesso periodo.

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. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta ogni anno 800 mila persone si tolgono la vita. Circa il 75% dei suicidi si verifica in Paesi a basso e medio reddito, ma anche quelli ad alto reddito, dove l'incidenza degli uomini è tripla rispetto a quella delle donne, si trovano a fronteggiare il problema. Il suicidio è la seconda causa di morte tra le persone con età compresa tra i 15 e i 29 anni, oltre i 70 anni aumentano le probabilità di togliersi la vita. Il tasso di suicidi nelle diverse parti del mondo è molto variabile e dipende da fattori culturali e sociali. Nel 2012, in Italia i casi di suicidio sono stati 3.908 (www.who.int) con il tasso che tende a crescere all'aumentare dell'età.

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 2014) 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 inferiore 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, indagate attraverso le 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 2014 – 2015.

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 e mettere in atto tutte le misure necessarie per limitarne l'estensione nella popolazione.

Tra le denunce di malattie infettive più significative, (nonostante i dati a disposizione siano costituiti solo dalle notifiche effettuate), si evidenzia che la malattia maggiormente *notificata* nel territorio della ASM di Matera, anche per il 2014 (ultimi dati disponibili) è la varicella, con 18 casi; seguono i casi di mononucleosi infettiva (11 casi) e di pediculosi (10 casi).

Si riporta di seguito il quadro completo delle notifiche di malattie infettive, avvenute nella provincia di Matera nel 2014, distinte per sesso e classe di età.

Tabella 1.12 – Malattie infettive sottoposte a notifica per classi d'età - anno 2014

Malattia	Totale	Classe di età							
		0-14		15-24		25-64		>= 64	
		F	M	F	M	F	M	F	M
Epatite E	1						1		
Herpes zoster	1	1							
Legionellosi	1						1		
Malattia batterica invasiva da agente non identificato	1					1			
Micobatteriosi non tubercolare	1		1						
Mononucleosi infettiva	10	4	5	1					
Parotite epidemica	1	1							
Pediculosi	11	7	4						
Rosolia	1		1						
Salmonellosi non tif	3	1	2						
Scarlattina	2		2						
Tubercolosi	5		1		1		2		1
Varicella	18	8	9	1					
Totale	56	22	25	2	1	1	4	0	1

È di tutta evidenza che la suddetta analisi è molto parziale in quanto si basa solo sulle malattie notificate, che costituiscono una percentuale molto limitata del fenomeno, ma che rimangono l'unica fonte dati a disposizione.

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 questi luoghi.

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 31/12/2015 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 1.11. evidenzia, oltre al numero complessivo delle esenzioni ticket rilasciate dall'Azienda ai propri assistiti al 31.12.2015, anche la distinzione in ordine alla tipologia delle prime cinque patologie più frequenti.

Sono state escluse le esenzioni per invalidità civile.

Tabella 1.13. – Esenzioni Ticket per patologia - Anno 2015

Esenzioni ticket per patologia anno 2015	n.	% rispetto alla popolazione aziendale	% sul totale delle esenzioni
malattia ipertensiva (II e III stadio O.M.S.)	20.023	10%	27%
diabete mellito	11.904	6%	16%
soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne	5.548	3%	7%
affezioni del sistema circolatorio	5.182	3%	7%
ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito	4.833	2%	6%
altre patologie croniche	27.781	14%	37%
TOTALE ESENZIONI	75.271	38%	100%

I dati sopra riportati, fermo restando i limiti intrinseci alla metodologia di rilevazione sopra descritta, evidenziano come il 38% della popolazione residente nella provincia di Matera possiede almeno un'esenzione per patologia cronica; l'ipertensione arteriosa costituisce la patologia cronica più diffusa tra la popolazione della ASM di Matera, colpendo il 10% 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 3% 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 seguente riguarda le persone che si sono rivolte al Pronto Soccorso degli Ospedali di Matera, Policoro, Tinchi, Stigliano e Tricarico negli anni 2014 e 2015 per infortuni sul lavoro.

Tabella 1.14. – Infortuni sul lavoro denunciati al Pronto Soccorso nel 2013 – 2014

Incidenti sul lavoro	2014	2015	Δ 2015 vs 2014	$\Delta\%$ 2015 vs 2014
Pronto Soccorso P.O. Matera	817	784	-33	-4,04%
Pronto Soccorso P.O. Policoro	680	677	-3	-0,44%
Punto Territoriale di Soccorso Tinchi	50	53	3	6,00%
Punto Territoriale di Soccorso Stigliano	26	26	0	0,00%
Punto Territoriale di Soccorso Tricarico	48	40	-8	-16,67%
Totale	1.621	1.580	-41	-2,53%

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.

In particolare nell'Atto Aziendale si 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 FUNZIONALE E ORGANIZZATIVO

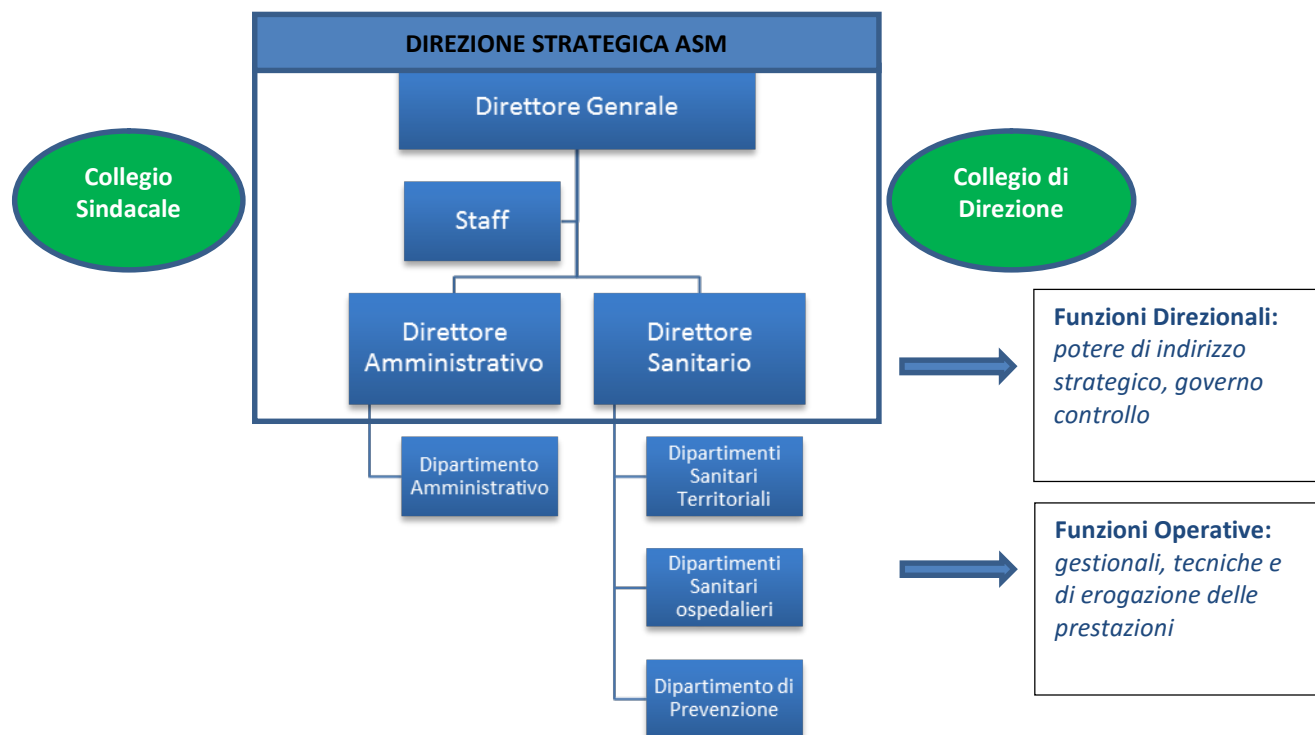
LA STRUTTURA FUNZIONALE

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



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 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 Sanitario; 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 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)**, 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

Sotto l'aspetto organizzativo il 2015 ha segnato una svolta per l'ASM, in quanto, in tale anno, a distanza di 5 anni, si è provveduto all'adozione dell'Atto Aziendale, formalizzata con deliberazione n. 773 del 19/05/2015, così come integrata da successive deliberazioni n. 1123 del 03/08/2015 e n. 1161 del 24/08/2015, approvata dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1077 del 10/08/2015.

La riorganizzazione dell'ASM, definita nel documento programmatico sopra citato ed ispirata, tra l'altro, ai principi della tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza, dell'efficacia delle cure, dell'efficienza produttiva, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, dell'equità di accesso alle prestazioni, ha tenuto conto delle disposizioni previste dalla normativa vigente, così come recepite nella programmazione regionale, ed in particolare si è conformata ai parametri standard per le Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici, definiti dalla Regione con D.G.R. n. 205/2015, oltre che alle disposizioni vincolanti contenute nell'Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale sottoscritto dai Direttori Generali delle Aziende del SSR e formalizzato con D.G.R. n. 624/2015.

Il nuovo Atto Aziendale dell'ASM ha portato a coronamento in maniera definitiva il processo di unificazione delle due Aziende, ex ASL n. 4 di Matera e ex ALS n. 5 di Montalbano Jonico, confluite nell'ASM a partire dal 01/01/2009, accorpando tutte le strutture che erano rimaste duplicate nel vecchio organigramma aziendale ed uniformando tutte le procedure organizzative ed assistenziali presenti all'interno dell'Azienda.

In particolare, l'adeguamento agli standard definiti con la su richiamata D.G.R. n. 205/2015, ha prodotto una revisione strutturale degli assetti organizzativi dell'ASM, che ha comportato:

- la soppressione di 19 strutture complesse nella fase immediata transitoria, che diventano 27 a regime
- la soppressione di 120 strutture semplici nella immediata fase transitoria, che diventano 128 a regime
- la soppressione di 15 posizioni organizzative nella immediata fase transitoria, che diventano 20 a regime
- la soppressione di 25 coordinamenti nella immediata fase transitoria, che diventano 38 a regime.

Nello specifico nell'Atto Aziendale sono state analiticamente individuate, oltre ai Dipartimenti, 60 Strutture Complesse nella fase transitoria, che diventano 52 a regime, e 57 Strutture Semplici Dipartimentali nella fase transitoria, che diventano 53 a regime, rimandando a successivo provvedimento l'individuazione delle Strutture Semplici.

Il nuovo assetto organizzativo delineato dall'Atto Aziendale in applicazione degli standard sopra citati, consente all'Azienda di ridurre in maniera significativa i propri costi.

Con deliberazioni n. 1216 e n. 1217 del 09/09/2015, l'Azienda ha provveduto al conferimento, rispettivamente, dell'incarico di Direttore Amministrativo Aziendale e dell'incarico di Direttore Sanitario Aziendale, quest'ultimo affidato disponendo la prosecuzione temporanea del precedente Direttore Sanitario a titolo gratuito per la durata di un anno, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17 della Legge n. 124/2015, che consente di affidare incarichi direttivi a personale già in quiescenza, purché a titolo gratuito e per la durata massima di un anno.

Tale scelta è stata adottata per rispondere alla necessità di assicurare alla Direzione Generale una collaborazione altamente qualificata ed esperta del contesto di riferimento, nell'ambito del complesso processo di attuazione dei nuovi assetti organizzativi e strutturali previsti dalla programmazione aziendale, oltre a consentire un consistente risparmio, pari a circa 153.000 euro, riveniente dalla gratuità dell'incarico ricoperto.

Nel pieno rispetto della tempistica prevista nell'Atto Aziendale, quest'Azienda, con deliberazione n. 1350 del 06/10/2015, ha provveduto ad approvare il Regolamento per la graduazione delle funzioni dirigenziali, concernente la disciplina delle procedure di affidamento, conferma e revoca degli incarichi di:

- Direzione di Dipartimento
- Direzione di Struttura complessa (S.C. o U.O.C.)

- Responsabilità di Struttura Semplice Dipartimentale (S.S.D. o U.O.S.D.)
- Responsabilità di Struttura Semplice (S.S. o U.O.S.)
- Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, verifica e controllo
- Incarichi professionali di base

Il suddetto Regolamento è ispirato ai principi della valorizzazione del merito, dell'imparzialità, dell'equità, della trasparenza e della condivisione delle scelte, come emerge dai criteri individuati per il conferimento degli incarichi:

- per la nomina dei Direttori di Dipartimento, la cui individuazione è stata prevista all'interno di un processo bottom – up, con il coinvolgimento determinante di tutti i Direttori delle Strutture Complesse afferenti lo specifico Dipartimento;
- per l'affidamento degli incarichi di responsabilità di Struttura Semplice Dipartimentale e di Struttura Semplice, per i quali sono state previste le stesse identiche procedure relative al conferimento degli incarichi di Struttura Complessa, con l'insediamento di una Commissione composta da membri esterni, a tutela dell'imparzialità nella valutazione e della valorizzazione del merito.

Con deliberazione n. 1343 del 03/10/2015, si è proceduto alla nomina dei nuovi Direttori di Dipartimento.

Con deliberazione n. 1462 del 29/10/2014, è stato approvato lo schema di Accordo tra i Direttori Generali di ASM, ASP, IRCCS CROB e AOR San Carlo, per l'attivazione dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse Interaziendali.

Con deliberazione n. 1429 del 20/10/2015, si è provveduto all'indizione di n. 51 avvisi interni per il conferimento di incarichi di responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale.

Con deliberazione n. 1431 del 23/10/2015, si è provveduto all'istituzione di n. 17 Strutture Semplici, approvando la proposta formulata dal Collegio Di Direzione nella seduta del 22/10/2015, nel pieno rispetto dei principi della trasparenza e condivisione delle scelte.

Con deliberazione n. 1476 del 02/11/2015 e n. 1478 del 03/11/2015 si è provveduto all'indizione di complessivi n. 18 avvisi interni per il conferimento di incarichi di responsabile di Struttura Semplice.

Con riferimento all'individuazione delle Posizioni Organizzative, con deliberazione n. 1323 del 30/09/2015, si è provveduto alla presa d'atto delle modifiche applicative del Regolamento aziendale per la pesatura degli incarichi di P.O. e del bando per l'avviso di conferimento degli incarichi, approvando gli Accordi sottoscritti con le OO.SS. e la R.S.U.

Con successiva deliberazione n. 1352 del 06/10/2015, oltre a modificare ed integrare la su richiamata deliberazione aziendale n. 1323/2015, si è provveduto all'indizione di avviso interno di conferimento incarichi di P.O. nel triennio 2016 – 2018.

Anche in questo caso, le procedure previste da questa Direzione per l'individuazione delle P.O. ed il conferimento dei relativi incarichi, sono state orientate al rispetto dei principi di equità, imparzialità, trasparenza e valorizzazione del merito, prevedendo una Commissione di esperti individuati dalle principali Università italiane, per la valutazione dei candidati sulla base dei titoli posseduti e di colloquio.

Stesse dinamiche sono state osservate con riferimento all'individuazione delle funzioni di Coordinamento, per cui, con deliberazione n. 1322 del 30/09/2014, si è provveduto alla presa d'atto delle modifiche applicative del Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi delle funzioni di Coordinamento e del bando per l'avviso interno di conferimento degli incarichi, approvando gli Accordi sottoscritti con le OO.SS. e la R.S.U.

Con successiva delibera 1351 del 06/10/2015, si è provveduto all'indizione di avviso per la selezione interna per il conferimento incarichi di funzione di coordinamento delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecnico sanitarie, riabilitative, della prevenzione e sociale anno 2016.

Fino alla fine dell'anno sono state completate tutte le procedure propedeutiche al conferimento degli incarichi sopra menzionati, dando piena attuazione al nuovo assetto funzionale ed

organizzativo definito dall'Atto Aziendale, nel pieno rispetto dei tempi e delle disposizioni contenute nella normativa vigente.

L'assetto organizzativo dell'ASM di Matera, così come specificatamente indicato anche nel nuovo Atto Aziendale, è preposto 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 dei principi di efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

L'Azienda aderisce al modello organizzativo integrato definito nell'Accordo Programmatico Interaziendale, condiviso tra i Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Basilicata, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015, finalizzato alla riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del Sistema Salute regionale, basato sui bisogni dei cittadini e nel rispetto di quattro principi fondamentali, quali la sicurezza, la qualità delle cure, l'efficienza e la sostenibilità del sistema. In conformità agli indirizzi ed alle indicazioni contenute nel suddetto Accordo Programmatico Interaziendale, gli obiettivi di salute vanno perseguiti attraverso:

- la concentrazione delle attività ospedaliere complesse e a bassa incidenza all'Hub regionale individuato nell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza con potenziamento della funzione di eccellenza;
- la valorizzazione del ruolo dell'IRCCS CROB quale riferimento oncologico e della ricerca biomedica;
- la riorganizzazione e il potenziamento della rete emergenza extra ed intra ospedaliera;
- il mantenimento e/o sviluppo attività ad alta incidenza e a bassa complessità negli ospedali distrettuali;
- la riconversione dei posti letto ospedalieri in posti letto distrettuali (Presidi Ospedalieri Distrettuali, strutture intermedie);
- il potenziamento della rete di assistenza territoriale con lo sviluppo della Casa Salute;
- le azioni congiunte per la riduzione dei costi di gestione anche attraverso la messa in comune dei servizi tecnici ed amministrativi.

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

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;
- adesione al modello organizzativo integrato definito nell'Accordo Programmatico Interaziendale, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015, i cui strumenti sono rappresentati da:
 - o Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;
 - o Reti Integrate Interaziendali;
 - o Strutture Complesse Interaziendali;
 - o Coordinamenti o Programmi Interaziendali.

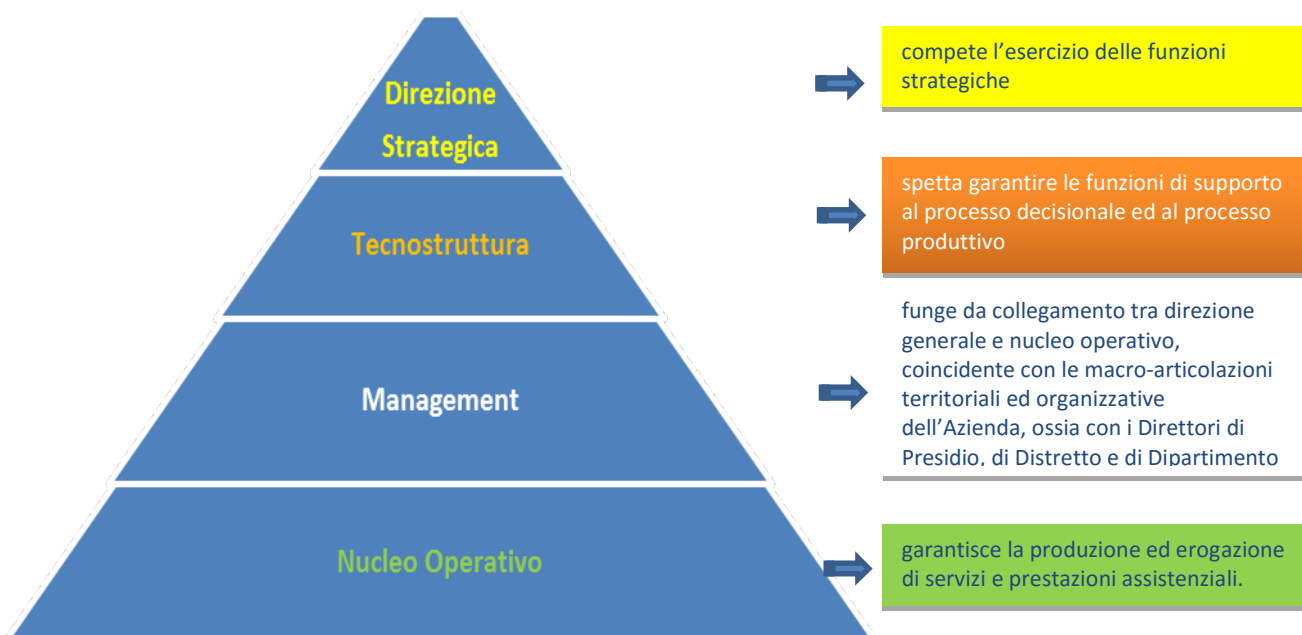
L'organizzazione aziendale, inoltre, in ottemperanza alle disposizioni normative regionali, si uniforma ai seguenti criteri:

- realizzazione di un modello organizzativo e procedurale flessibile finalizzato a massimizzare la capacità dell'Azienda di rispondere con efficacia alla complessità ed alla dinamicità intrinseche al sistema sanitario;

- caratterizzazione strutturale e funzionale finalizzata alla realizzazione di una azienda "corta", "snella", a schema operativo tendenzialmente "orizzontale e integrato" con poca distanza fra vertice strategico e nucleo operativo;
- responsabilizzazione diffusa ai vari livelli della dirigenza aziendale, con la valorizzazione ed il coinvolgimento attivo delle risorse professionali nella logica del "management diffuso" che assicura visibilità sia dei risultati raggiunti sia dei conseguenti meccanismi di riconoscimento formale;
- valorizzazione, potenziamento e omogeneizzazione dei processi di integrazione Ospedale –Territorio, attraverso la definizione e l'implementazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici integrati e multidisciplinari;
- aggregazione del maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee secondo criteri di affinità e complementarietà delle unità operative, e per strutture multipresidio, a dimensione multiprofessionale e polispecialistica, comprendendo l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici;
- individuazione dei centri di responsabilità e realizzazione dell'autonomia loro attribuita e delle corrispondenti responsabilità organizzativa, gestionale e tecnico-professionale, clinica e di budget;
- determinazione delle dotazioni organiche correlate all'effettivo fabbisogno quali/quantitativo del personale in ragione dell'evoluzione dell'attività aziendale e della razionalizzazione dei servizi, nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni definite dalla programmazione nazionale e regionale;
- adozione di strumenti e meccanismi di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nell'Azienda con rispetto delle pari opportunità tra uomo e donna;
- attivazione di sistemi di comunicazione interna ed esterna anche a garanzia della imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, fatta salva la riservatezza riguardo al trattamento dei dati sensibili di cui alle leggi vigenti;
- sviluppo delle attività che consentano l'acquisizione di risorse finanziarie proprie anche mediante sperimentazioni.

L'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'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative: Dipartimenti;

- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.);
- Servizi (sub articolazioni di strutture e/o aree di attività affidate a personale dirigente).

Per struttura organizzativa si intende ogni articolazione interna dell'Azienda caratterizzata da:

- autonomia definita nell'ambito delle competenze stabilite dalla programmazione aziendale;
- responsabilità funzionale e/o gestionale;
- attribuzione di risorse (umane, tecniche o finanziarie) dedicate ed amministrate in spazi fisici definiti ed omogenei.

Al loro interno, le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità corrispondenti agli incarichi dirigenziali di tipo professionale. Tale graduazione degli incarichi dirigenziali è definita con appositi e separati atti.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati come Posizioni Organizzative e Coordinamenti per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

L'impianto organizzativo aziendale si uniforma a quello previsto per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, assumendo la forma e la logica della rete.

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.

L'Azienda si organizza, inoltre, in strutture dipartimentali e 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. Il disegno strutturale del sistema salute regionale, in cui si colloca l'organizzazione dell'Azienda, si incentra su modelli dipartimentali di varia tipologia, preordinati a dare attuazione alle funzioni sanitarie cui è preposta, favorendo l'integrazione professionale e organizzativa fra le singole strutture aziendali e interaziendali.

L'individuazione dei dipartimenti che garantiscono l'offerta di prestazione per i tre livelli essenziali di assistenza, viene effettuata tenendo conto:

- dei mutevoli bisogni assistenziali;
- degli intervenuti e successivi atti della programmazione nazionale o regionale;
- delle variabili modalità dei percorsi diagnostici e di cura;
- delle strategie regionali, miranti ad assecondare e potenziare ambiti di attività clinico-assistenziale da attuarsi conseguentemente ad esiti di ricerca e sviluppo, ovvero di produzioni che assumono carattere di particolare rilevanza sia in termini qualitativi che quantitativi.

Detti elementi determinano la necessità di nuovi assetti organizzativi, più consoni ed adeguati rispetto ai bisogni ed alle finalità che si intendono perseguire, comportando diversi dimensionamenti dei dipartimenti sia nel numero che nelle funzioni e tipologie.

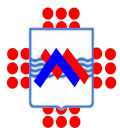
In particolare, coesistono dipartimenti definibili essenzialmente come dipartimenti strutturali e ritenuti adeguati per rispondere agli obiettivi definiti in ciascuna azienda, con i dipartimenti cosiddetti funzionali, caratterizzati da funzioni trasversali e per processi.

Tali innovazioni organizzative, che si caratterizzano per la loro capacità di fronteggiare con maggiore adeguatezza la dinamicità e repentinà dei cambiamenti in sanità, mirano anche a modificare profondamente le logiche interne all'attuale sistema e sviluppare una organizzazione non più solo verticistica ma anche "orizzontale" delle attività, garantendo in tal modo un aumento del grado di collaborazione e partecipazione.

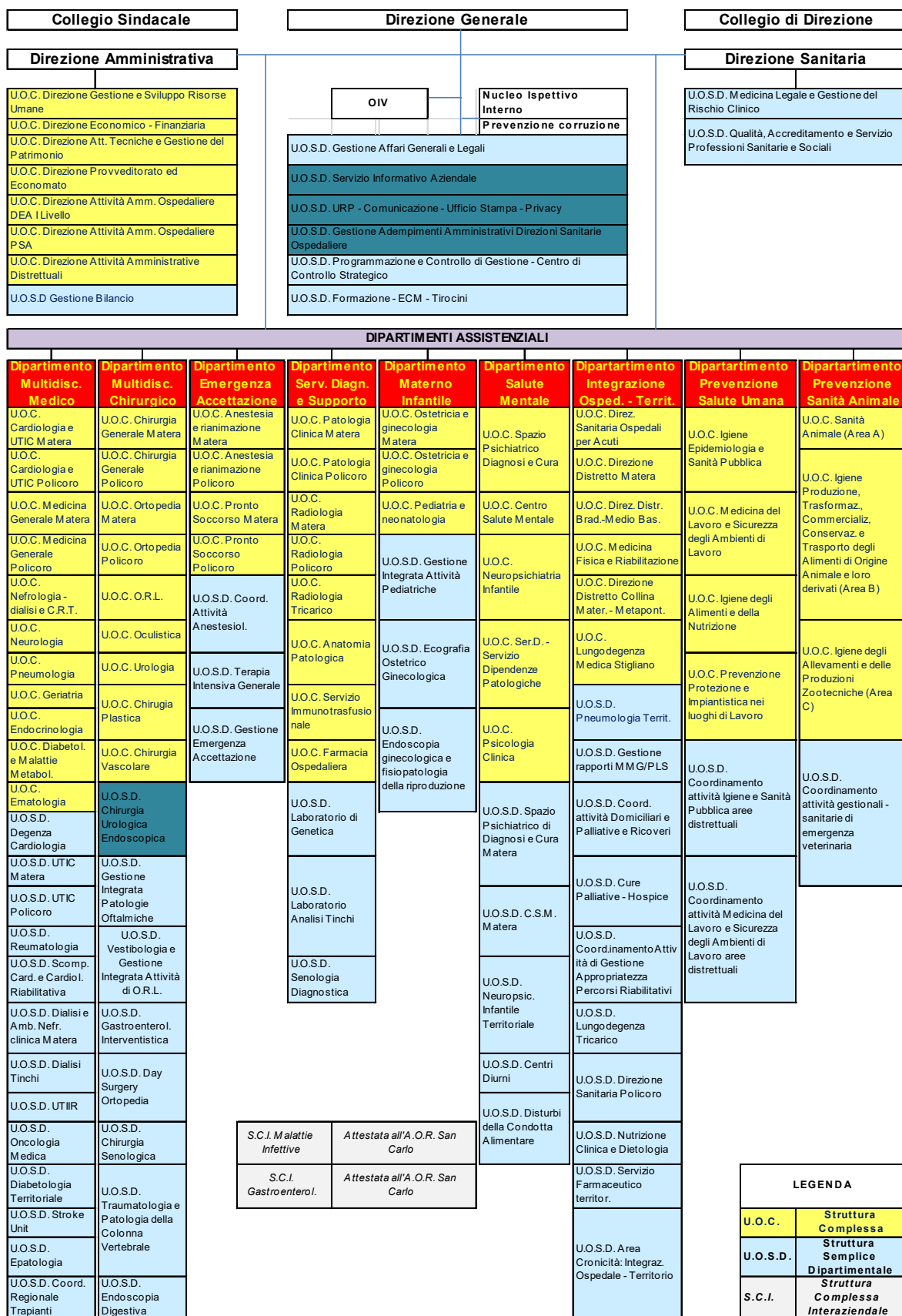
Su tali modelli funzionali si strutturano i "Dipartimenti Interaziendali" e le "Reti Integrate Interaziendali" intese quale insieme di professionisti, strutture, tecnologie e processi, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso. Le reti integrate dei servizi hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario regionale, assicurando equità di accesso, efficienza operativa e nell'allocazione delle risorse ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.

In conformità alle indicazioni programmatiche regionali, l'Atto Aziendale dell'ASM ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale, prevedendo accanto alla fase a regime, una fase transitoria, da attuare nell'immediato, per consentire il graduale passaggio al nuovo modello organizzativo, evitando ripercussioni negative sull'operatività e funzionalità dei servizi, con particolare riferimento a quelli assistenziali.

Si riporta di seguito l'articolazione organizzativa dell'ASM prevista per la fase transitoria dall'Atto Aziendale.



Organigramma Aziendale



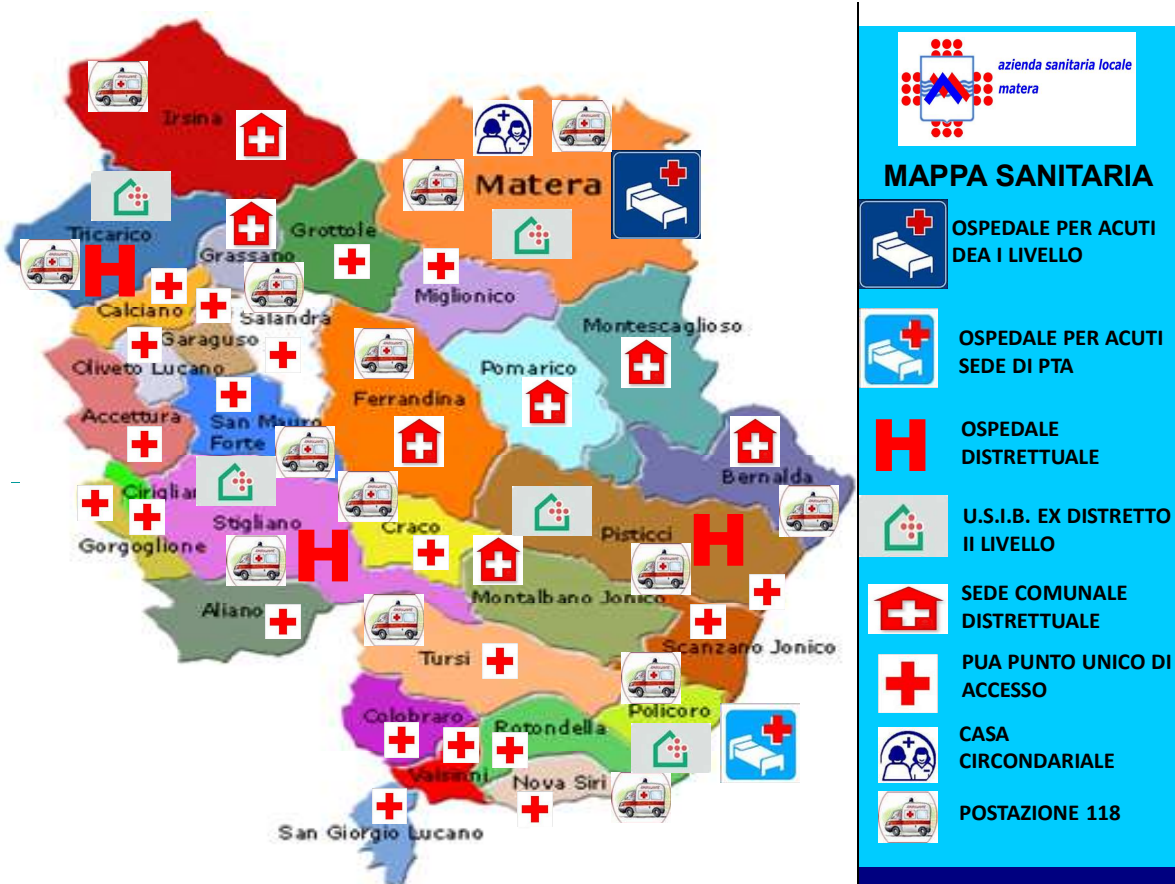
1.2.2. L'OFFERTA AZIENDALE

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 presidi territoriali, 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:

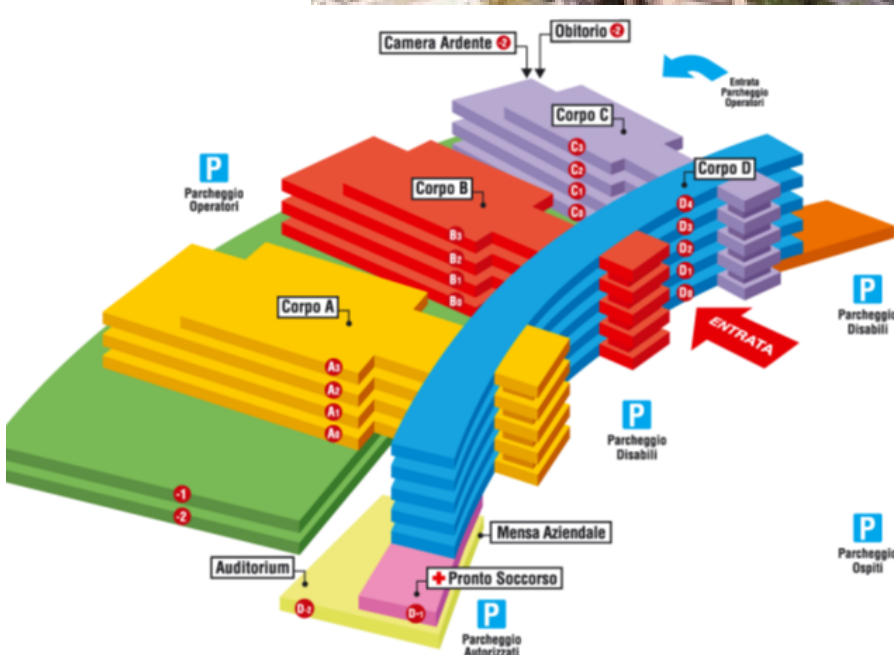
- Presidio Ospedaliero per acuti di Matera
- Presidio Ospedaliero per acuti di Policoro
- Presidio Territoriale di Tinchi
- Presidio Territoriale di Stigliano
- Presidio Territoriale di Tricarico

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 2015 i **posti letto** attivi sono stati complessivamente



372, di cui **300 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 Emergenza di I livello, 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 alle funzioni di Pronto Soccorso Attivo (PSA), anche interventi diagnostico terapeutici di emergenza medica, chirurgica, ortopedica, ostetrica, pediatria 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.

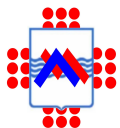
Il CRT Basilicata, conforme con linee guida nazionali degli indirizzi del Ministero e del CNT (Centro Nazionale Trapianti), assicura e coordina la gestione della banca dati delle cellule staminali, che viene attivata presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) attraverso la definizione delle attività 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 della pagina seguente:



OSPEDALE MADONNA DELLE GRAZIE MATERA						
Dipartimento Multidisc. Medico	Dipartimento Multidisc. Chirurgico	Dipartimento o Emergenza Accettazione	Dipartimento Serv. Diagn. e Supporto	Dipartimento o Materno Infantile	Dipartimento Salute Mentale	Dipartimento Integrazione Osped. - Territ.
U.O.C. Cardiologia e UTIC Matera	U.O.C. Chirurgia Generale Matera	U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera	U.O.C. Patologia Clinica Matera	U.O.C. Ostetricia e ginecologia Matera	U.O.C. Neuropsichiatria Infantile	U.O.C. Direz. Sanitaria Ospedali per Acuti
U.O.C. Cardiologia e UTIC Policoro	U.O.C. Ortopedia Matera	U.O.C. Pronto Soccorso Matera	U.O.C. Radiologia Matera	U.O.C. Ostetricia e ginecologia Policoro	U.O.S.D. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Matera	U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
U.O.C. Medicina Generale Matera	U.O.C. O.R.L.	U.O.S.D. Coord. Attività Anestesiol.	U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale	U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Pediatriche		U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
U.O.C. Nefrologia - dialisi e C.R.T.	U.O.C. Urologia	U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale	U.O.C. Farmacia Ospedaliera	U.O.S.D. Ecografia Ostetrico Ginecologica		
U.O.C. Neurologia	U.O.C. Chirurgia Plastica		U.O.S.D. Laboratorio di Genetica	U.O.S.D. Endoscopia ginecologica e fisiopatologia della riproduzione		
U.O.C. Pneumologia	U.O.C. Chirurgia Vascolare		U.O.S.D. Senologia Diagnostica			
U.O.C. Geriatria	U.O.S.D. Chirurgia Senologica					
U.O.C. Diabetol. e Malattie Metabol.	U.O.S.D. Chirurgia Urologica Endoscopica					
U.O.C. Ematologia	U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche					
U.O.S.D. Dialisi e Amb. Nefr. clinica Matera	U.O.S.D. Gastroenterol. Interventistica					
U.O.S.D. Scomp. Card. e Cardiol. Riabilitativa	U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale					
U.O.S.D. UTIC Matera						
U.O.S.D. Degenza Cardiologia						
U.O.S.D. Reumatologia						
U.O.S.D. UTIIR						
U.O.S.D. Oncologia Medica						
U.O.S.D. Stroke Unit						
U.O.S.D. Epatologia						
U.O.S.D. Coord. Regionale Trapianti						
S.C.I. Malattie Infettive attestata all'AOR San Carlo	S.C.I. Gastroentero I. attestata all'AOR San Carlo					



Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II di Policoro

Il P.O. di Policoro è il II Ospedale per acuti della ASM, con una dotazione di **110 posti letto**, di cui **92 ordinari** e **18 DH**, oltre a **4 posti funzionali di OBI**.

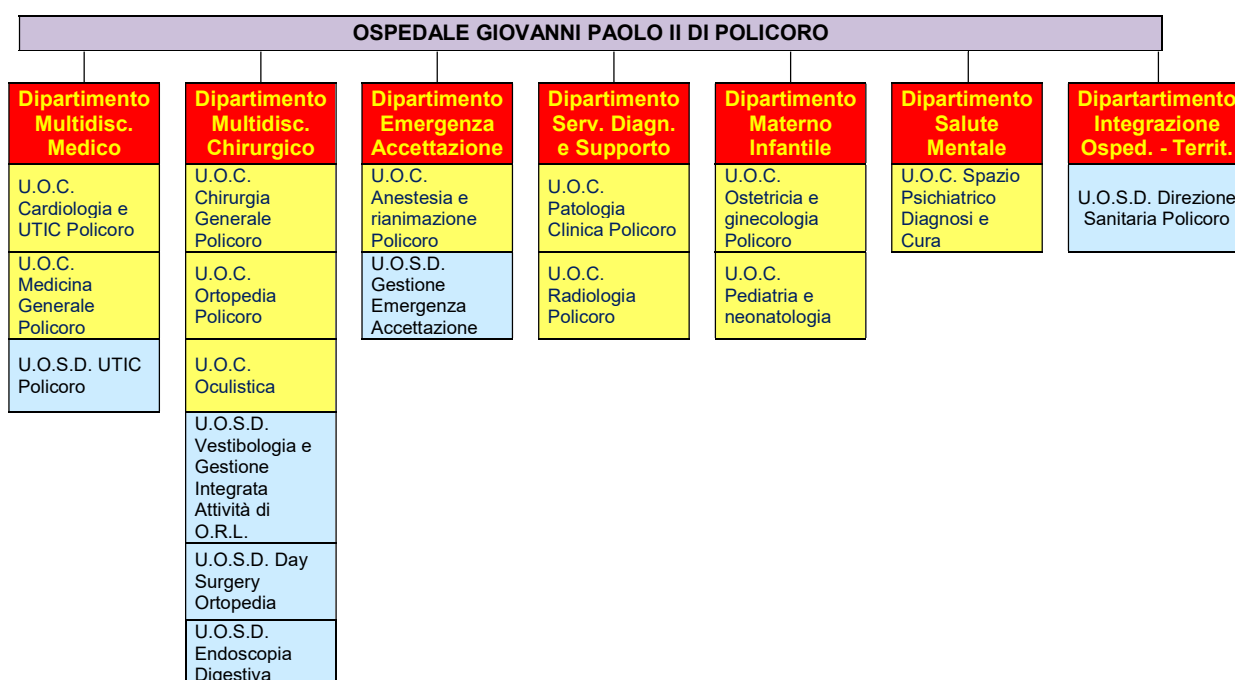
In conformità all'impianto delineato dal Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015, il P.O. di Policoro è un ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo e, in quanto tale,

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: Dermatologia e Allergologia Dermatologia, 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*.

A partire dal 01/07/2015, in conformità alle disposizioni normative regionali (art. 15, comma 1, della L.R. 5/2015), nell'ambito delle strategie di razionalizzazione della rete dei Laboratori analisi aziendali, si è provveduto ad accorpare i laboratori di Stigliano e Tricarico, assegnando al P.O. di Tricarico la gestione degli esami attualmente effettuati dal P.O. di Stigliano;



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
- la Chirurgia Dermatologica Ambulatoriale
- l'*Ambulatorio di Vulnologia e Piede Diabetico*;
- il *Servizio di Diagnostica Internistica e Vascolare*;
- gli *Ambulatori Specialistici* per attività ambulatoriale e di Day Service che garantiscono progressivamente i seguenti percorsi assistenziali ambulatoriali: dermatologia, diabete mellito, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, ginecologia, medicina internistica e a indirizzo cardiologico, neuropsichiatria dell'età evolutiva, otorinolaringoiatria, nefrologia, cure palliative – terapia del dolore, secondo preciso calendario settimanale opportunamente definito;
- la *Farmacia Ospedaliera*.

In particolare, nel corso del 2015 sono proseguiti gli interventi necessari per la messa in sicurezza della suddetta struttura al fine di rimuovere i pericoli per la pubblica e privata incolumità.

Nel 2015, inoltre, è stata aggiudicata la concessione per la costruzione e la successiva gestione del Centro Dialisi dell'Ospedale di Tinchì, mediante project financing, finalizzato a migliorare il livello di qualità delle prestazioni di dialisi erogate ai pazienti residenti sia nella provincia di Matera che al di fuori di essa, a condizioni finanziarie vantaggiose per l'Azienda; è stato approvato il progetto esecutivo e sono stati avviati i lavori di cantierizzazione del sito.



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 2015 presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico è continuata la sperimentazione gestionale avviata nel 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.

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.

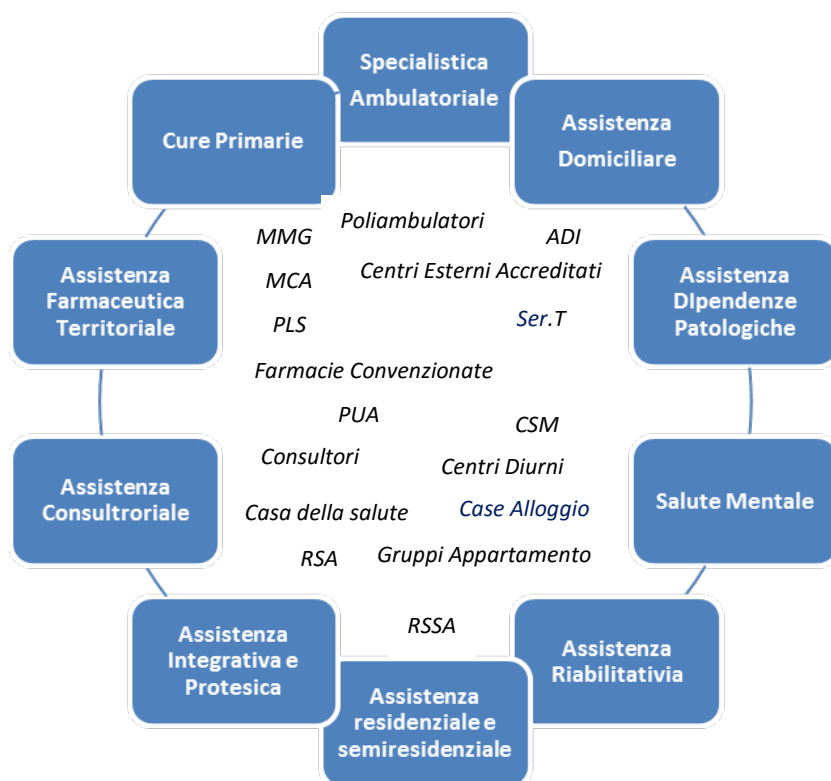
Nello specifico le attività territoriali si riferiscono:

- 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:

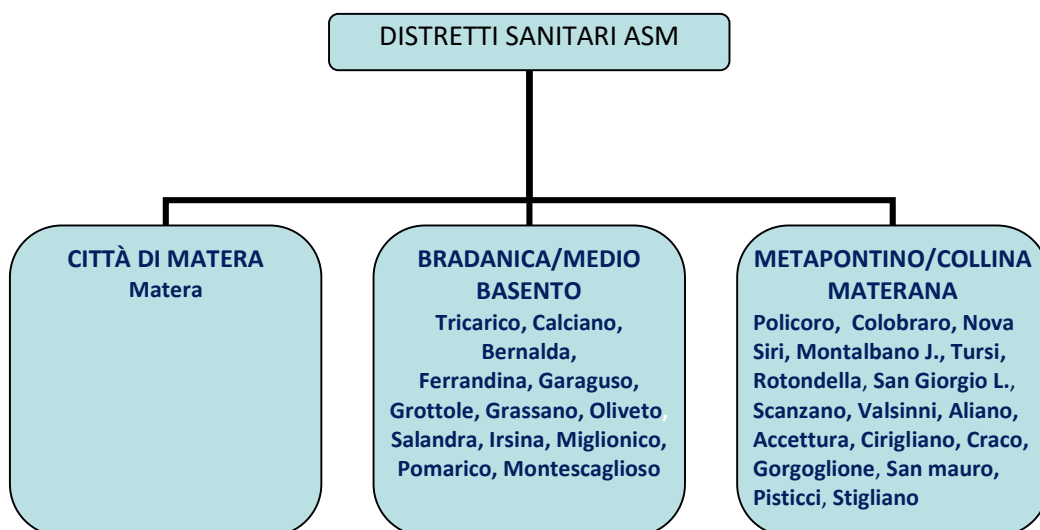
lo Sportello Unico di Accesso al Sistema dei Servizi Socio – Sanitari (PUA); l'Unità di valutazione Integrata (UVI); il Consultorio; le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA); la Casa della Salute; l'ADI; il Dipartimento di Salute Mentale; il Sert; il Poliambulatorio per l'assistenza specialistica ambulatoriale;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

ATTIVITÀ DISTRETTUALI



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:

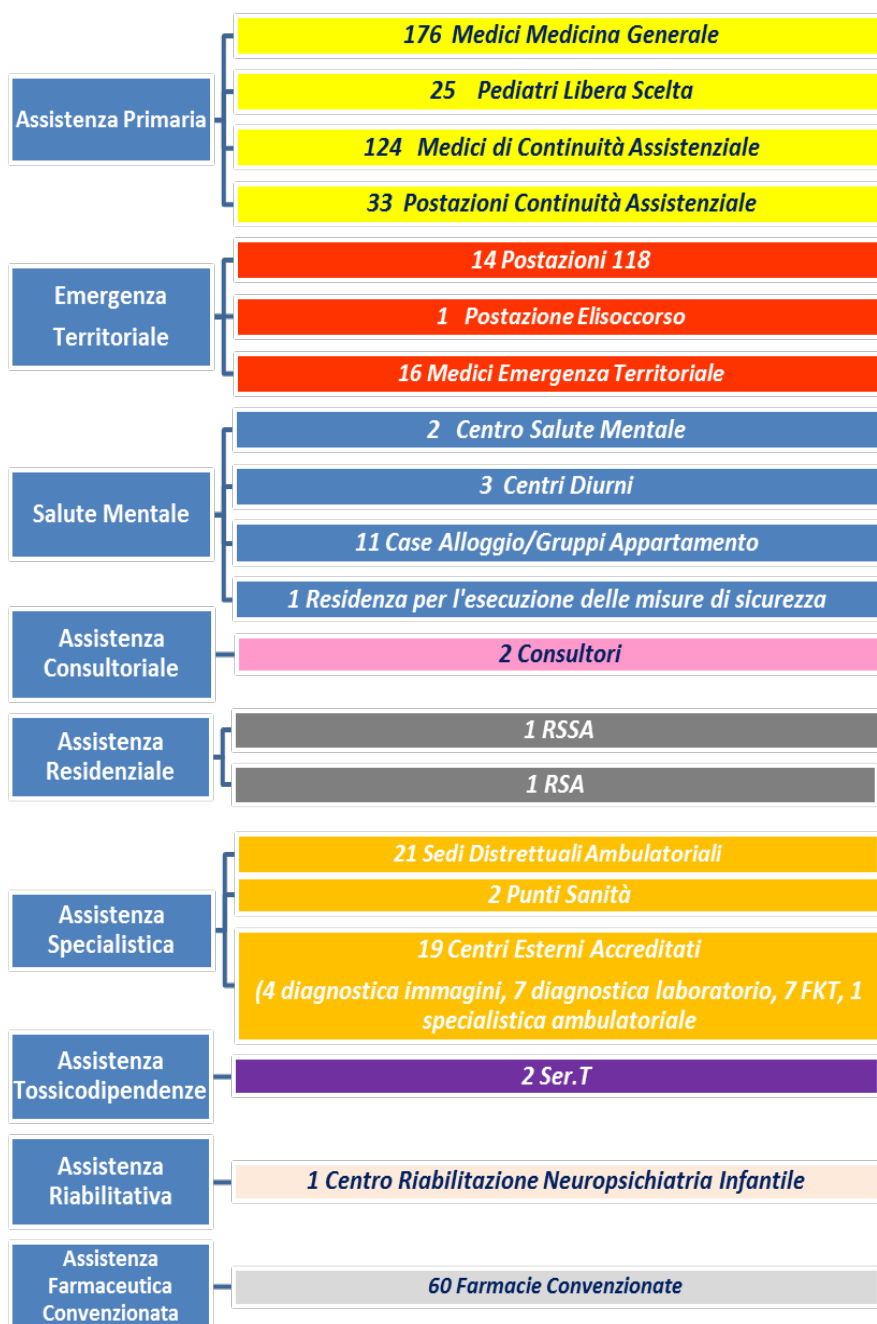


La ASM assicura la presa in carico delle persone con bisogni sanitari sul territorio, seppure attraverso un'organizzazione provvisoria ed ancora non ben definita nei suoi tratti essenziali, impegnandosi nell'attivazione e nello sviluppo di percorsi assistenziali integrati sia con le strutture operative 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
- 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 2015, si è provveduto a redigere e revisionare le procedure esistenti per il mantenimento e il 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, che nel 2015 è stato validato e approvato nelle sezioni MQ-0—1-3-4-5-6-7.

E' stato predisposto il Piano aziendale della qualità e il Piano triennale della qualità che è attualmente in fase di ratifica e approvazione da parte della Direzione Strategica.

Le attività e documentazioni prodotte nel 2014, sono state applicate, monitorate e perfezionate nel corso dell'anno 2015, in particolare :

- La 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";
- E' stato inserito nel Sistema Documentale di Gestione della Qualità il Documento elaborato dal Servizio di Pianificazione – Controllo Strategico e di Gestione dal titolo "Gestione del Sistema della Pianificazione Programmazione e Controllo strategico, direzionale e operativo;
- E' stato inserito nel Sistema Documentale di Gestione della Qualità il Documento elaborato dal Servizio di Gestione Risorse Finanziarie dal titolo "Gestione del Sistema Economico Finanziario e Contabile" ;
- È stata redatta, verificata ed approvata dalla Direzione Strategica Aziendale e distribuita in forma controllata, la Procedura PSGQ-01-01-ed.1 rev.00 "SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE: gestione e controllo della documentazione e delle registrazioni per la qualità", all'interno della quale sono riportati i modelli per ciascun tipo di documento;
- La organizzazione e il coordinamento della rete di referenti (con profili clinici, assistenziali, amministrativi, tecnici e professionali) per implementare il sistema di gestione della Qualità Aziendale, che erano stati individuati , con i responsabili delle strutture / servizi aziendali, e i Referenti per la qualità.
- E' stata avviata la fase di raccolta degli atti autorizzativi esistenti presso tutte le strutture ai fini del pre – accreditamento a accreditamento istituzionale, con ripetuti contatti con i vari soggetti esponsabili;
- E' stata effettuata la ricognizione degli atti autorizzativi, di consulenza, di supporto e di coordinamento delle attività inerenti l'Accreditamento del Servizio Immunotrasfusionale del P.O. di Matera, sottoposto a verifiche, da parte dei valutatori regionali, sulla presenza dei requisiti necessari per ottenere l'accreditamento istituzionale, (nel 2014 è stato sottoposto ad audit regionale il Lab. Analisi di Matera);
- Sono stati messi in atto Audit clinici ed organizzativi in alcuni reparti ospedalieri, per individuazione di fattori critici e per l'implementazione di azioni di miglioramento, in collaborazione con i Responsabili della U.O. Laboratorio Analisi e dell'U.O. Gestione Rischio Clinico e Medicina Legale

- Sono state revisionate alcune procedure già in uso nelle varie strutture aziendali;
- Sono stati effettuati vari incontri con la U.O. Pianificazione – Controllo Strategico e di Gestione e con la U.O. Gestione Risorse Finanziarie, per la condivisione delle modalità operative relative al monitoraggio degli indicatori secondo quanto previsto dalle Linee Guida regionali;
- Sono stati effettuati incontri attivati in collaborazione con il Direttore Sanitario Aziendale, con i Responsabili di macrostrutture (Distretti, Ospedali di Matera e Policoro, con il Responsabile delle Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio) finalizzati all'acquisizione della necessaria documentazione, ognuno per quanto di competenza, per richiedere, a firma del Direttore Generale, l'autorizzazione definitiva per le seguenti strutture aziendali: Punto Prelievo di Piazza Firenze, Centro di Procreazione Medicalmente Assistita di I Livello presso U.O. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Matera Riabilitazione e RSA di Tricarico come quanto previsto dalla DGR 662/201;
- Ai fini della condivisione degli obiettivi di budget, è stato condotto un incontro con la P.O. individuata dalla Direzione Strategica Aziendale con apposita delibera per collaborare all'interno del Sistema di Gestione della Qualità, per la condivisione degli obiettivi assegnati;

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

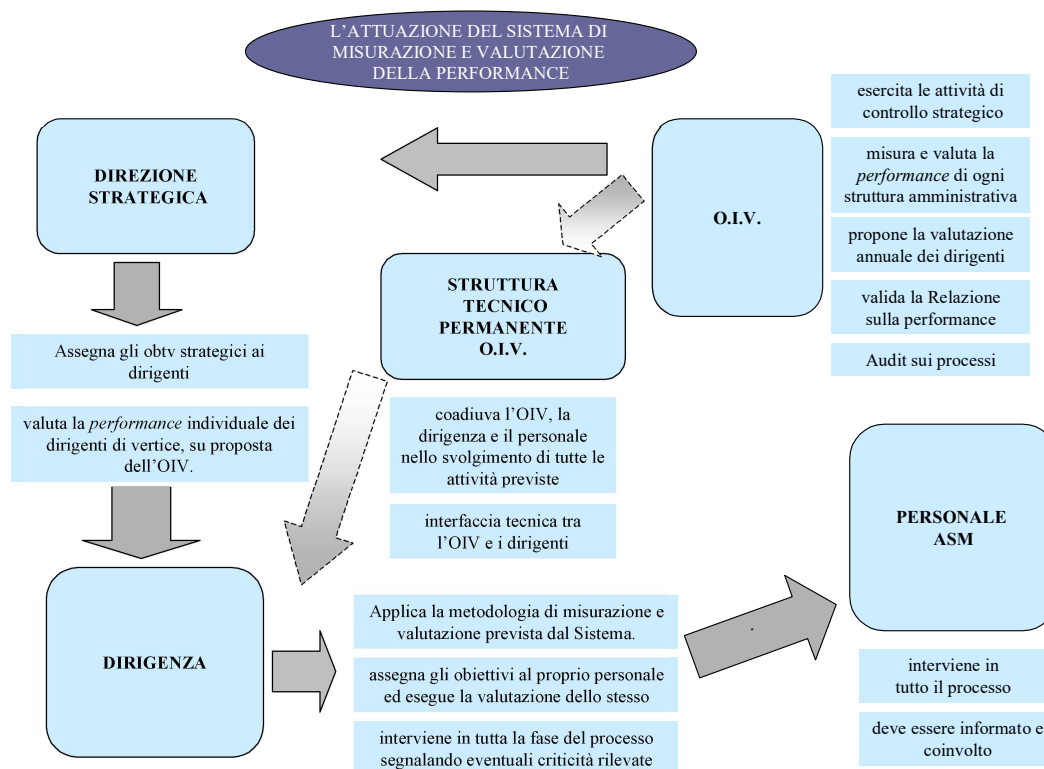
1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi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

Si riporta di seguito l'*Albero della performance*, costituito da un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi, da cui si evince come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

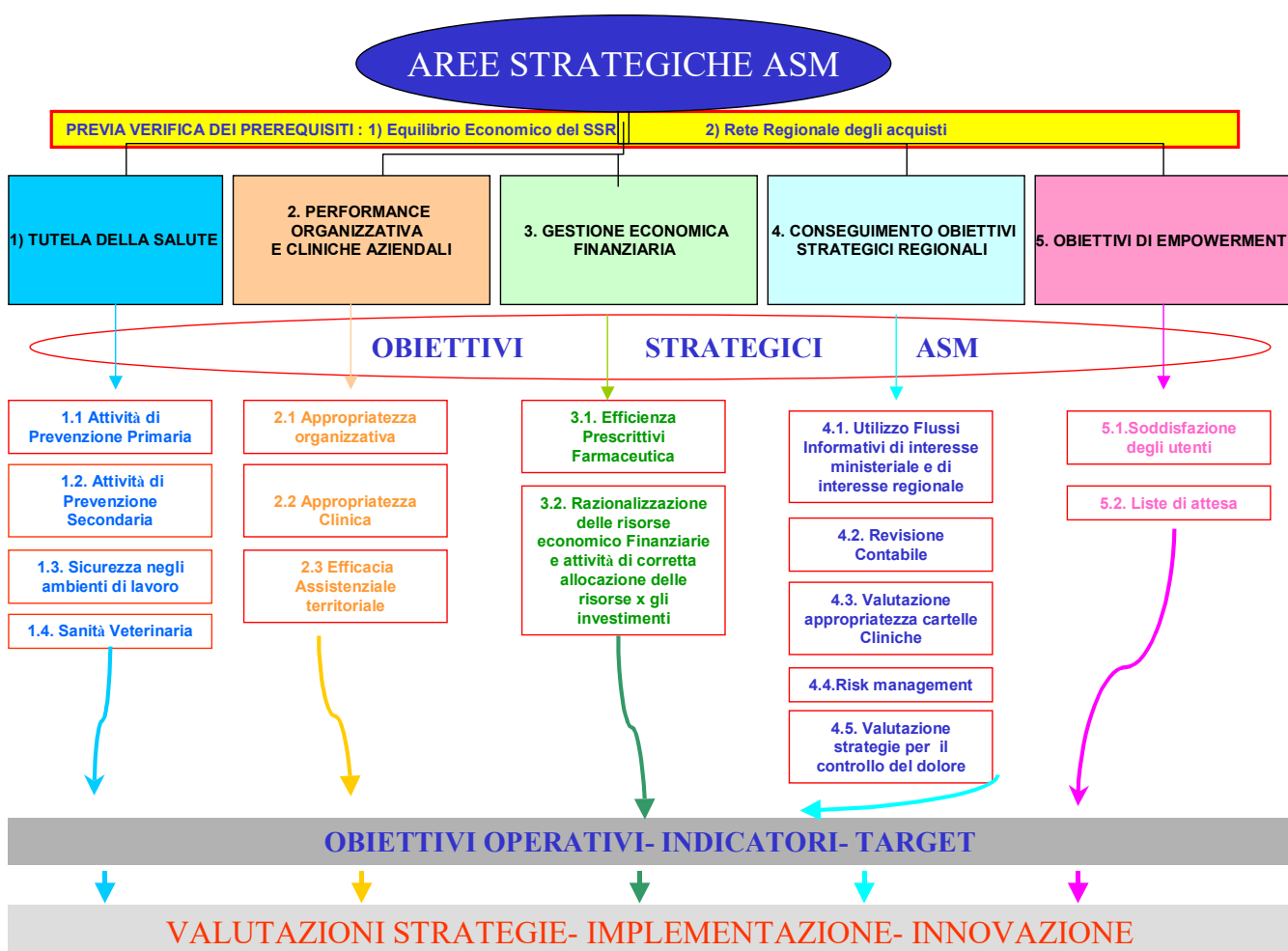
Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali sono costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance sviluppato nel Piano della Performance della ASM. Gli obiettivi regionali sono stati integrati con le esigenze

strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Gli obiettivi operativi sono stati dettagliati in Piani operativi (schede di budget) in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La definizione del piano della performance è stata quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento. Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il "processo di budgeting" nell'ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

L'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi strategici rappresenta comunque la prima fase del processo, muovendo dal livello Direzionale e dagli uffici di Staff, e prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai Dipartimenti Aziendali e ai CdR, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.



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 2.304 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.

In ASM nel 2015 hanno operato 1.007 maschi e 1.297 femmine.

Il personale infermieristico conta 944 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 1.15. Personale Dipendente al 31.12.2015

	M	F	Totale
Dirigenza Medica	268	145	413
Dirigenza Sanitaria	15	38	53
Dirigenza Veterinaria	34	2	36
Personale Infermieristico	265	679	944
OSS/OOTA	51	152	203
Comparto (altro personale sanitario)	86	103	189
Dirigenza PTA	8	9	17
Comparto (PTA)	280	169	449
Totale ASM	1007	1297	2304

Tabella 1.16. dati relativi alla distribuzione del reddito e demografica

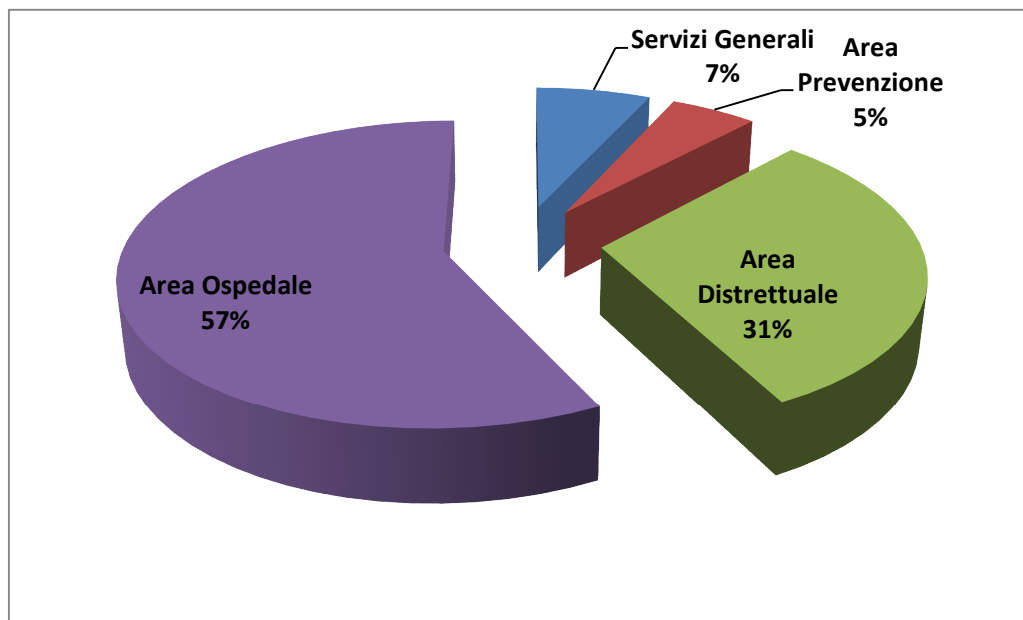
Stipendio medio totale dipendenti	2.749,52
Stipendio medio dirigenti donna	4.550,94
Stipendio medio- non dirigenti-donna	1.876,72
% personale assunto a tempo indeterminato	93,75%
% di donne/totale dipendenti	56,29%
% di dirigenti donne	37,38%
Età media dirigenti donna	50
Età media non dirigenti donna	49

Tabella 1.17. Personale Convenzionato al 31.12.2015

	M	F	Totale
Medici di Medicina Generale	105	69	174
Pediatri di Libera Scelta	9	14	23
Medici di Continuità Assistenziale	93	53	146
Specialisti ambulatoriali territoriali	18	17	35
Totale Personale convenzionato	233	134	367

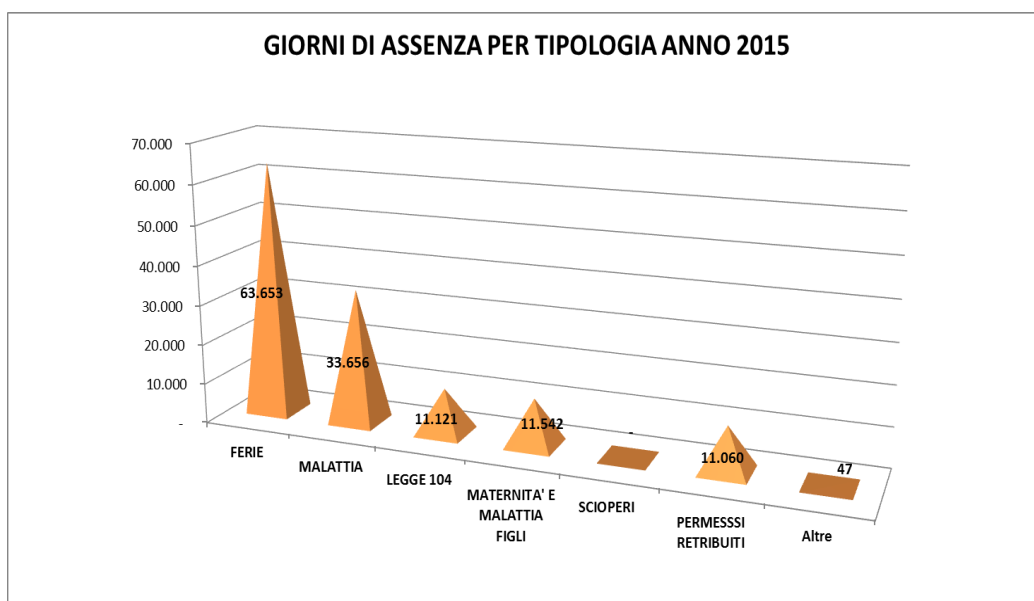
Si può osservare dal Grafico che segue ben il 57% del personale dipendente è allocato presso gli Ospedali per acuti di Matera e Policoro, mentre un terzo all'assistenza distrettuale, che comprende anche le attività specialistiche e diagnostiche, il 5% alla prevenzione ed il 7% ai servizi generali che includono le attività di supporto ed anche gli Organi Istituzionali.

Grafico 1.14. Percentuale del personale assegnato per macro Livello di Assistenza

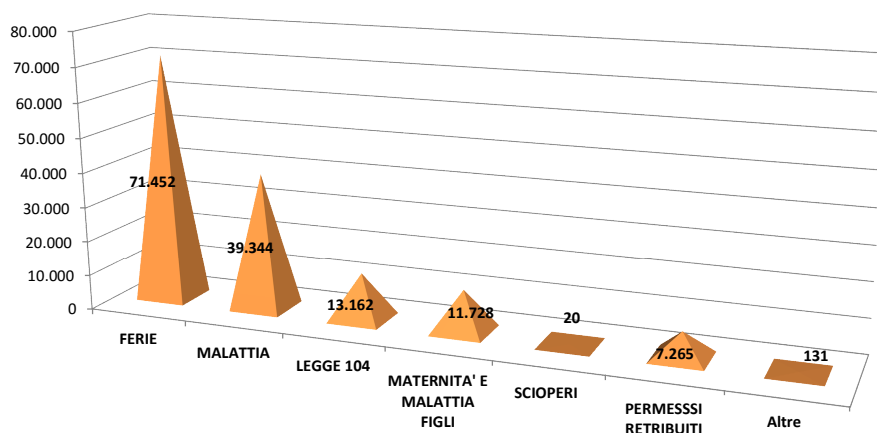


Le assenze del personale nel corso del 2015, pari in totale a 131.079 giorni, in calo dell' 8% rispetto al 2014, sono costituiti dalle ferie per il 49%, per il 26% da malattie, per il 9% da permessi per maternità e per l'8% da quelli della Legge 104/1992. La media pro capite di giorni di assenza su 2.304 dipendenti è pari a 56,89 giornate. Nel 2013 le giornate di assenza pro capite sono risultate pari a 61,47.

Grafico 1.15. Dettaglio cause di assenza (in giorni) 2015 e 2014



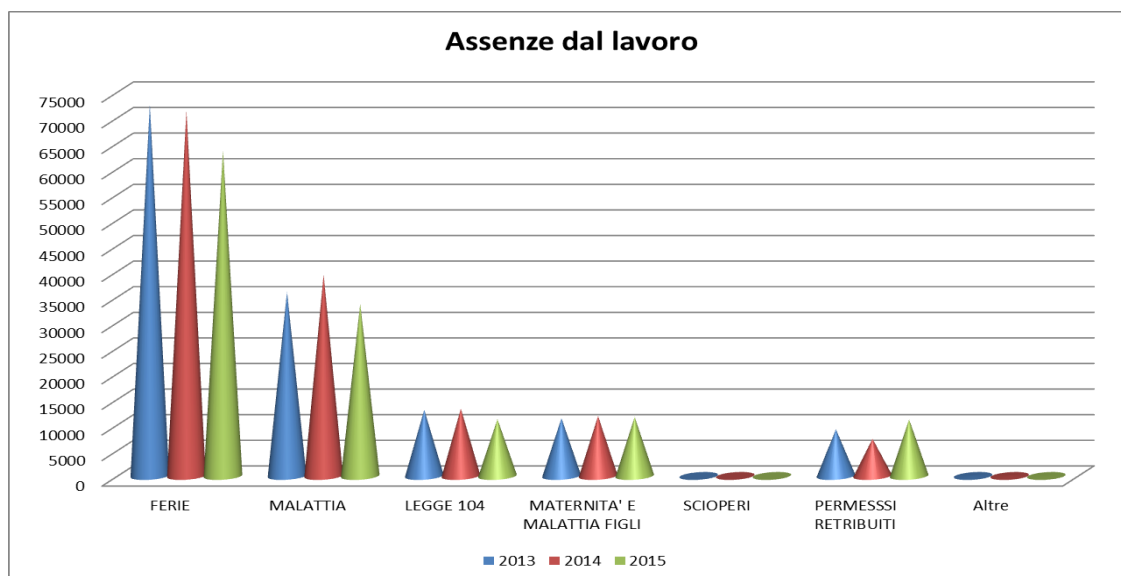
GIORNI DI ASSENZA PER TIPOLOGIA ANNO 2014



Nel 2015 si è registrata una riduzione dei giorni di assenza per ogni singola tipologia, per effetto delle strategie adottate dall'Azienda in tale direzione.

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



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 2015 le relazioni sindacali si sono concretizzate in numerosi incontri che hanno affrontato vari temi, tra cui, a mero titolo esemplificativo, produttività 2015, 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), regolamento per la graduazione delle funzioni, regolamento per il conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento, ecc.

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 2015 hanno effettuato formazione extraaziendale n. 81 dipendenti.

Sempre nel corso dello stesso anno, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera ha attivato n.38 eventi formativi (alcuni dei quali ripetuti in più edizioni per un totale di 59 eventi) accreditati alla Commissione Nazionale ECM.

E' stato organizzato nel 2014 e proseguito nel 2015, il Corso sulla Sicurezza negli ambienti di lavoro con modalità FAD a cui hanno partecipato circa 1000 dipendenti.

Nel 2015 è stato organizzato un corso di formazione FAD su Vaccinologia che ha interessato 17 dipendenti. Nella tabella allegata sono riportate le attività di formazione aziendale svolte nel 2015

Tabella 1.18.- La Formazione aziendale svolta nell'anno 2015

Tipologia	Numero	Partecipanti	Crediti ECM
Eventi RES Accreditati ECM	38	1850	16.002,4
Corso Sicurezza FAD	1	970	23,28
Eventi RES non ECM	3	166	
Corso FAD Vaccinologia	1	17	850
Aggiornamenti fuori sede	70	81	
Corsi in sede per amministrativi	2	90	
Totale	115	3174	16.875,68

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 2015 per la formazione continua, compresa quella fuori sede, ammontano ad € 63.027,00.

Per quanto riguarda il Rischio Clinico sono stati svolti 9 eventi con l'obiettivo ECM: "La sicurezza del Paziente – Risk Management".

Nel 2015 sono stati accettati a svolgere il tirocinio didattico/professionale e/o di orientamento presso le strutture della ASM n. 163 *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

ACCESSI AL PRONTO

SOCCORSO 192

●	Codice bianco	11
●	Codice verde	147
●	Codice giallo	33
●	Codice rosso	1

MISSIONI 118

39

●	India	25
●	Mike	13
●	SKT	1

PAZIENTI RICOVERATI IN OSPEDALI PER ACUTI

363

●	Ordinari	335
●	Day Hospital	27

PAZIENTI RICOVERATI IN OSPEDALI POST ACUTI

95

●	Lungodegenza	38
●	Riabilitazione	57

PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CHIRURGICO

38

●	Regime ordinario	22
●	Day Surgery	4
●	Ambulatorio	12

DONNE CHE EFFETTUANO

UN PARTO 4

●	Parto vaginale	3
●	Parto Cesareo	1

PAZIENTI CHE EFFETTUANO PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1.695

PAZIENTI IN CARICO AI SER.D. PER TRATTAMENTI TERAPEUTICI

712

PAZIENTI CHE EFFETTUANO CHEMIOTERAPIA

30

PAZIENTI CHE EFFETTUANO LA DIALISI

71

PAZIENTI CHE EFFETTUANO RIABILITAZIONE

63

PAZIENTI CHE SI RIVOLGONO AL C.S.M.

30

PAZIENTI CHE SI RIVOLGONO AI
CONSULTORI **50**

PAZIENTI ASSISTITI IN ADI
450

VACCINAZIONI ESEGUITE
286

ACCERTAMENTI PREVENTIVI DI
IDONEITA' **79**

SOPRALLUOGHI ESEGUITI
NEI LUOGHI DI LAVORO
3

CONTROLLI UFFICIALI DI
PRODOTTI ALIMENTARI E DI
REQUISITI STRUTTURALI E
FUNZIONALI DELLE ATTIVITA' DI
PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE
ALIMENTI **1,5**

PRELIEVI EFFETTUATI SU
ALLEVAMENTI DI ANIMALI
BOVINI E OVI - CAPRINI **450**

ISCRIZIONI ANAGRAFE CANINA
11

INTERVENTI CHIRURGICI,
CONTROLLI CLINICI PER
FINALITA' TERAPEUTICHE E
STERILIZZAZIONI SU ANIMALI
10

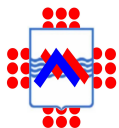
ISPEZIONI SULLE CARNI ANIMALI
NEGLI STABILIMENTI DI
MACELLAZIONE, DEPOSITO
155

RICETTE PER FARMACIA A CARICO
DEL SSN PRESENTATE NELLE
FARMACIE CONVENZIONATE
6.403

ACCESSI SUL SITO WEB
AZIENDALE ASM
60.454

ORDINATIVI DI PAGAMENTO
EFFETTUATI
64

ORDINATIVI DI INCASSO
EFFETTUATI
7



SEZIONE II - LE SCELTE E LE AZIONI DI GOVERNO



Ferrandina – Il Chiostro



Salandra – Panorama



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 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 avviato una strategia di grande rigore, 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 nel corso del 2015 è stato senza dubbio la riorganizzazione della rete assistenziale, realizzata in attuazione della revisione degli assetti funzionali e strutturali derivanti dall'implementazione del nuovo modello organizzativo definito nell'Atto Aziendale dell'ASM, adottato con deliberazione n. 773/2015, così come integrata da successive deliberazioni n. 1123/2015 e n. 1161/2015, ed approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1077/2015.

Nello specifico la riorganizzazione dell'ASM, prevista ed ispirata, tra l'altro, ai principi della tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza, dell'efficacia delle cure, dell'efficienza produttiva, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, dell'equità di accesso alle prestazioni, ha tenuto conto delle disposizioni previste dalla normativa vigente, così come recepite nella programmazione regionale, ed in particolare si è conformata ai parametri standard per le Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici, definiti dalla Regione con D.G.R. n. 205/2015, oltre che alle disposizioni vincolanti contenute nell'Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale sottoscritto dai Direttori Generali delle Aziende del SSR e formalizzato con D.G.R. n. 624/2015.

Il nuovo Atto Aziendale dell'ASM porta a coronamento in maniera definitiva il processo di unificazione delle due Aziende, ex ASL n. 4 di Matera e ex ALS n. 5 di Montalbano Jonico, confluite

nell'ASM a partire dal 01/01/2009, accorpando tutte le strutture che erano rimaste duplicate nel vecchio organigramma aziendale ed uniformando tutte le procedure organizzative ed assistenziali presenti all'interno dell'Azienda.

In particolare, l'adeguamento agli standard definiti con la su richiamata D.G.R. n. 205/2015, consolida definitivamente il processo di riqualificazione della rete ospedaliera, avviato nel quadriennio precedente, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 della L.R. n. 17 del 4 agosto 2011 ed in conformità agli indirizzi programmatici definiti dal Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012 – 2015, approvato dal Consiglio Regionale con Delibera n. 317 del 24/07/2012.

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

1. il completamento del processo di riconversione in senso distrettuale degli Ospedali di Stigliano, Tinchì e Tricarico, 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 2015, 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 alla **Riconversione in senso territoriale degli Ospedali Distrettuali** 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 è stata definitivamente completata la dismissione dei posti letto per acuti residui presenti negli Ospedali di Stigliano, Tinchì 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.

Nel corso del 2015, quest'Azienda, in ottemperanza all'art. 15 comma 1 della L.R. n. 5/2015, ha approvato il piano di razionalizzazione dei laboratori analisi aziendali, a regime dal 1/7/2015, per effetto del quale:

- o sono stati accorpati i laboratori di Stigliano e Tricarico, assegnando al P.O. di Tricarico la gestione degli esami fino ad allora effettuati dal P.O. di Stigliano;
- o è stata autorizzata la definitiva rescissione dei contratti di fornitura di dispositivi diagnostici in vitro presso il P.O. di Stigliano;
- o è stato istituito il POCT al P.O. di Tricarico, presso la Lungodegenza

Importante iniziativa proseguita 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'Ospedale di Tinchì ha cessato l'attività ospedaliera per acuti, con il potenziamento delle attività di tipo territoriale tradizionalmente erogate, e con l'avvio dell'iter burocratico ed organizzativo per la attivazione di un progetto sperimentale per la concessione del servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologica e cardiologica (codice struttura 56) presso il suddetto presidio. In particolare nel corso del 2015 si è concluso l'iter amministrativo propedeutico alla realizzazione del 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.

A tal proposito l'ASM, sulla scorta delle risultanze di uno studio di fattibilità commissionato all'Università Bocconi di Milano ed i cui costi sono stati attribuiti alla ditta aggiudicataria della concessione su menzionata, ha individuato nel project financing lo strumento più conveniente per finanziare la realizzazione della costruzione e della successiva gestione del centro dialisi di Tinchì. Per effetto di tale strumento, infatti, l'Azienda si è assicurata la progettazione, la costruzione e gestione del Centro Dialisi su menzionato, per un minimo di 10 anni, impegnandosi a corrispondere alla ditta aggiudicataria un compenso annuo, pari al valore economico delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo considerato, determinato sulla base delle tariffe previste dal nomenclatore ministeriale, opportunamente abbattute, in considerazione dell'apporto da parte dell'Azienda Sanitaria di proprio personale infermieristico e medico, determinando sicuri benefici sotto l'aspetto meramente finanziario. Nel 2016 si procederà a dare esecuzione all'impianto progettuale attraverso la realizzazione del nuovo Centro Dialisi e l'avvio delle relative attività.

Nell'ambito delle strategie di riqualificazione dell'offerta assistenziale erogata sul territorio, si menziona l'acquisto, successivo a specifica manifestazione di interesse, di un immobile nei pressi dell'Ospedale Distrettuale di Tinchì, finanziato con specifici fondi regionali e finalizzato a consentire il proseguimento delle attività sanitarie attualmente dislocate nei locali privati in locazione, con notevoli economie di spesa per l'Azienda. In tal modo si è evitato anche la ricostruzione del c.d. «terzo piano» del plesso ospedaliero di

Tinchi, la cui demolizione è stata approvata dall'Azienda per motivi di sicurezza, consentendo un'ulteriore economia di spesa.

Infine, si segnala l'attivazione del **Servizio di Diagnostica Internistica e Vascolare presso l'Ospedale Distrettuale di Tinchi**.

Con riferimento alla **ridefinizione del modello organizzativo degli Ospedali per Acuti dell'ASM**, tale processo ha vissuto nel 2015 un momento di forte impulso, connesso all'approvazione del **Piano Strategico Matera – Sanità 2019** (delibera aziendale n. 589 del 14/04/2015), che traccia le linee portanti della riorganizzazione della rete assistenziale locale, alla luce dei nuovi scenari internazionali che vanno delineandosi con la designazione della città di Matera a Capitale Europea per l'anno 2019.

Tale Piano, partendo dall'analisi delle attuali criticità e sofferenze presenti nelle singole strutture aziendali, oltreché dei mutamenti previsti nelle dinamiche della domanda di servizi sanitari, sia sotto il profilo qualitativo che sotto quello quantitativo, per effetto del notevole incremento dei flussi turistici, già in forte espansione, che si stima di avere nei prossimi anni e del nuovo complesso di bisogni socio - assistenziali ad essi correlati, definisce una strategia di sviluppo ed individua il complesso delle azioni necessarie a consentire all'ASM ed in particolare all'Ospedale Madonna delle Grazie, di far fronte in maniera adeguata sia alle carenze attuali, sia alle nuove future sfide, rilanciandone in maniera risoluta le attività e ripristinandone il prestigio in modo coerente con il nuovo ruolo che la città di Matera si appresta a ricoprire.

Le azioni di potenziamento e di riqualificazione dell'offerta assistenziale previste nel piano, che si sostanziano nell'incremento del numero di personale, nell'ammodernamento delle tecnologie oltreché nella ridefinizione degli assetti organizzativi, strutturali ed edilizi necessari all'ottimizzazione dei percorsi di diagnosi e cura, comportano inevitabilmente 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 Basilicata.

Il vincolo del pareggio di bilancio unitamente agli altri vincoli posti 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 indispensabili al potenziamento dell'offerta sanitaria, consentendo all'Azienda di rispondere in maniera adeguata alle sfide emergenti, nel rispetto comunque delle compatibilità economiche.

La realizzazione parziale o totale del suddetto Piano strategico, che si spera possa non rimanere solo un libro dei sogni, e più in generale l'avvio di un processo di crescita e di sviluppo del sistema d'offerta della ASM, si legano, pertanto, indissolubilmente alla disponibilità di risorse che sarà possibile assicurare all'Azienda in aggiunta rispetto a quelle attuali nel prossimo triennio.

Il livello di realizzazione degli interventi previsti nel suddetto piano che, come appena rappresentato, è subordinato all'acquisizione delle risorse necessarie, ha di fatto configurato una gerarchia di priorità, coincidente con la progressiva scansione temporale nel quinquennio 2015 – 2019, per effetto della quale nel 2015 sono stati previsti gli interventi più urgenti ed immediati, nel secondo e fino all'ultimo anno, quelli progressivamente differibili.

In tale direzione, quest'Azienda ha approvato la **programmazione relativa all'implementazione ed ammodernamento del parco tecnologico ASM per il potenziamento dei servizi di pronto soccorso e dell'area dell'emergenza urgenza**, in vista dell'evento Matera 2019, da realizzare con le risorse regionali in c/capitale disponibili per l'annualità 2015, pari ad euro 5.000.000, assegnate dalla Regione Basilicata giusta previsione di cui all'art. 31 della Legge Regionale n. 34 del 13/08/2015 (assestamento del bilancio 2015). In particolare gli interventi da realizzare riguardano:

- rinnovo/potenziamento tecnologie biomediche, per l'importo totale di € 4.100.201,45, iva inclusa;
- lavori di adeguamento delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione, U.T.I.C. ed obitorio del P.O. di Policoro, per l'importo totale di € 899.798,55, iva inclusa.

Con riferimento agli adempimenti LEA inerenti il percorso nascita, quest'Azienda, con deliberazione n. 658 del 24/04/2015 (Allegato 2), ha approvato le "schede di intervento", relative alla programmazione degli interventi da attuare per l'adeguamento agli standard di sicurezza, tecnologici ed organizzativi previsti dall'Accordo Stato - Regioni n. 137 del 16/12/2010, concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il **miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo**", da attuarsi con risorse regionali, nel rispetto delle priorità individuate dalla normativa vigente e dagli atti di programmazione nazionale e regionale e nei limiti delle risorse messe a disposizione dalla Regione Basilicata, pari ad € 2.000.000,00, I.V.A. inclusa. Nello specifico, gli interventi autorizzati dalla Regione riguardano:

- l'acquisizione di tecnologie per il P.O. di Matera ed il P.O. di Policoro, prevalentemente in sostituzione di quelle presenti, oramai obsolete e vetuste, per un importo pari a € 1.200.000, I.V.A. inclusa; per tali tecnologie sono state avviate tutte le procedure per l'acquisto e sono in avanzata fase di sviluppo le rispettive forniture;
- la realizzazione di n. 2 montalettighe presso il P.O. di Policoro, aggiudicate già con deliberazione n. 1321 del 24/11/2014 e la sostituzione di n. 3 montalettighe presso il P.O. di Matera, aggiudicata con deliberazione n. 955 del 26/06/2015, per un importo complessivo pari a € 800.000,00, IV.A. inclusa;

Inoltre, presso il P.O. di Policoro sono stati attivati:

- il servizio H24, collegato al percorso nascita, del Laboratorio Analisi;
- la guardia medica notturna della U.O. di Pediatria.

Nell'ambito delle strategie di potenziamento della rete ospedaliera aziendale, quest'Azienda, nel corso del 2015 ha approvato la programmazione dell'implementazione e ammodernamento del parco tecnologico del P.O. di Matera per la realizzazione della rete regionale di **radioterapia oncologica** ed il potenziamento del polo di eccellenza specialistica, in conformità alle linee di indirizzo programmatico regionale, definite con la D.G.R. n. 572 del 29/04/2015, con cui è stata approvata l'istituzione della rete interaziendale di radioterapia oncologica, prevedendo l'implementazione di un modello interaziendale ed integrato, al fine di produrre omogeneità di gestione del paziente oncologico ed una razionalizzazione delle risorse umane e tecnologiche. Nello specifico, la programmazione aziendale prevede la realizzazione di un investimento infrastrutturale e tecnologico, pari a € 4.000.000, iva inclusa, finalizzato a valorizzare e riqualificare il P.O. Madonna delle Grazie di Matera e a potenziare la rete diagnostico – terapeutica oncologica, con particolare riferimento all'impianto del bunker e all'implementazione del sistema completo per l'erogazione delle prestazioni di radioterapia, oltre al rinnovo del parco tecnologico del P.O. di Matera e relativo potenziamento del Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, da attuare con le risorse regionali in c/capitale disponibili per l'annualità 2015, previste con D.G.R. n. 402 del 31/03/2015.

Nell'ambito delle azioni volte al potenziamento dell'offerta e dell'innalzamento dei livelli qualitativi dell'assistenza si colloca l'avvio del servizio di **Risonanza Magnetica Cardiaca** presso l'Ospedale di Matera, a partire dal 24 gennaio 2015, a cui si aggiunge l'approvazione approvato il percorso per l'**attivazione del Day Service per la diagnostica cardiologica non invasiva**, in risposta alla crescente domanda registrata nell'ultimo periodo, che ha consentito di incrementare la qualità dei servizi erogati dalla Asm in un settore, quale quello della prevenzione e della cura delle malattie cardiovascolari, che è e sarà sempre più in futuro un asset strategico nel miglioramento della qualità della vita della popolazione.

Nell'ottica della riqualificazione dell'offerta ospedaliera, nel corso del 2015 quest'Azienda ha provveduto all'istituzione dell'**Ambulatorio per lesioni cutanee croniche** presso il Dipartimento Chirurgico del P.O. di Matera, all'interno della rete aziendale operante nello specifico ambito della vulnologia. Nello specifico l'istituzione del suddetto ambulatorio si propone di contenere l'elevato

livello di frammentazione e disomogeneità nella gestione delle ulcere cutanee, in un'ottica di gestione secondo il modello della rete integrata dei servizi, con l'individuazione di un percorso clinico assistenziale ben definito che disciplina in maniera univoca ed omogenea le modalità di accesso e di presa in carico dei relativi pazienti, anche nelle fasi successive alla dimissione.

Altra iniziativa realizzata da quest'Azienda nel periodo considerato è l'istituzione dell'**Ambulatorio Stomizzati** presso il Dipartimento Chirurgico dell'ASM, col fine di massimizzare l'efficacia degli interventi assistenziali in favore dei soggetti stomizzati, attraverso la costituzione di un punto di riferimento costante per gli stessi pazienti, con l'individuazione di un percorso clinico assistenziale strutturato ben definito che disciplina in maniera univoca ed omogenea le modalità di accesso, di presa in carico, di educazione terapeutica e di riabilitazione dei relativi pazienti, nel corso delle varie fasi del pre-intervento, del ricovero in ospedale e del post-ricovero.

Tale attivazione, realizzata a costo zero per l'Azienda, consente di garantire la continuità assistenziale ospedale – territorio, favorendo l'integrazione tra i vari punti della rete aziendale e tra le varie figure coinvolte nel percorso clinico – terapeutico – riabilitativo ed educativo, migliorando la qualità di vita dei pazienti sottoposti a stomia, con interventi sia sanitari in senso stretto, sia educativi ed ottimizzando l'utilizzo di risorse umane, tecnologiche e strutturali.

Importante iniziativa attuata dalla ASM nei primi mesi del 2015, prima tra le Aziende Sanitarie meridionali, è stata la realizzazione presso Tinchì della **REMS (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza)** avvenuta in soli 100 giorni, con il supporto finanziario della Regione Basilicata ed il coordinamento dell'assessore regionale alla sanità. Tale intervento che ha consentito alla Regione Basilicata di essere la prima regione del centro sud ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in REMS.

La struttura realizzata a Tinchì, nel rispondere all'obiettivo prioritario di curare e ridare dignità a particolari categorie di pazienti psichiatrici, si candida a diventare un luogo in grado di rispondere non solo ad un preciso obbligo di legge, ma una buona prassi nel panorama italiano quanto ad efficienza della struttura, realizzata davvero in tempi record, e capacità di favorire il reinserimento sociale dei pazienti cui è rivolta. La REMS, infatti, vuole aprirsi all'esterno, curare e riabilitare, attraverso la continua interazione degli operatori con il mondo esterno, le associazioni di volontariato e tutti i soggetti coinvolti nei progetti di terapia e riabilitazione.

A tale scopo la ASM in collaborazione con la Regione ha messo su una vera e propria struttura di missione: 2 psichiatri, 1 psicologo, 1 assistente sociale e altro personale di supporto, il tutto sotto la vigilanza e previa autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza.

La struttura, concessa in comodato d'uso dal Comune di Pisticci alla ASM, è costata 1,35 milioni di euro, di cui 1 milione per i lavori di ristrutturazione e 350 mila euro per arredi e tecnologie. Si tratta di 1000 mq di spazi interni, oltre 500 mq di giardino e 1300 mq di spazi esterni e parcheggi, per una struttura, in grado di ospitare sino a 10 pazienti, totalmente ecocompatibile, dotata dei più moderni sistemi di sicurezza e di benessere ed idonea ad assolvere a pieno la sua funzione di luogo di recupero e reinserimento sociale.

Nell'ambito delle azioni finalizzate al potenziamento dell'offerta sanitaria sul territorio, particolare rilevanza ha il progetto elaborato nel 2015 da quest'Azienda e tutt'ora al vaglio della Regione Basilicata, inerente il progetto **«CHRONIC CARE MODEL – AREA INTERNA COLLINA MATERANA»**, che si inserisce nell'ambito del più complesso PROGETTO AREE INTERNE, da candidare agli appositi finanziamenti ministeriali, finalizzato all'implementazione di un modello di gestione della cronicità sul territorio della Collina Materana dell'ASM e, più nel specificatamente nei comuni di Accettura, Aliano, Cirigliano, Craco, Gorgoglione, Oliveto Lucano, San Mauro Forte e Stigliano. In particolare il progetto si propone l'obiettivo di fornire una risposta assistenziale alle fragilità tipiche della suddetta area, quali l'invecchiamento, lo spopolamento e la cronicità, attraverso la definizione di strumenti, risorse e modelli organizzativi che implementino meccanismi o processi di Assistenza Medica Proattiva entro uno scenario tipicamente territoriale.

Il progetto propone l'implementazione di una nuova offerta di servizi di cura ed assistenza sul territorio, che prevede l'interazione di figure professionali già note nell'attuale modello assistenziale, quali i MMG, con nuovi professionisti, quali i case manager, vale a dire gli infermieri che hanno il compito di gestire la reale presa in carico dei pazienti, che assumono un ruolo centrale nel nuovo modello. In ciascun comune è previsto un presidio territoriale che è al contempo ambulatorio infermieristico e la sede del case manager, con la presenza di un call center di case manager raggiungibile via numero verde per fornire «disponibilità» informativa sia a livello organizzativo che assistenziale. Tali presidi saranno equipaggiati con kit diagnostici compositi, dotati di ECG, bilancia, glucometro, sfigmanometro, ecc. che in tempo reale conferiranno i dati al Sistema Informativo (Telemedicina). Il nuovo modello prevede anche un centro diurno per l'accoglienza di persone affette da patologie neurodegenerative. La realizzazione del suddetto progetto consentirebbe la presa in carico globale dei pazienti cronici sul territorio, riducendone significativamente l'ospedalizzazione, attraverso una gestione degli stessi più appropriata, efficace ed efficiente.

Per tutto il 2015 è stato dato impulso alla **collaborazione tra l'ASM e l'Ordine dei Medici, avviata con l'istituzione di un Tavolo Permanente**, finalizzato a implementare un confronto costante sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, al fine di favorire l'integrazione tra l'ospedale e il territorio, tra i medici operanti nell'Azienda ed i MMG/PLS, con l'obiettivo di favorire il raggiungimento degli adempimenti LEA, con specifico riferimento al miglioramento della qualità dei servizi, all'abbattimento delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, alla riduzione della mobilità passiva. Tra i principali compiti affidati al tavolo, vi è stata la gestione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, con l'obiettivo di individuare le azioni da porre in essere per contenere i tempi di attesa entro i parametri standard individuati a livello regionale.

Altra iniziativa che questa Direzione ha continuato a promuovere nel 2015 ai fini del potenziamento delle attività territoriali, è stato l'avvio di forme di **integrazione tra la Medicina di gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte dagli specialisti operanti negli ospedali e/o sedi distrettuali**, sulla scia della sperimentazione avviata presso l'Ospedale di Tricarico con l'attivazione della Casa della Salute, precedentemente menzionata.

L'obiettivo del progetto è quello di favorire l'integrazione tra i medici dell'Assistenza Primaria con gli specialisti aziendali operanti sul territorio, 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

In questa direzione, nel periodo considerato, è stato avviato un progetto presso la sede distrettuale di Irsina, che diventerà operativo non appena saranno terminati i lavori di ristrutturazione degli immobili ad esso destinati.

Infine, sono da collocare tra le strategie di potenziamento delle attività territoriali anche le seguenti azioni attuate nel 2015:

- il rafforzamento della **Medicina dello Sport** nell'area del Metapontino, realizzato attraverso l'incremento del numero di ore dello specialista medico sportivo nel Distretto di Policoro, che sono passate da 26 a 35 ore alla settimana (9 ore in più);
- il rafforzamento delle **attività odontoiatriche**, con un incremento di ulteriori 25 ore settimanali da parte degli specialisti odontoiatri che operano sul territorio aziendale.

Non meno importante è stata l'attenzione riservata dall'Azienda nel 2015 alla macro area assistenziale della **prevenzione collettiva e sanità pubblica**, assicurando il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza in essi ricompresi, quali nello specifico la sorveglianza, la

prevenzione e il controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali, la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati, la sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, la salute animale e igiene urbana veterinaria, la sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori, la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

2.2. IL RISANAMENTO DEI CONTI

L'esercizio 2015 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico, pur chiudendosi formalmente con una perdita contabile pari a 3,346 milioni di euro, nella sostanza si caratterizza per il raggiungimento, per il terzo anno consecutivo, dell'equilibrio di gestione, consolidando quell'inversione di tendenza rispetto al passato, avviata nel 2013 e proseguita per il 2014, che ha consentito la tenuta del sistema, preservandone le condizioni di sostenibilità.

Come dianzi accennato, infatti, il bilancio 2015 si è chiuso evidenziando una perdita d'esercizio pari a 3,346 milioni di euro, che tuttavia assume una connotazione ed una natura meramente fittizia, essendo l'effetto di una differente tecnica di contabilizzazione dell'integrazione della quota del F.S.R. spettante all'ASM per l'anno 2015, quale parziale rimborso per i farmaci innovativi, quali nello specifico quelli per la cura dell'Epatite C, ai sensi della "Legge di Stabilità Regionale 2016". Infatti, mentre in un primo momento, con nota n. 24002/13A2 del 11/02/2016, il Dipartimento Politiche della Persona comunicava all'Azienda di provvedere alla contabilizzazione della suddetta integrazione del F.S.R., pari a 3,5 milioni di euro, iscrivendo tale importo alla voce CE AA0080 – A.1.B.1.2 "Contributi da Regione (extra Fondo) – Risorse aggiuntive da Bilancio Regionale a titolo di copertura LEA". Con successiva nota n. 55187/13A2 del 04/04/2016 lo stesso Dipartimento regionale rettificava la precedente comunicazione, disponendo di contabilizzare gli importi anzidetti, non più nelle modalità ed alla voce su menzionata, bensì sulla voce PAA200 A.V.3 "Altro" (sottovoce del PAA170 "Contributi per ripiano perdite" del modello SP Ministeriale, "solo a seguito del provvedimento regionale di assegnazione").

È di tutta evidenza che l'iscrizione di 3,5 milioni di euro tra i ricavi di esercizio, secondo le indicazioni fornite dalla Regione con la prima comunicazione (nota n. 24002/13A2 del 11/02/2016), avrebbe determinato la chiusura del bilancio 2015 dell'ASM con l'evidenziazione di un utile pari a 154.000 euro.

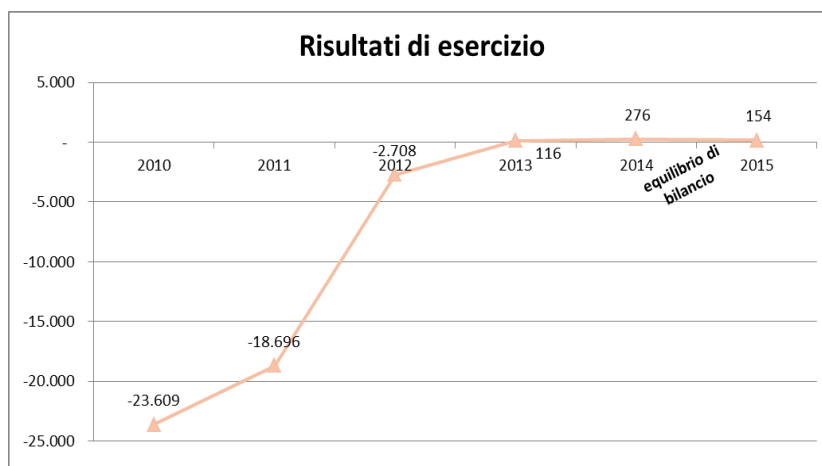
Tali considerazioni consentono di affermare che la gestione economica dell'Azienda Sanitaria Locale, anche per l'anno 2015, risulta in perfetto equilibrio, confermando il trend positivo del triennio precedente.

Tale risultato, di per sé estremamente positivo, anche in considerazione del notevole incremento del costo dei farmaci, determinato dall'ingresso in commercio dei farmaci innovativi, quali nello specifico quelli per la cura dell'epatite C, acquisisce una valenza tanto maggiore in considerazione della minore quota del F.S.R. indistinta assegnata all'ASM nel 2015, ridottasi di 2,187 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

2.1.1.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 ed il 2015, 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 degli ultimi sei anni



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 quadriennio 2012 - 2015, 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 triennio 2013 - 2015, 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..

Nel corso del 2015 i provvedimenti più importanti adottati, sia a livello nazionale che a livello regionale, che hanno inciso in maniera più significativa sulla gestione economica dell'Azienda sono stati:

- ✓ l'Intesa n. 113 del 02/07/2015 della Conferenza Stato Regioni in applicazione dell'art. 8 comma 6 della Legge n. 131/2003, concernente l'accordo fra Governo, Regioni e Province autonome circa "... la necessità di operare un efficientamento della spesa sanitaria, da adottare con atto legislativo, ove necessario, con conseguente rideterminazione del livello del finanziamento" nei seguenti ambiti:
 - beni e servizi
 - appropriatezza
 - applicazione del Regolamento "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
 - farmaceutica territoriale ed ospedaliera
- ✓ il D. L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con L. 6 agosto 2015, n. 125, e nello specifico, l' art. 9 ter recante "Razionalizzazione ed efficientamento della spesa del SSN per beni e servizi,

dispositivi medici e farmaci”, e l’art. 9 quater recante “Riduzione delle prestazioni inappropriate”

- ✓ la Circolare dell’Assessore alla Salute – nota prot. n. 161678 – 13A1 del 07/08/2015, ad oggetto «*Intesa CSR n. 113 del 2 luglio 2015. Misure di razionalizzazione della spesa del SSR – anno 2015*» che impegna la ASM a conseguire azioni di risparmio per ulteriori 3 milioni di euro attraverso la predisposizione di un accurato piano di razionalizzazione, di contenimento e di efficientamento della spesa sanitaria, finalizzate ad assicurare l’equilibrio economico regionale, nell’ambito dei settori di spesa convenuti dall’intesa Stato – Regioni del 2/7/2015.

A tal proposito quest’Azienda, con delibera n. 1165 del 25/08/2015, ad oggetto «Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria in attuazione dell’Intesa CSR n. 113 del 2/7/2015 e del D.L. 78/2015. Delega all’immediata applicazione delle prescrizioni. Primi provvedimenti per l’adozione del piano dei risparmi 2015», al fine di dare immediata e puntuale attuazione sia alle disposizioni dettate dalla Legge n. 125/2015, sia alle prescrizioni regionali, mediante tempestiva esecuzione delle azioni e delle misure di contenimento previste, ha dato mandato ai dirigenti responsabili di ciascun ambito individuato dalle norme su richiamate, di effettuare la ricognizione delle singole voci di spesa, nonché delle aziende/ditte fornitrici o committenti dei servizi, nonché dei provvedimenti da adottarsi.

Nello specifico, il provvedimento legislativo della Spending Review 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 triennio 2013 - 2015 si è sostanzialmente consolidato il trend di decremento dei costi (sia pure in maniera 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 2015 con il Consuntivo 2014 e con il Preventivo 2015, 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.

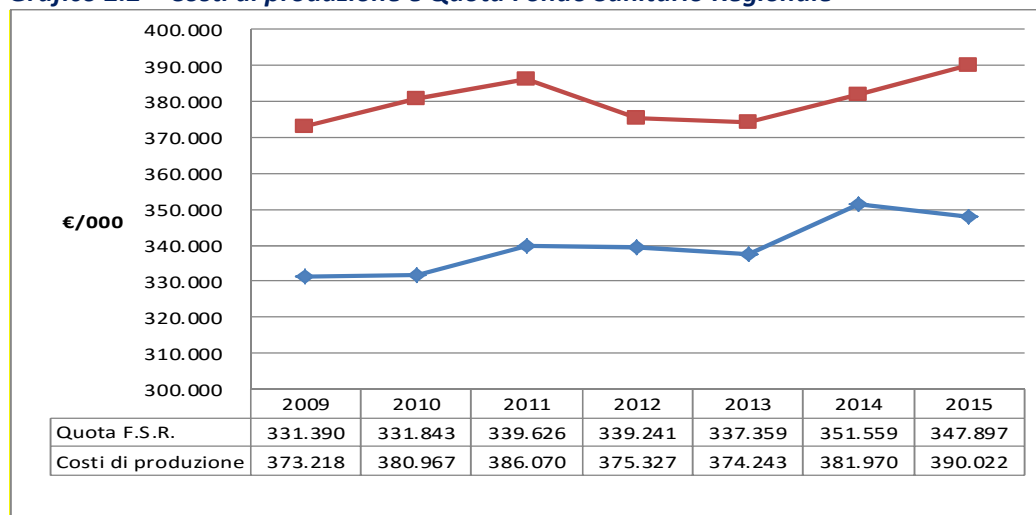
Si riporta di seguito, espresso in migliaia di euro, il raffronto sintetico delle principali componenti del bilancio economico relativo ai Consuntivi degli esercizi 2013, 2014, 2015.

Tabella 2.1 – Raffronto tra Consuntivo 2013, Consuntivo 2014, Consuntivo 2015

Migliaia di euro	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Scostamento Cons.'14 - Cons.'13		Scostamento Cons.'15 - Cons.'14	
Valore della produzione	380.752	388.134	390.022	7.382	1,94%	1.888	0,5%
Costi di produzione	374.243	381.969	387.295	7.726	2,06%	5.326	1,4%
Proventi e oneri finanziari	0	0	0	0	0	10	
Proventi e oneri straordinari	1.557	2.138	1.821	581	37,32%	2.138	14,8%
Imposte e tasse	7.950	8.027	7.894	77	0,97%	206	-1,7%
Contributo Regione per farmaci innovativi			3.500	0	0	3.500	
Risultato d'esercizio	116	276	154	160	137,93%	276	-42%

Il bilancio d'esercizio 2015 si è chiuso con un utile di esercizio pari a 154 mila euro, tenuto conto dell'assegnazione aggiuntiva regionale di 3,5 mln di Euro per la spesa esogena dei farmaci innovativi, in linea con il risultato, già positivo, dell'esercizio precedente, pari ad € 276 mila euro. L'analisi economica delle macro-voci di bilancio di esercizio 2015 evidenzia come l'incremento dei costi di produzione, pari a 5,3 milioni di euro (+1,4% rispetto al 2014) sia stato parzialmente assorbito dall'aumento dei ricavi, pari a 1,9 milioni di euro (+0,5% rispetto al 2014), con un risultato reale d'esercizio positivo, pari a 154 mila euro, di poco inferiore rispetto a quello dell'anno precedente. Tenuto conto che il rimborso regionale di 3,5 milioni di € per la spesa dei farmaci innovativi utilizzati per la cura dell'Epatite C, è stato solo parziale, si evidenzia che il risultato di esercizio reale dell'anno 2015 sarebbe stato ancora migliore e sicuramente superiore a quello del Consuntivo 2014.

Grafico 2.2 – Costi di produzione e Quota Fondo Sanitario Regionale



Nel 2015 il valore totale della produzione, pari complessivamente a circa 390 milioni di euro, ha evidenziato un incremento rispetto all'anno precedente per complessivi 1,9 milioni di euro (+0,5%), determinato fondamentalmente dall'effetto compensativo tra:

- la riduzione dei contributi in conto esercizio, esposti nel Conto Economico per un valore di 347,9 milioni di euro, con un decremento di 2,8 milioni di euro (-0,8%) rispetto all'anno precedente, riveniente sostanzialmente dalla diminuzione della quota del F.S.R. assegnata all'Azienda dalla Regione Basilicata;
- il mantenimento dei ricavi relativi alla rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti, esposta nel Conto Economico per complessivi -1,1 milioni di euro, in linea con il 2014; tale voce accoglie lo storno dei contributi in conto esercizio da Conto Economico a Patrimonio Netto (voce A. Il.5 Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio) per quei beni acquistati con contributo c/esercizio a partire dall'esercizio precedente;
- l'incremento dei ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria, esposte nel conto economico per un valore complessivo di 30,4 milioni di euro, con un aumento pari complessivamente a 2,5 milioni di euro (-8,8%) rispetto al 2014, riveniente dall'espansione dei ricavi per le suddette prestazioni erogate per lo più a favore di soggetti pubblici (mobilità sanitaria attiva);
- l'incremento dei ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi, esposti nel Conto Economico per complessivi 2,8 milioni di euro, con un incremento di 0,2 milioni di euro (+9,5%) rispetto al 2014, determinato fondamentalmente dai rimborsi delle Aziende farmaceutiche per pay-back.;
- il sostanziale mantenimento della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket), esposta nel Conto Economico per complessivi 2,9 milioni di euro, fondamentalmente in linea con l'anno precedente;
- l'incremento dei ricavi relativi alla quota contributi in c/capitale imputata all'esercizio, esposta nel Conto Economico per 4,9 milioni di euro, con un aumento di 0,3 milioni di euro (+7,5%) rispetto al 2014. 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 2,2 milioni di euro, con un incremento di 1,4 milioni di euro (+186%) rispetto al 2014, determinato fondamentalmente dagli incrementi dei ricavi per prestazioni non sanitarie.

I costi totali di produzione esposti nel Conto Economico 2015 per circa 387 milioni di euro, hanno evidenziato complessivamente, rispetto all'anno precedente, un incremento di circa 5,3 milioni di euro, pari al +1,4%, 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.

- Costi per acquisti di beni: tale macrovoce, esposta nel modello CE 2014 per un valore complessivo di 54,3 milioni di euro ha evidenziato un incremento di 6,5 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al +13,5%, imputabile totalmente ed esclusivamente all'incremento del costo dei materiali di consumo ad uso sanitario (che rappresentano oltre 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.

Nello specifico il costo dei beni sanitari, pari a 53,5 milioni di euro, ha evidenziato un aumento di circa 6,5 milioni di euro, pari al +13,9%, rispetto all'anno precedente, riconducibile sostanzialmente all'incremento del costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, esposti nel modello CE per 33,8 milioni di euro, con un aumento di circa 6,5 milioni di euro, pari al +24% rispetto all'anno precedente, determinato essenzialmente dall'incremento del costo dei farmaci innovativi, generato dall'introduzione in commercio di nuovi farmaci per la cura dell'epatite C, introdotti nel corso del 2015, rispetto ai quali la Regione Basilicata ha previsto una parziale copertura, attraverso l'integrazione della

quota del F.S.R. da assegnare all'ASM; a cui si aggiungono i farmaci oncologici, quelli per l'artrite reumatoide, i farmaci antiretrovirali, i farmaci biologici per la cura del morbo di Chron, ecc.;

I dispositivi medici, esposti nel modello CE per 16,5 milioni di euro, hanno fatto registrare rispetto all'anno precedente una riduzione di circa 0,5 milioni di euro, pari al -2,7%, dovuta essenzialmente alle azioni di razionalizzazione effettuate in applicazione della normativa vigente, con riferimento specifico alle riduzioni sia dei volumi che dei prezzi, operate per effetto della rinegoziazione dei contratti effettuate con la maggior parte delle ditte fornitrici.

Ad ogni buon conto l'Azienda nel 2015 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 delle azioni realizzate dall'Azienda, 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.

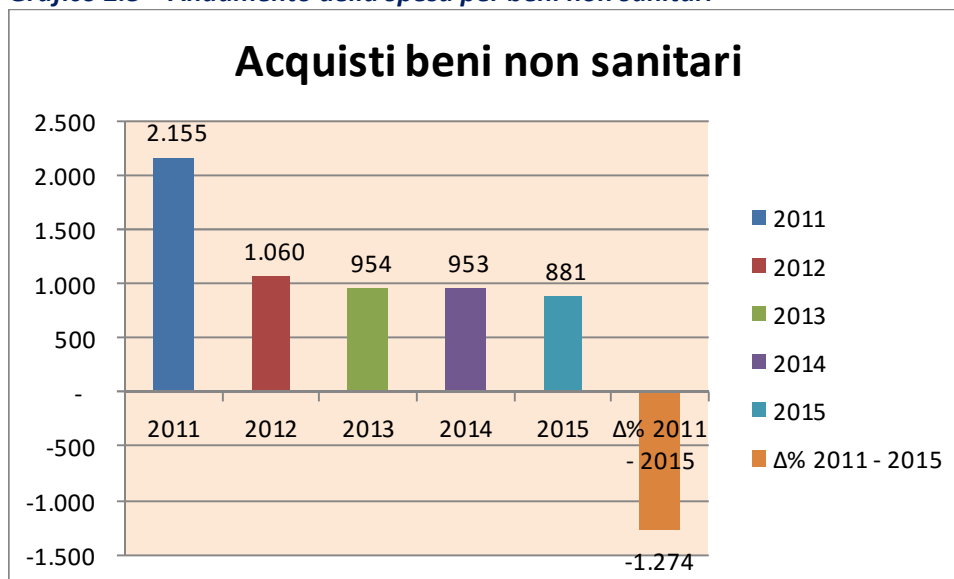
Con riferimento agli obiettivi fissati per la spesa farmaceutica dalla Legge Finanziaria nazionale, così come recepiti dalla programmazione regionale, è doveroso specificare che l'attuale esposizione dei costi della farmaceutica sul modello contabile CE non consente di valutare separatamente il raggiungimento 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) in quanto, come dianzi specificato, i costi relativi agli acquisti di farmaci ed emoderivati (esposti alla voce B.1.A.1 del modello CE da rapportare alla voce A.1.A.1 dello stesso modello relativa ai contributi indistinti in conto esercizio assegnati), che forniscono la base di calcolo per il raffronto della spesa farmaceutica ospedaliera, comprendono anche i costi relativi alla distribuzione diretta e alla distribuzione in nome e per conto, da ricomprendere invece nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale (voce B.2.A.2.1. del modello CE da rapportare alla voce A.1.A.1 dello stesso modello relativa ai contributi indistinti in conto esercizio assegnati), inficiando le relative analisi.

Per tale motivo, al fine di valutare il rispetto, dal parte della ASM nel 2015, del tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera, pari al 3,5% della quota del F.S.R. trasferita nello stesso anno (pari a 338,9 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 riportato nel modello CE.

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, oltre che dal pay back, nel 2015 ammonta a circa 11,9 milioni di euro, pari esattamente al 3,5% della quota del F.S.R. trasferita nell'anno in oggetto, quindi entro il 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 Conto Economico 2015 per poco meno di 0,88 milioni di euro, si registra un decremento pari al 7,7% rispetto all'anno precedente, determinato dalle azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa poste in essere dall'Azienda.

Grafico 2.3 – Andamento della spesa per beni non sanitari



Gli Acquisti di servizi esposti nel modello CE 2015 per circa 200,9 milioni di euro, hanno registrato decremento complessivo di 1,6 milioni di euro, pari al -0,8%, rispetto all'anno precedente, derivante sostanzialmente dalle azioni di razionalizzazione ed efficientamento poste in essere in applicazione delle disposizioni normative, che hanno riguardato sia i servizi sanitari che quelli non sanitari.

In merito ai costi per i servizi sanitari, esposti nel modello CE 2015 per un valore pari a 179,7 milioni di euro, si è registrata una riduzione rispetto all'anno precedente di circa 1,8 milioni di euro, pari al -1%, che ha riguardato un po' tutte le linee assistenziali.

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 2015 rispetto all'anno precedente, precisando sin d'ora che i valori della mobilità sanitaria passiva relativi a ciascuna sub livello assistenziale, dedotti dal Riparto definitivo del F.S.R. 2015 della Regione Basilicata, si riferiscono ai dati provvisori 2013.

- Medicina di base: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 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, sostanzialmente in linea con l'anno precedente, rispetto al quale ha fatto registrare un impercettibile decremento, pari al -0,1%.
- Assistenza Farmaceutica: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per la farmaceutica convenzionata è pari a circa 31,0 milioni di euro, con un irrisorio incremento di 0,2 milioni di euro, pari al +0,7%, 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:
 - inibitori di pompa protonica (IPP)
 - sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (C09)
 - sartani
 - statine
 - inibitori della HGM CoA redattasi
 - 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:
 - ✓ audit clinici con i prescrittori specialisti ospedalieri sugli usi terapeutici e costi/terapia dei farmaci biologici 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.
 - ✓ Con riferimento al rispetto del tetto di spesa previsto dalla programmazione nazionale e regionale per la farmaceutica territoriale, pari all'11,35% della quota del F.S.R. trasferita, si rimanda alla specifica sezione del presente documento inerente gli obiettivi dell'assistenza territoriale.
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per la specialistica ambulatoriale è pari a circa 22,7 milioni di euro, con un decremento di 0,7 milioni di euro, pari al -2,8%, derivante essenzialmente dalla riduzione del costo per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate, conseguente all'applicazione della normativa vigente sia con riferimento al recupero dell'appropriatezza che alla rinegoziazione contrattuale effettuata, cui vanno aggiunte le azioni di costante monitoraggio, verifica della correttezza prescrittiva e sensibilizzazione rivolte ai medici prescrittori.
- Assistenza Riabilitativa: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per l'assistenza riabilitativa è pari a circa 12,7 milioni di euro, con un lieve incremento di -0,4 milioni di euro, pari al +3,4%, relativo, determinato dai maggiori costi relativi alla mobilità passiva, sia intra che, soprattutto extraregionale; la componente di costo relativa all'acquisto di prestazioni riabilitative da privato nel 2015 ha evidenziato una riduzione pari al -0,7% rispetto all'anno precedente, riconducibile alle misure adottate in applicazione della normativa vigente per il recupero dell'appropriatezza, per la rinegoziazione contrattuale, per l'azione di costante monitoraggio e verifica delle prescrizioni.

- Assistenza Integrativa: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per l'assistenza integrativa è pari a circa 5,2 milioni di euro, sostanzialmente in linea con l'anno precedente, rispetto al quale si è registrato un lievissimo decremento di 36 mila euro, pari al -0,7%.
- Assistenza Protesica: il costo rilevato complessivamente nel modello CE 2015 per l'assistenza protesica è pari a circa 5,0 milioni di euro, sostanzialmente in linea con l'anno precedente, rispetto al quale si è registrato un lievissimo decremento di 62 mila euro, pari al -1,2%.
- Assistenza Ospedaliera: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per la assistenza ospedaliera è pari a circa 51,7 milioni di euro, con un decremento rispetto all'anno precedente di 1,7 milioni di euro, pari al -3,2%, riconducibile alla riduzione del costo della mobilità ospedaliera passiva, con riferimento sia alla componente extraregionale, pari a -0,8 milioni di euro (-2,3%), sia a quella intraregionale, pari a -0,9 milioni di euro (-6,8%).
- Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 5,0 milioni di euro, con un leggero incremento di 0,3 milioni di euro, pari al +5,6%. Tale voce si riferisce essenzialmente ai costi legati all'acquisto dei servizi assistenziali erogati dalla cooperative che gestiscono le Case Alloggio e i Gruppi Appartamento che ospitano i pazienti psichiatrici presenti sul territorio della ASM, ed in minima parte alla mobilità passiva intraregionale. Nel 2015 si è aggiunta la gestione della R.E.M.S. (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza), realizzata nei primi mesi del 2015, prima tra le Aziende Sanitarie meridionali, in applicazione del Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.
- Prestazioni di distribuzione farmaci del File F: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 5,7 milioni di euro, sostanzialmente in linea con l'anno precedente, rispetto al quale ha fatto registrare un lievissimo decremento di 26 mila euro, pari al -0,5%. Tale voce di costo si riferisce ai farmaci somministrati a pazienti residenti ASM da parte di strutture sanitarie all'interno (mobilità passiva intraregionale) o all'esterno della regione (mobilità passiva extraregionale), assistiti non in regime di ricovero.
- Prestazioni termali in convenzione: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 0,7 milioni di euro, sostanzialmente in linea con l'anno precedente rispetto al quale ha evidenziato un lievissimo decremento di 56 mila euro, pari al -7,8%. Tale costo si riferisce alle prestazioni termali erogate ai residenti ASM dalle strutture pubbliche e private, regionali ed extraregionali, a ciò deputate.
- Prestazioni di trasporto sanitario: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 3,2 milioni di euro, con un lieve decremento di 0,2 milioni di euro, pari al -5%. Tale costo si riferisce alle prestazioni di trasporto infermi per l'emergenza e per l'urgenza erogate ai residenti ASM.
- Prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria: il costo totale rilevato nel modello CE 2015 per tale tipologia di assistenza è pari a circa 4,6 milioni di euro, con un incremento di 0,9 milioni di euro, pari al +22,7%. Tale voce è costituita per 3,4 milioni di euro dal costo delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogate ai residenti ASM da parte delle cooperative convenzionate, e per i rimanenti 1,2 milioni di euro dalla mobilità passiva intraregionale. L'incremento di costo rilevato ha riguardato esclusivamente quest'ultima componente, ed è stato pari a circa 1 milione di euro (+393,3%), mentre il costo dell'ADI si è ridotto di 145 mila euro (-4,1%).
- Compartecipazione al personale per attività libero professionale intramoenia: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari complessivamente a 1,4 milioni di euro, con un incremento di circa 0,4 milioni di euro, pari al +37,9% rispetto all'anno precedente. In realtà la suddetta voce di costo, che è costituita dai compensi erogati agli specialisti aziendali a fronte delle prestazioni dagli stessi effettuate in forma di attività libero – professionale, non incide nella determinazione del risultato di esercizio in quanto è completamente “sterilizzato” da analoga voce di ricavo, nella quale è ricompresa anche la quota che rimane a carico dell'Azienda.

- Rimborsi, assegni e contributi sanitari: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari complessivamente a 2,3 milioni di euro, con una riduzione di 0,5 milioni di euro, pari al -17,0%, che ha riguardato principalmente i contributi ad associazioni di volontariato.
- Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari complessivamente a circa 1,0 milioni di euro, sostanzialmente in linea con l'anno precedente, rispetto al quale ha evidenziato un lievissimo incremento pari a circa 30 mila euro.
- Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari complessivamente a 0,9 milioni di euro, con un decremento di circa 0,8 milioni di euro, pari al -47,1%% rispetto all'anno precedente, determinato fondamentalmente dalla riduzione della mobilità passiva internazionale ed in misura minore dalla diminuzione della mobilità intraregionale e dei servizi sanitari da privato.

Con riferimento agli acquisti per servizi non sanitari, esposti nel modello CE 2015 per un valore pari complessivamente a 21,2 milioni di euro, si è registrato un sostanziale allineamento all'anno precedente, con un lievissimo incremento di 0,2 milioni di euro, pari al -1,1%, derivante dalla somma algebrica tra gli incrementi e i decrementi di costo dei servizi compresi in tale aggregato di seguito dettagliatamente analizzati. A tal proposito pare opportuno sottolineare la consistente riduzione di tali costi rilevata nel 2013 rispetto al 2012, che aveva consentito un recupero di circa 1,7 milioni di euro, pari al -7,7%. A tale riduzione, resa possibile dalla ottimizzazione delle relative attività, ha certamente contribuito la rideterminazione degli importi e delle prestazioni previsti nei contratti di appalto per la fornitura di servizi con una riduzione nella misura del 5%, a partire dal mese di luglio 2012, in applicazione del 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, le cui misure sono state sostanzialmente riconfermate nel corso del 2015, ai sensi del D. L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con L. 6 agosto 2015, n. 125, e delle successive norme attuative precedentemente menzionate.

Nello specifico, si riporta di seguito l'analisi comparativa dei costi relativi all'acquisto dei servizi non sanitari sostenuti nel 2015 rispetto all'anno precedente:

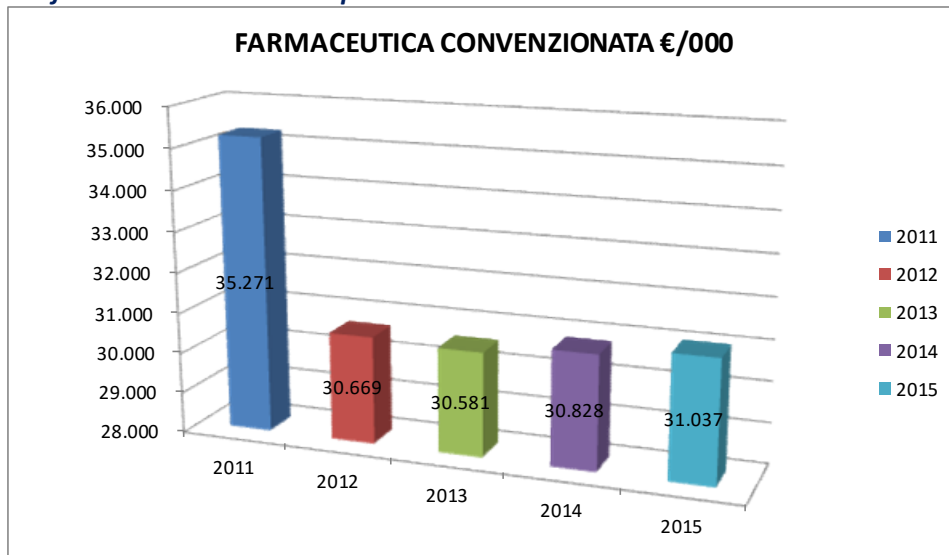
- ⇒ Lavanderia: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 2,5 milioni di euro, con un decremento di circa 33 mila euro, pari al -1,3% rispetto all'anno precedente. Di fatto nel 2015 è proseguita l'azione di razionalizzazione dei costi avviata dall'Azienda dal 2012 e continuata nel 2013, rafforzata dall'applicazione della normativa vigente.
- ⇒ Pulizia: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 4,1 milioni di euro, con un decremento di circa 0,5 milioni euro, pari al -10,4% rispetto all'anno precedente, determinato essenzialmente dalle economie realizzate per effetto della nuova gara d'appalto effettuata.
- ⇒ Mensa: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 2 milioni di euro, sostanzialmente in linea rispetto all'anno precedente, con un incremento minimo di 65 mila euro, pari al +3,3%, determinato dal maggior numero di pasti erogati conseguentemente al maggior numero di ricoveri ordinari effettuati nel 2015.
- ⇒ Riscaldamento: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 2,5 milioni di euro. nel 2014 e negli anni precedenti tale voce, riguardante sostanzialmente il gas, non era alimentata in quanto il relativo costo, era ricompreso nella voce "Altre utenze"; nel 2015 si è registrato un incremento del costo del gas di circa 0,4 milioni di euro, pari al +20%
- ⇒ Elaborazione dati: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 1,3 milioni di euro, evidenziando una riduzione netta rispetto all'anno precedente di circa 1,2 mila euro, pari al -47,9%, che ha natura fittizia, in quanto deriva da una diversa appostazione contabile del costo relativo al servizio CUP/servizio accoglienza, che fino al 2014 trovava allocazione in tale voce del modello CE e che nel 2015 è stata invece ricompresa nella voce CE "altri servizi

non sanitari da privato”, che conseguentemente ha fatto registrare un incremento rispetto al 2014.

- ⇒ Servizio trasporti non sanitari: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 66 mila euro, coincidente perfettamente all’anno precedente.
- ⇒ Smaltimento rifiuti: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 0,4 milioni di euro, sostanzialmente in linea rispetto all’anno precedente, con un decremento irrisorio di 7 mila euro, pari al -1,8%.
- ⇒ Utenze telefoniche: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 0,5 milioni di euro, con un lieve incremento di 67 mila euro, pari al +16,7%.
- ⇒ Utenze elettricità: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 2,5 milioni di euro, con un incremento di 0,1 milioni di euro, pari al +6,2%.
- ⇒ Altre Utenze: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 0,2 milioni di euro, con un decremento di -2,1 milioni di euro, pari al -91,2%, che ha natura fittizia, in quanto deriva da una diversa appostazione contabile del costo relativo al gas, pari a 2,5 milioni di euro, che fino al 2014 trovava allocazione in tale voce del modello CE e che nel 2015 è stata invece ricompresa nella voce CE “riscaldamento”, precedentemente analizzata.
- ⇒ Premi di assicurazione: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 0,2 milioni di euro, sostanzialmente sovrapponibile a quello dell’anno precedente, con una lieve riduzione di 76 mila euro rispetto al 2014. L’ASM a partire dal 2012 ha scelto di adottare un modello di gestione del contenzioso e del rischio clinico in autoassicurazione, con l’effetto, sotto il profilo economico, di abbattere i costi legati ai premi di assicurazione, che ha di fatto portato alla riduzione di oltre 4 milioni di euro per i premi assicurazione, ridimensionati per effetto degli accantonamenti operati in via prudenziale per la copertura diretta dei rischi, derivanti dall’ingresso in autoassicurazione. Nel 2015, infatti, l’ASM ha provveduto ad operare congrui accantonamenti ai fondi per rischi ed oneri, come più innanzi rappresentato.
- ⇒ Altri servizi non sanitari: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 4,6 milioni di euro, con un incremento di 1,4 milioni di euro, pari al +43,7%, che ha natura fittizia, in quanto è determinato da una diversa appostazione contabile dei costi relativi al servizio CUP/servizio di accoglienza, pari a 1,2 milioni di euro, dal 2015 ricompreso in tale aggregato, ma che nel 2014 trovava allocazione nella voce del modello CE “Elaborazione dati”, che, di converso, nello stesso periodo di tempo, ha fatto registrare una riduzione, come dianzi rappresentato. La suddetta voce ricomprende i costi relativi al servizio di vigilanza, alle spese legali, agli oneri amministrativi per il servizio di trasporto ossigeno, agli oneri per la distribuzione dei farmaci del PHT, alle spese di pubblicità, alle spese postali, al servizio di barberia per i degenti ospedalieri.
- ⇒ Consulenze, collaborazioni, interinale ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie: il costo, di modesta entità, rilevato nel modello CE 2015, è pari a 71 mila euro, con un decremento di 18 mila euro, pari al -20,2% rispetto all’anno precedente.
- ⇒ Formazione: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 0,2 milioni di euro, con un decremento di 16 mila euro, pari al -8,4%, rispetto all’anno precedente.
- ⇒ Manutenzioni: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 5,2 milioni di euro, sostanzialmente in linea con l’anno precedente, rispetto al quale ha fatto registrare un lieve decremento di 87 mila euro, pari al -1,7%, dovuto essenzialmente alle azioni di razionalizzazione ed efficientamento, effettuate in applicazione della normativa vigente.
- ⇒ Godimento beni di terzi: il costo rilevato nel modello CE 2015 è pari a 1,8 milioni di euro, con una riduzione di 88 mila euro, pari al -4,7% rispetto all’anno precedente, determinata essenzialmente dalla riduzione dei canoni di noleggio per l’area sanitaria.

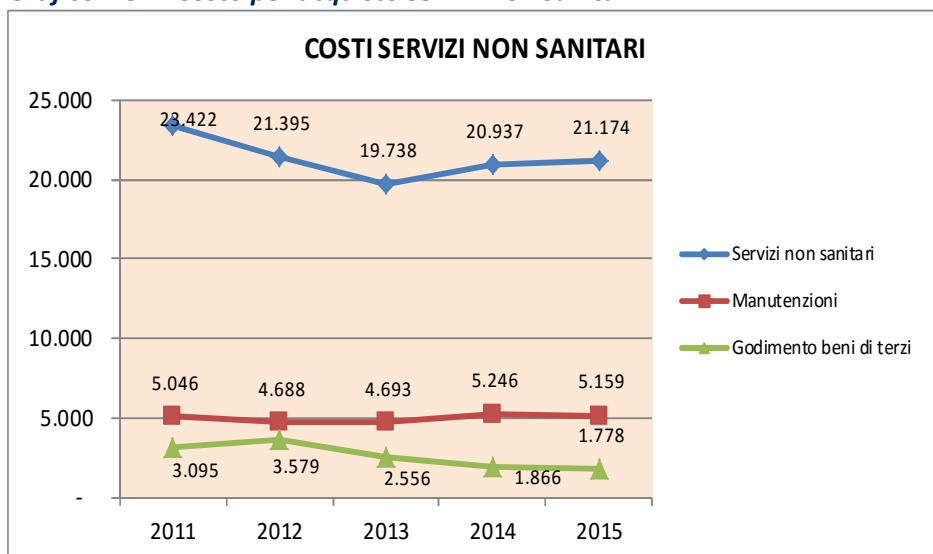
Si fornisce di seguito la rappresentazione grafica del trend della spesa farmaceutica convenzionata nell'arco temporale 2011 – 2015, da cui emerge inequivocabilmente la riduzione netta nel 2012 rispetto al 2011 ed il successivo consolidamento della spesa nei successivi anni 2012, 2013, 2014 e 2015.

Grafico 2.4 – Il costo della Spesa Farmaceutica convenzionata dal 2011



Nel grafico sottostante viene descritto il trend della spesa relativo all'ultimo quinquennio con riferimento al costo per acquisti dei servizi non sanitari.

Grafico 2.5. – Costo per acquisto servizi non sanitari



Costi del personale dipendente: tale macrovoce, esposta nel modello CE 2015 per un valore complessivo di 114,2 milioni di euro ha evidenziato un decremento di 1,6 milioni di euro rispetto all'anno precedente, pari al -1,4%, che va ad aggiungersi al decremento fatto registrare in particolare nel 2012 rispetto al 2011, per risparmio complessivo nel biennio 2012 – 2014 pari ad circa 7,5 milioni di euro.

Tale riduzione è stata resa possibile dall'applicazione delle misure di contenimento della spesa previste dalla normativa regionale, ed in particolare dalla L.R. n. 36/2015 avente ad oggetto "Norme in materia sanitaria". Nello specifico, infatti, ai sensi dell'art. 1 della suddetta L.R., al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica stabiliti dalle norme nazionali vigenti, è stato applicato il blocco delle assunzioni del personale

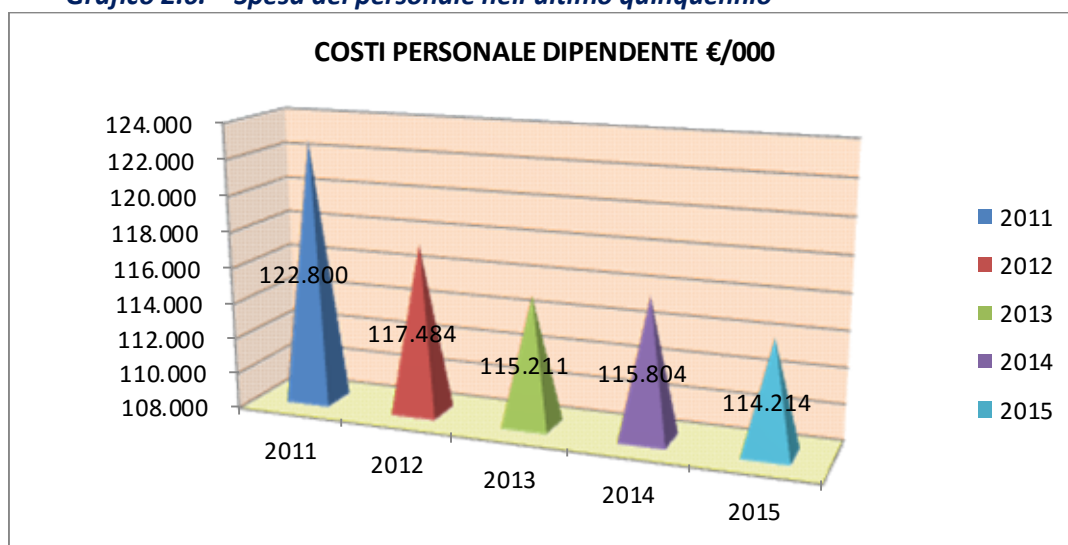
dipendente, con deroga nel limite massimo del 40% della spesa del personale cessato dal servizio durante l'anno precedente, con la sola esclusione del personale sanitario e tecnico necessario al potenziamento della rete dell'emergenza – urgenza relativo al 118 e al DEA di I e II livello.

È stato, inoltre, attuato un processo di razionalizzazione del costo del personale per effetto dell'approvazione del nuovo Aziendale, che ha favorito la riorganizzazione funzionale e strutturale dell'Azienda, attraverso la riduzione del numero di strutture complesse e semplici, in applicazione degli standard fissati dalla Regione con D.G.R. n. 205/2015.

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 qualitativi 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 tale ambito si collocano i processi di riconversione degli ospedali distrettuali e di riqualificazione degli ospedali per acuti, descritti in precedente paragrafo del presente documento, oltre alla sperimentazione di nuovi approcci di riorganizzazione ospedaliera ispirati al modello per intensità di cura.

Grafico 2.6. – Spesa del personale nell'ultimo quinquennio



In ultimo, pare opportuno evidenziare come con riferimento all'obiettivo di riduzione dei tempi di pagamento, perseguito da quest'Azienda anche nel corso del 2015, 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 2015

Indicatore di tempestività dei pagamenti – Anno 2015		
Totale importo pagato	Totale importo indicatore	Indicatore di tempestività
€ 115.723.516,63	€ 2.774.853914,66	23,98

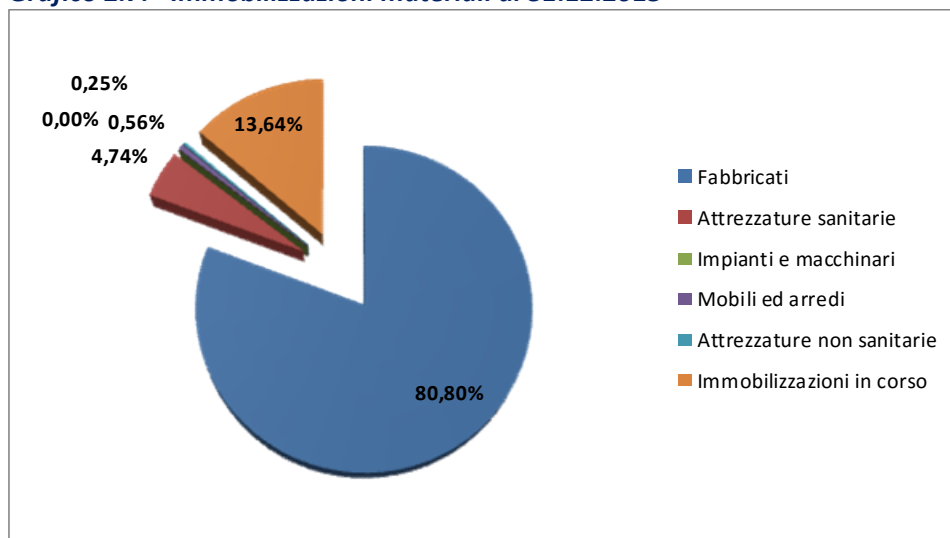
L'indicatore è stato calcolato prendendo a base tutte le fatture 2015 considerate complessivamente scadenti a 60 giorni.

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 31.12.2015 viene riportata nel grafico 2.7.

Grafico 2.7. – Immobilizzazioni materiali al 31.12.2015



Le immobilizzazioni materiali dell'Azienda ammontano a 93,63 milioni di euro e per oltre quattro quinti sono costituite dai fabbricati

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

<i>Fabbricati</i>	<i>75.652.242,28</i>
<i>Attrezzature sanitarie</i>	<i>4.441.621,79</i>
<i>Impianti e macchinari</i>	<i>932,16</i>
<i>Mobili ed arredi</i>	<i>524.935,74</i>
<i>Attrezzature non sanitarie</i>	<i>235.623,74</i>
<i>Immobilizzazioni in corso</i>	<i>12.773.821,87</i>

L'Azienda anche nel corso del 2015 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.

Sono stati effettuati notevoli investimenti in attrezzature sanitarie, in ogni singolo Ospedale e Distretto continuando il percorso già intrapreso negli anni precedenti e nel 2014, in particolare

I progetti edilizi sugli immobili dei proprietà dell'Azienda sono stati molto numerosi negli ultimi anni, soprattutto durante gli esercizi 2014 e 2015 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 Tinchì	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 Tinchì	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

Con riferimento all'anno 2015, appena trascorso, nella pagina che segue vengono evidenziati tutti i maggiori interventi eseguiti sulle strutture del patrimonio immobiliare aziendale aggiornati alla data del 31 Dicembre 2015. L'elenco delle opere chiaramente non può essere quindi essere esaustivo né nel numero né nella loro grandezza economico – finanziaria che troveranno la loro piena completezza e puntualità durante l'esercizio in corso ed in quelli successivi e che, quindi, saranno evidenziate nei futuri documenti di rendicontazione contabile e nei bilanci di missione.

Tabella 2.4. – Investimenti maggiori sul patrimonio immobiliare al 31.12.2015

Titolo Progetto	Importo Progetto	Importo Ammesso	Spesa al 31.12.15
Gorgoglione - COMPLETAMENTO DEL POLIAMBULATORIO	€ 40.000,00	€ 40.000,00	€ 38.553,02
Montalbano Jonico - Opere per l'accreditamento istituzionale	€ 70.000,00	€ 70.000,00	€ 70.000,00
COLOBRARO RISTRUTTURAZIONE DEL DISTRETTO SANITARIO, PUA	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 51.272,60
GRASSANO - RISTRUTTURAZIONE CASA ALLOGGIO	€ 489.000,00	€ 489.000,00	€ 490.734,72
GROTTOLE - RISTRUTTURAZIONE DISTRETTO SANITARIO PUA	€ 45.200,00	€ 45.200,00	€ 45.043,97
FERRANDINA-RISTRUTTURAZIONE DISTR.SANITARIO E PTS	€ 131.500,00	€ 131.500,00	€ 130.684,48
TRICARICO - DISTRETTO SANITARIO	€ 945.000,00	€ 945.000,00	€ 937.381,71
Calciano - Opere per l'adeguamento per il PUA	€ 90.300,00	€ 90.300,00	€ 90.459,37
Tricarico-Elisuperficie e PTS	€ 33.500,00	€ 33.500,00	€ 32.943,31
Salandra - OPERE PER P.U.A.	€ 27.000,00	€ 27.000,00	€ 26.796,16
COLOBRARO - RISTRUTTURAZIONE DELLA CASA ALLOGGIO	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 47.976,17
GARAGUSO - RISTRUTTURAZIONE DISTRETTO SANITARIO e ADEGUAMENTO PUA	€ 63.000,00	€ 63.000,00	€ 57.769,09
Tinchi di Pisticci - Opere per accreditamento istituzionale	€ 180.000,00	€ 180.000,00	€ 162.138,22
OLIVETO LUCANO - DSB ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	€ 91.000,00	€ 91.000,00	€ 79.984,14
Stigliano - Ristrutturazione PTS - Guardia Medica -	€ 210.000,00	€ 210.000,00	€ 197.418,11
Progetto di ristrutturazione dell'elisuperficie e del pts di Tinchi di Pisticci per una maggiore fruibilità della struttura sanitaria al fine di facilitare l'accesso ai presidi sanitari	€ 35.743,00	€ 35.743,00	€ 30.715,24
Accettura - Potenziamento e specializzazione servizi sanitari	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 199.936,16
PTS Bernalda	€ 9.000,00	€ 9.000,00	€ 7.167,54
IRSINA-RISTRUTTURAZIONE DSB	€ 367.000,00	€ 367.000,00	€ 359.614,01
BERNALDA/ASM - DISTRETTO SANITARIO	€ 108.000,00	€ 108.000,00	€ 78.133,70
DSB San Mauro forte (13 e 22)	€ 135.000,00	€ 135.000,00	€ 136.794,73
CIRIGLIANO - RISTRUTTURAZIONE E RIORGANIZZAZIONE IMMOBILE COMUNALE PER ISTITUZIONE P.U.A.	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 82.875,34
ALIANO -Sistemazione immobile comunale adibito a PUNTO SALUTE	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 142.204,01
MONTESCAGLIOSO DISTRETTO SANITARIO – OPERE PER ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	€ 135.500,00	€ 135.500,00	€ 134.769,70
Valsinni - Distretto Sanitario adeguamento PUA -	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 39.842,90
Tursi - DSB: opere per accreditamento istituzionale	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 46.709,75
Rotondella - RISTRUTTURAZIONE IMMOBILE per l'istituzione di un PUA -	€ 250.000,00	€ 250.000,00	€ 249.627,83
Craco - Adeguamento immobile e implementazione di strutture per Progetto MY DOCTOR HOME	€ 105.000,00	€ 105.000,00	€ 77.288,22
Montalbano Jonico - Casa alloggio	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 85.684,51
Pomarico - PUA DISAGIO PSICHIATRICO GIOVANILE	€ 91.000,00	€ 91.000,00	€ 39.996,17
Miglionico - DISTRETTO SANITARIO – OPERE PER P.U.A.	€ 135.500,00	€ 135.500,00	€ 134.848,83
REALIZZAZIONE di un edificio da adibire a sede PTS, GUARDIA MEDICA E ATTIVITA' DI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI -Policoro	€ 950.000,00	€ 950.000,00	€ 634.099,60
REALIZZAZIONE STRUTTURA PUNTO SANITA' PER GUARDIA MEDICA E ATTIVITA' SOCIO SANITARIE (P.U.A.) (USIB) - Nova SIRI	€ 350.000,00	€ 350.000,00	€ 277.273,38
RISTRUTTURAZIONE IMMOBILE COMUNALE per l'istituzione di un PUA Scanzano Jonico	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 137.742,31
PTS Irsina	€ 13.500,00	€ 13.500,00	€ 33,98
PTS Tursi	€ 5.000,00	€ 5.000,00	€ -
Lavori di completamento del costruendo Distretto Sanitario di Policoro con realizzazione del 1° e 2° livello dell'edificio da adibire a sede di PTS, guardia medica, attività dei servizi sanitari territoriali	€ 1.300.000,00	€ 1.300.000,00	€ 1.113.077,12
Acquisto Immobile Tinchi	€ 658.000,00	€ 658.000,00	€ 657.949,95
TOTALE	7.963.743,00	7.963.743,00	7.125.540,05

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 2015, 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

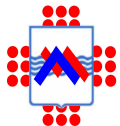
considerazione della crescente attenzione posta a livello di programmazione sia centrale che locale.

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 2015, espressi in migliaia di euro solamente per le categorie di costi movimentate.

Modello LA 2014 - €/000

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
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, famiglie, 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.	Sopravv./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

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.	Sopraw./Insuss.	Altri costi	Totale
10100	Igiene e sanità pubblica		14		51	255	1.507		67	345	5	26	103	2.373
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione		6		24	121	860			51	3	12	49	1.126
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		11		40	201	1.111	269	28	104	4	21	81	1.870
10400	Sanità pubblica veterinaria	41	34		125	630	4.290		60	386	13	64	255	5.898
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	1.271	5		17	95	646				2	9	35	2.080
10600	Servizio medico legale	-	1		3	14	77			25		1	6	127
19999	Totale	1.312	71	-	260	1.316	8.491	269	155	911	27	133	529	13.474
20100	Guardia medica	4	2	9.074	9	46	218		8	122	1	5	19	9.508
20201	Medicina generica	6	4	14.430	15	73	346		12	194	2	7	30	15.119
	Pediatria di libera scelta	1	1	3.372	3	16	77		3	43		2	7	3.525
20300	Emergenza sanitaria territoriale	118	51	3.193	189	968	4.463		2.685		20	97	384	12.168
20401	Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate		3	31.037	10	49	92			278	1	5	20	31.495
20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	25.622		5.698		191								31.511
20500	Assistenza Integrativa		5	5.177	396	100	362		84	305	2	10	40	6.481
20501	Attività clinica	4.762	148	99	551	4.205	17.990	10	1.703	1.161	1.163	283	1.122	33.197
20502	Attività di laboratorio	1.082	17	5.599	62	433	1.551	7	349	435	96	32	126	9.789
20603	Attività di diagnostica strumentale e per immagini	323	22	17.009	81	595	2.505	7	251	306	153	42	165	21.459
20700	Assistenza Protesica		7	5.025	25	126	503		48	398	3	13	51	6.199
20801	Assistenza programmata a domicilio (ADI)	510	5	4.600	18	94	492		139	50	2	9	37	5.956
20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	1	13		49	247	1.092		767		5	25	100	2.299
20803	Assistenza psichiatrica	98	13		47	241	1.562		158	43	5	24	95	2.286
20804	Assistenza riabilitativa ai disabili	15	18	11.107	67	348	2.482		61		7	35	137	14.277
20805	Assistenza ai tossicodipendenti	381	10		37	196	1.205		164	49	4	19	76	2.141
	Assistenza agli anziani		1		3	14	82		23			1	6	130
	Assistenza ai malati terminali													

	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
	Assistenza a persone affette da HIV													
21001	Assistenza psichiatrica	96	1		3	13	81		11	3		1	5	214
21002	Assistenza riabilitativa ai disabili													
21003	Assistenza ai tossicodipendenti													
21004	Assistenza agli anziani					2	18						1	21
21005	Assistenza a persone affette da HIV													
	Assistenza ai malati terminali													
	Assistenza psichiatrica	13	1	4.975	4	18	111		15	7		2	7	5.153
	Assistenza riabilitativa ai disabili	17			46	5				37		1	2	108
	Assistenza ai tossicodipendenti		1	1.018	2	10	64		9	2		1	4	1.111
	Assistenza agli anziani			618	1	5				37		1	2	664
	Assistenza a persone affette da HIV													
	Assistenza ai malati terminali	93	7		24	123	368		375	181	3	13	50	1.237
21100	Assistenza Idrotermale			659										659
	Totale	33.142	330	122.690	1.642	8.118	35.664	24	6.865	3.651	1.467	628	2.486	216.707
30100	Attività di pronto soccorso	450	32		119	1.103	3.801		716		232	61	243	6.757
30201	Day Hospital e Day Surgery	1.163	25	4.625	92	874	3.050	7	323	118	185	47	188	10.697
30202	Degenza ordinaria	14.492	374	41.625	1.406	15.116	44.915	92	6.149	2.008	2.738	722	2.856	132.493
30300	Interventi ospedalieri a domicilio													
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	349	19		70	702	1.362		667	627	241	36	143	4.216
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	274	2	5.475	8	149	294		18	2	32	4	17	6.275
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	1.269	10		823	382	1.355		63	47	82	20	79	4.130
30700	Trapianto organi e tessuti	271	5		17	176	660				40	9	35	1.213
3999	Totale	18.268	467	51.725	2.535	18.502	55.437	99	7.936	2.802	3.550	899	3.561	165.781
4999	TOTALE	52.722	868	174.415	4.437	27.936	99.592	392	14.956	7.364	5.044	1.660	6.576	395.962

E' opportuno sottolineare come nel 2015 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 2014 e 2015 emerge l'incremento dei costi complessivi sostenuti dall'Azienda nel 2014 rispetto all'anno precedente, pari a circa 5,8 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.

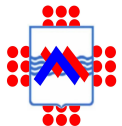
Nello specifico si riportano alcuni indicatori sui livelli di assistenza riferiti al biennio 2013 e 2014:

- 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 2012 al 2015.

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 2014 e di € 154.000 nel trascorso esercizio 2015.



CONTO ECONOMICO					Importi: Euro
SCHEMA DI BILANCIO					VARIAZIONE 2015 vs 2014 Importo
	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2013	Anno 2012	
A) VALORE DELLA PRODUZIONE					
1) Contributi in c/esercizio	347.896.912	350.649.820	340.147.343	341.470.021	-2.752.908
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	344.383.000	347.457.000	337.358.939	339.856.943	-3.074.000
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	3.478.401	3.155.089	2.770.702	1.605.077	323.322
1) Contributi da Regione e Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	504.794	916.243	240.464	279.056	-411.449
2) Contributi da Regione e Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura L.E.A.	0	0	0	0	0
3) Contributi da Regione e Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra L.E.A.	860.000	1.100.000	1.410.000	720.000	-240.000
4) Contributi da Regione e Prov. Aut. (extra fondo) - altro	1.046.200	0	0	0	1.046.200
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	0	0	0	0	0
6) Contributi da altri soggetti pubblici	1.067.407	1.138.846	1.120.238	606.021	-71.439
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	35.512	37.731	17.702	8.000	-2.220
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.057.791	-1.138.386	-374.282	0	80.595
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0	0	0	0	0
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	30.363.941	27.911.780	30.536.653	26.082.987	2.452.661
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	27.659.591	25.366.112	27.216.000	22.168.000	2.291.479
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - intramoenia	1.381.844	1.179.218	1.383.234	1.506.030	202.626
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - altro	1.322.506	1.366.450	1.937.398	2.318.936	-4.194,5
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.765.719	2.527.075	1.523.316	1.944.959	238.644
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.941.290	2.854.344	3.387.565	4.005.830	86.946
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	4.900.703	4.557.655	4.995.080	4.712.057	34.047
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0	0	0
9) Altri ricavi e proventi	2.211.453	772.687	537.108	581.945	1.438.766
Totale A)	398.022.226	388.134.976	380.751.744	378.797.798	1.887.231
B) COSTI DELLA PRODUZIONE					
1) Acquisti di beni	54.336.653	47.886.651	45.292.582	41.875.778	6.450.002
a) Acquisti di beni sanitari	53.456.142	46.932.808	44.339.045	40.815.626	6.523.334
b) Acquisti di beni non sanitari	880.510	953.843	953.537	1.060.152	-73.333
2) Acquisti di servizi sanitari	179.724.689	181.553.383	177.477.404	177.662.800	-1.828.695
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	26.670.382	26.687.080	26.586.151	26.458.480	-16.698
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	31.037.112	30.827.683	30.580.796	30.668.860	209.428
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	22.691.873	23.354.645	22.136.233	19.720.550	662.773
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza stabilizzata	12.743.238	12.323.941	12.533.281	12.070.666	419.297
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	5.176.755	5.213.398	5.235.262	10.964.551	-36.643
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	5.024.619	5.086.424	4.686.714	0	61.805
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	51.726.279	53.462.185	51.258.390	53.170.132	-1.715.907
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	4.975.328	4.710.191	4.457.277	4.774.033	263.137
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci F.I.F.	5.698.000	5.672.000	5.703.536	5.952.546	26.000
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	658.817	715.132	672.949	781.798	-56.314
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.192.602	3.361.709	3.357.169	3.653.654	-169.103
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	4.609.059	3.750.061	4.004.054	3.899.808	849.998
m) Compartecipazione al personale per art. Libero-prof. (intramoenia)	1.267.919	986.823	1.461.376	1.597.646	281.096
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	2.531.461	2.807.651	2.865.157	2.170.637	476.190
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie	1.047.298	924.644	1.032.153	778.285	122.654
p) Altri servizi sanitari e socio-sanitari a rilevanza sanitaria	882.947	1.669.818	906.885	1.001.135	-786.871
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0	0	0
3) Acquisti di servizi non sanitari	21.175.675	20.937.135	19.737.478	21.396.542	238.540
a) Servizi non sanitari	20.929.864	20.656.663	19.433.998	21.224.770	273.202
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	70.981	89.099	81.657	29.228	-18.118
c) Formazione	174.829	191.373	222.823	142.544	-16.545
4) Manutenzione e riparazione	5.159.453	5.246.355	4.692.536	4.689.082	-86.902
5) Godimento di beni di terzi	1.777.556	1.866.400	2.555.837	3.579.452	-88.844
6) Costi del personale	114.213.118	115.803.579	115.211.830	117.482.947	-1.590.460
a) Personale dirigente medico	44.799.821	44.825.643	47.847.645	48.840.226	-25.823
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.207.900	4.180.588	907.532	951.670	27.312
c) Personale comparto ruolo sanitario	43.640.403	44.358.108	43.780.411	44.356.783	-717.704
d) Personale dirigente altri ruoli	1.589.860	1.695.294	1.789.870	1.819.490	-105.433
e) Personale comparto altri ruoli	19.975.135	20.743.946	20.886.372	21.514.775	-768.811
7) Oneri diversi di gestione	1.048.938	1.070.913	1.409.939	1.246.118	-21.974
8) Ammortamenti	5.043.369	4.814.940	5.321.531	5.159.283	228.420
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	68.633	68.633	52.337	30.194	0
b) Ammortamenti dei fabbricati	3.027.019	2.823.749	2.808.748	2.551.677	203.266
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	1.947.721	1.922.558	2.460.448	2.577.414	25.162
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	194.455	90.421	0	32.900	104.034
10) Variazione delle rimanenze	-746.119	575.854	-2.185.426	-89.309	-1.321.993
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-732.778	614.879	-2.172.729	-150.704	-1.347.657
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-13.341	-39.025	-12.697	61.395	25.684
11) Accantonamenti	5.366.619	2.124.135	4.729.298	2.291.749	3.242.484
a) Accantonamenti per rischi	2.256.074	1.011.040	3.788.627	1.948.038	1.245.034
b) Accantonamenti per premio opertività	112.005	0	0	0	112.005
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.388.884	475.000	127.205	0	913.884
d) Altri accantonamenti	1.609.655	638.095	813.467	343.711	971.541
Totale B)	387.294.406	381.969.765	374.243.028	375.327.345	3.326.641
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	2.727.820	6.165.210	6.508.716	3.476.453	-3.437.390
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI					
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	52	187	378	18.827	-135
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	15	3	10	15	12
Totale C)	37	184	368	18.812	-106
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	3.861.849	3.322.438	3.053.291	3.016.421	539.410
a) Plusvalenze	0	0	0	0	0
b) Altri proventi straordinari	3.861.849	3.322.438	3.053.291	3.016.421	539.410
2) Oneri straordinari	2.041.133	1.184.504	1.496.538	1.085.587	856.629
a) Minusvalenze	0	0	0	0	0
b) Altri oneri straordinari	2.041.133	1.184.504	1.496.538	1.085.587	856.629
Totale E)	1.820.715	2.137.934	1.556.753	1.930.834	-307.210
RESULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A+B+C+D+E)	4.548.575	8.303.326	8.065.876	5.426.999	-3.754.725
F) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO					
1) IRAP	7.694.196	7.837.769	7.740.341	7.877.474	-143.573
a) IRAP relativa a personale dipendente	7.419.422	7.599.125	7.469.008	7.724.180	-179.704
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	184.650	157.457	153.982	153.293	27.193
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	90.124	81.186	117.352	0	8.938
d) IRAP relativa ad attività commerciali	0	0	0	0	0
2) IRES	200.422	189.236	209.648	250.519	11.86
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	0	0	0	0	0
Totale F)	7.894.618	8.027.005	7.949.989	8.127.993	-152.387
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-3.346.043	276.324	115.888	-3.707.894	-3.622.369

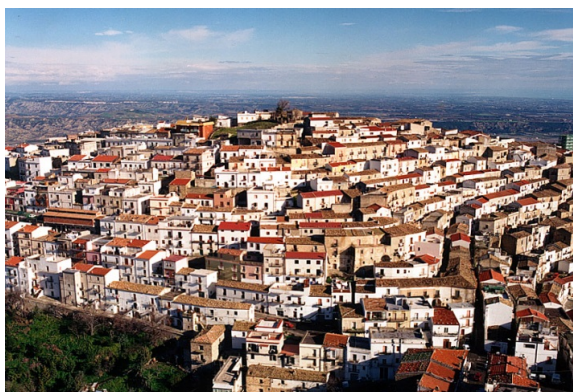
SEZIONE III – RELAZIONE SOCIALE



Novasiri – Panorama



San Giorgio Lucano – Scorcio



Rotondella – Panorama



Valsinni – Castello Isabella Morra



Colobrano – Panorama

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 Tinchi 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.

Si riporta di seguito l'analisi dei principali dati di attività registrati nel 2015 nei presidi ospedalieri dell'ASM, distinti per le seguenti macro aree assistenziali:

- Attività di Pronto Soccorso
- Attività di Ricovero
- Attività Specialistica Ambulatoriale

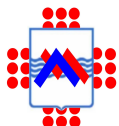
ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

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 2015 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.

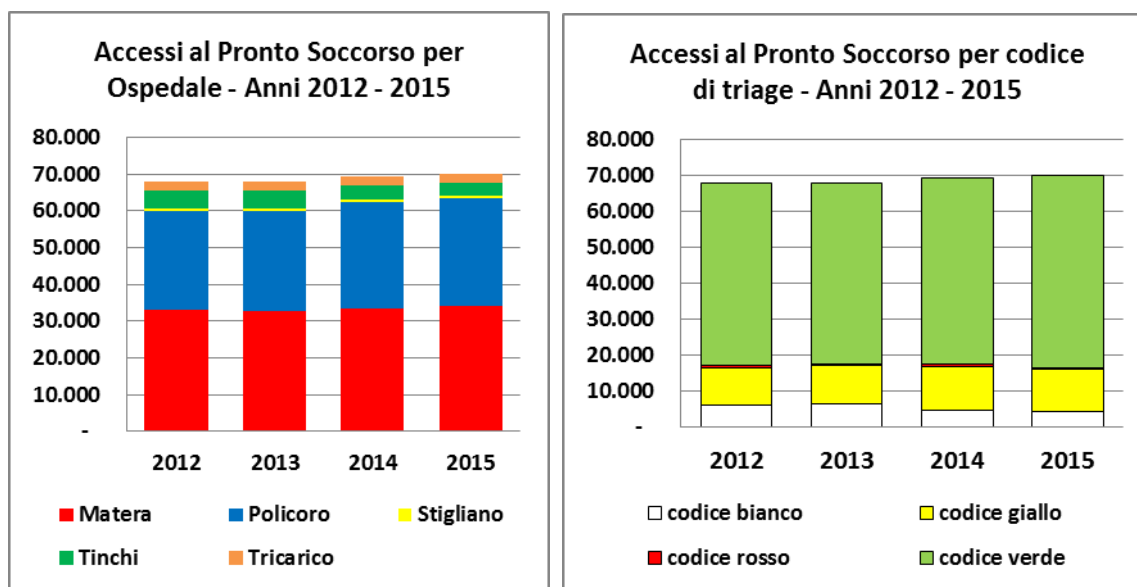


NUMERO ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO		2012	2013	2014	2015	Scostamento 2015 - 2014	
						assoluto	%
OSPEDALE MATERA	codice bianco	4.787	5.264	3.905	3.174	-731	-19%
	codice giallo	7.332	7.332	8.050	8.251	201	2%
	codice rosso	458	402	386	359	-27	-7%
	codice verde	20.462	19.684	20.995	22.244	1.249	6%
	Matera	33.039	32.682	33.336	34.028	692	2%
OSPEDALE POLICORO	codice bianco	1.247	1.125	731	879	148	20%
	codice giallo	2.823	3.105	3.699	3.379	-320	-9%
	codice rosso	87	90	89	107	18	20%
	codice verde	22.862	22.959	24.379	25.021	642	3%
	Policoro	27.019	27.279	28.898	29.386	488	2%
OSPEDALE STIGLIANO	codice bianco	31	42	42	27	-15	-36%
	codice giallo	30	31	44	31	-13	-30%
	codice rosso	2			1	1	
	codice verde	642	791	872	760	-112	-13%
	Stigliano	705	864	958	819	-139	-15%
OSPEDALE TINCHI	codice bianco	42	10	19	5	-14	-74%
	codice giallo	180	152	187	106	-81	-43%
	codice rosso	5		2	1	-1	-50%
	codice verde	4.570	4.621	3.468	3.157	-311	-9%
	Tinchi	4.797	4.783	3.676	3.269	-407	-11%
OSPEDALE TRICARICO	codice bianco		1	33	48	15	45%
	codice giallo	36	54	76	96	20	26%
	codice rosso	2	3	5	4	-1	-20%
	codice verde	2.230	2.298	2.452	2.330	-122	-5%
	Tricarico	2.268	2.356	2.566	2.478	-88	-3%
TOTALE OSPEDALI ASM	codice bianco	6.107	6.442	4.730	4.133	-597	-13%
	codice giallo	10.401	10.674	12.056	11.863	-193	-2%
	codice rosso	554	495	482	472	-10	-2%
	codice verde	50.766	50.353	52.166	53.512	1.346	3%
	totale	67.828	67.964	69.434	69.980	546	1%

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 2015 hanno rappresentato il 76% 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 2015 hanno rappresentato 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 2015 costituiscono il 6% 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 2015 rappresentano l'1% del totale degli accessi in linea con gli anni precedenti.

Circa il 91% degli accessi al Pronto Soccorso è avvenuto presso gli Ospedali per acuti, ed in particolare il 49% presso il P.O. di Matera e il 42% presso il P.O. di Policoro; il rimanente 9% è stato effettuato presso gli Ospedali Distrettuali e, in particolare: il 5% presso l'ospedale di Tinchi, il 3% 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 2012 – 2015, evidenzia una riduzione progressiva dei codici bianchi (-32%) a cui è corrisposto un incremento dei codici gialli (+14%), 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 2015 gli **accessi al Pronto Soccorso esitati in ricovero** negli Ospedali per Acuti sono stati pari complessivamente al 17,5% del totale degli accessi, evidenziando un sostanziale allineamento rispetto al 2014. 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 14%.

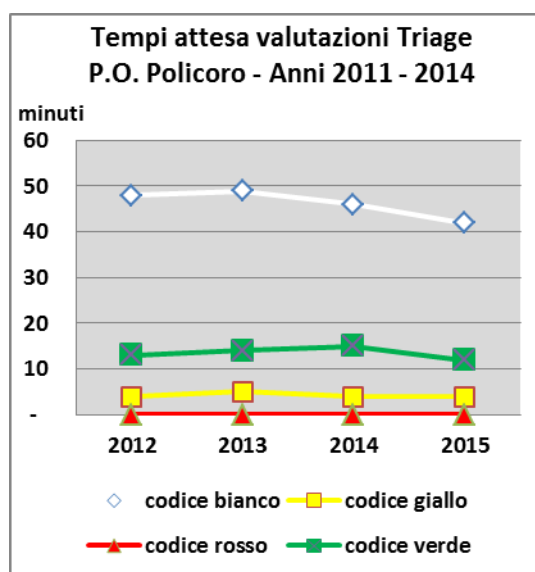
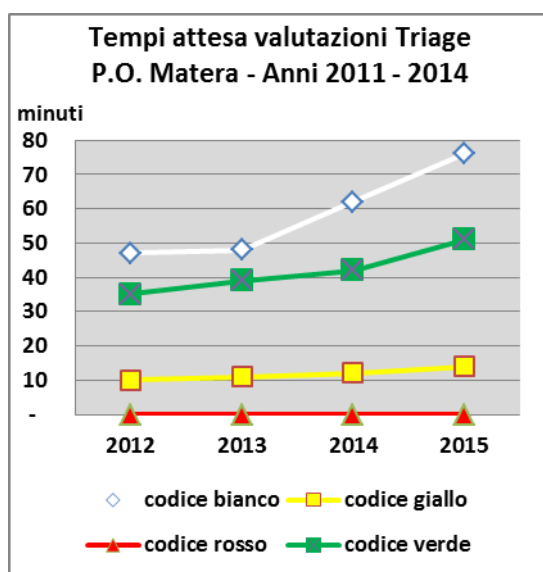
Al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Matera e Policoro sono aggregate aree di degenza dedicate all'**Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)**, in cui sono fornite prestazioni diagnostiche e terapeutiche in tempi molto brevi ai pazienti che sono tenuti in osservazione per un massimo di 36 ore. La disponibilità di 6 posti presso il P.O. di Matera e 2 presso il P.O. di Policoro ha consentito di garantire nel 2015 quasi 5.000 osservazioni brevi, pari complessivamente a poco meno dell'8% del totale degli accessi al Pronto Soccorso, con un lieve decremento rispetto al 2014.

ACCESSI IN OBI	2012	2013	2014	2015	Scostamento 2015 – 2012	
					assoluto	%
P.O. Matera	2.439	2.640	3.560	3.246	807	33%
P.O. Policoro	1.230	1.087	1.471	1.596	366	30%
Totale	3.669	3.727	5.031	4.842	1.173	32%

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

TEMPI DI ATTESA MEDI DELLE VALUTAZIONI DI TRIAGE (minuti)		2012	2013	2014	2015	Scostamento 2015 - 2012	
						assoluto	%
OSPEDALE MATERA	codice bianco	47	48	62	76	29	62%
	codice giallo	10	11	12	14	4	40%
	codice rosso	-	-	-	-		
	codice verde	35	39	42	51	16	46%
OSPEDALE POLICORO	codice bianco	48	49	46	42	-6	-13%
	codice giallo	4	5	4	4	0	0%
	codice rosso	-	-	-	-		
	codice verde	13	14	15	12	-1	-8%

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, con 0 minuti per i codici rossi: ciò è da attribuire molto probabilmente all'aumento dei codici gialli. Nel P.O. di Policoro, i tempi di attesa per l'accesso al pronto soccorso, anch'essi pienamente contenuti nei range fisiologici, hanno fatto registrare una riduzione, sia con riferimento ai codici bianchi che a quelli verdi; l'attesa per i codici rossi, pari a 0 minuti, e quella per i codici gialli, pari a 4 minuti, è rimasta invariata rispetto al 2014.



Nel corso del 2015 sono proseguite le attività della **Terapia Subintensiva Generale o Medicina d'Urgenza**, attivata presso il P.O. di Matera nel 2014; nello specifico sono stati ricoverati 270 pazienti: 263 provenienti dal Pronto Soccorso, 7 trasferiti dai reparti. Di questi 169 (62,5,7%) sono stati dimessi direttamente dall'Unità Operativa. La media dei giorni di ricovero è stata di circa 4 giorni. Dal mese di luglio i posti attivati sono stati ridotti a 4 per carenza di infermieri mentre da fine novembre l'attività è stata temporaneamente sospesa a causa della dimissione di alcuni medici incaricati.

ATTIVITA' DI RICOVERO PER ACUTI

Nel 2015 sono stati dimessi dai Presidi Ospedalieri per acuti della ASM complessivamente 21.129 pazienti, di cui 18.723, pari all'89%, in regime ordinario, e 2406, pari al 11%, in regime diurno, evidenziando un incremento rispetto al 2014 di 486 ricoveri, pari al +2,4%, ascrivibile esclusivamente all'espansione dei ricoveri ordinari, aumentati di 710 unità, pari al +3,9% rispetto all'anno precedente, ridimensionata dal calo dei DH, ridottisi di 224 ricoveri, pari al -8,5%.

Tale andamento conferma sostanzialmente il trend che ha caratterizzato l'attività di ricovero dell'ASM degli ultimi 5 anni, contrassegnato da una poderosa riduzione dei ricoveri diurni ed un graduale incremento dei ricoveri ordinari, con una discreta crescita di questi ultimi nell'ultimo biennio.

Nel quadriennio 2012 – 2015, si è registrato un aumento complessivo di 864 ricoveri, pari al +4%, determinato di fatto dall'incremento dei ricoveri ordinari, aumentati di 1.522 unità, pari al +9%, a cui ha fatto riscontro un calo dei ricoveri diurni, ridottisi di 658 unità, pari al -21%, riconvertiti fondamentalmente in prestazioni ambulatoriali.

Tale andamento ha riguardato sia il P.O. di Matera che il P.O. di Policoro, confermando nel 2015 il trend decrescente dei ricoveri diurni e quello crescente dei ricoveri ordinari.

Nello specifico nel P.O. di Matera, nel 2015, sono stati erogati 14.354 ricoveri, di cui 12.679 ordinari, pari all'88%, e 1.675 DH, pari al 12%, facendo registrare nel complesso un sostanziale mantenimento dei volumi totali rispetto al 2014, con una conferma del trend tendenziale, caratterizzato dall'aumento dei ricoveri ordinari e dalla riduzione di quelli diurni.

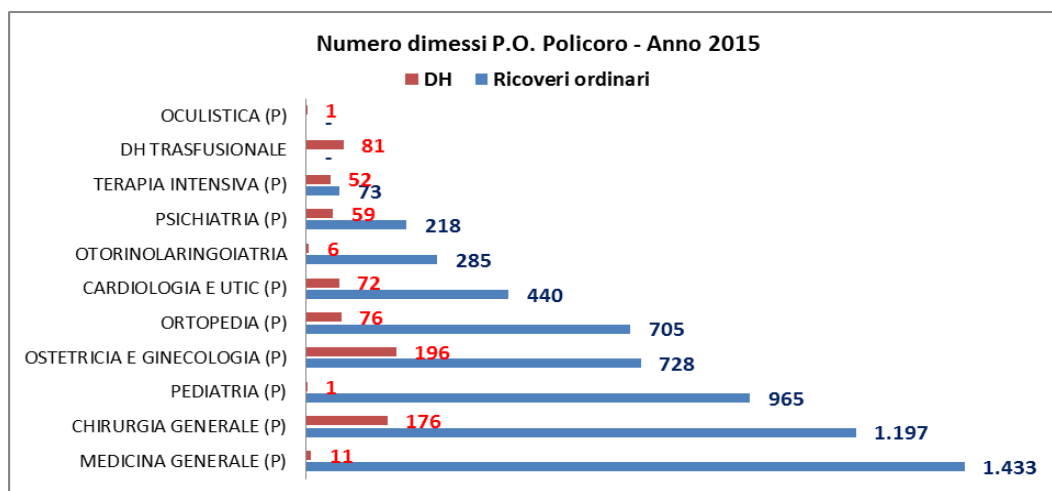
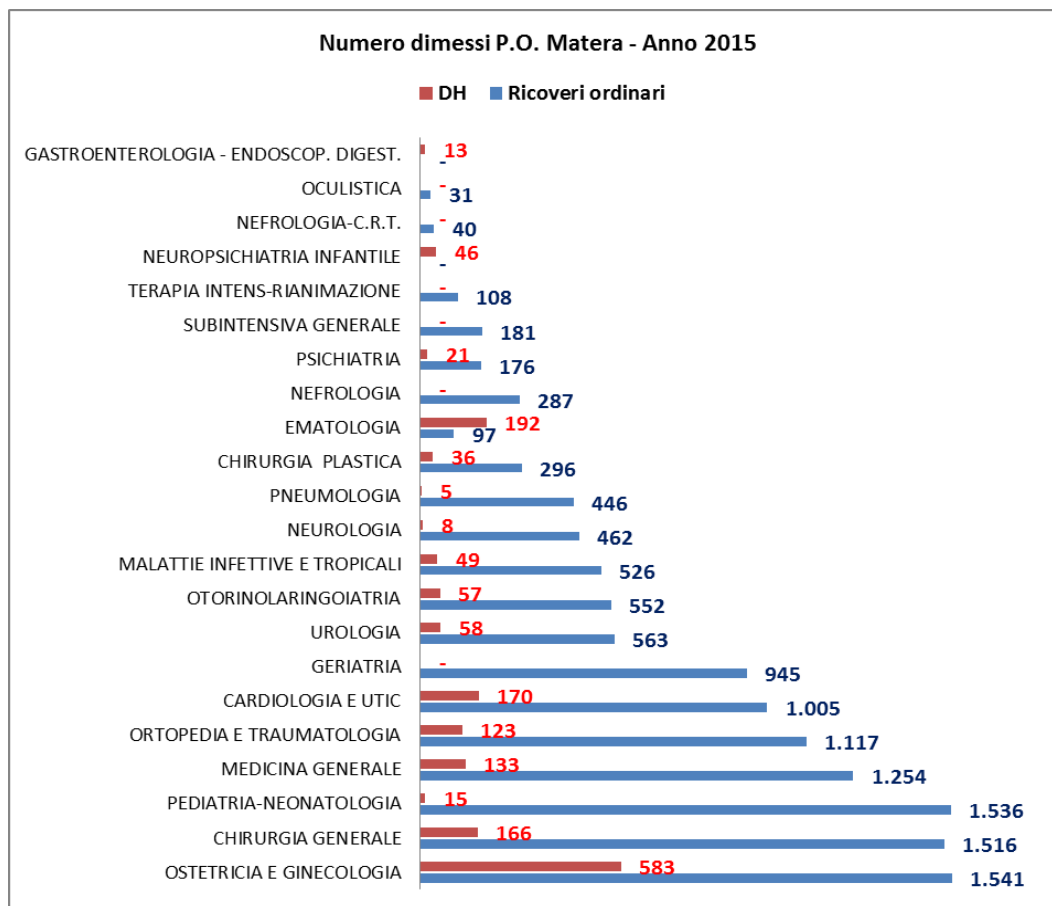
In particolare, nel quadriennio 2012 – 2015 i ricoveri complessivi erogati dal P.O. di Matera sono aumentati di 249 unità, pari al +2%, per effetto dall'incremento di 853 ricoveri ordinari, pari al +7%, e del contestuale decremento di 604 ricoveri diurni, pari al -27%.

Nel P.O. di Policoro nel 2015 sono stati erogati 6.775 ricoveri, in aumento del +10% rispetto al 2014, di cui 6.044 ordinari, pari all'89% del totale, e 731 DH, pari all'11% del totale, facendo registrare un incremento complessivo dei volumi totali rispetto all'anno precedente del +8%. Nello specifico si è confermata la crescita dei ricoveri ordinari che nel quadriennio 2012 – 2015 è stata pari al +12%, a cui ha fatto da contrappeso la riduzione dei DH, che nel quadriennio considerato è stata pari al -7%.

NUMERO RICOVERI		2012		2013		2014		2015		Scostamento 2015 - 2012	
										Assoluto	%
OSPEDALE MATERA	ordinari	11.826	84%	11.796	85%	12.420	86%	12.679	88%	853	7%
	dh	2.279	16%	2.074	15%	1.961	14%	1.675	12%	-604	-27%
	totale	14.105	100%	13.870	100%	14.381	100%	14.354	100%	249	2%
OSPEDALE POLICORO	ordinari	5.375	87%	5.441	88%	5.593	89%	6.044	89%	669	12%
	dh	785	13%	715	12%	669	11%	731	11%	-54	-7%
	totale	6.160	100%	6.156	100%	6.262	100%	6.775	100%	615	10%
TOTALE OSPEDALI PER ACUTI	ordinari	17.201	85%	17.237	86%	18.013	87%	18.723	89%	1.522	9%
	dh	3.064	15%	2.789	14%	2.630	13%	2.406	11%	-658	-21%
	totale	20.265	100%	20.026	100%	20.643	100%	21.129	100%	864	4%

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 si è consolidato su valori pienamente 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 crescente di frequenza. L'Ostetricia e Ginecologia nel P.O. di Matera e la Medicina Generale in quello di Policoro, sono i reparti che nel 2015 hanno erogato il maggior numero di ricoveri.



Nel 2015 sono stati effettuati 13.801 **interventi chirurgici**, in aumento rispetto all'anno precedente, a conferma di un trend costantemente crescente, che ha fatto registrare complessivamente un incremento del +20% rispetto al 2012. In particolare nel P.O. di Matera sono stati effettuati 10.477 interventi chirurgici, mentre nel P.O. di Policoro gli interventi sono stati 3.324.

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 di quelli 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		2012		2013		2014		2015		Scostamento 2015 - 2012	
										assoluto	%
OSPEDALE MATERA	ordinari	4.930	56%	5.779	58%	6.001	59%	6.102	58%	1.172	24%
	dh	1.358	15%	1.207	12%	1.105	11%	979	9%	-379	-28%
	ambulatoriale	2.574	29%	2.941	30%	3.041	30%	3.396	32%	822	32%
	totale	8.862	100%	9.927	100%	10.147	100%	10.477	100%	1.615	18%
OSPEDALE POLICORO	ordinari	1.428	54%	1.600	57%	1.692	57%	1.927	58%	499	35%
	dh	522	20%	490	17%	474	16%	472	14%	-50	-10%
	ambulatoriale	682	26%	721	26%	809	27%	925	28%	243	36%
	totale	2.632	100%	2.811	100%	2.975	100%	3.324	100%	692	26%
TOTALE OSPEDALI PER ACUTI	ordinari	6.358	55%	7.379	58%	7.693	59%	8.029	58%	1.671	26%
	dh	1.880	16%	1.697	13%	1.579	12%	1.451	11%	-429	-23%
	ambulatoriale	3.256	28%	3.662	29%	3.850	29%	4.321	31%	1.065	33%
	totale	11.494	100%	12.738	100%	13.122	100%	13.801	100%	2.307	20%

L'analisi dei principali **indicatori di attività** dei due Ospedali per acuti nel 2015, condotta sulle attività di degenza ordinaria, evidenzia valori sostanzialmente coerenti con i target medi sia nazionali che regionali, in considerazione della mission e del ruolo assegnato a ciascuna delle due strutture, 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 2015 è stata pari a 7,32 giornate nel P.O. di Matera e a 4,9 giornate nel P.O. di Policoro, in entrambi i casi in calo rispetto agli anni precedenti.

L'indice di turn over, che indica il numero di giorni in cui un posto letto rimane mediamente vuoto, nel 2015 è stato pari a 1,12 nel P.O. di Matera e a 0,65 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 2015 è stato pari al 34,55% nel P.O. di Matera e al 29,38% 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 30,20%, in riduzione rispetto al 2014; nel P.O. di Policoro è stata pari al 45,90%, abbastanza lontana dal target ottimale.

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, in linea con l'anno precedente, e a 0,97 nel P.O. di Policoro, in lieve calo rispetto al 2014.

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 linea col passato, e 20,22 nel P.O. di Policoro, in aumento 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 25,20% nel P.O. di Matera e a 31,41% a Policoro.

PRINCIPALI INDICATORI DI PERFORMANCE SU RICOVERI ORDINARI		2012	2013	2014	2015	Scostamento 2015 - 2012	
						assoluto	%
DEGENZA MEDIA	Matera	7,80	7,85	7,67	7,32	-0,48	-6%
	Policoro	5,01	5,01	5,06	4,90	-0,11	-2%
INDICE DI TURN OVER	Matera	1,21	1,03	0,95	1,12	-0,09	-7%
	Policoro	0,84	1,01	0,92	0,65	-0,19	-23%
INDICE DI ROTAZIONE	Matera	41,00	41,00	42,00	43,00	2,00	5%
	Policoro	62,00	60,00	61,00	66,00	4,00	6%
INDICE DI OCCUPAZIONE	Matera	86,58%	88,37%	89,01%	86,73%	0,00	0%
	Policoro	85,69%	83,22%	84,56%	88,35%	0,03	3%
INDICE OPERATORIO	Matera	33,41%	35,54%	34,09%	34,55%	0,01	3%
	Policoro	24,84%	27,95%	28,30%	29,38%	0,05	18%
% PARTI CESAREI	Matera	31,18%	34,36%	32,91%	30,20%	-0,01	-3%
	Policoro	46,31%	49,71%	44,93%	45,90%	0,00	-1%
INDICE DI COMPLESSITA'	Matera	1,07	1,10	1,08	1,08	0,01	1%
	Policoro	0,91	0,91	0,97	0,91	0,00	0%
% CASI COMPLICATI	Matera	34,49%	34,20%	32,25%	33,70%	-0,01	-2%
	Policoro	22,29%	19,18%	20,22%	23,00%	0,01	3%
% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi da reparti chirurgici	Matera	32,22%	30,30%	31,15%	25,20%	-0,07	-22%
	Policoro	47,20%	43,90%	36,54%	31,41%	-0,16	-33%

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 - ANNO 2015							
MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero Ric. Ord.	% sul totale	% cum
15	391	Neonato normale	M	0,16	786	6%	6%
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,44	600	5%	11%
05	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,03	469	4%	15%
04	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,22	371	3%	18%
08	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2,03	266	2%	20%
14	371	Parto cesareo senza CC	C	0,73	258	2%	22%
05	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	2,24	205	2%	23%
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,46	191	2%	25%
01	14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,26	191	2%	26%
18	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	M	1,64	187	1%	28%
11	316	Insufficienza renale	M	1,15	181	1%	29%
11	311	Interventi per via transuretrale senza CC	C	0,72	168	1%	31%
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,26	159	1%	32%
07	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M	1,28	146	1%	33%
03	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,82	132	1%	34%
09	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	0,97	130	1%	35%
19	430	Psicosi	M	0,77	130	1%	36%
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,98	129	1%	37%
04	89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	1,14	123	1%	38%
01	524	Ischemia cerebrale transitoria	M	0,77	118	1%	39%
05	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	0,70	117	1%	40%

PRIMI 35 DRG ORDINARI - ANNO 2015							
MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero Ric. Ord.	% sul totale	% cum
07	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	0,89	115	1%	41%
01	15	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	M	0,90	115	1%	42%
06	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,30	113	1%	43%
08	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C	2,09	101	1%	43%
04	82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	M	1,33	97	1%	44%
06	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	0,56	97	1%	45%
03	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,40	97	1%	46%
07	202	Cirrosi e epatite alcolica	M	1,29	89	1%	46%
08	243	Affezioni mediche del dorso	M	0,68	86	1%	47%
08	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	1,34	86	1%	48%
07	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	M	0,82	82	1%	48%
06	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	M	1,06	81	1%	49%
07	208	Malattie delle vie biliari senza CC	M	0,67	80	1%	50%
06	174	Emorragia gastrointestinale con CC	M	1,06	80	1%	50%
		ALTRI DRG			6285	50%	100%
		TOTALE			12661	100%	

PRIMI 20 DRG DH - P.O. MATERA - ANNO 2015

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo DRG	Peso	Numero DH	% sul totale	% cum
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,46	246	15%	15%
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	0,98	147	9%	24%
13	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	0,54	136	8%	32%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,86	90	5%	37%
5	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	0,52	70	4%	41%
5	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	M	0,60	63	4%	45%
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	0,74	58	3%	48%
23	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	0,26	46	3%	51%
3	73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M	0,61	35	2%	53%
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	0,94	34	2%	55%
17	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	1,10	33	2%	57%
17	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	1,86	30	2%	59%
7	202	Cirrosi e epatite alcolica	M	1,29	28	2%	61%
3	169	Interventi sulla bocca senza CC	C	0,90	27	2%	62%
5	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	1,05	27	2%	64%
11	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	C	1,52	26	2%	66%
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	0,92	25	1%	67%
1	26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	M	0,49	23	1%	68%
13	363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	C	0,79	22	1%	70%
19	430	Psicosi	M	0,77	21	1%	71%
		ALTRI DRG			485	29%	100%
		TOTALE			1672	100%	

PRIMI 30 DRG ORDINARI - P.O. POLICORO - ANNO 2015

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero	% sul totale	% cum
15	391	Neonato normale	M	0,1598	471	8%	8%
14	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	0,4439	288	5%	13%
14	371	Parto cesareo senza CC	C	0,7334	237	4%	17%
5	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,0270	215	4%	20%
6	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	0,7448	179	3%	23%
19	430	Psicosi	M	0,7668	164	3%	26%
8	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	1,7174	160	3%	29%
1	524	Ischemia cerebrale transitoria	M	0,7692	152	3%	31%
7	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	0,8890	134	2%	33%
5	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	M	1,2157	133	2%	35%
6	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	0,3014	130	2%	38%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,8552	125	2%	40%
4	87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,2243	118	2%	42%
8	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	2,0283	96	2%	43%
3	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	0,8198	85	1%	45%
1	15	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	M	0,8996	83	1%	46%
7	208	Malattie delle vie biliari senza CC	M	0,6681	81	1%	47%
4	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	M	0,8209	79	1%	49%
3	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	0,3999	74	1%	50%
6	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	M	0,5614	69	1%	51%
4	89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	1,1394	69	1%	52%
6	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	0,5568	62	1%	53%
8	243	Affezioni mediche del dorso	M	0,6837	60	1%	54%

PRIMI 30 DRG ORDINARI - P.O. POLICORO - ANNO 2015

MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero	% sul totale	% cum
7	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	M	1,0518	57	1%	55%
8	236	Fratture dell'anca e della pelvi	M	0,6652	53	1%	56%
4	98	Bronchite e asma, età < 18 anni	M	0,3816	52	1%	57%
1	14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,2605	48	1%	58%
8	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	1,3446	43	1%	58%
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	0,8846	43	1%	59%
3	56	Rinoplastica	C	0,9354	43	1%	60%
5	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	M	0,8028	42	1%	61%
	ALTRI DRG			0,9492	2400	40%	100%
	TOTALE			0,84761	6045	100%	

PRIMI 20 DRG DH POLICORO -ANNO 2015

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	112	15%	15%
16	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	0,8552	75	10%	26%
8	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	0,8846	61	8%	34%
19	430	Psicosi	M	0,7668	52	7%	41%
14	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	0,4568	49	7%	48%
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	0,9222	34	5%	52%
9	267	Interventi perianali e pilonidali	C	0,5312	33	5%	57%
17	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	0,7539	33	5%	62%
5	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	1,0532	27	4%	65%
9	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	0,7668	24	3%	68%
5	127	Insufficienza cardiaca e shock	M	1,0270	23	3%	72%

PRIMI 20 DRG DH POLICORO -ANNO 2015							
MDC	DRG	Descrizione DRG	Tipo Drg	Peso	Numero	% sul totale	% cum
9	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	0,9665	20	3%	74%
8	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	C	0,9419	19	3%	77%
13	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	0,4208	18	2%	79%
12	342	Circoncisione, età > 17 anni	C	0,5593	10	1%	81%
12	343	Circoncisione, età < 18 anni	C	0,2944	6	1%	82%
8	232	Artroscopia	C	0,7595	6	1%	82%
8	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	C	0,7372	6	1%	83%
13	355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	C	1,2687	6	1%	84%
12	341	Interventi sul pene	C	1,2213	5	1%	85%
5	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	C	2,3045	5	1%	85%
		ALTRI DRG		0,98623	106	15%	100%
		TOTALE		0,85628	730	100%	

ATTIVITA' DI RICOVERO DEGLI OSPEDALI DISTRETTUALI

Nel 2015 i ricoveri erogati dagli Ospedali Distrettuali della ASM sono stati complessivamente 905, di cui 734 erogati dall'Ospedale di Tricarico e 161 dall'Ospedale di Stigliano, sostanzialmente in linea con l'anno precedente.

Il trend dei ricoveri erogati dagli ospedali distrettuali nell'arco temporale 2012 – 2015 evidenzia sostanzialmente una riduzione dei ricoveri dovuta al processo di riconversione in senso territoriale avviato nei suddetti presidi, concretizzatosi con la dismissione dei posti letto per acuti. Con riferimento specifico all'Ospedale di Tricarico negli anni in oggetto si è registrato un calo dei ricoveri di lungodegenza medica, gestiti direttamente dall'Azienda, a fronte di 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 2015 vi sono stati 4 ricoveri per coma vegetativo.

Nell'Ospedale di Stigliano i ricoveri erogati dall'U.O. di Lungodegenza Medica nel 2015, pari complessivamente a 161, sono sostanzialmente in linea con l'anno precedente.

Accanto alle attività di Lungodegenza medica nell'Ospedale di Stigliano vanno rilevate anche le attività relative all'**Hospice** che, nel 2015, hanno fatto registrare 133 ricoveri, con una riduzione rispetto all'anno precedente pari al -22%.

NUMERO RICOVERI OSPEDALI DISTRETTUALI		2012	2013	2014	2015	Scostamento 2015 - 2012	
						assoluto	%
OSPEDALE STIGLIANO	ordinari	189	165	163	161	-28	-15%
	dh						
	totale	189	165	163	161	-28	-15%
OSPEDALE TRICARICO	ordinari	794	767	733	744	-50	-6%
	dh						
	totale	794	767	733	744	-50	-6%
TOTALE OSPEDALI DISTRETTUALI	ordinari	983	932	896	905	-78	-8%
	dh						
	totale	983	932	896	905	-78	-8%

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 viene definita 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%.

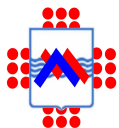
L'analisi specifica della composizione del tasso di ospedalizzazione, che riflette la composizione della domanda di ricoveri da parte dei residenti dell'ASM, evidenzia come, nell'arco di tempo considerato, a fronte di una sostanziale stabilità del tasso di ospedalizzazione infraregionale, si sia registrata 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.

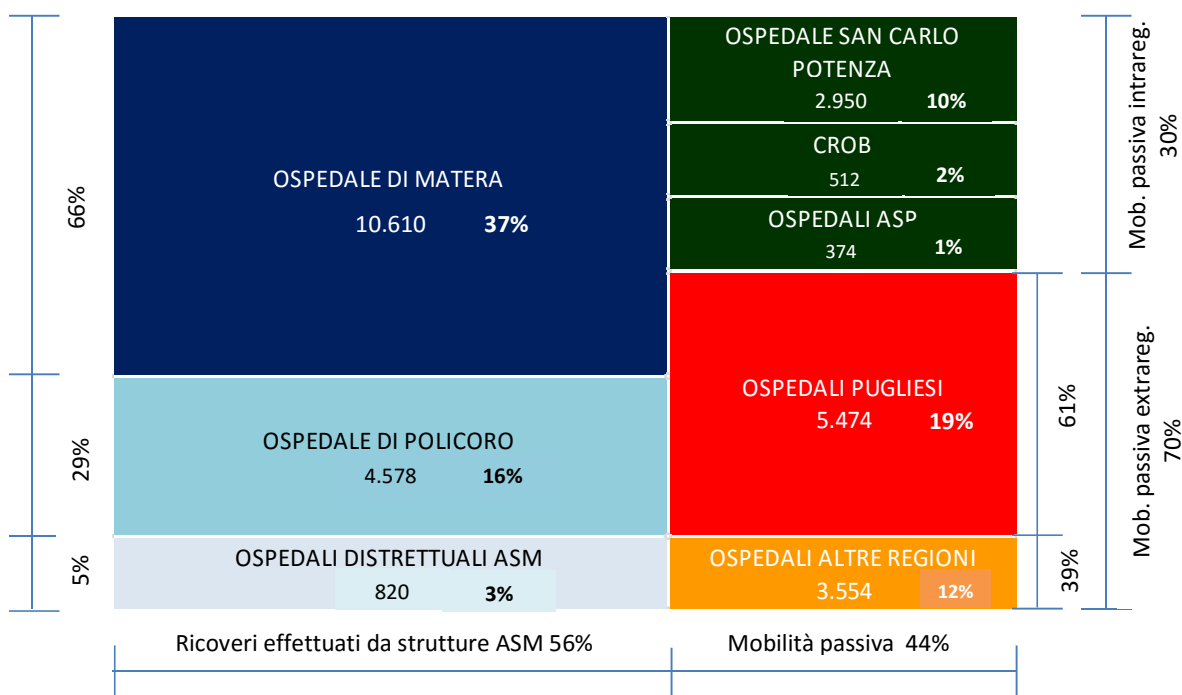
I residenti nella provincia di Matera nel 2013 sono stati ricoverati prevalentemente per malattie dell'apparato osteomuscolare (4.030 ricoveri pari al 14% della domanda complessiva di ricoveri); il 45,1% di tali ricoveri è stata effettuata presso gli Ospedali di Matera e Policoro, il 45,4% fuori regione, 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 mieloproliferative e tumori poco differenz.	234	18,2%	548	42,5%	507	39,3%	1.289



MDC	DESCRIZIONE	Ricoveri interni		Mobilità passiva intraregionale		Mobilità passiva extraregionale		Totale ricoveri residenti
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	710	59,0%	147	12,2%	347	28,8%	1.204
13	Malattie 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 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 nutriz.	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%	5	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%	1	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



LA MOBILITA' OSPEDALIERA

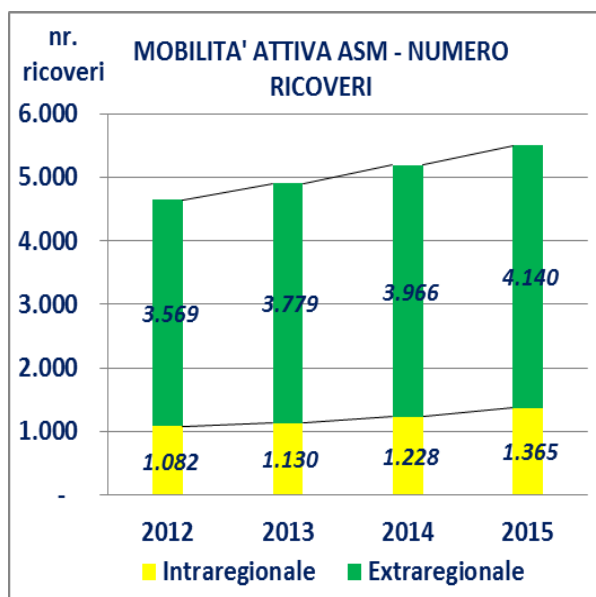
Il fenomeno migratorio dei cittadini verso strutture ospedaliere diverse da quelle che si trovano nell'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria in cui risiedono, che è certamente espressione della libertà di scelta degli assistiti, costituisce un indice della percezione che gli stessi cittadini hanno 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.

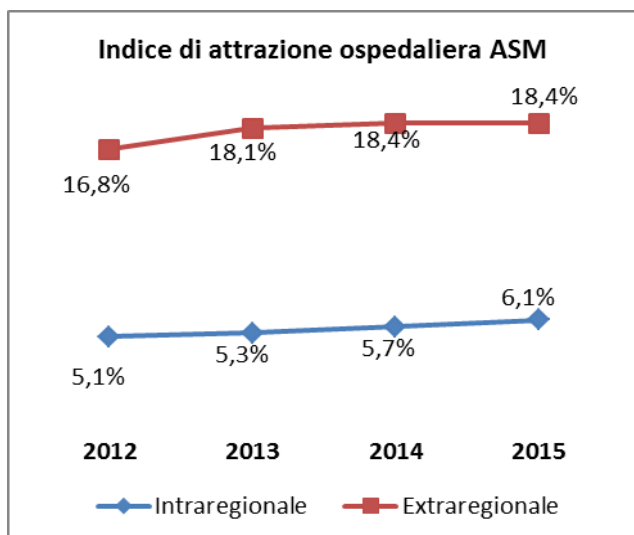


In questa sezione la mobilità sanitaria viene rappresentata distinguendo tra:

- 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 2015 gli Ospedali dell'ASM hanno messo 5.505 pazienti non residenti nella provincia di Matera, di cui 1.365 residenti nella provincia di Potenza (mobilità ospedaliera attiva intraregionale) e 4.140 residenti fuori regione (mobilità ospedaliera attiva extraregionale), per la maggior parte provenienti dalla regione Puglia ed in seconda battuta dalla regione Calabria. Nel 2015 il numero dei ricoveri di mobilità attiva ha fatto registrare un incremento rispetto agli anni passati (+11% rispetto al 2012), che ha interessato sia la componente intraregionale (+21% rispetto al 2012), sia quella extraregionale (+8% rispetto al 2012).

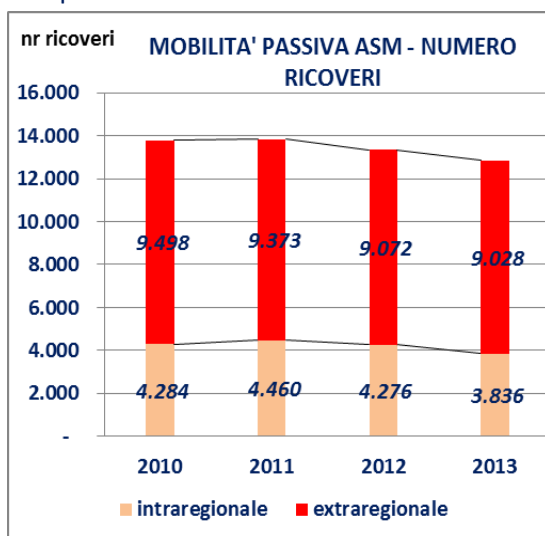


L'indice di attrazione, che esprime la percentuale di ricoveri erogati su utenti non residenti aziendali, nel 2015 è stato pari complessivamente al 24,5%, in crescita rispetto agli anni precedenti.

Nello specifico, nel 2015, 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 6,1%, confermando il trend di crescita rispetto agli anni precedenti, mentre l'indice di attrazione extraregionale è stato pari al 18,4%, anche esso in lievissima 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.

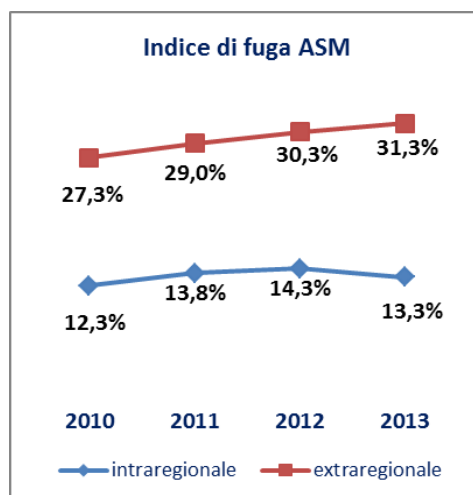
I dati di sopra riportati evidenziano il trend crescente dell'indice di attrazione, a conferma della crescita sempre maggiore della percentuale di ricoveri erogati su pazienti non residenti nel comprensorio della ASM.



Con riferimento alla mobilità passiva, si riporta il trend dei dati dal 2010 fino al 2013, non avendo a disposizione i dati di mobilità passiva extraregionale relativi agli anni successivi. In particolare nel 2013 si è registrata una riduzione della mobilità a livello complessivo rispetto agli anni precedenti, determinata sia dal calo della componente intraregionale che dalla riduzione di quella extraregionale. Intraregionale, nel 2015 sono stati 3.549 i ricoveri effettuati su residenti dell'ASM, da parte delle strutture ospedaliere della provincia di Potenza, in linea con l'anno precedente ed in riduzione rispetto agli anni precedenti.

L'indice di fuga, che esprime la percentuale di ricoveri su residenti effettuati da ospedali non aziendali, nel 2013 è stato pari complessivamente al 44,6%, in linea rispetto all'anno precedente. Nello specifico, nel 2013, 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 riportati, 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 fuga 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 la fuga rappresenta un dato fisiologico "neutro" in quanto è l'Azienda stessa a non poter garantire ai propri residenti quel tipo di offerta. Nel secondo caso la fuga può rappresentare un indicatore critico e deve essere oggetto di politiche correttive e di contenimento.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALIERA

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a nel 2015 dagli ospedali della ASM, sia per acuti che distrettuali, sono state complessivamente 1.513.503, con un decremento del -3% rispetto al 2014, che, con la sola eccezione del P.O. di Policoro, ha riguardato tutte le strutture ospedaliere, sia pure con percentuali di riduzione differenti.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI NUMERO	2014	2015	Scostamento	
			assoluto	%
P.O. Matera	607.720	604.154	-3.566	-1%
P.O. Policoro	337.851	370.325	32.474	10%
Ospedale Distrettuale Tinchì	320.648	304.179	-16.469	-5%
Ospedale Distrettuale Tricarico	160.583	157.678	-2.905	-2%
Ospedale Distrettuale Stigliano	127.240	77.167	-50.073	-39%
TOTALE	1.554.042	1.513.503	-40.539	-3%

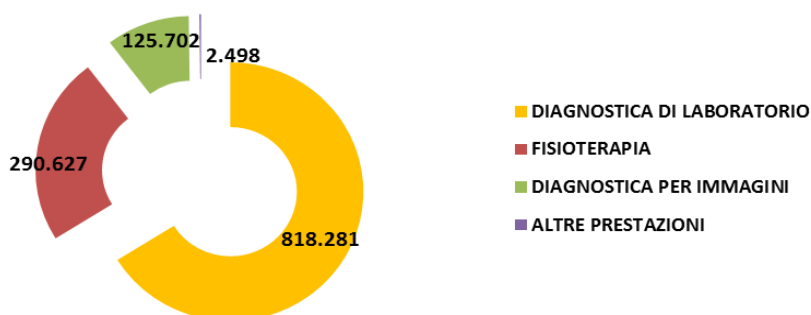
Le prestazioni specialistiche ambulatoriali oltre che dalle strutture ospedaliere, sono erogate anche:

- 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 2015 hanno erogato complessivamente 1.237.108, di cui il 66% riguarda la Diagnostica di Laboratorio, il 23% la Fisioterapia, e il 10% la Diagnostica per Immagini.

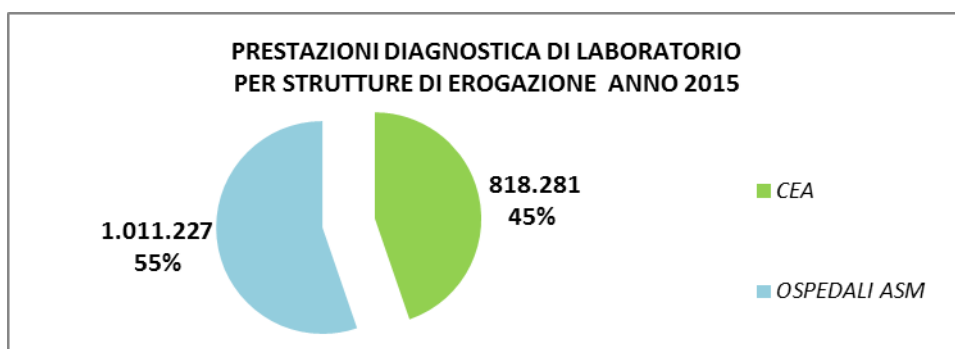
Prestazioni Specialistiche erogate dai Centri Esterni Accreditati Anno 2015



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

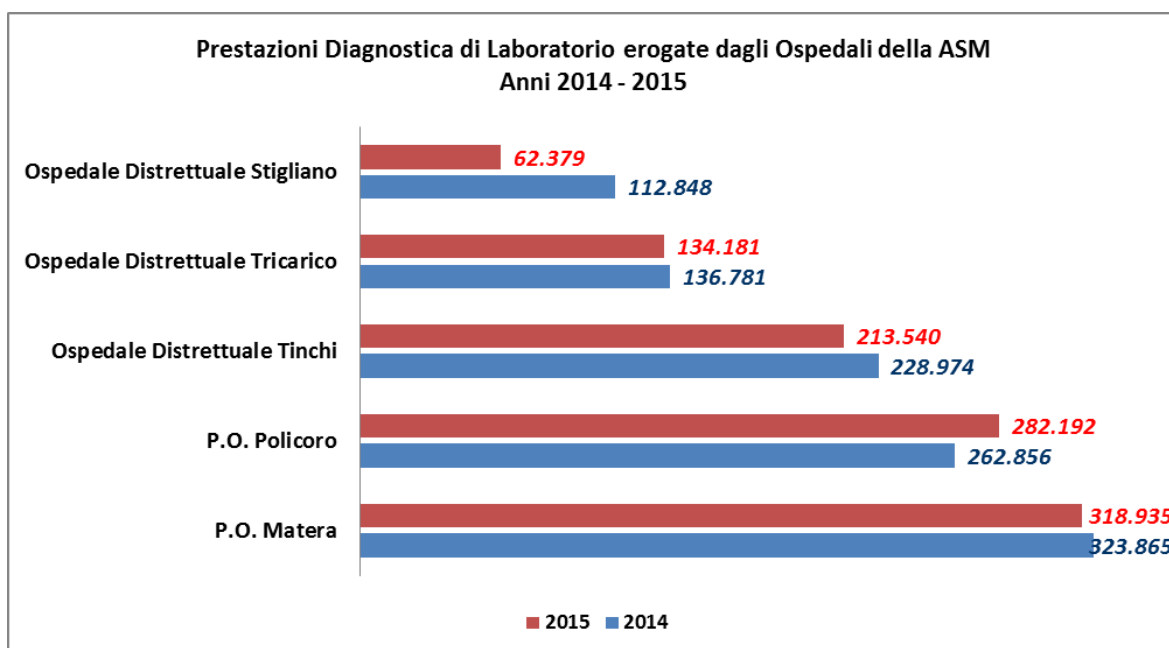
- Prestazioni di diagnostica di laboratorio, comprendenti gli esami di patologia clinica, anatomia patologica, tipizzazione tissutale e genetica, queste ultime 3 branche presenti solo nel P.O. di Matera;
- Prestazioni di diagnostica per immagini, comprendenti gli esami di radiologia e di risonanza magnetica, 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 1.829.508 prestazioni di **diagnostica di laboratorio**, sostanzialmente in linea con l'anno precedente, di cui il 55% dalle strutture ospedaliere della ASM ed il restante 45% dai Centri Esterni Accreditati.

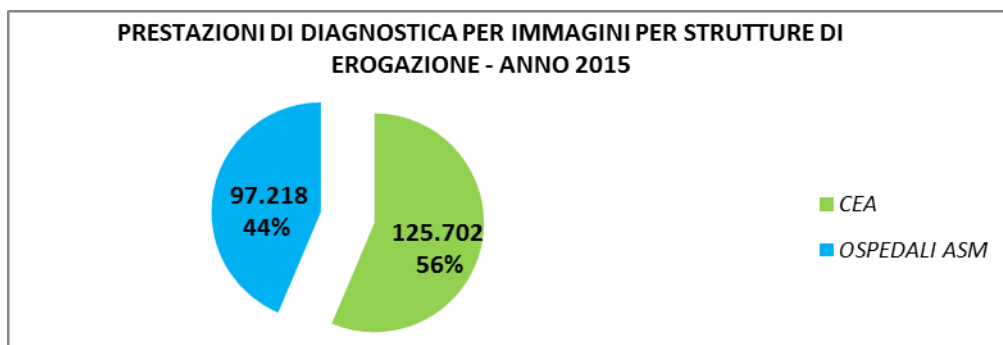


Vale la pena sottolineare come i dati riportati con riferimento alle prestazioni erogate dagli ospedali aziendali, che si riferiscono esclusivamente all'attività rivolta ai pazienti esterni, costituiscano appena il 44% circa dell'intera attività di diagnostica di laboratorio erogata dalle stesse strutture;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

Nello specifico, le prestazioni di Diagnostica di Laboratorio erogate a pazienti esterni dalle strutture ospedaliere dell'Azienda nel 2015 hanno superato 1 milione di unità, con un lieve decremento del -3% rispetto all'anno precedente, che, ad eccezione del P.O. di Policoro, ha riguardato tutti gli ospedali aziendali, sia pure con percentuali differenti.

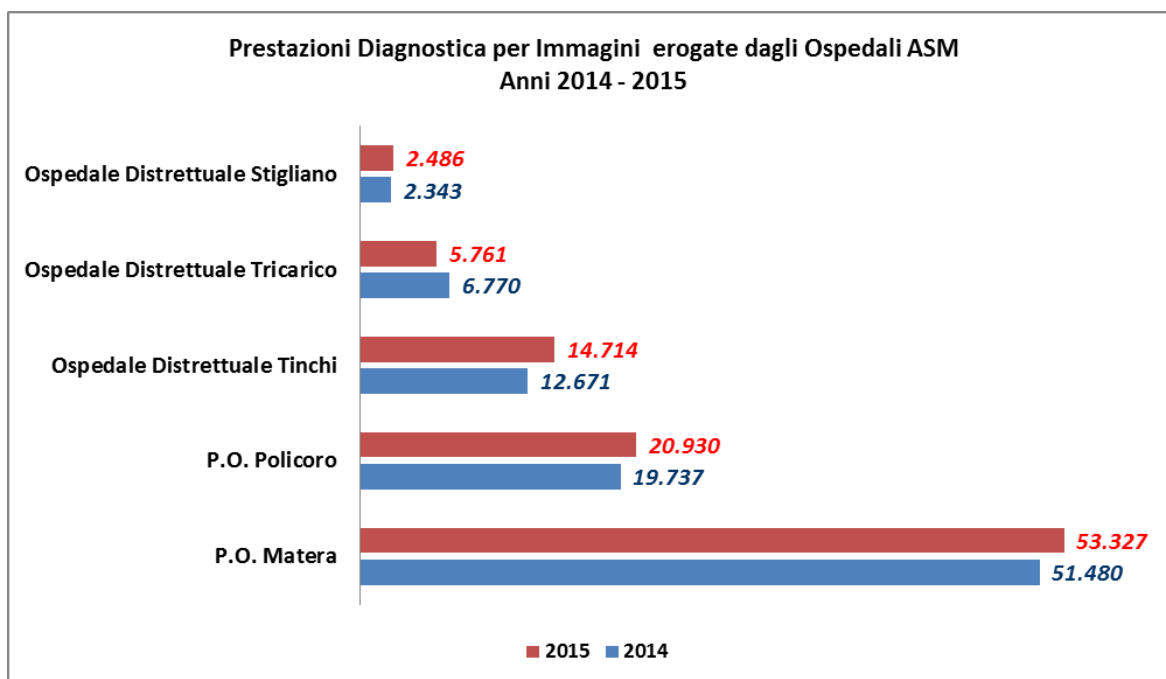


Nel 2015 sono state erogate a pazienti esterni complessivamente 222.920 prestazioni di **diagnostica per immagini**, di cui il 44% dalle strutture ospedaliere della ASM ed il restante 56% dai Centri Esterni Accreditati.



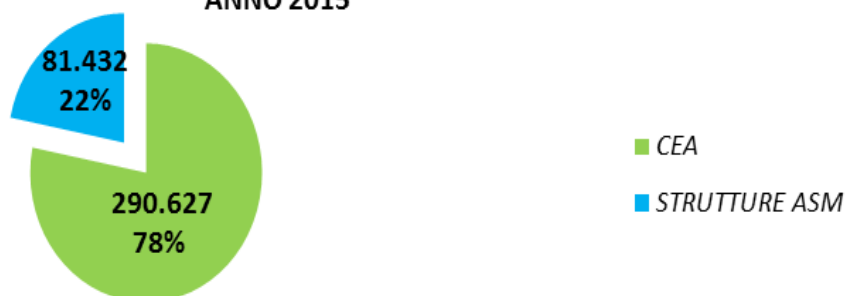
Vale la pena sottolineare come i dati riportati con riferimento alle prestazioni erogate dagli ospedali aziendali, che si riferiscono esclusivamente all'attività rivolta ai pazienti esterni, costituiscano appena il 65% circa dell'intera attività di diagnostica per immagini erogata dalle stesse strutture; il rimanente 35% 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.



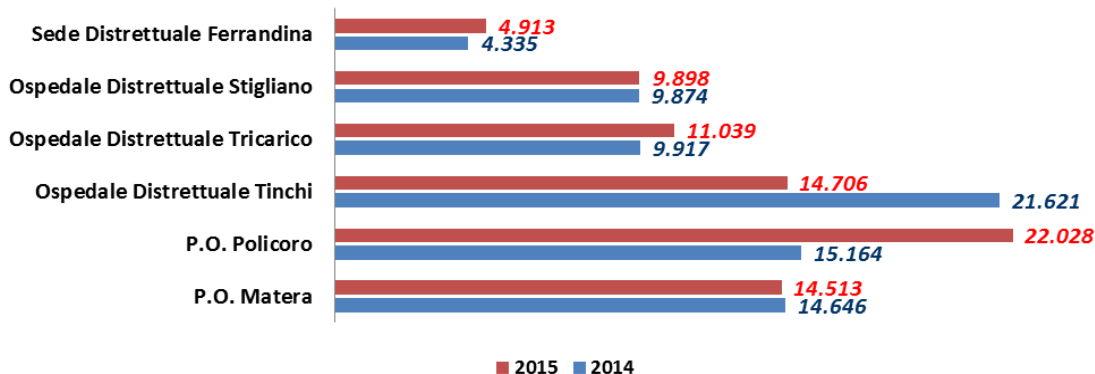
Nel 2014 sono state erogate a pazienti esterni complessivamente 104.250 **prestazioni di Fisioterapia**, di cui il 72% dalle strutture aziendali della ASM, ricomprendenti le attività erogate oltre che negli ospedali anche nella sede distrettuale di Ferrandina, ed il restante 28% dai Centri Esterni Accreditati.

PRESTAZIONI DI FISIOTERAPIA PER STRUTTURE DI EROGAZIONE -
ANNO 2015



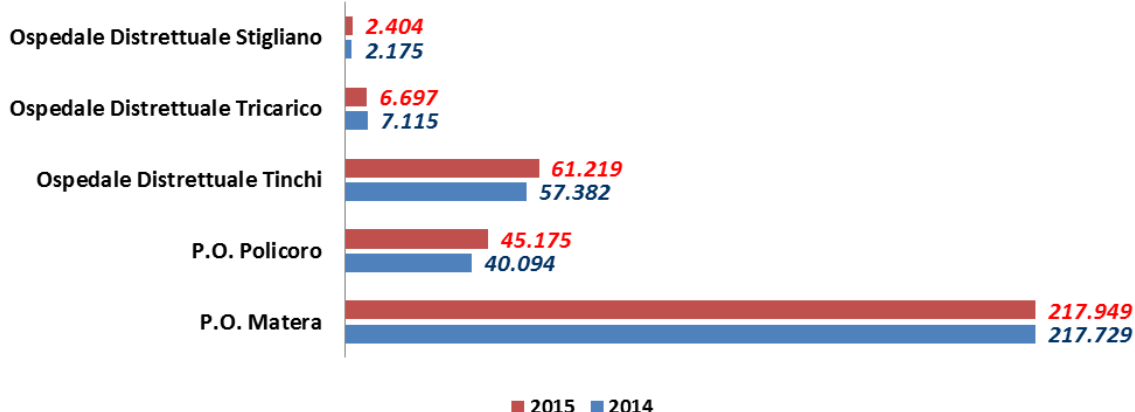
Le prestazioni di Fisioterapia erogate dalle strutture della ASM nel 2015 sono state pari a 81.432, evidenziando un incremento del +2% rispetto all'anno precedente (75.557 prestazioni erogate nel 2014), che ha riguardato nello specifico gli ospedali di Policoro, Tricarico, Stigliano e la sede distrettuale di Ferrandina, mentre l'Ospedale di Tinchì ed in misura minima l'Ospedale di Matera hanno fatto registrare una riduzione.

Prestazioni di Fisioterapia erogate dalle strutture ASM
Anni 2014 - 2015



Tutte 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 2015 sono state pari a 333.444, con un incremento del +3%, che ad eccezione di Tricarico, ha riguardato, sia pure con percentuali differenti, tutte le strutture ospedaliere aziendali.

Altre Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali erogate dagli Ospedali ASM
Anni 2014 - 2015



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 2015 è stata pari a 2.498 prestazioni ed ha riguardato la branca della Cardiologia, nella quale esiste un solo studio convenzionato.

Per le visite specialistiche a carico del SSN è necessaria la prescrizione del MMG/PLS o dello specialista, 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.

Tra gli obiettivi prioritari assegnati dalla Regione Basilicata a quest'Azienda nel 2015 vi è quello del contenimento delle **liste d'attesa**, rispetto al quale questa Direzione sin dai primi giorni dal suo insediamento ha avviato una strategia di ampio respiro, finalizzata non solo al potenziamento dell'offerta di prestazioni, attraverso l'apertura di nuovi calendari di prenotazione con particolare riguardo all'area cardiologica e a quella della diagnostica per immagini, ma soprattutto al governo della domanda, realizzata mediante il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso la lotta alla medicina difensiva con lo scopo di evitare il ricorso alle prestazioni non necessarie e inutili.

Di seguito si menzionano in via di mera sintesi, le principali azioni adottate dall'Azienda, in conformità agli obiettivi definiti dalla programmazione regionale, nella direzione del contenimento dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali entro i valori standard fissati a livello nazionale e regionale.

Tali azioni sono riconducibili alle seguenti:

- potenziamento dell'offerta di prestazioni, attraverso l'apertura di nuovi calendari di prenotazione con particolare riguardo all'area cardiologica e a quella della diagnostica per immagini;
- individuazione dei referenti della Direzione Generale per il monitoraggio sul rispetto dei tempi nelle liste d'attesa (deliberazione n. 109 del 26/01/2015);
- obbligo rivolto a tutti i Medici prescrittori al corretto utilizzo delle classi di priorità, identificate con i codici U-B-D-P (urgente, breve, differibile, programmabile), secondo le indicazioni stabilite dalla normativa nazionale e recepite a livello regionale dapprima 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;
- sensibilizzazione e responsabilizzazione sia degli specialisti aziendali che dei MMG/PLS, sia attraverso comunicazioni dirette sia mediante l'organizzazione di ripetuti incontri, programmati a scadenze definite, in cui, anche attraverso la comunicazione dei dati, si sollecita il mantenimento di comportamenti prescrittivi orientati all'appropriatezza ed all'utilizzo razionale delle risorse, rispettando gli obblighi di indicazione della classe di priorità e tutte le altre indicazioni prescrittive previste dalla normativa vigente;
- approvazione di due protocolli, elaborati da gruppi di lavoro costituiti sia da specialisti aziendali che da MMG/PLS, relativi uno all'area Cardiologica e l'altro alla Diagnostica per Immagini, finalizzati a regolamentare l'accesso alle relative prestazioni specialistiche ed indagini diagnostiche, tramite specifico percorso clinico – assistenziale, al fine di contenere le relative liste d'attesa nel termine massimo di 90 giorni (deliberazione aziendale n. 588 del 14/04/2015);
- avvio di collaborazione con i Centri Privati Accreditati, ed in special modo quelli eroganti prestazioni di diagnostica per immagini, con inserimento delle rispettive agende di prenotazione nella procedura CUP;
- intensificazione delle azioni di re-call, finalizzate ad accertarsi della reale presenza dei pazienti agli appuntamenti specialistici calendarizzati ed alla eventuale eliminazione dalle liste di coloro che comunicano la mancata adesione, con la creazione, in questo modo, di nuove disponibilità;

- creazione di speciali liste dedicate per le prestazioni specialistiche finalizzate al rilascio/rinnovo delle patenti di guida, che sono state separate dalle liste delle prestazioni ambulatoriali di tipo “assistenziale”, e per le quali è riservata una sola prestazione per ogni seduta ambulatoriale, in maniera tale da decongestionare le relative agende;
- obbligo di inserimento nei referti degli specialisti aziendali della data di effettuazione del successivo controllo, che non potrà mai essere anticipato, a meno di sopraggiunte situazioni di urgenza o cambiamenti del quadro clinico dei pazienti;
- modifica organizzativa nel percorso relativo al trasporto dei pazienti dall’Ospedale di Policoro a quello di Matera per l’esecuzione dell’esame di coronarografia, per effetto del quale l’accompagnamento in ambulanza di tali pazienti, precedentemente effettuato dai medici dell’U.O. di Cardiologia e UTIC del P.O. di Policoro, viene attualmente assicurato dai Medici della Continuità Assistenziale, consentendo ai cardiologi dell’Ospedale di Policoro di potersi concentrare sulle attività assistenziali, aumentando in tal modo la disponibilità di offerta di prestazioni con ovvie ricadute positive in termini di riduzione delle relative liste d’attesa.

Dal raffronto tra i tempi di attesa rilevati all’inizio ed alla fine dell’anno 2015 emerge sostanzialmente una riduzione dei tempi di attesa per la maggior parte delle prestazioni, a testimonianza dell’efficacia della strategia intrapresa e delle azioni poste in essere dall’Azienda.

Ciò è evidente in particolare per le prestazioni specialistiche i cui tempi di attesa sono oggetto di monitoraggio da parte della Regione, ai sensi del punto 3.1 del Piano Nazionale di Governo dei tempi di attesa (PNGLA) 2010/2012.

Con riferimento specifico a queste ultime prestazioni, dall’analisi condotta, emerge un trend complessivamente decrescente delle liste d’attesa, con tempi tutto sommato coerenti con gli standard di riferimento per quasi tutte le specialità, in particolar modo per quanto riguarda le prestazioni con codice di priorità più elevato, ma con valori che tendono ad elevarsi per i codici a priorità più bassa.

Soffermandosi sull’analisi dei tempi di attesa evidenziati per una stessa tipologia di prestazione dalle singole strutture eroganti, a fronte di una frequente disomogeneità degli stessi, si evince come quasi sempre l’Azienda sia in grado di soddisfare la domanda di prestazioni specialistiche in tempi congrui, anche se spesso i tempi più bassi sono garantiti dalle strutture periferiche (sedi distrettuali), che presentano tempi di attesa inferiori a quelli dei servizi degli ospedali maggiori, dove invece spesso si verificano eccessi di domanda e conseguenti intasamenti delle attività.

Tuttavia per talune specialità permangono alcune criticità, cui quest’Azienda intende far fronte, rafforzando le azioni già intraprese e prevedendone di nuove.

A tal proposito pare opportuno rappresentare come, per assicurare la massima efficacia ai protocolli siglati con gli specialisti aziendali e con i MMG/PLS convenzionati con l’ASM, precedentemente menzionati, sarebbe importante estendere gli stessi protocolli anche con le altre aziende sanitarie, in particolare quelle pugliesi e calabresi, in considerazione del significativo flusso di pazienti provenienti da tali regioni.

Per tale ragione sarebbe auspicabile che il competente Dipartimento Regionale si facesse promotore della sottoscrizione di specifici accordi bilaterali con ciascuna delle regioni direttamente interessate, vale a dire Puglia e Calabria, per la ratifica dei protocolli già adottati da quest’Azienda con i propri medici, specialisti e convenzionati.

3.1.2 ASSISTENZA SUL TERRITORIO

La programmazione regionale esplicitata nella L.R. n. 12/2008, nella D.G.R. n. 1645/2009, nel Piano Sanitario Regionale, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 317 del 24/07/2012 e più recentemente confermata dall'Accordo programmatico interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale, sottoscritto dai Direttori Generali delle Aziende del SSR e formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015, 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 2015 a portare avanti la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, attraverso l'accentramento nel Distretto delle funzioni di coordinamento delle attività territoriali presenti nell'Azienda e nell'affidamento delle stesse ad unico Responsabile.

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

Pertanto quest'Azienda anche nel corso del 2015 ha 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.

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 31.12.2015		
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	50	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	174	23

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 31.12.2015 MMG			
Comune	Associazioni semplici	Associazioni in rete	Gruppi
Accettura	1		
Bernalda	1		1
Ferrandina		2	
Gorgoglione	1		
Garaguso	1		
Grassano		1	
Irsina		1	
Matera	2	5	3
Montalbano		1	
Montescaglioso			1
Pisticci	4		
Policoro	1		3
Pomarico	1		
Rotondella		1	
San Giorgio Lucano	1		
Scanzano		1	
Stigliano	1		
Tricarico			1
Tursi	1		
Totale	15	12	9

Medicina di Gruppo al 31.12.2015 PLS			
Comune	Associazioni semplici	Associazioni in rete	Gruppi
Ferrandina		1**	
Grassano	1*		
Irsina	1*		
Matera	1		3
Montescaglioso			1
Scanzano		1**	
Totale	1	12	4

*i PLS di Irsina e Grassano sono associati in Comuni differenti

**i PLS di Ferrandina e Scanzano son associati in rete con i MMG

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, 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 146 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.

Si riportano di seguito i dati relativi alle visite ambulatoriali effettuate dai Medici della Continuità Assistenziale nelle postazioni dislocate sul territorio.

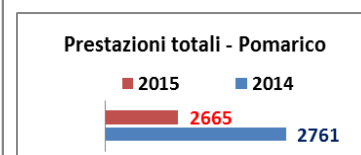
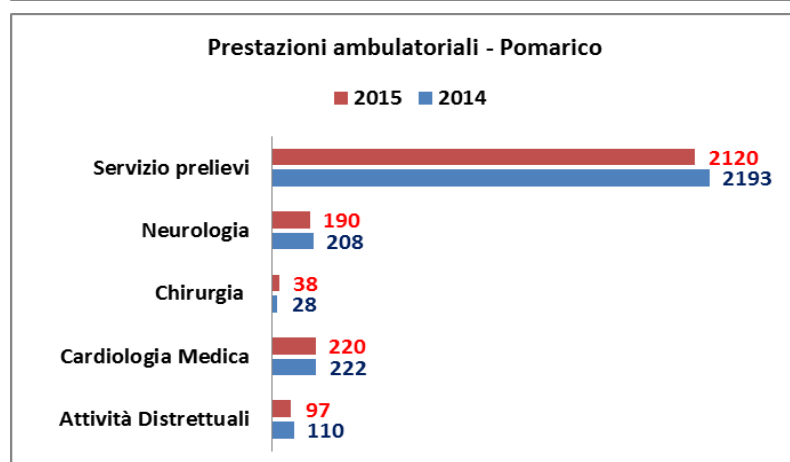
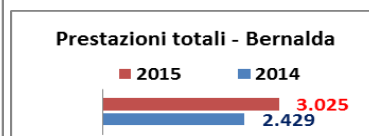
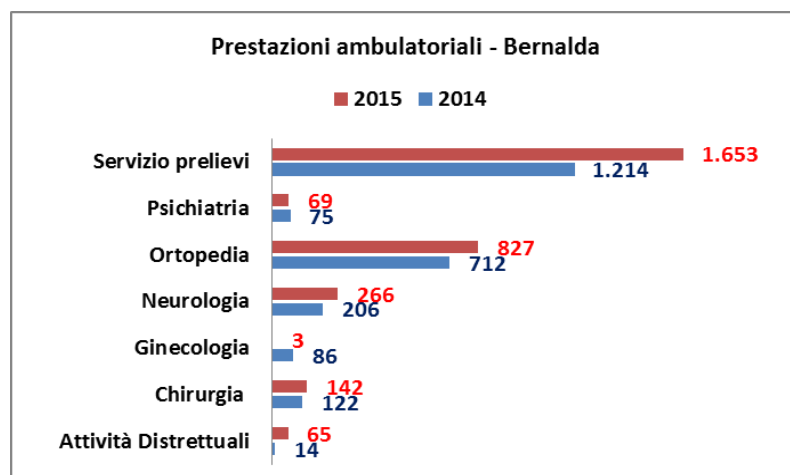
VISITE AMBULATORIALI M.C.A.	ANNO 2015
Aliano	901
Bernalda	3.920
Calciano	691
Craco	1.497
Ferrandina	1.860
Gorgoglione - Cirigliano	2.696
Grassano	1.801
Grottole	861
Irsina	1.901
Marconia	5.633
Matera	7.100
Miglionico	1.130
Montalbano	5.135
Montescaglioso	1.506
Nova Siri Comune	1.511
Nova Siri Scalo	4.587
Oliveto- Garaguso	2.315
Pisticci	3.544
Policoro	2.589
Pomarico	1.162
Rotondella	3.010
Salandra	5.095
San Giorgio Lucano	2.013
San Mauro - Accettura	3.561
Scanzano	5.017
Stigliano	2.072
Tricarico	536
Tursi	1.452
Valsinni - Colobraro	3.307
TOTALE	78.403

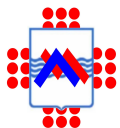
Anche per l'anno 2015, al fine di assicurare il primo soccorso medico nelle zone maggiormente interessate dai flussi turistici, l'ASM ha attivato per il periodo ricompreso tra il 27/06/2015 e il 31/08/2015 due postazioni di Guardia Medica Turistica, rispettivamente presso le località di Metaponto e San Basilio, oltre a prevedere una postazione presso il P.O. di Policoro. Si riepilogano di seguito le prestazioni fornite dalla Guardia Medica Turistica estiva di Metaponto e di San Basilio.

PRESTAZIONI GUARDIA MEDICA TURISTICA	Metaponto	San Basilio	TOTALE
Visite ambulatoriali	1.008	180	1.188
Visite domiciliari	18	3	21
Prestazioni infermieristiche	154	63	217
TOTALE PRESTAZIONI	1.180	246	1.426
Invii al Pronto Soccorso	20	3	23
Richieste ambulanza	17	-	17

L'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE

Le strutture territoriali della ASM nel 2015 hanno effettuato complessivamente oltre 78.801 prestazioni, evidenziando un incremento di oltre 1.600 prestazioni rispetto al 2014, pari al +2%. 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 2015, opportunamente raffrontate con il 2014.



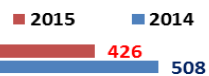


Prestazioni ambulatoriali - Calciano

■ 2015 ■ 2014

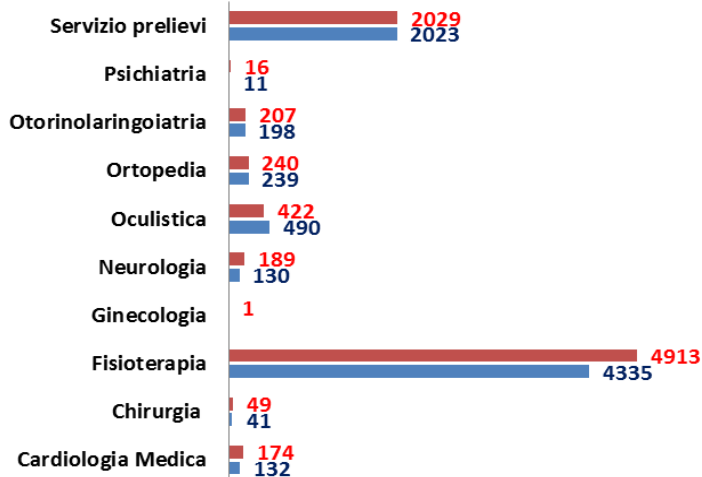


Prestazioni totali - Calciano

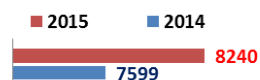


Prestazioni ambulatoriali - Ferrandina

■ 2015 ■ 2014



Prestazioni totali - Ferrandina

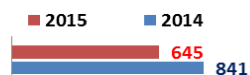


Prestazioni ambulatoriali - Garaguso

■ 2015 ■ 2014

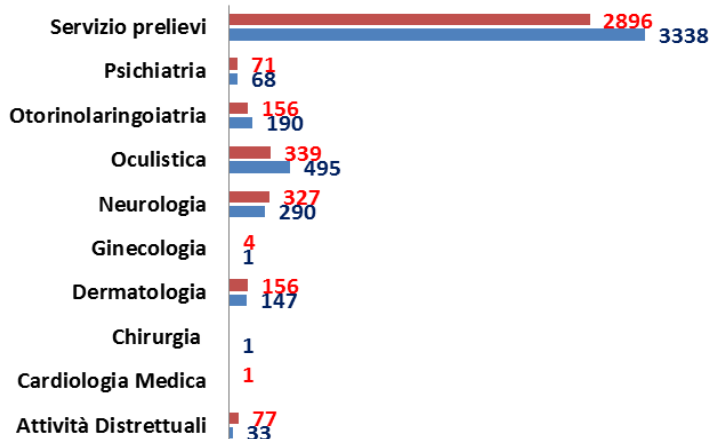


Prestazioni totali - Garaguso

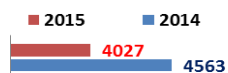


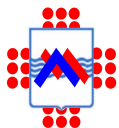
Prestazioni ambulatoriali - Grassano

■ 2015 ■ 2014

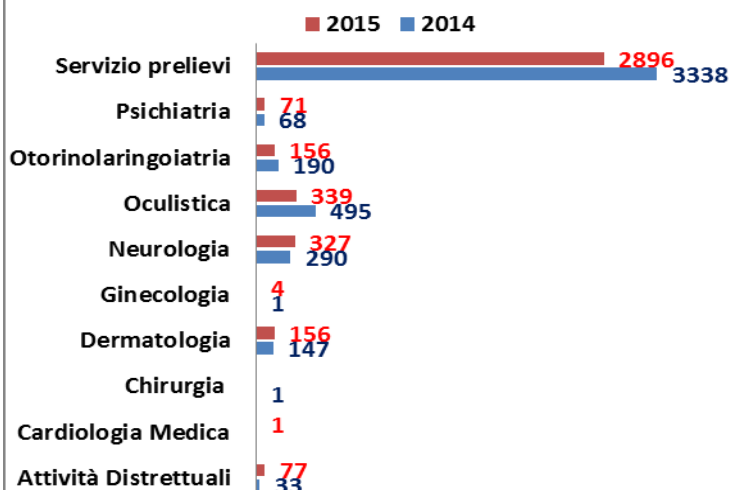


Prestazioni totali - Grassano

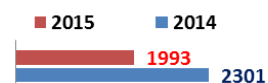




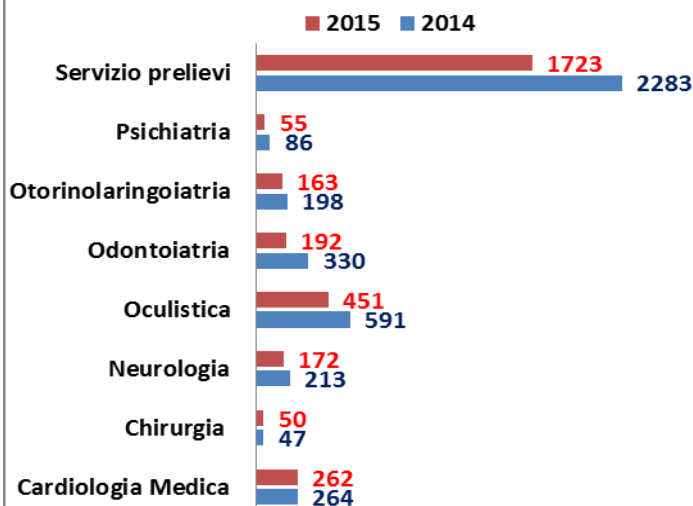
Prestazioni ambulatoriali - Grottole



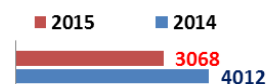
Prestazioni totali - Grottole



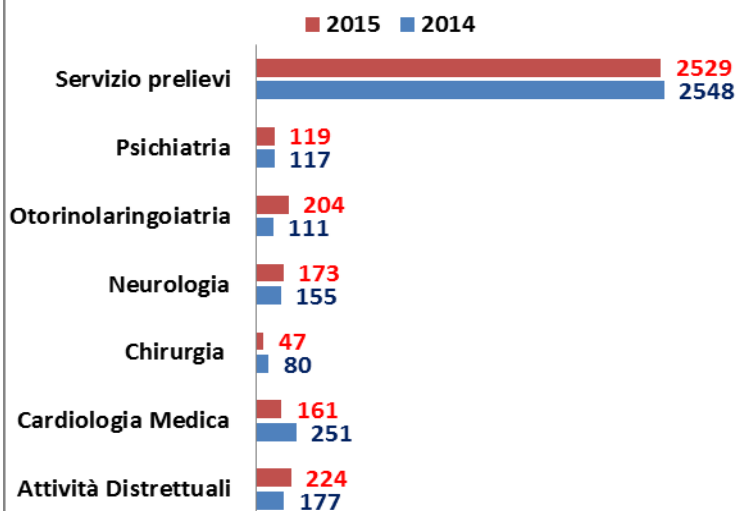
Prestazioni ambulatoriali - Irsina



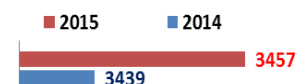
Prestazioni totali - Irsina

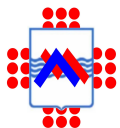


Prestazioni ambulatoriali - Montescaglioso

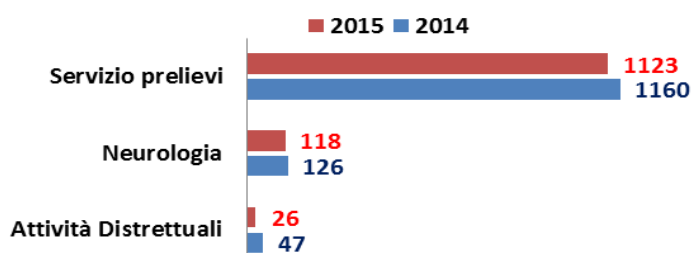


Prestazioni totali - Montescaglioso

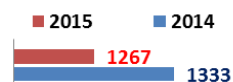




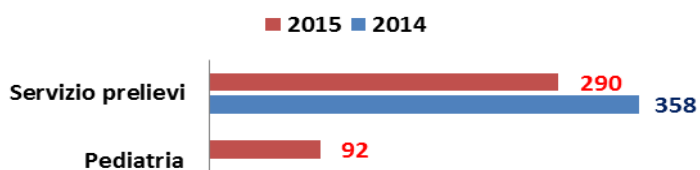
Prestazioni ambulatoriali - Miglionico



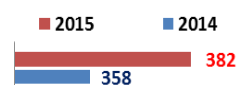
Prestazioni totali - Miglionico



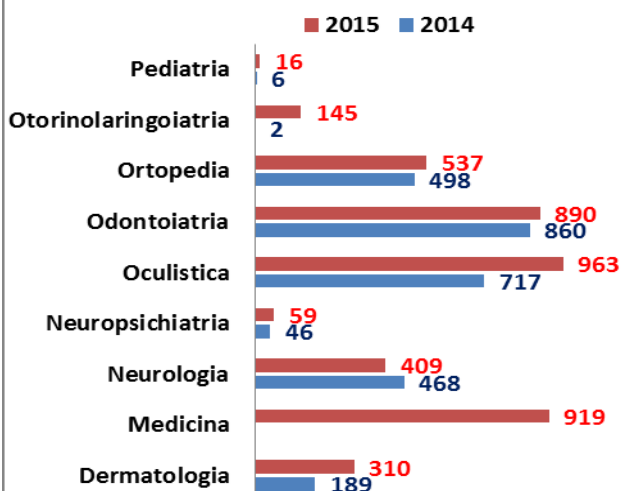
Prestazioni ambulatoriali - Oliveto Lucano



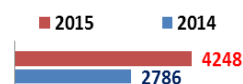
Prestazioni totali - Oliveto L.



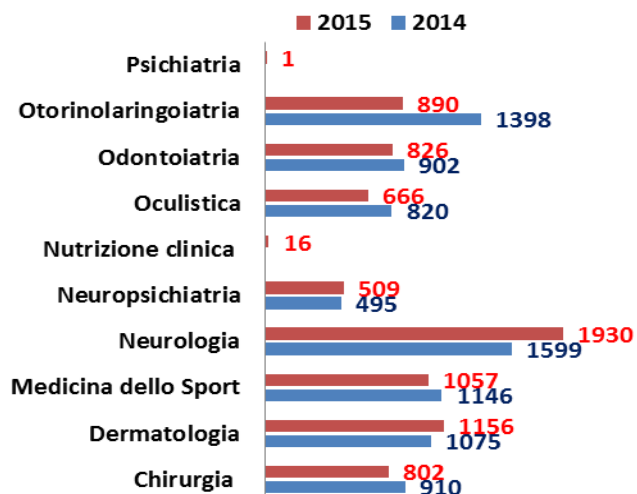
Prestazioni ambulatoriali - Pisticci



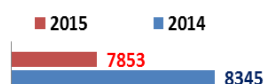
Prestazioni totali - Pisticci

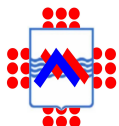


Prestazioni ambulatoriali - Policoro

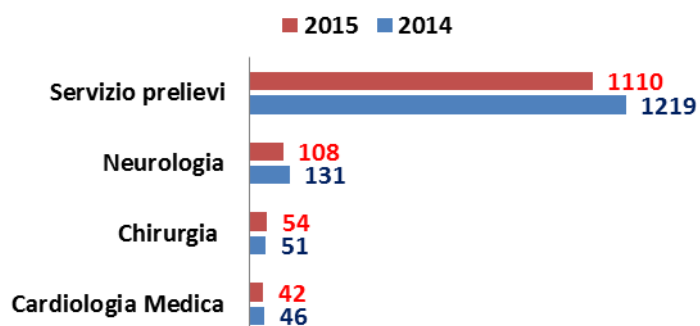


Prestazioni totali - Policoro

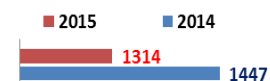




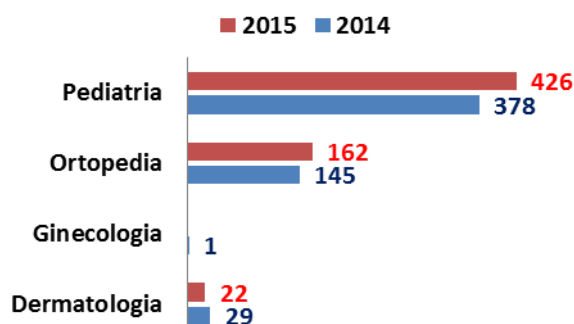
Prestazioni ambulatoriali - Salandra



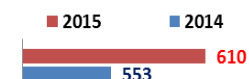
Prestazioni totali - Salandra



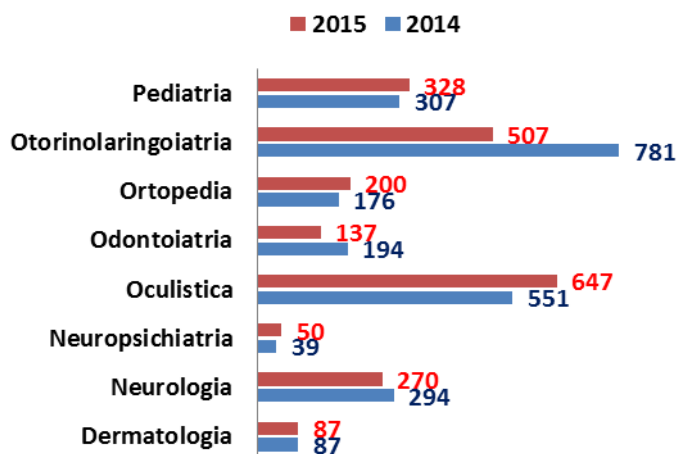
Prestazioni ambulatoriali - San Mauro Forte



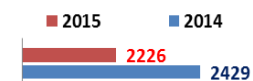
Prestazioni totali - San Mauro F.



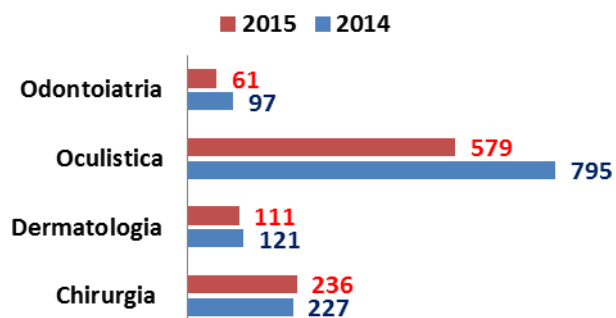
Prestazioni ambulatoriali - Stigliano



Prestazioni totali - Stigliano

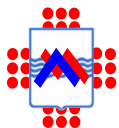


Prestazioni ambulatoriali - Tursi

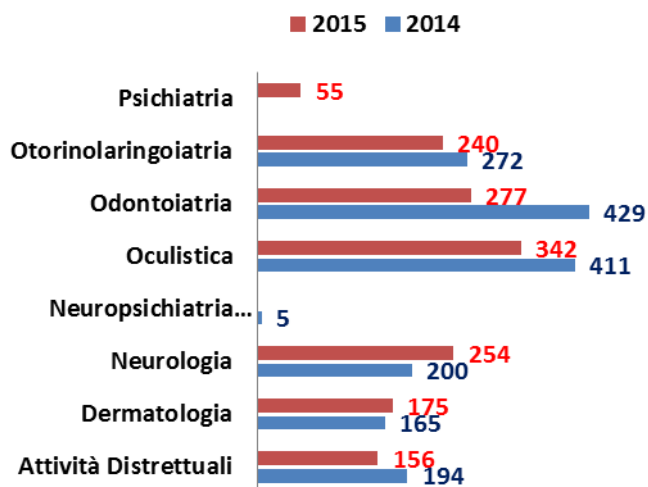


Prestazioni totali - Tursi

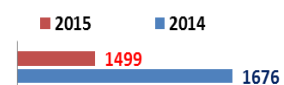




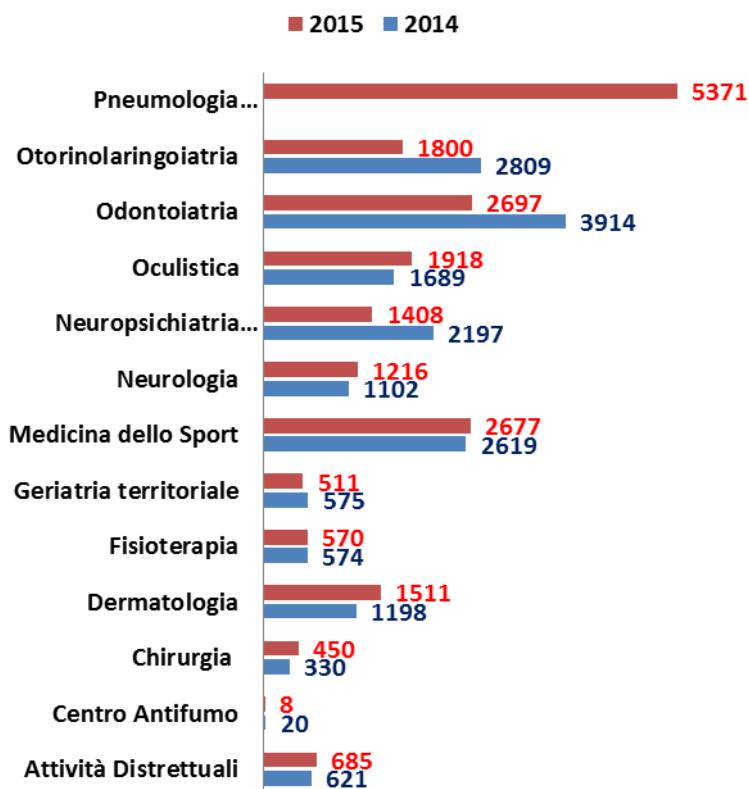
Prestazioni ambulatoriali - Tricarico



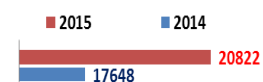
Prestazioni totali - Tricarico



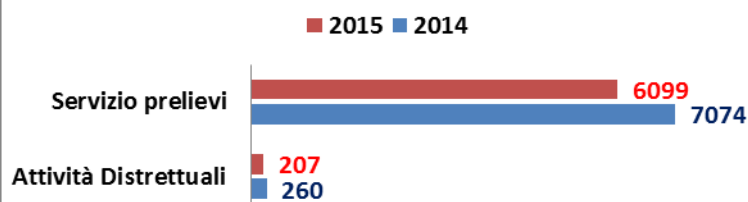
Prestazioni ambulatoriali - Poliambulatori Mt



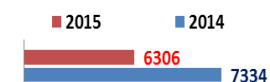
Prestazioni totali - Poliambulatori MT



Prestazioni ambulatoriali - Piazza Firenze Mt



Prestazioni totali - Piazza Firenze Mt



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 (+52%) che nella relativa valorizzazione economica (+53%) è Pisticci; quella dove vi è stata la riduzione più consistente è risultata Irsina, con un decremento del numero di prestazioni pari al -24% e della valorizzazione economica pari a -26%.

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 2015 sono state consegnate 101 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.

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 2015 è stata pari a 5,84%, con un incremento del +11% rispetto al 2014, a fronte di un target fissato dalla programmazione sanitaria regionale pari al 5%.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	2014	2015	Scostamento	
Cittadini in cure domiciliari totale	2.547	2.818	271	11%
Popolazione totale	201.305	200.597	-708	0%
% Cittadini totale in cure domiciliari/cittadini totali	1,27%	1,40%	0	11%
di cui Cittadini in Cure Domiciliari > 64	2.235	2.514	279	12%
Popolazione > 64	42.484	43.055	571	1%
% cittadini in cure domiciliari > 64 /popolazione > 64	5,26%	5,84%	0	11%
di cui Cittadini in Cure Domiciliari da 65 a 74 a	359	378	19	5%
Popolazione da 64 a 74 a	22.905	23.016	111	0%
% Cittadini da 64 a 74 in cure domiciliari/cittadini stessa classe età	1,57%	1,64%	0	5%
di cui Cittadini in Cure Domiciliari > 75	1.877	1.695	-182	-10%
Popolazione da 75 a in su	22.098	22.403	305	1%
% Cittadini > 75 in Cure Domiciliari/cittadini stessa classe età	9,22%	7,57%	0	-18%
Ore prestazioni infermieristiche	83.185	78.414	-4.771	-6%
Ore prestazioni riabilitative	52.745	42.988	-9.757	-18%
Ore prestazioni totale	135.930	121.402	-14.528	-11%

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, proseguita per tutto il 2015, 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.

Le prestazioni domiciliari di chirurgia territoriale che non prevedono la ricetta riguardano gli assistiti in regime di Cure Domiciliari. Alle visite domiciliari quelle ambulatoriali, effettuate dietro richiesta medica.

Nel seguente quadro sinottico si riporta il numero di prestazioni effettuate dalla Chirurgia Territoriale nel 2015, opportunamente distinte tra domiciliari e ambulatoriali.

Comuni	Domicilio		Ambulatorio	
	Accessi	Visite	Visite	Frequenza
Bernalda	26	88	142	2 al mese
Calciano	-	-	-	-
Ferrandina	20	58	-	-
Irsina	2	4	-	-
Grassano	2	4	-	-
Grottole	6	12	-	-
Matera	104	450	450	1 a settimana
Miglionico	6	14	-	-
Montescaglioso	28	72	47	2 al mese
Pomarico	28	56	338	2 al mese
Salandra	12	24	-	-
Totale	234	682	667	-

Altra importante attività collocabile nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare è quella di **Geriatra 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 2015 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 2015 sono sinteticamente riepilogate nella seguente tabella:

Attività Ambulatoriali/Domiciliari/Residenziali /Ospedaliere	
Visite Geriatriche domiciliari	n. 177
Visite Geriatriche	n. 148
Visite Geriatriche c/o strutture residenziali	n. 285
Consulto di documentazione clinica	n. 107
Sostituzione PEG a domicilio	n. 21
Prescrizione assistenza protesica	n. 173
Valutazione multidimensionali per dimissioni protette	n. 470
TOTALE	n. 1.381

Di particolare interesse è l'avvio, a partire dal mese di marzo 2015, delle attività della **Pneumologia Territoriale**, che è stata dislocata sul territorio (sede centrale della ASM), configurandosi col nuovo Atto Aziendale come Struttura Semplice Dipartimentale facente parte del Dipartimento Integrazione Ospedale Territorio.

Dal marzo 2015 alla fine dell'anno, l'U.O.S.D. di Pneumologia Territoriale ha effettuato 3.571 prestazioni, di seguito riportate

Tipologia di prestazioni per pazienti ambulatoriali	
Anamnesi e valutazione, definite brevi	n. 384
Diffusione alveolo-capillare del co	n. 25
Emogasanalisi arteriosa	n. 596
Emogasanalisi durante respirazione	n. 4
Intradermoreazioni con PPD ecc.	n. 37
Monitoraggio incruento saturazione arteriosa	n. 647
Polisonnogramma	n. 62
Prelievo di sangue arterioso	n. 556
Resistenze delle vie aeree	n. 339
Screening allergologico	n. 331
Somministrazione altro vaccino	n. 1
Spirometria globale	n. 378
Spirometria semplice	n. 484
Test del cammino	n. 202
Test di broncodilatazione farmacologica	n. 193
Test percutanei e intracutanei	n. 46
Visite pneumologiche	n. 879
Visite pneumologiche e di controllo	n. 208
TOTALE	n. 5.371

Tipologia di prestazioni inserite nel programma di Home Care Pneumologica	
Anamnesi e valutazione, definite brevi	n. 339
Emogasanalisi arteriosa	n. 339
Prelievo di sangue arterioso	n. 339

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, Tinchì e Stigliano, oltre ad assicurare prestazioni specialistiche domiciliari

Nell'anno 2015 sono state circa 2.000 visite a Policoro, circa 450 a Tinchì e quasi 300 a Stigliano per un totale superiore a 2.500 visite.

Le consulenze ospedaliere sono state oltre 150 a Policoro e circa 50 a Stigliano per un totale di circa 200.

Le prestazioni domiciliari sono state circa 30, rispettivamente presso il Comune di Policoro e di Pisticci - Tinchì.

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 attestano 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 2015 quest'Azienda ha assicurato il monitoraggio della spesa farmaceutica, attraverso il controllo sistematico del comportamento prescrittivo di ogni singolo medico MMG/PLS.

In tal senso si è dato impulso alle attività di informazione e confronto con i medici prescrittori, attraverso la predisposizione e l'invio trimestrale di apposita reportistica contenente i relativi dati di consumo farmaceutico al fine di consentire 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, in particolare con quelli "altospendenti" per valutare l'appropriatezza prescrittiva ed individuare le criticità, a cura dell'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 ad alcune prescrizioni off-label, in attuazione delle disposizioni di cui alla deliberazione aziendale n. 811 del 22/05/2015: ad oggetto "Appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica".

Le suddette attività di monitoraggio hanno consentito anche la verifica del rispetto, da parte dei medici prescrittori, delle norme ministeriali relative alla prescrivibilità SSN dei farmaci.

Ad altri medici prescrittori, pur non convocati, sono state contestate irregolarità prescrittive emerse nel corso dei controlli effettuati.

Tutte le contestazioni effettuate sono state portate all'esame del Comitato per l'appropriatezza prescrittiva che, valutate anche le controdeduzioni presentate dai medici interessati, ha deciso di addebitare le prescrizioni inappropriate.

E' importante evidenziare che gli interventi sopra descritti, al di là degli addebiti effettuati, hanno prodotto una significativa riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta, che, nel confronto con l'anno precedente, è passata da un aumento del 3,1% registrato nel I semestre ad una diminuzione dello 0,9% registrato sull'intero anno.

Con riferimento alle attività di farmacovigilanza, nell'anno 2015 sono pervenute n. 41 schede di segnalazioni di reazioni avverse da farmaci, che sono state esaminate dal dirigente farmacista del Servizio Farmaceutico Territoriale, nella sua veste di Responsabile aziendale di Farmacovigilanza, per verificare la completezza e l'accuratezza delle informazioni contenute, per poi essere trasmesse al Ministero della Salute attraverso la Rete nazionale.

A tal proposito, nel 2015 si è registrato un consistente incremento delle segnalazioni rispetto all'anno precedente, in cui erano state 22, pur non avendo ancora raggiunto il 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.

Relativamente all'attività ispettiva sulle farmacie, la Commissione ex art. 17 L.R. 54/81 ha effettuato n. 3 visite ispettive nel corso dell'anno 2015, regolarmente verbalizzate.

Nel corso del 2015 si è inoltre provveduto a garantire la gestione contabile ed effettuare il controllo dell'Assistenza Sanitaria Integrativa Regionale, estendendolo a tutte le ricette dell'A.S.I.R. attraverso la gestione informatizzata delle stesse. Si è, inoltre, assicurato un servizio di informazione ai medici, ai farmacisti, ai fornitori diversi dalle farmacie e agli assistiti circa le modalità di prescrizione e di spedizione dei presidi dell'ASIR.

L'ASSISTENZA CONSULTORIALE

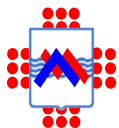
Nell'ASM operano due Consultori Familiari, con sedi decentrate distribuite in maniera uniforme sul territorio della provincia di Matera, offrendo servizi che si rivolgono prevalentemente a singoli, coppie e famiglie, anche in via di formazione, per attività di prevenzione e/o presa in carico nei momenti 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 2015 le sedi dei consultori aziendali hanno effettuato complessivamente 8.656 prestazioni, con un decremento del -30% rispetto all'anno precedente; 3.077 sono state le prestazioni dell'area ostetrico-ginecologica, con una riduzione del -24% rispetto al 2014, mentre 5.579 sono state le prestazioni dell'area psicologica, con un decremento del -33% rispetto al 2014.

Nel corso del 2015 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,



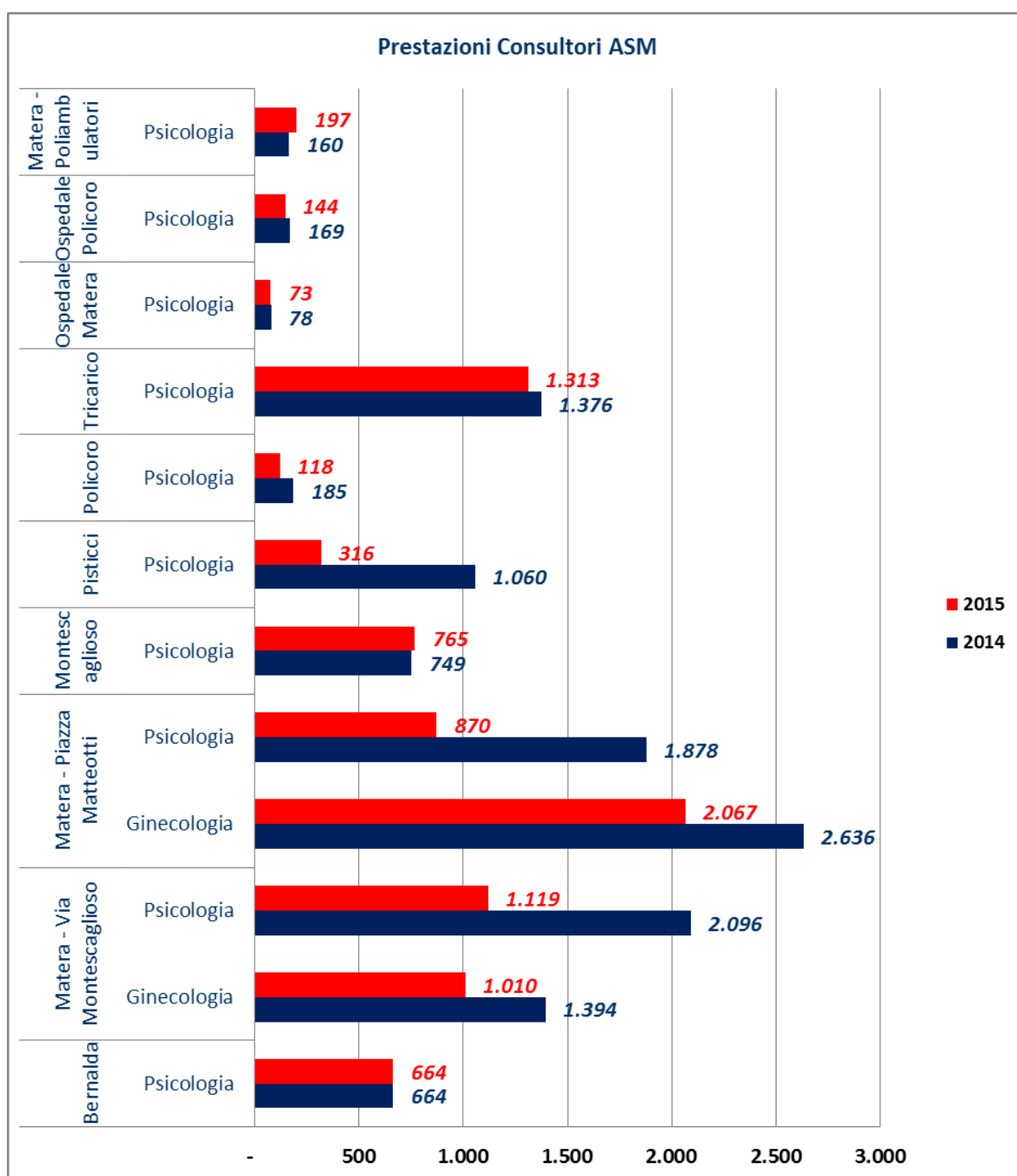
3) Attivazione servizi per adolescenti e genitori

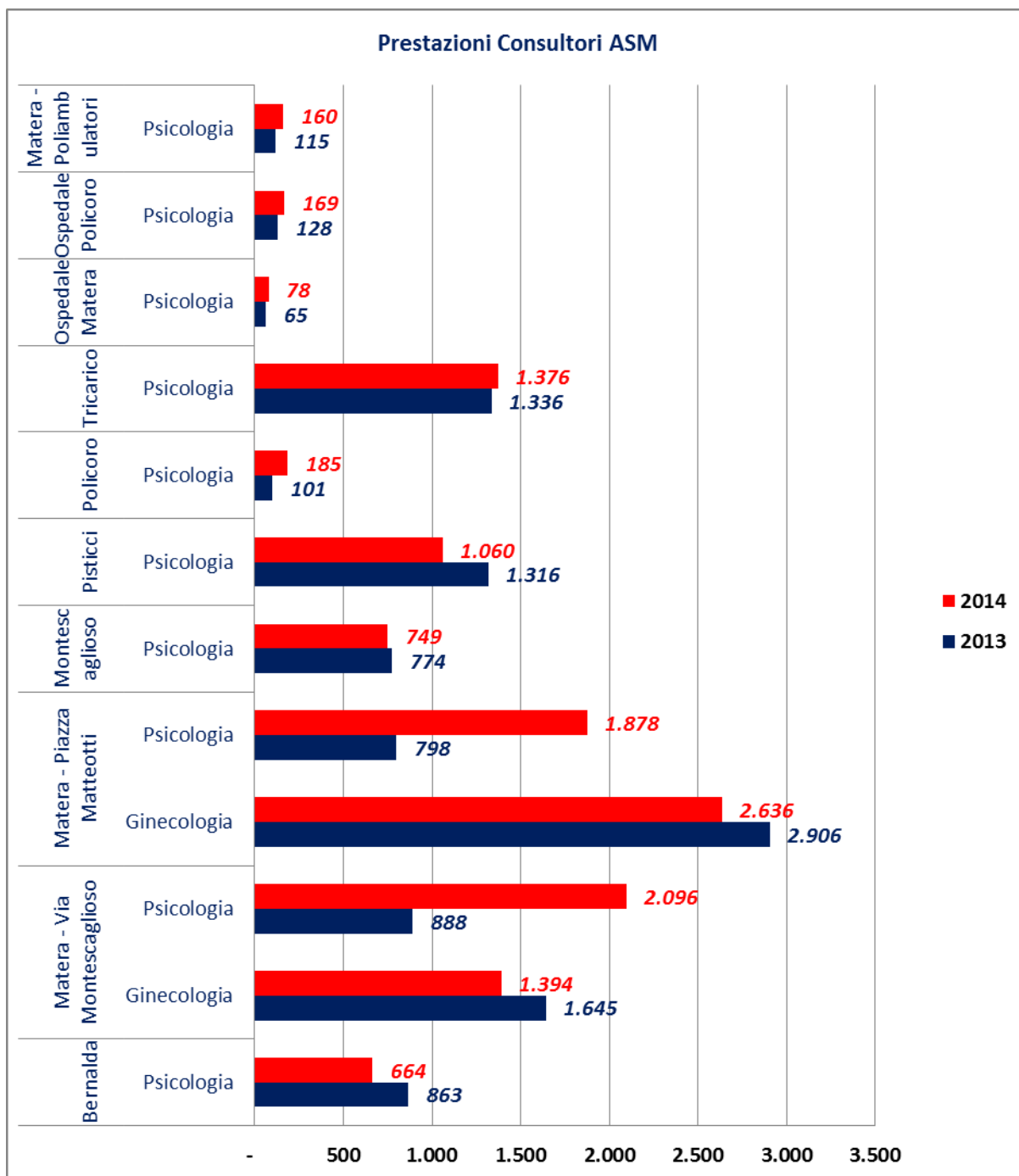
4) Azioni di formazione dell'assistenza multiculturale degli operatori dei consultori.

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 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 i sub progetti 2 e 4 risultano essersi conclusi, mentre il 3°, pur essendo stato avviato registra alcuni ritardi nelle attività. Per il 1°, invece, il progetto sub 1 è in procinto di essere avviato.

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





LA SALUTE MENTALE

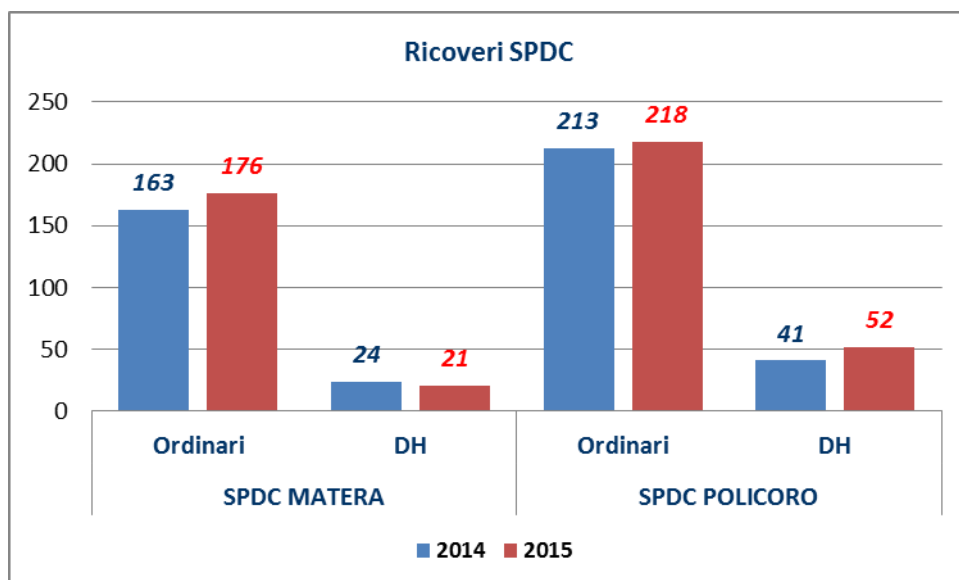
Il modello operativo adottato per la tutela e la cura della salute mentale è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolato in una rete integrata di servizi, riconducibili alla seguente articolazione strutturale:

- 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 2015 sono stati effettuati complessivamente 474 ricoveri, con un incremento del +7,5% rispetto al 2014; di tali ricoveri, 394 sono ordinari, in aumento del +4,8% rispetto al 2014, e 80 sono DH, in aumento del +23% rispetto all'anno precedente.

Nello specifico nel 2015 l'U.O. SPDC di Matera ha erogato 176 ricoveri ordinari e 21 DH, mentre l'U.O. SPDC di Policoro ha erogato 218 ricoveri ordinari e 59 DH.



Le attività del **Centro Salute Mentale (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 2015, distinte per singola tipologia, raffrontate con l'anno precedente.

PRESTAZIONI CENTRO SAUTE MENTALE DI MATERA

PRESTAZIONE	NUMERO			IMPORTO		
	2014	2015	Δ %	2014	2015	Δ %
COLLOQUIO PSICHIATRICO	34	24	-29%	659	465	-29%
CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO, IN STRUTTURE RESIDENZIALI	45	41	-9%	2.789	2.541	-9%
SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	3	-	-100%	46	-	-100%
TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	1	-	-100%	6	-	-100%
VISITA PSICHIATRICA	394	574	46%	8.140	11.859	46%
VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	2.279	2.278	0%	29.422	29.409	0%
COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	286	349	22%	5.540	6.760	22%
PSICOTERAPIA FAMILIARE	27	11	-59%	627	256	-59%
PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	354	363	3%	6.857	7.031	3%
SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	7	7	0%	108	108	0%
SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	8	11	38%	62	85	38%
VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA INDIVIDUALE (PER SEDUTA)	1	4	300%	19	78	308%
VISITA PSICOLOGICA CLINICA	85	79	-7%	1.756	1.632	-7%
TOTALE	3.524	3.741	6%	56.031	60.224	7%

Le suddette prestazioni, si riferiscono esclusivamente a quelle registrate dal CUP, esse riguardano solo le prime visite e le visite di controllo e rappresentano solo il 10% delle prestazioni erogate dal CSM di Matera.

Le altre prestazioni ed attività vengono registrate sulla cartella informatica aziendale, recentemente adeguata alle indicazioni del sistema informativo nazionale per la salute mentale (ottobre 2010).

Le prestazioni totali hanno mostrato un sostanziale mantenimento dei dati rispetto all'anno precedente, con una lieve riduzione, passando da un totale di 24.596 prestazioni a 20.941.

Con riferimento ai trattamenti complessi integrati, nel 2015 si sono registrati:

- n. 849 visite domiciliari programmate e urgenti, in calo rispetto all'anno precedente (1.170), ma comunque superiore al valore target predefinito di 700 visite;
- n. 56 accessi presso i Distretti periferici, in lievissima flessione rispetto al 2014 (59), ma comunque superiore al valore target prefissato di 54 accessi;
- n. 243 procedure prelievi ematici, in lievissima riduzione rispetto al 2014 (250) superiore al valore target predefinito di 200 procedure; tale procedura, già attiva dal 2002 è stata ulteriormente implementata, rappresentando così un esempio di Day Service Ambulatoriale per le caratteristiche di facilitazione di un percorso atto a garantire la Health Care del paziente psichiatrico grazie al monitoraggio continuo dei parametri ematici;
- n. 11154 interventi infermieristici, in lieve decremento rispetto al 2014, ma comunque superiore al valore target predefinito di 10.000 interventi.

L'utenza complessiva del CSM di Matera è pari complessivamente a 1.000 pazienti su un totale di circa 120.000 abitanti.

PRESTAZIONE CENTRO SAUTE MENTALE DI POLICORO

CENTRO SALUTE MENTALE - POLICORO - ANNI 2014 – 2015											
Prestazioni	Ambulatorio		Case Alloggio		Domicilio Territorio- Trib. UOZ		Centro Diurno		TOTALE		Δ
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	%
Accertamento medico-legale	181	252	0	0	0	0	0	0	181	252	39%
Colloqui	364	282	807	308	226	203	242	125	1.639	918	-44%
Colloqui clinico psicologici	90	167	1	290	0	0	0	0	91	457	402%
Colloqui familiari	250	289	16	31	342	480	92	126	700	926	32%
Interv. tipo espressivo, manuale e motorio (gruppo)	0	0	2	39	23	0	57	236	82	275	235%
Interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio (individuale)	0	0	0	0	52	0	326	0	378	0	-100%
Interv informativi e psicoeducativi famiglia	70	0	34	0	39	0	106	9	249	9	-96%
Interv risocializzazione (gruppo)	6	0	158	216	275	205	2732	1747	3.171	2.168	-32%
Interv risocializzazione (individuale)	33	0	178	288	932	101	407	617	1.550	1.006	-35%
Interv abilità base (gruppo)	1	0	13	115	236	0	2.062	1.308	2.312	1.423	-38%
Interv abilità base (individuale)	11	0	16	983	821	0	206	563	1.054	1.546	47%
Interv e Contatti di rete	1.585	1.224	102	40	1.469	1.214	178	92	3.334	2.570	-23%
Interv di supporto	518	377	707	577	1.517	1.312	2.966	2.232	5.708	4.498	-21%
Interv amministrativi e sociali	248	336	316	226	195	250	106	157	865	1.069	24%
Interv presso MMG	248	0	0	0	0	335	0	0	248	335	35%
Interv Infermieristico	4.296	4.388	8	0	419	490	0	0	4.723	4.878	3%
Psicoterapia Individuale	87	148	0	0	0	0	0	0	87	148	70%
Somministrazione farmaci	1.151	1.226	0	0	275	366	0	0	1.426	1.592	12%
Test Psicodiagnostici	40	79	0	0	0	0	0	0	40	79	98%
1° Visita Psichiatrica	480	426	0	0	27	13	0	0	507	439	-13%
Visita Psichiatrica controllo	4.317	4.361	0	3	150	60	0	0	4.467	4.424	-1%
TOTALE	13.976	13.555	2.358	3.116	6.998	5.029	9.480	7.212	32.812	29.012	-12%

Nel 2015 il Centro di Salute Mentale di Policoro ha effettuato complessivamente 29.012 prestazioni, con una lieve flessione rispetto al 2014 (n. 32.812 prestazioni).

Nello specifico:

- le prestazioni Ambulatoriali sono state 13.555, a fronte delle 13.976 del 2014
- le prestazioni presso le Case Alloggio sono state 3.116, a fronte delle 2.358 del 2014
- le prestazioni Territoriali sono state 5.029 a fronte delle 6.998 del 2014
- le prestazioni presso il C.D. sono state 7.212 a fronte delle 9.480 del 2014

Le prestazioni effettuate sul Territorio, presso le Case Alloggio e presso i Centri Diurni 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, Tribunale, 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'E'quipe, 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.

In riferimento ai **Centri Diurni**, 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, sia individualizzati che di gruppo, volti a recuperare le abilità perdute nel corso della malattia psichiatrica.

Tali interventi partono dalle risorse dei singoli pazienti e tendono a favorirne il re-inserimento nel quotidiano fornendo i mezzi per affrontarne gli impegni e le difficoltà che lo stesso comporta.

Il Centro Diurno si pone, sin dalla sua apertura, come importante punto di riferimento per lo sviluppo delle relazioni interpersonali, e per il reintegro all'interno della Comunità Sociale.

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).

Nell'ASM sono attivi Centri Diurni presso Matera e Policoro.

A Matera vi sono due sedi:

- la prima, quella storica presso il CSM di Via Gramsci, con un numero complessivo di pazienti nel 2015 pari a 15 ed una frequenza media giornaliera di 10 pazienti,
- la seconda, più recente, denominata Centro Integrato Polivalente presso il Rione di Serra Rifusa, frequentata da 24 utenti

Le attività effettuate nel 2015 dal Centro Diurno di Matera sono riconducibili alle seguenti:

Attività svolte all'esterno: attraverso il percorso di sostegno all'abitare/domiciliarità è stato possibile realizzare due uscite settimanali di due ore (LUN – VEN) per le attività di palestra, cinema, svago, ecc. (n. 5 utenti, 85 uscite, 40 palestra). Continua l'attività sportiva di calcio a 6.

Collaborazione con i familiari: oltre gli incontri organizzativi con i familiari degli utenti (n. 5 incontri), nel 2015 è continuata la collaborazione con l'ass. A.Ma.Sa.M, per la realizzazione di progetti e di eventi di socializzazione (5 incontri – 3 eventi).

Attività di promozione alla salute mentale: Realizzazione giornale "il Gazebo", Attività culturali e di socializzazione organizzate in collaborazione con i familiari e con associazioni di volontariato, attraverso la realizzazione di progetti e di eventi di socializzazione (5 incontri – 3 eventi).

Attività di riabilitazione psicosociale: attraverso attività di socializzazione (palestra, cinema), attività di escursione e soggiorno (17 escursioni e 1 soggiorno), attività sportive (partecipazione a 2 tornei di calcio a 6).

Attività riabilitative finalizzate all'inserimento lavorativo: attraverso la realizzazione di un Laboratorio Artistico/Ceramica, di un Laboratorio Orto Biologico, e l'attivazione di 4 borse - lavoro Il Centro Diurno di Policoro nel 2015 è stato frequentato da Gennaio a Dicembre con una presenza media di 11 utenti. Le giornate di presenza sono state complessivamente 2.523, le giornate di apertura sono state 237.

Le attività realizzate nell'ambito dell'obiettivo di risocializzazione hanno riguardato una serie di laboratori, quali quello della manipolazione dell'argilla, della cucina, della Pet Therapy, del ballo, oltre ad attività ludiche. Sono state assicurate le attività del Gruppo Rilassamento e Presenza Mentale, con 19 incontri ed una media di 7 pazienti e del Gruppo Auto Mutuo Aiuto, con 38 incontri e una media di 7 pazienti; inoltre sono stati realizzati i seguenti progetti:

Progetto "In campo per la vita, con 10 incontri e una media di 8 pazienti;

Progetto "All you need is love" con 7 incontri e una media di 11 pazienti;

Progetto "Tracce per un'autoeducazione – progetto Biblioteca", con 6 incontri e una media di 7 pazienti.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, 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
- Gruppo Appartamento di Tricarico

- Gruppo Appartamento di Grassano
- Gruppo Appartamento di Pomarico

Le *Case Alloggio* complessivamente sono dotate di 49 posti letto e assistenza h. 24; ogni residenza dispone di 10 p.l., tranne quella di Grassano che ne conta 9.

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

La gestione delle suddette strutture residenziali è affidata, tramite gara d'appalto, a n. 5 Cooperative Sociali organizzate in ATI che garantiscono prestazioni riabilitative, educativo-assistenziali ed infermieristiche.

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 2015 hanno usufruito delle case alloggio n. 55 utenti, n. 3 unità in più rispetto al 2014 e 6 in più rispetto al 2013. I pazienti presenti al 31/12/2015 erano 48 (+2 rispetto al 2014); i pazienti ammessi sono stati 9, i dimessi 7.

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.

Gli utenti ospiti nei gruppi appartamento nel 2015 sono stati 10 su 12 posti disponibili, con 1 nuova ammissione e 2 dimissioni. Gli utenti presenti al 31/12/2015 risultano essere 7.

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 2015 n. 31 utenti, di cui 25 in carico, uno in meno rispetto all'anno precedente.

Le Strutture Residenziali ricadenti nella ex ASL 5 di Montalbano J. si compongono di 3 case alloggio, Colobraro, Montalbano e Tinchì, per un totale di 33 p.l.

Nel 2015 si sono registrati 23 nuovi inserimenti, 18 dimissioni ed 1 trasferimento.

Infine, si fa rilevare, come già precedentemente anticipato, che nei primi mesi del 2015, prima tra le Aziende Sanitarie meridionali, l'ASM di Matera ha completato la realizzazione ed avviato la gestione della **R.E.M.S. (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza)**, consentendo alla Regione Basilicata di risultare tra le prime Regioni in Italia ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

La R.E.M.S., realizzata nella frazione di Tinchì, risponde all'obiettivo prioritario di curare e ridare dignità a particolari categorie di pazienti psichiatrici, favorendo il reinserimento sociale dei pazienti cui è rivolta. La R.E.M.S., infatti, vuole aprirsi all'esterno, curare e riabilitare, attraverso la continua interazione degli operatori con il mondo esterno, le associazioni di volontariato e tutti i soggetti coinvolti nei progetti di terapia e riabilitazione.

A tale scopo la ASM in collaborazione con la Regione ha messo su una vera e propria struttura di missione: 2 psichiatri, 1 psicologo, 1 assistente sociale e altro personale di supporto, il tutto sotto la vigilanza e previa autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza.

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.

Le attività effettuate dalle strutture aziendali sono riconducibili alle seguenti:

- Attuazione di interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie;
- accertamento dello stato di salute psicofisica del soggetto anche con riferimento alle condizioni sociali;
- formulazione diagnosi di tossicodipendenza e alcol dipendenza;
- predisposizione di progetti terapeutici individualizzati;
- realizzazione diretta o in convenzione con le strutture del privato sociale accreditato del programma terapeutico e socio-riabilitativo;
- realizzazione di programmi assistenziali rivolti a detenuti tossicodipendenti e alcol dipendenti;
- certificazione dello stato di tossicodipendenza ove richiesto dagli interessati o per le finalità di cui alla legge n. 162 del 1990;
- conduzione gruppi;
- realizzazione di interventi di prevenzione universale e selettiva delle dipendenze patologiche;
- realizzazione di interventi di informazione e sensibilizzazione particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione;
- realizzazione di interventi di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza, sia nei confronti dei soggetti in trattamento presso i SERD che nei confronti di quelli in trattamento presso le strutture convenzionate;
- valutazione periodica dell'andamento e dei risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico, sociale, nonché in termini di cessazione di assunzione di sostanze stupefacenti;
- counselling rivolto ai consumatori di sostanze psicoattive legali e non legali;
- monitoraggio e analisi socio-epidemiologica delle dipendenze su base locale;
- partecipazione a commissioni, comitati esterni;
- attività di coordinamento e di rete;
- attività di progettazione;
- attività di formazione e addestramento per operatori;
- attività amministrativa;
- gestione sistema informativo di servizio SIND;
- attività Centro Antifumo Policoro;
- attività Diagnosi Precoce Policoro.

Nel corso del 2015 sono stati attuati i seguenti obiettivi:

- "Prevenzione Universale delle Dipendenze": nell'ambito di tale obiettivo sono state realizzate una serie di iniziative di informazione/sensibilizzazione sui rischi legati al consumo alcool/sostanze stupefacenti promosse nell'ambito delle attività della Consulta Provinciale Permanente sulla Sicurezza, attraverso la realizzazione di 8 iniziative su 8 programmate, presso scuole presenti nella città di Matera e provincia;
- Iniziative di prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili all'uso di sostanze nelle Scuole Secondarie di I e II Grado della provincia di Matera, attraverso la realizzazione di 21 iniziative a fronte di 5 programmate;
- Iniziative di prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili all'uso di sostanze nelle Scuole Secondarie di I e II Grado di Policoro, attraverso la realizzazione di 12 iniziative a fronte di 10 programmate e n. 2

campagne (“Non aprire la porta all'alcol” 27/05/15, in collaborazione con la sezione FIDAPA di Policoro e “No Tabacco day” 04/06/15 presso Ospedale di Tinchi\Marconia di Pisticci).

Inoltre sono state organizzate:

- n. 7 riunioni, a fronte delle 5 programmate, nell'ambito del “Coordinamento Partnership Istituzionale Piani Territoriali Lotta alla droga” - Ambiti di Zona Matera Città / Bradanica-Medio Basento con la realizzazione di un convegno conclusivo Piano Territoriale Lotta alla Droga – Ambito di Zona Matera Città
- n. 5 riunioni, a fronte delle 3 programmate, nell'ambito del “Coordinamento Scientifico monitoraggio/valutazione Piano Territoriale Lotta alla Droga” - Ambiti di Zona Matera Città/Bradania – Medio Basento.

Nell'ambito del perseguimento dell'obiettivo relativo all'appropriatezza organizzativa sono stati tenuti n. 15 incontri, a fronte dei 3 programmati, con le équipes multidisciplinari area sanitaria/area educativa detenuti tossico/alcolodipendenti Casa Circondariale di Matera.

Con riferimento all'Obiettivo “Lavoro di rete”, sono stati organizzati n. 5 incontri, a fronte di 1 programmato, nell'ambito del Programma Nazionale Guadagnare Salute – Coordinamento Tavolo Tecnico Interdisciplinare Aziendale “La Prevenzione del Tabagismo” e “La Lotta alle Dipendenze”. Con deliberazione del Direttore Generale ASM n. 1045 del 16.07.2015 è stato stipulato il Protocollo d'Intesa “Prevenzione universale delle dipendenze e peer education” tra l'Azienda Sanitaria Locale di Matera e l'Associazione di Promozione Sociale (APS) Giallosassi di Matera.

Infine, si riportano di seguito una serie di indicatori di attività relativi all'ultimo triennio.

Soagetti assistiti dal Ser.D. - Totale utenti

sede operativa	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014	Δ% 2015-2014
Ser.D. Matera	578	532	557	25	4,7%
Ser.D. Policoro	379	376	409	33	8,8%
TOTALE	957	908	966	58	6,4%

Soagetti assistiti dal Ser.D. - Utenti nuovi assoluti ammessi

sede operativa	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014	Δ% 2015-2014
Ser.D. Matera	97	110	104	-6	-5,5%
Ser.D. Policoro	76	73	109	36	49,3%

Soagetti assistiti dal Ser.D. per luogo di cura

luogo di cura	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014	Δ% 2015-2014
Sede Ser.D. Matera	437	463	434	-29	-6,3%
Sede Ser.D. Policoro	360	337	342	5	1,5%
Totale sedi Ser.D.	797	800	776	-24	-3,0%
Casa Circondariale Matera	73	56	68	12	21,4%
Comunità terapeutiche	85	93	98	5	5,4%
Centro antifumo Polic.	22	27	24	-3	-11,1%

Soagetti assistiti dal Ser.D. – Totale utenza per tipologia di dipendenza

tipologia dipendenza	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014	Δ% 2015-2014
Tossicodipendenza					
Ser.D. Matera	467	422	439	17	4,0%
Ser.D. Policoro	261	259	293	34	13,1%
Tossicodipendenza Totale Ser.D.	728	681	732	51	7,5%
Alcodipendenza					
Ser.D. Matera	81	87	97	10	11,5%

Alcodipendenza Ser.D. Policoro	105	99	95	-4	-4,0%
Alcodipendenza Totale Ser.D.	186	186	192	6	3,2%
Tabagismo Ser.D. Policoro	22	27	24	-3	-11,1%
Ludopatia (GAP) Ser.D. Matera	9	9	10	1	11,1%
Ludopatia (GAP) Ser.D. Policoro	13	18	20	2	11,1%
Ludopatia (GAP) Totale Ser.D.	22	27	30	3	11,1%

Soqgetti assistiti dal Ser.D. – Nuovi utenti assoluti per tipoloqia dipendenza

tipologia dipendenza	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014	Δ% 2015-2014
Tossicodipendenza Ser.D. Matera	55	64	71	7	10,9%
Tossicodipendenza Ser.D. Policoro	34	41	65	24	58,5%
Tossicodipendenza Totale Ser.D.	89	105	136	31	29,5%
Alcodipendenza Ser.D. Matera	20	33	26	-7	-21,2%
Alcodipendenza Ser.D. Policoro	28	21	28	7	33,3%
Alcodipendenza Totale Ser.D.	48	54	54	0	0,0%
Tabagismo Ser.D. Policoro	8	19	10	-9	-47,4%
Ludopatia (GAP) Ser.D. Matera	5	7	4	-3	-42,9%
Ludopatia (GAP) Ser.D. Policoro	8	6	13	7	116,7%
Ludopatia (GAP)					

Prestazioni erogate dall'U.O.C. Ser.D.

Prestazione	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014	Δ% 2015-2014
Attività telefonica	1751	1461	1487	26	1,8%
Relazioni sul caso, prescrizioni e certif.	30395	26804	26515	-289	-1,1%
Attività di accompagnamento	28	11	18	7	63,6%
Visite mediche	2140	1602	1230	-372	-23,2%
Colloqui (managment clinico, psicologici, sociali, educativi)	3821	3790	3521	-269	-7,1%
Esami e procedure cliniche	16566	15526	15595	69	0,4%
Somministrazioni farmaci (diretta e affido)	42728	41772	43705	1933	4,6%
Interventi psicoterapeutici individuali	351	360	357	-3	-0,8%
Interventi psicoterapeutici coppia-famiglia	172	133	173	40	30,1%
Interventi psico/socio/educativi	206	116	130	14	12,1%
Test psicologici	127	393	244	-149	-37,9%
Attività di supporto generale al paziente	199	95	103	8	8,4%
Predisposizione/revisione progetto terapeutico indiv. e neg. ter.	2861	1877	1621	-256	-13,6%
Prestazioni alberghiere	0	0	0	0	

Prestazioni staord. carattere economico assistenziale	0	1	0	-1	-100,0%
Prestazioni generali di prevenzione primaria	112	93	137	44	47,3%
Prestazioni generali di prevenzione secondaria (pat. correl.)	6	0	1	1	
Riunioni organizzative e dipartimentali	41	36	35	-1	-2,8%
Partecipazione a commissioni, com. est.	16	56	75	19	33,9%
Riunioni organizzative metodologiche int.	1228	1354	1302	-52	-3,8%
Attività di coordinamento/di rete	497	391	491	100	25,6%
Attività di progetto (ricerca ed interventi spec.)	194	9	48	39	433,3%
Attività di formazione e addestramento per operatori	424	183	348	165	90,2%
Stesura di rapporti/relazioni dell' attività della U.O.	81	45	107	62	137,8%
Totale	103944	96104	97243	1139	1,2%

Indice utenti tossicodipendenti sottoposti a test HIV sul totale utenti nell'anno per sede Ser.D.

sede operativa	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014
Ser.D. Matera	8,4%	10,9%	7,9%	-3,0%
Ser.D. Policoro	38,7%	33,2%	19,5%	-13,7%
Utenza Totale	19,2%	19,4%	12,2%	-7,2%

Indice nuovi utenti assoluti sottoposti a test HIV sul totale utenti nuovi assoluti nell'anno per sede

sede operativa	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014
Ser.D. Matera	23,6%	23,4%	18,3%	-5,1%
Ser.D. Policoro	13,2%	31,7%	10,1%	-21,6%
Utenza Totale	19,2%	26,7%	14,1%	-12,6%

Indice nuovi utenti assoluti sottoposti a test epatite B sul totale utenti nuovi assoluti nell'anno per sede

sede operativa	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014
Ser.D. Matera	25,0%	21,9%	18,3%	-3,6%
Ser.D. Policoro	13,2%	24,4%	11,0%	-13,4%
Totale	20,0%	22,9%	14,5%	-8,4%

Indice utenti sottoposti a test epatite C sul totale utenti nell'anno per sede Ser.D.

sede operativa	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014
Ser.D. Matera	8,8%	11,4%	7,9%	-3,5%
Ser.D. Policoro	37,5%	34,4%	18,8%	-15,6%
Totale	19,1%	20,1%	12,3%	-7,8%

Indice utenti nuovi assoluti sottoposti a test epatite C sul totale utenti nuovi assoluti nell'anno per sede

sede operativa	anno 2013	anno 2014	anno 2015	Δ 2015-2014
Ser.D. Matera	23,6%	23,4%	18,3%	-5,1%
Ser.D. Policoro	13,2%	24,4%	11,0%	-13,4%
Totale	19,2%	23,8%	14,5%	-9,3%

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 2015 ha prodotto 46 ricoveri diurni, in notevole riduzione rispetto al 2014.

Nel corso del 2015, in conformità agli obiettivi prestabiliti:

- sono stati definiti i percorsi diagnostici per l'autismo, i disturbi di linguaggio e la disabilità intellettiva
- sono stati incrementati i trattamenti riabilitativi rispetto all'anno precedente, le visite ambulatoriali sono state sostanzialmente in linea con quelle dell'anno precedente
- sono stati valutati almeno ogni 6 mesi tutti i progetti per i trattamenti riabilitativi presso strutture accreditate per i circa 400 minori che vi accedono.

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, si caratterizza per la specifica "trasversalità" in quanto gli psicologi sono presenti in differenti U.O. e servizi.

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

- Salute Mentale Adulti;
- Consultorio Familiare;
- Età Evolutiva;
- Psicologia Scolastica;
- Ambulatorio di Psicologia Clinica;
- Psicologia del lavoro;
- Psicologia delle dipendenze;
- Neuropsicologia;
- Psicologia delle emergenze;
- Servizio Consulenze Psicologiche Ospedaliere;
- Psicologia Oncologica

Le prestazioni svolte nel 2015, di seguito riepilogate, sono state complessivamente 20.143: esse ricomprendono anche quelle precedentemente indicate nell'ambito dell'assistenza consultoriale (estrapolate dal CUP):

Tipologie Prestazioni totali 2015	Tot	N° Psicologi impegnati
Aname valutaz: Storia e valut. Abbreviata	929	20
Anamnesi e valutaz.: Visita suc. alla prima	702	16
Colloquio di sost psic (per seduta)	2113	21
Colloquio psicologico clinico	2616	21
Consulto di documentazione clinica	2131	18
Consulto definito complessivo	364	10
Consulto definito complessivo, a domicilio	1139	16
Consulto definito complessivo, in strutture residenziali	946	13
Counselling informativo per progr. educ. e/o inser. strut.ass.	2239	16
Psicoterapia di gruppo	366	18
Psicoterapia di gruppo (6 sedute)	73	14
Psicoterapia familiare	462	20
Psicoterapia individuale	1637	20
Somministrazione di test della memoria	133	15
Somministrazione di test delle abilità visuo spaziali	36	11
Somministrazione di test delle funzioni esecutive	151	11
Somministrazione di test di deterioramento o svil intel	216	15
Somministrazione di test di intelligenza	209	13
Somministrazione di test proiettivi e della personalità	435	20
Test scala memoria Wechsler	31	5
Test di valutazione del carico familiare e delle strat coping	4	11
Test di valutazione della disabilità sociale	47	11
Training psico-fisico per il parto naturale	22	3
Valutazione funzionale delle funzioni corticali superiori	28	11
Valutaz.funzionale globale con scala psico- comport.	204	9
Valutaz.funzionale segmentaria con scala psico- comport.	738	13
Valutazione monofunzionale	53	9
Val. monof.. Bilancio pretratt.dei dist.i comuni e del ling.	10	9
Val. monof..Somministrazione di test delle funzioni linguist	614	9
Valutazione psicodiagnostica individuale (per seduta)	530	16
Visita interdisciplinare (almeno 3 specialisti)	129	16
Visita neuropsicologica clinica	645	16
Visita neuropsicologica clinica di controllo	156	14
Visita psicologica clinica	9	4
Ipnosi	26	2
Totale prestazioni	20.143	

Accanto alle prestazioni su elencate, opportunamente classificate con i codici del Nomenclatore Regionale, la Psicologia Clinica nel 2015 ha svolto svolgono le seguenti ulteriori attività:

ATTIVITA'	numero ore	indicare numero attività
Attività preventiva e di promozione della salute psicofisica**		142
Attività gestionali e organizzative*	1151	
Attività di Tutoring *	1733	

Attività formative *	560	
Attività di ricerca**		104
Attività di valutazione della qualità**		105

Le attività svolte in ambito scolastico (inserimento disabili scuola dell'obbligo e superiori), sono svolte dagli psicologi dei Distretti (Consultori Familiari) e riportate nella sottostante tabella.

INSERIMENTO DISABILI SCUOLA ANNO 2015										
	Matera 1	Matera 2	Bernalda	Marconia	Montes.	Tinchi	Policoro1	Policoro2	Tricarico	Totale
GIH	153	122	121	140	129	86	131	109	122	1113
DF	26	12	38	25	19	16	29	19	11	195
PDF	24	8	44	20	36	16	55	50	9	262
PEI	76	75	51	10	81	86	64	107	122	672
TOT	279	217	254	195	265	204	279	285	264	2242

Le attività hanno coinvolto 1113 alunni nelle sedi scolastiche territorialmente competenti all'Azienda. Ciò ha comportato uno sforzo organizzativo/gestionale, in quanto la distribuzione territoriale richiede la presenza dello psicologo presso le scuole per gli incontri di programmazione, comportando un impegno di tempo valutabile per ogni alunno, mediamente di 2 ore).

Le prestazioni erogate dalla S.C. Psicologia, sono sostanzialmente in linea con gli obiettivi previsti. Vi è stato un aumento delle prestazioni in ambito Consultorio Familiare, denotando in ciò un aumento di domanda dell'utenza in merito alle problematiche individuali e familiari (adolescenti, scuola, crisi di coppia/famiglia,).

L'aumento delle prestazioni ospedaliere, (consulenze su richiesta dei reparti, interventi strutturati in ambito ospedaliero) evidenzia sempre più la necessità della presenza di uno psicologo in ospedale specialmente nelle U.O. di emergenza, oncologia, traumatologia, neurologia e pediatria.

Il calo di prestazioni erogate in ambito dipendenza, è dovuto all'assenza di due operatori per periodi di malattia significativi.

I dati della Salute Mentale Adulti (CIM) risentono di una ristrutturazione organizzativa che ha comportato delle criticità in merito all'assegnazione delle prestazioni attraverso il SIREP.

Complessivamente la risposta psicologica ai bisogni dell'utenza si è dimostrata adeguata, anche se l'aumentata consapevolezza dell'utenza verso la richiesta di benessere, sta aumentando, e conseguentemente vi è una richiesta di prestazioni psicologiche maggiore, con un inevitabile creazione di liste di attesa.

Ciò è dovuto al fatto che gli interventi psicologici (test, colloqui, psicoterapie) richiedono tempi di prestazione standardizzati piuttosto lunghi. Per i colloqui e la psicoterapia la durata è mediamente 90 min. Per i Test si va da valutazioni testistiche della durata di 1-2 ore a valutazioni complesse della durata di 6-8 ore.

- 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).

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.

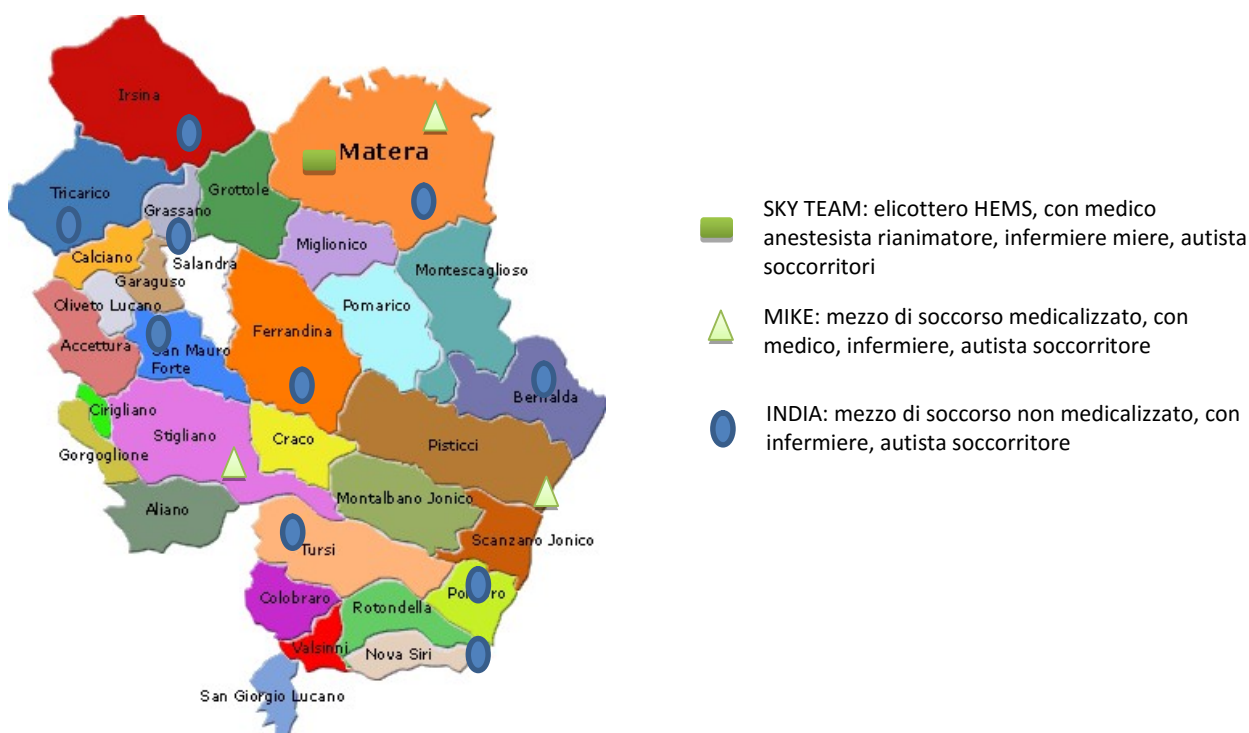
Il Sistema di Emergenza interfaccia con -4 Pronto Soccorso Attivi -1 DEA di I° livello, con sede presso l'Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera -1 DEA di II° livello con sede presso l'Azienda



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.

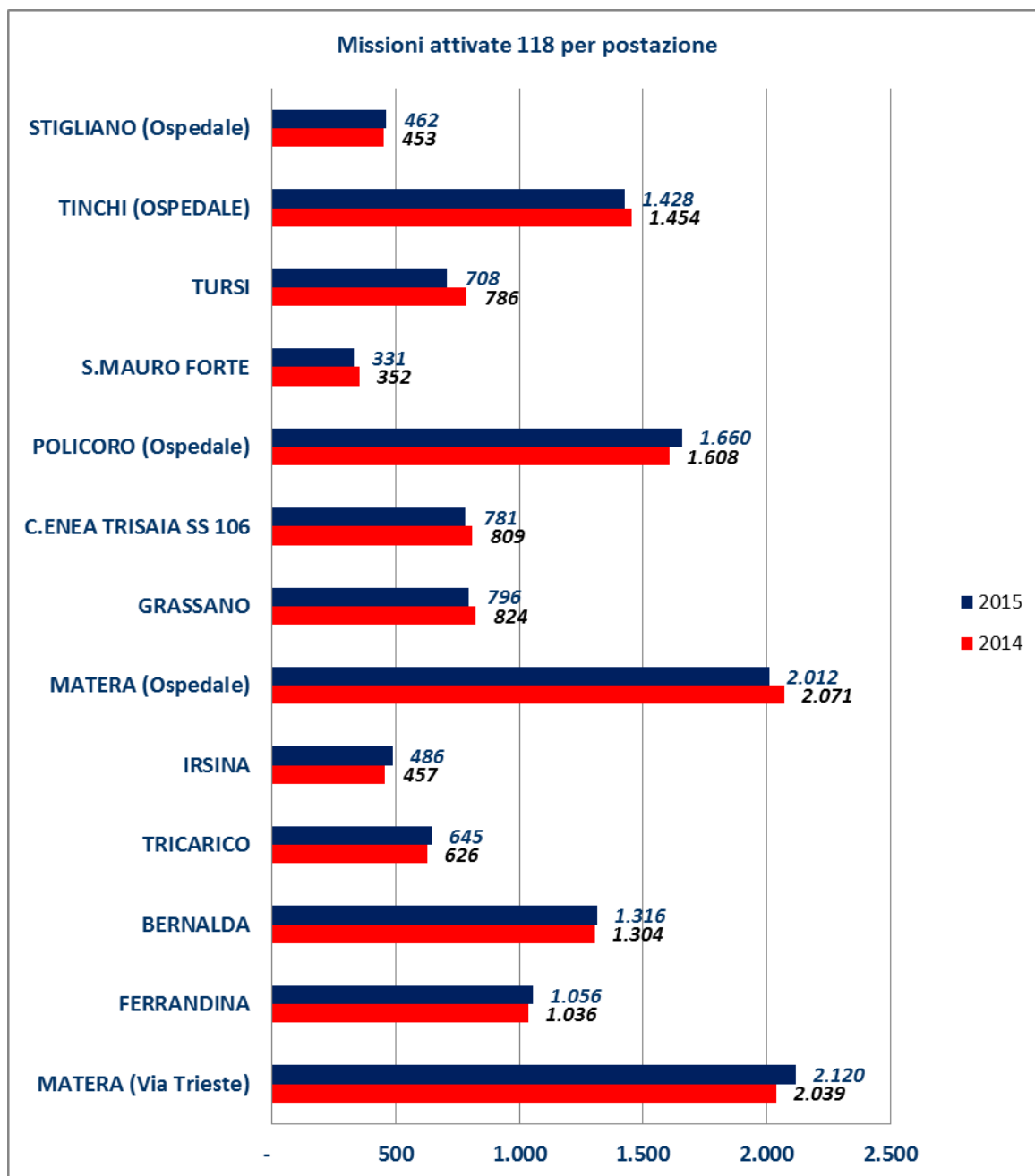
Al telefono, attivo 24 ore su 24, risponde un infermiere professionale particolarmente addestrato nelle tecniche di valutazione dell’emergenza e nell’attivazione delle procedure di intervento appropriate, che dopo aver rivolto una serie di domande utili ad inquadrare la tipologia di soccorso da prestare,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

Nel 2015 sono state attivate complessivamente 13.801 missioni da parte delle postazioni di 118, sostanzialmente in linea rispetto al 2014.

Dei 13.801 accessi, 9.103 sono state effettuati con mezzo di soccorso non medicalizzato e 4.698 con mezzo di soccorso medicalizzato.

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

Nel 2015 sono state effettuate 211 missioni con elisoccorso, 14 in meno rispetto al 2014.



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 riabilitativo 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 e verifiche per il servizio di Igiene e Prevenzione dei requisiti della L. 28 nei centri di Riabilitazione.

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 e la fase Estensiva Territoriale, presso il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale dei Presidi Ospedalieri di Matera, Policoro, Tinchì e Stigliano, nel 2015 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 autonomo
- 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.

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.

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 2015 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 corso del 2015, si è incrementata ulteriormente l'offerta assistenziale ai cittadini detenuti, azzerando completamente le traduzioni per cure odontoiatriche, tramite la progettazione, la realizzazione e l'attivazione, all'interno della Casa Circondariale di Matera, di un nuovo, moderno ed efficiente gabinetto odontoiatrico. Le attività odontoiatriche sono state avviate il 31/05/2015,

facendo registrare, fino alla fine dell'anno, un numero complessivo di accessi da parte di cittadini detenuti pari a 257.

Nel 2015 è stata ottimizzata l'organizzazione delle attività mediche specialistiche effettuate sia all'interno dell'Istituto sia al di fuori di esso.

È stata anche migliorata l'organizzazione della documentazione sanitaria, rendendola più coerente ed appropriata rispetto alle esigenze informative e gestionali. In particolare il foglio unico di terapia è stato reso più funzionale; esso si compone di una prima parte, di competenza medica, nella quale viene descritta la terapia medica, ed una seconda parte di completa gestione infermieristica, in cui vengono registrati i farmaci somministrati da parte dell'infermiere che ha effettuato la somministrazione, o nel caso di mancata somministrazione ne vengono esplicitate le cause.

Nel 2015 è proseguita l'attività di educazione sanitaria e di counselling effettuata dal personale infermieristico e rivolta a tutti i soggetti detenuti, finalizzata, attraverso interventi mirati, a ridurre l'insorgenza e la trasmissione di malattie infettive, oltre che a promuovere la corretta gestione terapeutica.

Inoltre nel corso dell'anno sono state monitorate le varie procedure già attivate negli anni precedenti, migliorandone gli aspetti organizzativi e funzionali. Si è fatto costantemente ricorso all'audit come metodologia per la risoluzione dei problemi o delle criticità di volta in volta emergenti.

Si riportano di seguito i principali dati di attività relativa all'assistenza penitenziaria erogata nel 2015:

- numero utenti medi in trattamento terapeutico giornaliero = 80
- numero somministrazioni di terapie effettuate nell'anno = 68.695
- numero prelievi ematici e rilevazioni glicemiche annui = 3.592
- numero rilevazioni parametri vitali annue = 1.825
- numero medicazioni varie annue = 365
- numero prestazioni di supporto all'attività specialistica annua = 644
- numero prestazioni di supporto ai medici SIAS ed al medico referente su base annua = 3.623

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.

Nel corso del 2015, con l'approvazione dell'Atto Aziendale, si è provveduto a unificare tutte le Strutture Complesse, per le quali esistevano dei duplicati, uno nella ex ASL n. 4 e uno nella ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico, dando piena attuazione all'accorpamento delle due Aziende delineato dalla L.R. 12/2008. Pertanto il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana comprende le UU.OO. di seguito indicati:

- Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.),
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.),
- Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.),
- Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.),

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.

Al pari del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana, nel corso del 2015, con l'approvazione dell'Atto Aziendale, si è provveduto a unificare tutte le Strutture Complesse, per le quali esistevano dei duplicati, uno nella ex ASL n. 4 e uno nella ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico, dando piena attuazione all'accorpamento delle due Aziende delineato dall L.R. 12/2008. Pertanto il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale risulta composto 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, alla cervice uterina e al colon, al fine di garantire la diagnosi precoce nella popolazione target.

Nel 2015 l'attività di screening mammografico ha fatto registrare i seguenti dati: su 17.323 donne invitate, hanno aderito all'invito 7.621, realizzando una percentuale di adesione pari al 44%. Delle donne che hanno aderito allo screening mammografico 422, pari al 5,5%, è stato richiamato per esito positivo: 412 donne su 422, con una percentuale del 97,6%.

Con riferimento allo screening cervico – uterino, nel 2015 su 10.303 donne invitate, hanno aderito allo screening 5.020, pari al 48%. I pap test positivi di 1° livello sono stati 106 e quelli di 2° livello sono stati 412, su 422 inviti.

In merito allo screening del colon, nel 2015 su 30.859 soggetti invitati, hanno aderito allo screening 12.264, pari al 36%; gli esami refertati con esito positivo son stati in tutto 678, pari al 6% di coloro che si sono presentati.

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 ci 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 della 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 Difta – 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 2015, l'ASM ha raggiunto pienamente gli obiettivi regionali ai primi 2 vaccini, facendo registrare per il primo vaccino una copertura del 98,52% e per il secondo vaccino una copertura

dell'86,34%; per il terzo vaccino, invece, la copertura realizzata è stata pari al 59,71%, 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 al tre 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 2013) è stata superiore all'83%; nel 2015 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 2015:

- sono stati effettuati 331 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 255 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 costruzione ad uso abitativo.

Con riferimento all'area della **medicina legale** nel 2015 sono stati confermati: l'assenza di liste di attesa per il rilascio delle certificazioni medico legali correnti. Nello specifico nel corso del 2015 tra i principali interventi realizzati in tale area, sono state effettuate:

- 16.621 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....),
- 35 adempimenti per l'istruttoria delle istanze della L. 210/92.

Con riferimento all'area della **polizia mortuaria** nel 2015 sono stati realizzati in maniera puntuale 1.927 interventi, nel rigoroso rispetto dei tempi e delle procedure.

Nell'ambito dell'area della **vigilanza** nel 2015, nonostante le carenze di organico, 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 2015:

- 24 interventi di attuazione dei piani regionali di controllo e vigilanza sui rivenditori di fitofarmaci;

- 37 interventi di attuazione di piani e programmi nazionali e/o regionali di vigilanza e controllo sulle acque di balneazione;
 - 10 interventi di vigilanza igienico sanitaria ai lidi;
 - 64 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;
 - 96 interventi di vigilanza su emissioni in atmosfera;
 - 35 interventi di vigilanza nelle scuole su richiesta istituzioni e privati;
 - 6 interventi di vigilanza e controllo sulle piscine; (campionature acque in collaborazione con l'ARPAB)
 - 52 interventi di vigilanza su estetiste, parrucchieri, barbieri e visagiste;
- Con riferimento alla **medicina fiscale**, a fronte di 3.978 richieste di visite fiscali e ne sono state evase 1.166, pari al 29%.

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 2015, sono stati rilasciati 111 pareri igienico sanitari relativi a progetti di realizzazione di attività legate al settore e alle stesse opere successivamente realizzate; sono state istruite 761 richieste di registrazioni di attività legate al settore di cui 597 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 2015 sono stati effettuati 342 sopralluoghi, rilasciati 26 certificazioni/pareri ed effettuati 279 campionamenti.

Il Controllo Ufficiale dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia, nel 2015, si è sviluppato nell'ambito di quello Ufficiale con il campionamento di 11 matrici.

Sorveglianza:

Nel corso del 2015 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 rilasciate n. 344 attestazioni di idoneità e adottati 3 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 54 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 6 campionamenti.

Al fine di dare attuazione ai piani regionali di controllo dei residui antiparassitari negli alimenti, nel 2015 sono stati effettuati 113 campionamenti.

Per quanto riguarda la prevenzione delle intossicazioni da funghi, sono state rilasciate dall'Ispettorato micologico 18 certificazioni.

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 di effettuare 225 interventi in fase ispettiva e la realizzazione di 2 corsi informativi.

Con riferimento alle attività di sorveglianza nutrizionale, raccolta dati epidemiologici, consumi ed abitudini alimentari, sono state effettuate 403 visite preventive per il trattamento di soggetti in sovrappeso e per la prevenzione delle complicanze nei soggetti obesi.

Nel 2015 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 18 incontri formativi interventi presso le scuole e contattati 320 soggetti.

In merito agli interventi per la ristorazione collettiva, sono stati predisposti n. 19 tabelle dietetiche; è stata garantita la partecipazione a n. 4 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.D. **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 corso del 2015 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 5.073 imprese attive presenti sul territorio della ASM, ne sono state controllate 633, pari al 12,5%, superando il 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 906 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 2015, il personale tecnico e medico interessato ha compiuto 11 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 165 ditte in tutti i settori di attività lavorativa secondo un programma di priorità.

Sono stati esaminati 3 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 8 Indagini, disposte su propria iniziativa o richieste 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 14 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 4 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 8 sopralluoghi.

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,
- del Collegio Medico Legale ASL (ex L. n. 335/95, ex L. n. 153/88 ed ex L. n. 300/70),
- del Collegio Medico istituito ex L. n. 482/68,
- della Commissione d'Esame per il rilascio dell'Autorizzazione all'acquisto dei Prodotti Fitosanitari molto tossici, tossici e nocivi,
- dell'Osservatorio Permanente sulla Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e delle malattie professionali istituito presso la Prefettura,

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 2015 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. 92), apparecchi a pressione (n. 227), apparecchi di sollevamento (n. 205), impianti ascensori e montacarichi (n. 22), impianti di riscaldamento (n. 10).

Nel corso del 2015 sono stati rilasciati n° 1 Libretto per conduttori, sono stati rilasciati 3 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 2015 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 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 Sanità 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. 574 e sono stati tutti controllati (allevamenti che rientrano nel programma), così come il patrimonio zootecnico, costituito da n. 24.113 capi, è stato controllato al 100% (capi che rientrano nel programma) con risultato negativo. Si evince, quindi, che l'andamento della malattia è sotto controllo non essendo stati registrati focolai attivi, 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.

Anche con riferimento alle attività relative al risanamento della **Leucosi Enzootica** e della **Brucellosi Bovina e Bufalina**, i 574 allevamenti presenti in questa Azienda (allevamenti che rientrano nel programma) sono stati tutti sottoposti a controlli, così come il relativo patrimonio

zootecnico, pari a 20.634 è stato tutto scrinato, con risultato negativo. Si evince, quindi, che l'andamento della malattia è sotto controllo non essendo stati registrati focolai attivi.

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 Ovicaprina**, gli allevamenti di questa Azienda, pari a 1.155 (allevamenti che rientrano nel programma) sono stati tutti controllati, così come il relativo patrimonio zootecnico, pari a 53.000 capi (capi che rientrano nel programma) sono stati tutti scrinati, con risultato negativo. Anche per il 2015 nel territorio dell'ASM non si sono registrati focolai attivi.

Con riferimento alle attività relative al risanamento della **Malattia Vescicolare del Suino (MVS)**, gli allevamenti di questa Azienda, pari a 202 (allevamenti che rientrano nel programma), sono stati tutti controllati, così come il patrimonio zootecnico, pari a 3.513 capi (capi che rientrano nel programma) è stato tutto controllato con risultato negativo.

Fino ad oggi, non ci sono stati focolai attivi di MVS, a dimostrazione dell'efficacia dell'attività di sorveglianza che viene attuata in tutte le aziende.

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. 662/2015 ripropone lo stesso impianto già avviato con le DD.GG.RR. 298/2012 e 452/2014 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 2015 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 25*
 - Obiettivi di empowerment – *peso 5*
- 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 42 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.

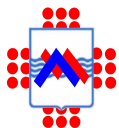
Gli indicatori hanno natura sintetica e prevedono un range di valori pari a 0% - 50% - 100%, che misurano il raggiungimento dell'obiettivo considerato.

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.

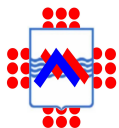
Al raggiungimento degli obiettivi aziendali, è collegata la retribuzione di risultato dei Direttori Generali, prevista nella misura massima del 20% della retribuzione di base stabilita.

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 2015 all'ASM, con la DGR 662/2015, con l'indicazione, laddove possibile, del risultato raggiunto e del conseguente punteggio ottenuto.

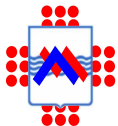


OBIETTIVI AZIENDALI								
AREA	NR	OBIETTIVI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI			RISULTATO 2015	PUNTI 2015	NOTE
			0%	50%	100%			
TUTELA DELLA SALUTE - <i>peso 20</i>								
Prevenzione primaria <i>peso 5</i>	1	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	< 90	da 90 a 95	> 95	98,52	1	
	2	Copertura vaccinale MPR nella pop. bersaglio	< 80	da 80 a 90	> 90	86,34	0,50	
	3	Copertura vaccinale antipneumococcica	< 95	da 95 a 97	> 97	98,25	1	
	4	Copertura vaccinale antimeningococcica	< 95	da 95 a 97	> 97	83,11	0	
	5	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV)	< 95	da 95 a 97	> 97	62,56	0	
Prevenzione secondaria <i>peso 5</i>	6	Estensione screening mammografico	< 80	da 80 a 95	> 95	93,14	0,5	Dato 2012
	7	Adesione screening mammografico	< 40	da 40 a 80	> 80	55,90	0,75	Dato 2012
Sicurezza ambienti di lavoro <i>peso 4</i>	8	Imprese attive sul territorio controllate	< 5	da 5 a 10	> 10	12,5	4	
Sanità veterinaria <i>peso 6</i>	9	% di campioni analizzati x la ricerca di residui di fitosan.nei prodotti alimentari	NO		SI'	SI' 150%	1	
	10	% di ovini e caprini testati xScrapie	NO		SI'	SI' 95%	1	
	11	% di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	NO		SI'	SI' 98,57%	1	
	12	Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti (reg.CE853/04)	NO		SI'	SI' 90%	1,	
	13	Allineamento del controllo ufficiale dello standard (D.lgs.193/2007)	NO		SI'	SI' 100%	1	
	14	Registrazione di ufficio delle imprese alimentari	NO		SI'	SI' 100%	1	



PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI - peso 40 2015

						RISULTATO 2015	PUNTI 2015	NOTE
Appropriatezza organizzativa peso 10	13	Intervallo allarme – target dei mezzi di soccorso (minuti)	NO		SI'	100%	4	
	14	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	> 33	da 21 a 33	< 21	27,38	1	
	15	DRG LEA chirurgici: % di ricoveri in Day Surgery	< 50	da 50 a 67	> 67	36,67	0	
	16	% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	> 33	da 23 a 33	< 23	3,20	2	
Appropriatezza clinica peso 10	17	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	< 45	da 45 a 60	> 60	75,47	5	
	18	Proporzione di parti con taglio cesareo	> 33	da 23 a 33	< 23	36,60	0	
Efficacia assistenziale territoriale peso 20	19	Tasso di ospedalizzazione per scompenso X 100.000 residenti (50 -74 anni)	> 250	da 180 a 250	< 180	156,25 %	2	Dato 2014 Istit, Sup. S.Anna
	20	Tasso di ospedalizzazione per diabete X 100.000 residenti (20 -74 anni)	>30	da 20 a 30	< 20	37,5	0	Dato 2014 Istit, Sup. S.Anna
	21	Tasso di ospedalizzazione per diabete X 100.000 residenti (20 -74 anni)	> 60	da 40 a 60	< 40	50,00	1	Dato 2014 Istit, Sup. S.Anna
	22	% anziani in cura domiciliare	< 3	da 3 a 7	> 7	6,45	2,5	
	23	% di abbandono di pazienti in terapie con statine	> 15	da 8 a 15	< 8	7,11	3	
	24	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	> 31	da 27 a 31	< 27	19,87	3	
	25	Consumo di farmaci antibiotici	> 24	da 20 a 24	< 20	24,86	1,5	



GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA - peso 12								
Efficienza prescrittiva farmaceutica peso 8	26	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera	NO		SI < = 3,5	SI' 3,40	2	
	27	Spesa farmaceutica territorio	NO		SI' (< = 11,35)	SI' 11,35	2	
Razionalizzazione delle risorse economico finanziarie peso 10	28	% utilizzo farmaci biosimilari	< 5	da 5a 15	> 15	33,79	2	
	29	% utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	< 80	Da 80 a 90	>15	0,90	0	
	30	Investimenti ex art. 20	NO		SI	verifica in capo alla regione	2	
OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI - peso 26								
Utilizzo dei flussi informativi peso 4	31	Flussi informativi in maniera tempestiva e completa A	NO		SI	SI	2	
	36	Flussi informativi in maniera tempestiva e completa B	NO		SI	SI	2	
Revisione contabile peso 2	37	Certificazione del bilancio	Opinion negativa	Opinion con limitazioni	Opinion positiva	Opinion positiva	2	
Controllo cartelle cliniche peso 2	38	Valutazione appropriatezza Cartelle Cliniche	NO		SI	SI	2	
Risk management peso 5	39	Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015	NO		SI	SI	2	
	40	Piano az. di prevenzione del rischio clinico	NO		SI	SI	2	
	40	Relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano aziendale	NO		SI	SI	1	
Autorizzazione Strutture pubbliche peso 8	41	Autorizzazione e/o accreditamento strutture pubbliche	NO		SI	SI	8	
Strategie controllo dolore peso 4	41	Consumo di farmaci oppiacei	< 1,2	da 1,2 a 2	> 2	0,90	0	

EMPOWERMENT - peso 10							
Soddisfazione degli utenti <i>peso 2</i>	42	Produzione relaz. Su Customer satisfaction	NO		SI	SI	2
Produzione del Bilancio Sociale <i>peso 3</i>	43	Produzione del Bilancio Sociale	NO		SI	SI	3

NETWORK REGIONI

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 2014, 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 2014, 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 2014 l'ASM di Matera presenta 3 indicatori nella fascia verde scuro, 3 nella fascia verde chiaro, 13 nella fascia gialla, 3 nella fascia arancione e 9 nella fascia rossa.

Nello specifico l'ASM presenta un'ottima performance riguardo alla mortalità per tumori, mentre presenta un performance media per la mortalità per suicidi. 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, (tranne che per le vaccinazioni anti influenzali per gli anziani), 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.

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.

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.

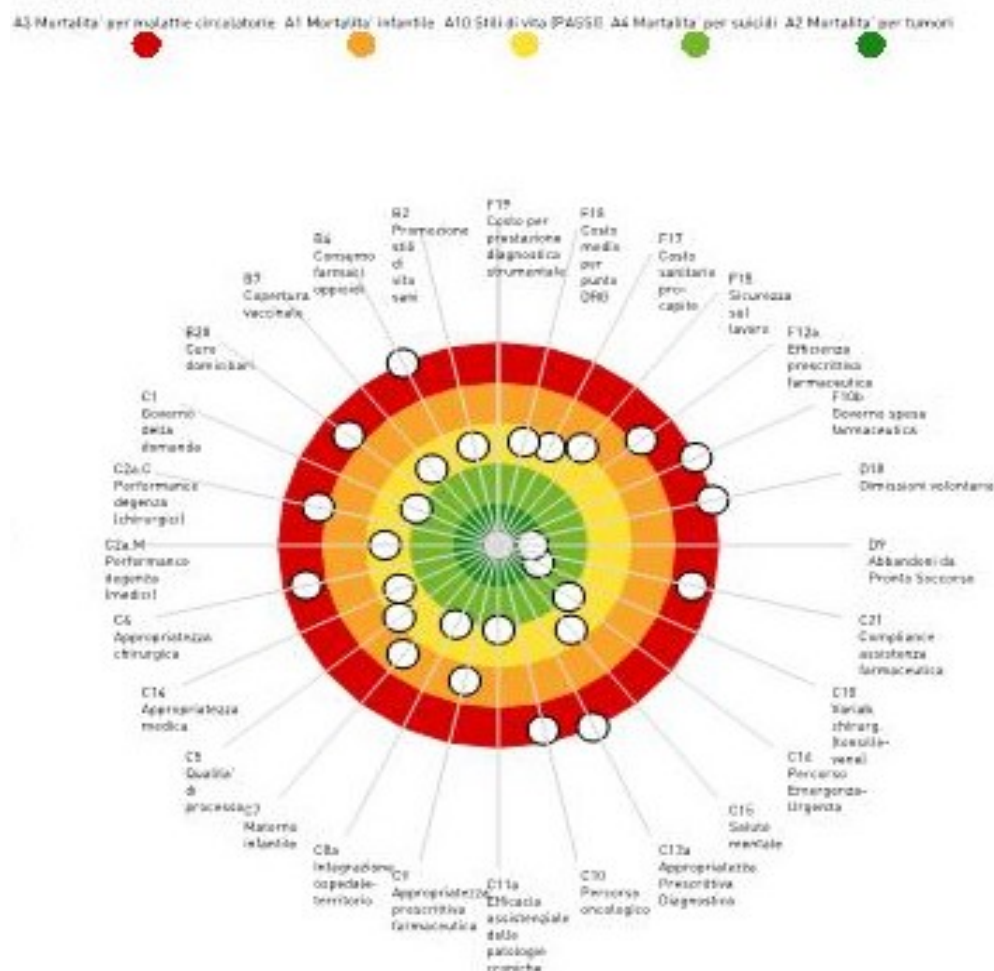
Nell'ottica economico finanziaria l'ASM ha fatto registrare ottime performance con riguardo al costo delle prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini ed un buon risultato anche in termini di costo sanitario pro – capite. Nella media il costo medio per punto DRG.

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.

ASM Matera

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012



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 2006 e il 2016, 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 2015, relativi ai ricoveri 2014, raffrontati con il valore medio nazionale, laddove è stato possibile

rilevarlo. Nello specifico nella prima colonna (N) indica il numero assoluto di casi registrati nell'ASM, nella II colonna è riportato il valore percentuale registrato nell'ASM, nella terza colonna è riportato il valore percentuale medio regionale.

INDICATORE	N	ASM	MEDIA NAZIONALE
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	85	10,65	9,86
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	39	20,42	44,39
PROPORZIONE DI INTERVENTI CHIRURGICI CONSERVATIVI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA	166	-	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	85	10,60	9,30
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	183	17,22	16,40
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	338	8,99	9,17
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	168	17,69	16,85
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	338	12,68	40,90
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	338	49,27	58,65
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	51	4,04	4,44
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	118	1,90	3,58
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni	338	12,60	7,16
Infarto Miocardico Acuto: mortalità	370	14,46	10,33
Infarto Miocardico Acuto: MACCE	370	27,66	22,67
STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)	117	-	
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)	117	-	
N-STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)	207	-	
N-STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezza)	207	-	
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	92	6,92	2,31
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità	133	6,88	2,84
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	432	10,57	10,26
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	337	13,86	14,74
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	45	-	
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità	207	1,60	3,56
Colecistectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	246	93,40	93,40
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	230	55,77	66,39

INDICATORE	N	ASM	MEDIA NAZIONALE
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	528	1,07	2,23
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	230	6,21	16,34
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	527	0,71	1,08
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1116	23,48	25,80
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	1578	0,63	0,55
Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	1578	0,33	0,46
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1138	0,60	0,82
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	1138	1,09	0,78
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	287	7,02	5,62
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	286	38,01	50,01
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	423	1,16	1,29
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	198	11,73	11,28
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	186	5,05	7,32
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	375	9,12	8,85
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	355	11,02	13,44
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	79	2,98	5,84
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	163	3,05	4,07
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	70	-	
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	84	1,88	1,33
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	43	9,99	4,00
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	62	1,72	1,20
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	16	-	
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	41	-	
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità	88	2,17	2,61
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	341	11,52	11,52
Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve	46	18,71	16,13
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	83	13,63	19,47

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.

Pur rispettando il coinvolgimento degli utenti fruitori dei servizi sanitari, per l’analisi della qualità percepita è stata utilizzata una metodologia di campionamento.

Per il Presidio Ospedaliero “Madonne delle Grazie” è stata individuata un’unità operativa all’interno di ogni Area Dipartimentale così come di seguito specificato:

- Dipartimento Multidisciplinare Medico – Unità Operativa di Geriatria
- Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico – Unità Operativa di Chirurgia Generale
- Dipartimento Emergenza -Urgenza – Unità Operativa di Anestesia -Rianimazione
- Dipartimento Donna, Maternità, Infanzia – Unità Operativa di Ginecologia
- Dipartimento dei Servizi Sanitari – Unità Operativa di Radiologia
- Dipartimento dei Servizi Diagnostici – Unità Operativa di Patologia Clinica

Per il territorio:

- Poliambulatorio di via Montescaglioso
- Poliambulatorio Punto Sanità
- Consultorio Familiare di via Matteotti
- Consultorio Familiare di via Montescaglioso

Per il Presidio Ospedaliero di Policoro e gli Ospedali Distrettuali di Tinchi – Stigliano- Tricarico, il coinvolgimento è stato globale.

I questionari sono stati distribuiti ai cittadini che hanno usufruito delle strutture sanitarie dell’Azienda, dal 13 al 28 Aprile 2015. Si è registrata una considerevole partecipazione, con la restituzione di n° 1072 tra degenti ed utenti che hanno risposto alle domande dei questionari con massima autonomia e sincerità.

Per la distribuzione dei questionari è stato predisposto il seguente piano:

- promozione e comunicazione dell’iniziativa agli utenti, raccolta e archiviazione dei questionari compilati.

- sensibilizzazione, di tutto il personale sanitario, Direttori dei Dipartimenti, Coordinatori, Caposala, Infermieri e Tecnici, coinvolti direttamente, ognuno per le proprie competenze.
- Coinvolgimento dei direttori di dipartimento, che hanno individuato un proprio referente, di solito coincidente con la posizione organizzativa o con il coordinatore dell'unità operativa interessata.

L'iniziativa è stata pubblicizzata attraverso l'affissione di manifesti all'interno delle strutture sanitarie, rendendo trasparente la finalità, per sollecitare la partecipazione degli utenti.

Un'apposita urna è stata collocata, in un'area ben visibile all'interno dell'unità operativa interessata, per la raccolta dei questionari compilati.

I dati sono analizzati secondo un programma informatico utilizzato dai referenti dei Punti Informativi dell'Ufficio URP e, l'elaborazione statistica è finalizzata alla redazione del report.

L'analisi dettagliata è pubblicata sul sito aziendale a cui si rimanda. Di seguito si riportano, in via di mera sintesi, le principali risultanze.

I questionari, hanno in appendice dei commenti in dettaglio: "La possibilità di esprimere giudizi relativi alle proprie aspettative"- e "La possibilità di esprimere suggerimenti per migliorare il servizio".

Relativamente alle aspettative, il cittadino fruitore dei servizi ambulatoriali e diagnostici ha evidenziato gli interventi rivolti a migliorare la situazione esistente:

- Rispettare i tempi di attesa per poter ottenere prestazioni sanitarie.
- Ridurre i tempi di attesa per poter effettuare visite mediche.
- Aumentare il personale sia infermieristico che medico.
- Migliorare l'ascolto e la disponibilità del personale sanitario, non tutti gli operatori hanno atteggiamenti di gentilezza e di cortesia.
- Migliorare le competenze professionali "personale medico più preparato" La non professionalità è stata denotata come negligenza assistenziale.
- Stabilire delle linee preferenziali per soggetti affetti da particolari patologie e per gli anziani.

Gli elementi di positività sono riconducibili a:

- Competenza dei medici e degli infermieri.
- Organizzazione dei servizi sanitari che è migliorata, rispetto agli anni precedenti.

Relativamente alle aspettative, i pazienti ricoverati hanno chiesto maggiore organizzazione delle

- Unità di degenza e specificatamente:
- Migliorare il comfort delle stanze di degenza con una maggiore attenzione all'adeguatezza dei servizi igienici e alla pulizia dei letti.
- Migliorare la qualità e quantità del cibo che risulta essere scadente.
- Ridurre i tempi di attesa per ottenere il ricovero.
- Migliorare l'informazione sanitaria che risulta carente.
- Riorganizzare le visite dei parenti.
- Aumentare il personale sanitario

Gli elementi di positività sono riconducibili a:

- Organizzazione delle UU.OO. di degenza che è migliorata rispetto agli anni precedenti.
- Professionalità del personale sanitario.

Va sottolineato che, tra gli aspetti presi in considerazione dai pazienti ricoverati e dagli utenti dei servizi ambulatoriali e diagnostici, l'umanizzazione del percorso assistenziale, ricopre un ruolo primario.

Il giudizio espresso sembra delineare un quadro, relativamente all'umanizzazione, bisognoso di molti elementi volti a migliorare la situazione esistente: carente la gentilezza, la disponibilità, l'umanità, la cortesia ed il dialogo degli operatori sanitari.

In effetti i cittadini che hanno fruito dei servizi sanitari dell'ASM, hanno evidenziato la mancanza di umanizzazione dei servizi che si traduce in mancanza di "accoglienza, ospitalità, comprensione", "informazione".

Senza comunicazione, non c'è umanizzazione, infatti i pazienti hanno riportato che molto spesso vengono considerati come semplici oggetti di intervento tecnico e viene considerata una perdita di tempo ascoltare le loro ansie, i loro timori e le loro aspettative.

Di contro, però, va evidenziato che i pazienti ricoverati sono abbastanza soddisfatti dell'assistenza sanitaria ricevuta durante il ricovero ospedaliero.

Un'altra criticità è rappresentata dal comfort che ha bisogno di alcuni elementi di miglioramento, e specificatamente la qualità e la quantità del cibo. Tale criticità è presente soprattutto nel Presidio Ospedaliero di Matera ed è rilevabile dall'analisi dei reclami, la Direzione Sanitaria del Presidio è stata interessata perché possa intervenire su tali anomalie.

Gli elementi di positività riguardano la professionalità degli operatori sanitari tanto da considerarla migliore rispetto alle aspettative dei cittadini.

In conclusione, i cittadini che hanno partecipato all'indagine condotta nei servizi ASM, si lamentano, in alcuni casi, della mancanza di umanizzazione, delle liste di attesa, di problemi organizzativi, ma in generale risultano soddisfatti sulla qualità delle prestazioni sanitarie ricevute.

Questa analisi servirà a tutto il personale della ASM per cercare di migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

IDENTIKIT DELL'UTENTE / PAZIENTE / FAMILIARE CHE HA RISPOSTO AL QUESTIONARIO "nelle strutture ambulatoriali e diagnostiche"

E' soprattutto un paziente (76,60 %)

E' prevalentemente di sesso femminile (56,60 %)

Ha un'età media di 45 anni

Ha come titolo di studio prevalentemente la licenza media superiore (44,70 %)

E' un occupato (40,70 %)

E' residente nella provincia di Matera (91,10 %)

E' di nazionalità italiana (98,10 %)

E' coniugato (65,70 %)

Non vive da solo (86,30 %)

IDENTIKIT DELL'UTENTE / PAZIENTE/FAMILIARE CHE HA RISPOSTO AL QUESTIONARIO "nelle strutture ospedaliere"

E' soprattutto un familiare (51,00 %)

E' prevalentemente di sesso femminile (58,90 %)

Ha un'età media di 50 anni

Ha come titolo di studio prevalentemente la licenza media superiore (46,00 %)

E' un occupato (30,70 %)

E' residente nella provincia di Matera (81,50 %)

E' di nazionalità italiana (96,60 %)

E' coniugato (64,90 %)

Non vive da solo (83,60 %)

a) 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.

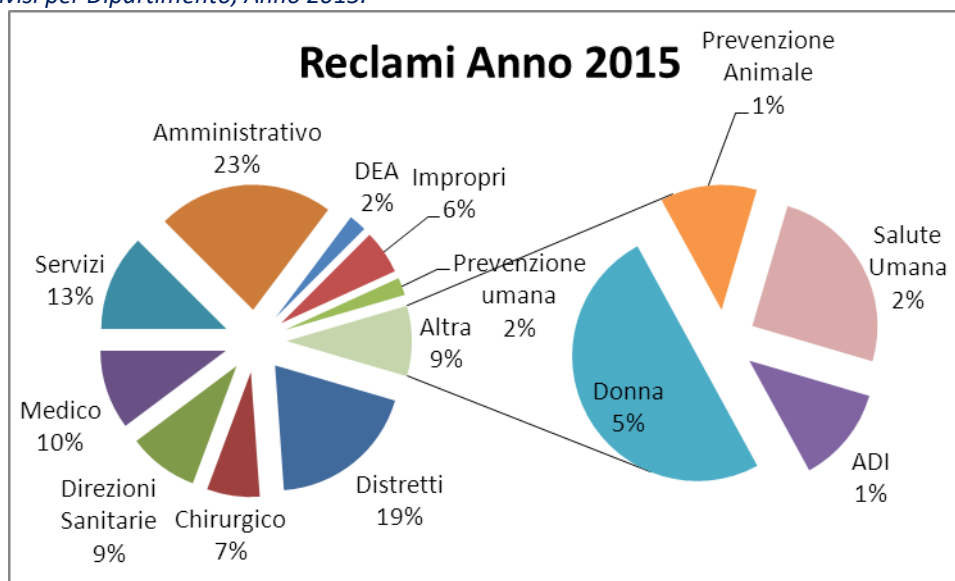
Il reclamo, in questa ottica, quindi, può rappresentare pertanto il punto di partenza di un circuito virtuoso per l'azienda per attivare processi di miglioramento che partano dalla rilevazione della qualità percepita dagli utenti, per individuare i nodi critici del sistema, e conseguentemente di adeguamento della qualità dei servizi. L'URP aziendale conduce annualmente l'analisi dei reclami pervenuti. Nell'anno 2015, sono pervenuti all'URP della ASM n. **88 reclami** mentre le richieste di informazioni (sia in forma scritta che verbale) sono state circa 700. Le segnalazioni, soprattutto telefoniche, relative a difficoltà comunicative, sono state circa 400.

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).

L'analisi della valutazione dei reclami ha fatto emergere, in maniera esplicita, gli elementi critici presenti nelle strutture aziendali, presentando un quadro chiaro della soddisfazione / insoddisfazione percepita dai cittadini e soprattutto spunti e informazioni utili al fine di programmare interventi mirati a rimuovere le cause delle disfunzioni rilevate.

Reclami suddivisi per Dipartimento, Anno 2015.

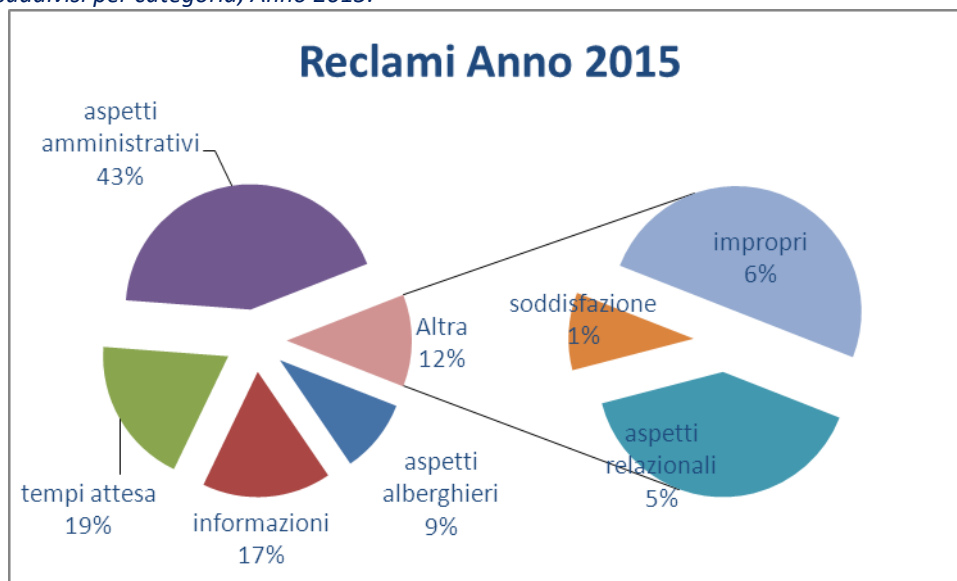


E' interessante rilevare che, nel 2015, è pervenuta anche una nota di soddisfazione che riguarda il reparto di Ginecologia ed Ostetricia del P.O. di Matera.

Il Grafico successivo illustra, invece, le categorie di reclami pervenute.

Quasi la metà degli utenti (43%) lamentano difficoltà che riguardano aspetti amministrativi e tecnico amministrativi circa le procedure per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, certificazioni amministrative e per il pagamento del ticket, il 19% rileva problemi inerenti i tempi di attesa e il 17% reclama maggiori informazioni rilasciate dai servizi.

Reclami suddivisi per categoria, Anno 2015.



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 2015-2017 (delib.az. n. 134/2014;
- 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. 172 del 04.02.2015 come rettifica della delibera az.n.129 del 27.01.2015) 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 2014 e 2015 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".

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 2015 la ASM ha provveduto, a monitorare l'applicazione del Codice di Comportamento dei dipendenti,



approvato nel 2014. 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 2015 è stato approvato con atto deliberativo n. 134 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. Come previsto dalla legge, l'Azienda ha investito molto nella formazione sulla prevenzione della corruzione.

Infatti, con delibera az. n. 114 /2015 è stato approvato "Il Piano Triennale di Formazione per la Prevenzione della Corruzione" che ha garantito attività di formazione, in materia di prevenzione della corruzione per il personale della ASM.

Il Responsabile della prevenzione della Corruzione, nella relazione annuale sull'esito delle attività svolte nell'anno 2015,(in ossequio a quanto previsto dall'art. 1 c.14 della L.190/2012), ha effettuato un attento rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel PTPC (Piano triennale della Prevenzione della Corruzione) 2015/2017.

La relazione è stata predisposta sulla scheda standard pubblicata dall'Anac in data 12.12.2014.

In generale si riportano sinteticamente e a solo titolo esemplificativo, le principali valutazioni scaturite nella relazione in ordine all'effettiva attuazione del PTPC :

Efficacia delle misure ulteriori e specifiche adottate quali, l'accessibilità on line della documentazione da gara e/o delle informazioni complementari;
Pubblicazioni del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego di accesso i documenti di gara;
Obblighi di trasparenza /pubblicità delle norme dei componenti delle commissioni ed eventuali consulenti .
Scelta dei componenti delle commissioni tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti , mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati
Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte

Queste ed altre misure adottate sono risultate efficaci in quanto oltre ad essere deterrenti per i componenti le commissioni, (dichiarazioni di conflitto di interesse) hanno anche funzionato come prevenzione per eventuali contenziosi.

Gli aspetti critici, in riferimento all'attuazione del PTPC, riguardano la parziale attuazione del Piano in riferimento a :

coinvolgimento degli esterni all'Amministrazione in rapporto funzionale con l'Azienda (medici convenzionati, strutture private convenzionate, fornitori);
rotazione degli incarichi non sempre possibile da attuare, in particolar modo per attività altamente specializzate (ad esempio attività medico specialistica), ma anche per difficoltà inerenti la consistenza dell'organico in servizio, mancato turnover e specificità del settore sanitario.

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, 56-60 e 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 2015 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". Uno dei 5 ragazzi (a Bernalda) si è ritirato volontariamente a progetto avviato). Nel progetto sono state coinvolte anche le associazioni di volontariato "Persone Down" di Matera e "Confraternita Misericordia" di Grassano.

Sempre nel 2015, è stato presentato e candidato all'approvazione in regione, (inviato entro il 30 giugno 2015) un altro progetto dal titolo "SOCIALMENTE AUTONOMI", inerente attività di inclusione socio – sanitaria per minori con disabilità.

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 a valorizzato, soprattutto se avviene in settori come la pediatria, dove si trattano pazienti fragili con esigenze del tutto particolari. Sanità non significa soltanto erogare cure, ma vicinanza, calore umano a chi ne ha bisogno.



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 questa 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.

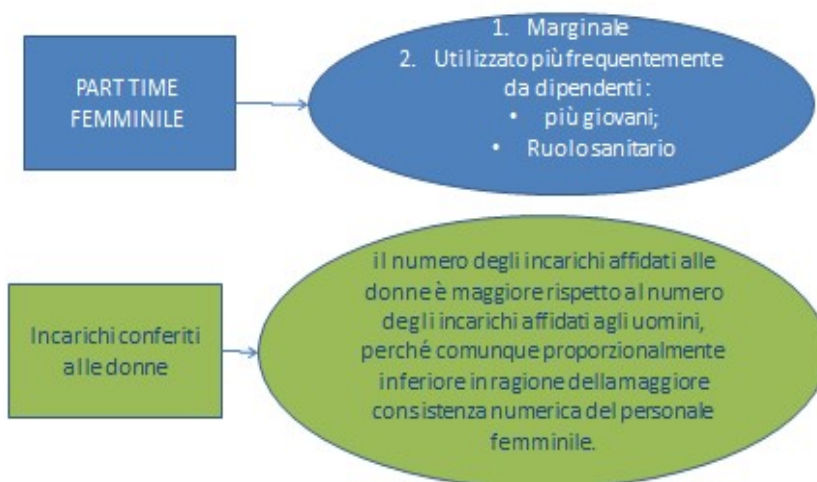
A ciascuna finalità del piano corrisponde un progetto di azioni positive tra cui le principali sono le seguenti:

- 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.

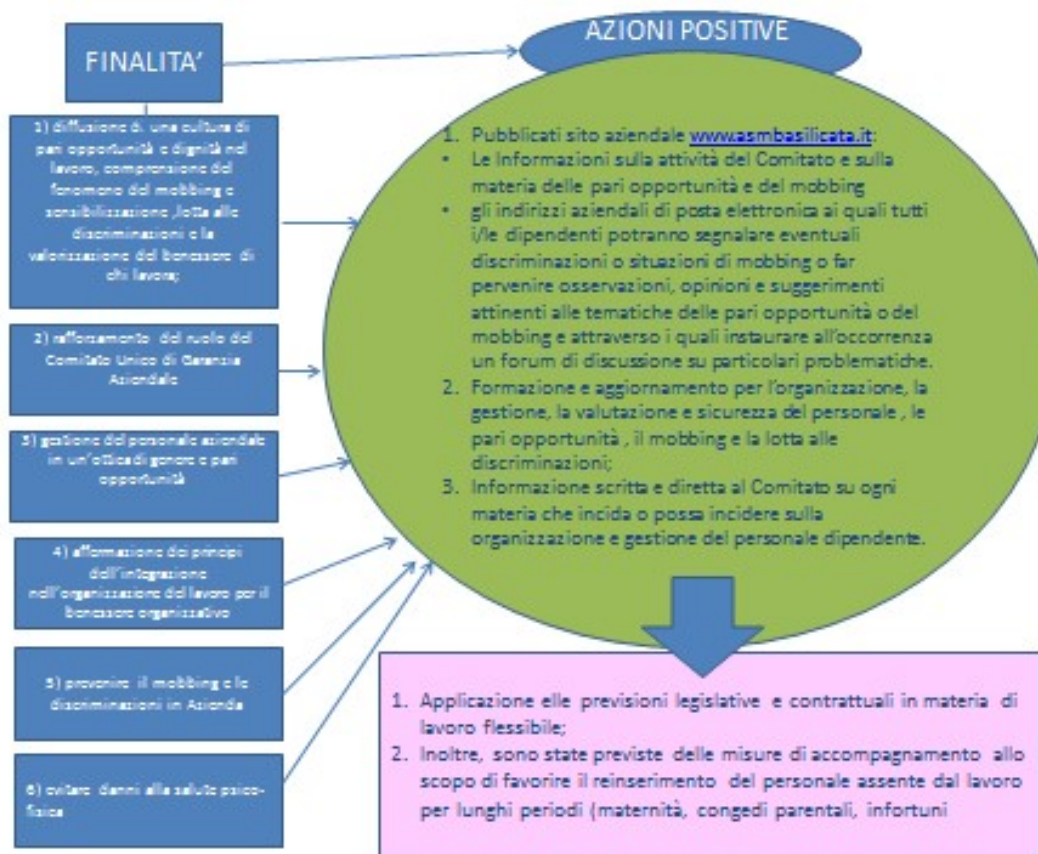
Queste azioni si sono tradotte nell'applicazione delle previsioni legislative e contrattuali in materia di lavoro flessibile, attraverso la ricerca, la individuazione, la progettazione e la sperimentazione di forme particolari, anche personalizzate, di flessibilità degli orari e dell'organizzazione del 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 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.

Al fine di dotare il CUG di un logo identificativo condiviso dai dipendenti aziendali, il Comitato ha indetto nel 2014 un concorso interno.

Il logo selezionato (Figura 6.1) 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.

Figura 6.1- Logo del Comitato Unico di Garanzia ASM



All'autrice del logo prescelto è stato donato “un pugno di libri”

Il CUG aziendale ha svolto le seguenti attività nel corso dell'anno 2015 :

- 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;
- Informazione al Personale sulle modalità di attuazione del progetto della Regione Basilicata “Valore Donna”;
- Organizzazione di un Seminario rivolto al personale dell'Azienda, sul tema “Appunti e riflessioni sulla violenza” mediante una rappresentazione teatrale, “Maria Barbella – dal braccio della morte alla vita”
- In collaborazione con l'Associazione Italiana Donne Medico sezione di Matera, sono stati organizzati incontri con gruppi di utenti sulla prevenzione delle patologie oncologiche, attraverso la nutraceutica (utilizzo di sostanze naturali, come curcuma, zenzero e altre sostanze nell'alimentazione);
- In collaborazione con l'Associazione Italiana Donne medico sezione di Matera, sono stati organizzati presso le scuole elementari, medie e superiori del territorio, incontri di prevenzione sulle seguenti tematiche rivolti a docenti e/o ragazzi sulle seguenti tematiche:
 - Prevenzione dei disturbi dell'apprendimento;
 - Prevenzione dei Disturbi del comportamento alimentare;
 - Aspetti cognitivi e comportamentali di genere;
 - Gestione dei conflitti nel team docenti;
 - Approccio alla sessualità consapevole
- Coordinamento per la stesura di percorsi sanitari e socio-psicologici 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”;

Il benessere aziendale

Indagine sul Benessere organizzativo aziendale

L'Azienda Sanitaria ASM di Matera ha avviato, nel 2015, una indagine sul "Benessere Organizzativo Aziendale", secondo le indicazioni del Decreto legislativo n° 33/2013.

L'art. 20 del suddetto decreto obbliga le PP. AA. a pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" e specificatamente nella sotto-sezione "Performance", i dati relativi ai livelli di benessere organizzativo.

L'indagine si colloca all'interno del sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie ed ha la finalità di far conoscere l'opinione dei dipendenti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e il suo superiore al fine di migliorarli nel prossimo futuro.

Lo strumento metodologico utilizzato per l'indagine è un questionario inviato a tutto il personale dipendente, tramite la propria e-mail aziendale, in completa autonomia e nel rispetto della privacy, compilabile collegandosi ad internet da un qualsiasi computer aziendale ed attivo 24 ore su 24.

Il questionario è strutturato in modo da poter ottenere la valutazione sul Benessere organizzativo nel suo complesso, nelle diverse aree tematiche e nei singoli aspetti di ogni area tematica.

L'obiettivo è quello di avere un quadro chiaro della situazione per poter programmare interventi mirati a rimuovere le cause delle disfunzioni rilevate.

Il questionario è articolato in modo tale da coinvolgere il dipendente analizzando tutti gli argomenti che interessano il dipendente.

Si compone di domande chiuse relative alla valutazione del benessere e, in allegato contiene i dati anagrafici dell'operatore, nel rispetto della riservatezza e della privacy. È suddiviso in sezioni, ognuna delle quali sviluppa l'analisi approfondita di specifici aspetti attraverso una serie di domande.

Ogni area si articola in diversi aspetti che sono oggetto di valutazione dettagliata e le domande, partendo da valutazioni generali, si ramificano in domande più specifiche. Questa struttura ad albero consente sia la valutazione del benessere organizzativo percepito nel suo complesso, sia quello in termini analitici su singoli aspetti. Per la valutazione dei singoli item è stata utilizzata una scala che va dal "per nulla" a "del tutto".

A. La parte del Questionario di carattere generale è composto dai seguenti item:

- Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavorativo correlato
- Le discriminazioni
- L'equità nella mia Amministrazione
- Carriera e sviluppo professionale
- Il mio lavoro
- I miei colleghi
- Il contesto del mio lavoro
- Il senso di appartenenza
- L'immagine della mia amministrazione

B. La parte del Questionario sul grado di condivisione del sistema di valutazione è composto dai seguenti item:

- La mia organizzazione
- Le mie performance
- Il funzionamento del sistema

C. La parte dedicata alla valutazione del superiore gerarchico è composta dai seguenti item:

- Il mio capo e la mia crescita
- Il mio capo e l'equità

Infine vi sono dati anagrafici riconducibili al sesso, qualifica ed età.

L'analisi dei dati ha evidenziato in maniera esplicita sia i punti di forza che le situazioni critiche.

Per tutto l'anno 2015, i dipendenti ASM sono stati invitati e sollecitati attraverso l'e-mail, alla compilazione del questionario. Sono stati inviati n° 3186 questionari ed hanno risposto solo lo 0,6% dei dipendenti.

Pur essendo un campione poco significativo, è stata fatta un'analisi dei dati per ambito.

Chi è il dipendente ASM che ha compilato il questionario:

Dirigente (n° 21)

Non Dirigente (n° 22)

E' di sesso maschile (n° 28)

E' di sesso femminile (n. 17)

Ha un'età tra 31 -40 (n° 3)

Ha un'età tra 41 -50 (n° 13)

Ha un'età tra 51 -60 (n° 22)

Ha un'età > 60 (n° 5)

Ha un'età non specificata (n° 1)

Ha un'anzianità di servizio < 5 anni (n° 1)

Ha un'anzianità di servizio tra 5 -10 anni (n° 8)

Ha un'anzianità di servizio tra 11 -20 anni (n° 8)

Ha un'anzianità di servizio > 20 anni (n° 26)

Non specifica l'anzianità di servizio (n° 2)

Non specifica la sua qualifica (n° 2)

Parte generale

Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavorativo correlato

In questa sezione sono stati presi in considerazione elementi relativi alla sicurezza sul posto di lavoro, ai rischi, alle caratteristiche del luogo di lavoro, agli atti di mobbing, al rispetto della dignità, al divieto di fumo, alle situazioni di malessere.

L'operatore ha dichiarato di essere poco informato sui rischi, di avvertire situazioni di disturbo durante il lavoro quotidiano ed elementi di negatività messi in evidenza dagli operatori di sesso maschile con la qualifica di non dirigenti.

Il divieto di fumo è rispettato e il lavoro è svolto con ritmi sostenibili.

Vengono registrati casi di mobbing e di comportamenti lesivi, evidenziato dall'operatore di sesso femminile con la qualifica sia di dirigente che di non dirigente.

Le discriminazioni

Nel complesso l'appartenenza sindacale, l'appartenenza politica, la razza e la religione, la lingua, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale non sono da ostacolo al rispetto della dignità dell'operatore.

Il giudizio espresso sembra delineare un quadro relativo alla mancanza di discriminazioni sul posto di lavoro, abbastanza soddisfacente.

L'equità nella mia Amministrazione

Tra gli aspetti presi in considerazione nella valutazione del benessere organizzativo, l'equità ricopre un ruolo primario. E' stata analizzata la non equità relativamente al carico di lavoro, alla distribuzione della responsabilità, alla retribuzione in base alla qualità e quantità del lavoro, alla scarsa imparzialità delle decisioni prese dal responsabile. La negatività relativamente a questo ambito è espressa maggiormente da operatori di sesso maschile con la qualifica di dirigente.

Carriera e sviluppo professionale

Anche la valutazione della carriera e sviluppo professionale è coerente con i giudizi espressi circa l'equità.

Gli operatori indipendentemente dal sesso, dalla qualifica, hanno dichiarato che il corso dello sviluppo professionale non è chiaro, che la possibilità della carriera non è legata al merito, che

l'Azienda non dà la possibilità di sviluppare capacità ed attitudini individuali e che è parzialmente soddisfatto del proprio percorso professionale.

Il mio lavoro

In questa sezione sono stati presi in considerazione elementi relativi alle aspettative del proprio lavoro, alle proprie competenze, alle risorse e strumenti necessari per poterlo svolgere ed al livello di autonomia.

Se da una parte gli operatori hanno la consapevolezza di avere le competenze per svolgere il loro lavoro, un adeguato livello di autonomia, un senso di realizzazione, dall'altra, lamentano di non avere le risorse e gli strumenti sufficienti.

I miei colleghi

Il rapporto con i propri colleghi assume particolare importanza per gli operatori che lavorano in Azienda.

La valutazione espressa circa il rispetto e la stima dei colleghi, la disponibilità ad aiutare gli altri, è abbastanza soddisfacente. Di contro l'operatore non si sente parte integrante di una squadra e lamenta la non circolazione e condivisione delle informazioni.

Il contesto del mio lavoro

Per la valutazione dello stato di benessere organizzativo, è stato considerato come ambito di particolare importanza, il contesto lavorativo. La quasi totalità ha dichiarato che l'Amministrazione non investe sul personale, anche trascurando la formazione, le regole di comportamento e compiti in base ai ruoli non sono definiti. Manca la circolazione dell'informazione e non vi sono azioni volte a conciliare i tempi di lavoro con i tempi di vita.

Il senso di appartenenza

Gli operatori si sentono orgogliosi che il proprio Ente raggiunge dei risultati e non tollerano che qualcuno parli male dell'Azienda, anche se preferiscono nella maggior parte cambiare Ente e i propri valori con coincidono con quelli dell'Azienda.

L'immagine della mia amministrazione

L'immagine dell'Amministrazione vista al di fuori del proprio ambito lavorativo, viene ritenuta abbastanza positiva e viene considerata un Ente importante per la collettività.

Grado di condivisione del sistema di valutazione

La mia organizzazione

Agli operatori è stato chiesto se conoscono le strategie e gli obiettivi Aziendali, se sono chiari i risultati raggiunti e se il proprio lavoro contribuisce al raggiungimento di tali risultati.

La quasi totalità ha risposto di non conoscere gli obiettivi aziendali e di non conoscere i risultati raggiunti e che non sa in che misura il proprio lavoro contribuisca al raggiungimento degli stessi.

Le mie performance

Relativamente alla performance, gli operatori ritengono non solo di non essere valutati in base al proprio lavoro ma di non conoscere la valutazione e manca l'informazione sul miglioramento dei risultati.

Il funzionamento del sistema

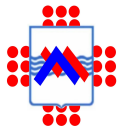
In questa sezione sono stati considerati gli elementi relativi al coinvolgimento degli operatori nel definire gli obiettivi del proprio lavoro, alla tutela da parte del valutatore circa la performance individuale, ai risultati della valutazione per migliorare la performance, ai premi dati alle persone capaci.

I dipendenti non si sentono tutelati dal valutatore e la valutazione che viene fatta non aiuta a migliorare la performance individuale, non si conosce il sistema di misurazione e valutazione della Performance e l'Amministrazione non premia le persone capaci.

Valutazione del superiore gerarchico

Il mio capo e la mia crescita

Parlare di un capo all'interno dell'Ente significa, far riferimento a :



- Aiuta a capire come raggiungere gli obiettivi.
- Riesce a motivare al massimo il lavoro
- E' sensibile ai bisogni personali
- Riconosce quando si svolge bene il lavoro
- Ascolta ed è disponibile a prendere in considerazione le proposte dei suoi collaboratori

Gli operatori dell'Azienda soprattutto di sesso maschile con la qualifica di dirigente hanno evidenziato che: il capo dà un limitato aiuto al raggiungimento degli obiettivi, che non motiva al massimo il lavoro dei suoi collaboratori e non è sensibile ai bisogni personali.

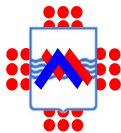
Il mio capo e l'equità

Il capo:

- agisce con equità secondo la mia percezione
- agisce con equità secondo la percezione dei colleghi
- agisce per risolvere problemi
- stimo il capo e lo considero una persona importante

L'indagine sul Benessere Organizzativo Aziendale viene effettuata ogni anno.

Il questionario e i risultati dell'indagine sono stati pubblicati sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" e specificatamente nella sotto-sezione "Performance".



SEZIONE IV – I PROGRAMMI FUTURI



Gorgoglione – Veduta



Cirigliano – Panorama



Stigliano – Veduta



Tursi – Rabatana



Craco Vecchia

4.1. LE AZIONI FUTURE

Gli anni futuri, sia dal punto di vista gestionale che da quello meramente economico-finanziario, si prefigurano come un periodo di svolta per l'ASM, in cui sarà implementato il nuovo modello organizzativo, delineato nell'Atto Aziendale approvato dalla Giunta Regionale, in cui andranno a regime gli standard strutturali definiti dalla programmazione nazionale e regionale, ed in cui troverà concreto compimento il processo di unificazione delle ex Aziende Sanitarie Asl n. 4 di Matera e Asl n. 5 di Matera, previsto con Legge Regionale n. 12/2008 ed avviato a far data dal 01/01/2009, con l'accorpamento delle disciolte Aziende nella ASM – Azienda Sanitaria Locale di Matera.

In particolare, questa Azienda intende confermare per il prossimo futuro il proprio impegno a proseguire il percorso virtuoso già intrapreso nel precedente mandato, in conformità alla linee di indirizzo della programmazione nazionale e regionale ed in applicazione della normativa vigente, nella direzione del risanamento e dello sviluppo del sistema, attraverso il consolidamento delle azioni di razionalizzazione e di miglioramento dei servizi, in una prospettiva comunque di salvaguardia e di tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In conformità a queste direttrici di azione la ASM, nel dare concreta attuazione al nuovo impianto organizzativo, che prefigura intrinsecamente un recupero di razionalizzazione ed efficientamento strutturale, intende concentrare i propri sforzi verso il miglioramento del livello quali-quantitativo delle prestazioni erogate, senza comunque allentare la tensione verso il controllo dei costi, l'efficienza gestionale, la compatibilità economica e la responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse, al fine di non vanificare gli enormi risultati faticosamente conseguiti nel corso di questi anni.

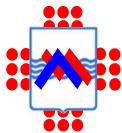
Quest'Azienda ha posto in cima alle proprie priorità programmatiche l'obiettivo di combattere ogni forma di "antieconomicità" nell'ambito della propria gestione, intendendo per antieconomicità ogni spesa, ogni investimento, ogni prestazione, ogni servizio, ogni operatore al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema dei servizi, dei comportamenti professionali, delle modalità di intervento rispetto alle esigenze ed alle attese della comunità di riferimento.

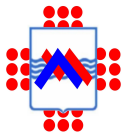
Tale obiettivo che orienta tutte le scelte gestionali di quest'Azienda è divenuto, e costituirà sempre più nel futuro, un principio cardine del proprio *modus operandi*, l'unico in grado di risolvere l'annoso conflitto tra la scarsità delle risorse e la garanzia dei diritti.

L'adozione di una strategia di grande rigore nella direzione della tenuta dei conti e del pareggio di bilancio, se perseguita con una logica di meri tagli lineari e non adeguatamente sostenuta da interventi di ripensamento dei modelli organizzativi di erogazione dei servizi sanitari, comporta intrinsecamente il rischio di determinare una riduzione dei livelli quali-quantitativi di assistenza, indebolendo il sistema pubblico di tutela della salute con grave pregiudizio per i bisogni e le aspettative della popolazione assistita.

E' esattamente su questo fronte che l'Azienda intende approfondire il massimo impegno, avviando processi gestionali e percorsi operativi che consentano di contenere il più possibile tali rischi, evitando che le misure adottate con lo scopo di favorire il recupero di margini di efficientamento e di razionalizzazione, possano compromettere la tutela del diritto alla salute, che, come è noto, è garantito universalmente dalla Costituzione italiana.

Un sistema sanitario meno costoso e che funzioni di più: al di là dell'effetto slogan, è questa la difficile scommessa a cui quest'Azienda non intende sottrarsi, mediante una serie di interventi che lungi dal rappresentare carattere di straordinarietà, fanno parte di una strategia ben precisa all'interno di un impianto programmatico in cui si ricercano le modalità più efficienti ed efficaci per garantire i servizi essenziali secondo gli standard di qualità attesi dalla popolazione, fermo restando il vincolo categorico del pareggio di bilancio, dal quale non si può e non si deve prescindere in nessun caso.





Redazione documento

Hanno contribuito alla stesura del presente Bilancio Sociale la Direzione Strategica:

 <i>Direttore Generale</i>	<i>Pietro Quinto</i>
 <i>Direttore Sanitario</i>	<i>Andrea Sacco – Domenico Adduci</i>
 <i>Direttore Amministrativo</i>	<i>Maria Benedetto</i>

e il Gruppo di Lavoro dedicato composto dagli operatori dell'U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione dell'ASM.