RELAZIONE SULLA GESTIONE

AZIENDA SANITARIA DI POTENZA

ANNO 2013

CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE SULLA GESTIONE

La presente relazione sulla gestione è allegata al bilancio di esercizio anno 2013 ed è stata predisposta in conformità a quanto specificato nell'"allegato 2"D.Lgs 118 del 23.06.2011, in particolare contiene tutte le informazioni minimali richieste dal suddetto decreto e fornisce informazioni supplementari ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico- finanziaria relativamente all'esercizio 2013 dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

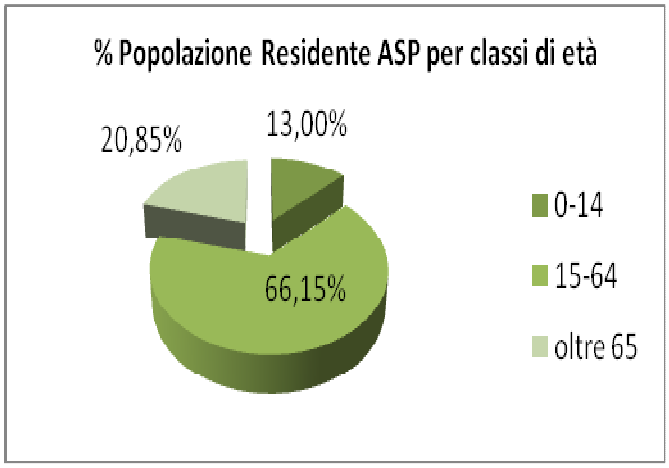
GENERALITÀ DEL TERRITORIO, DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA E DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) opera su un territorio coincidente con la provincia di Potenza ed è caratterizzata da 100 comuni con una superficie di 6.546 Kmq.
Rappresenta una realtà complessa in rapporto all'assetto orografico del territorio e alle problematiche socio-economiche che la connotano, in gran parte montuosa, intersecata da vallate, e servita da infrastrutture non sempre sufficienti a garantire adeguati collegamenti.
Il territorio della provincia si caratterizza per la molteplicità delle tipologie degli ambienti che lo compongono: al suo interno sono presenti poli industriali e diverse aree industriali, aree protette e parchi, l'area urbana di Potenza capoluogo di provincia in cui sono concentrati la maggior parte dei servizi della pubblica amministrazione.

Il territorio della provincia di Potenza si caratterizza per la molteplicità degli ambienti che la compongono. Difatti al suo interno sono presenti vari poli industriali, come quello di San Nicola di Melfi, ma anche ambienti prettamente naturali come i laghi di Monticchio, la costa di Maratea (unico sbocco sul mare della provincia), la zona centrale della foresta lucana, il massiccio del Monte Sirino ed il vasto Parco nazionale del Pollino, condiviso con la Calabria e con sede a Rotonda, nella parte meridionale della provincia.
Fanno parte del territorio provinciale i laghi di Monticchio, il lago Sirino ed i laghi artificiali di Monte Cotugno, del Pertusillo, di Acerenza e del Rendina. È attraversata dall'autostrada A3, alla quale si ha accesso attraverso quattro svincoli presenti nei comuni di Lagonegro (Nord e Sud) e Lauria (Nord e Sud).

PROFILO DEMOGRAFICO

La popolazione residente al 1° Gennaio 2013 è di 376.182 Ambitati. La densità media per kmq è di 58, 6 abitanti. 38 su 100 sono i comuni caratterizzati da una densità di 50 abitanti per kmq. il 2% degli abitanti è di origine straniera e l'età media della popolazione è di 43 anni. si ha una prevalenza delle donne che rappresenta il 51% della popolazione.



DATI DEMOGRAFICI	
Popolazione (n.)	376.182 (1° gennaio 2013)
Famiglie (n.)	153.620
Maschi (%)	48,90
Femmine (%)	51,10
Stranieri (%)	2,0
Età media (anni)	43,2

La popolazione assistita nell'anno 2013, così come risulta dal modello di rilevazione ministeriale - FLS 11, è di 368.862 abitanti , 3009 abitanti in meno rispetto alla popolazione assistita dell'anno 2012 **(-0,81%).**
L'anagrafe degli assistiti è lo strumento con il quale l'azienda ASP di Potenza tiene i rapporti con i suoi utenti. Il numero degli assistiti si diversifica da quello della popolazione residente ISTAT, in quanto l'anagrafe assistiti è in continua evoluzione . Momento per momento nuovi assistiti si iscrivono ed altri vengono cancellati per trasferimento o per altre cause. L'anagrafe assistiti, inoltre, riguarda non solo i residenti ma anche altre categorie di cittadini che per vari motivi hanno diritto ad essere assistiti dalla ASP di Potenza.
La popolazione esente da ticket nell'anno 2013 è pari a 95.769 (tipologia di esenzione : condizione, malattia rara, reddito, patologia, invalidi di guerra e tipologia non disponibile). Le posizioni esenti per motivo di reddito sono 76.443, mentre per altri motivi 19.326.

Popolazione assistita anno 2013

fascia d'età	maschi	femmine	totale
0 - 13	22.826	21.119	43.945
14 - 64	122.889	122.584	245.473
65 - 74	16.445	18.669	35.114
75 anni ed oltre	17.815	26.515	44.330
Totale	**179.975**	**188.887**	**368.862**

RIEPILOGO ASSISTITI ESENTI AL 31/12/2012

Assistiti	Assistiti Esenti	esenti per età e reddito	esenti per altri motivi	% Assistiti Esenti sul totale
368.862	95.769	76.443	19.326	25,96%

*** le posizioni esenti si riferiscono alle seguenti tipologie di esenzione : condizione, malattia rara, reddito (codice esenzione E01, E02,E03,E04 post D.M. 11/12/2009), patologia invalidi di guerra e tipologia non disponibile*la % è data dal rapporto tra il numero di esenti ed il totale degli assistiti (modello ministeriale FLS 11 quadro "G")**

ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe affini o complementari che perseguono comuni finalità.
I Dipartimenti sono costituiti da Strutture Complesse e da Strutture Semplici a valenza dipartimentale.Le Strutture Complesse aggregano risorse professionali e assicurano la direzione ed organizzazione delle attività di competenze, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del Dipartimento di appartenenza.Il Direttore Generale può prevedere Strutture Semplici quali articolazioni delle Strutture Complesse sanitarie o amministrative per la gestione di attività facenti capo alle Unità Operative medesime o quali Strutture di valenza dipartimentale, nonché articolare strutture temporanee o permanenti per la gestione di programmi particolari o di attività che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse.

L'individuazione di una Struttura Aziendale è legata a due criteri fondamentali:

- Valenza strategica
- Complessità organizzativa

La valenza strategica di una Struttura Organizzativa è identificata dal livello di interfaccia con istituzioni e organismi esterni all'Azienda, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza delle prestazioni da svolgere all'interno dell'organizzazione, dal grado di intersettorialità che caratterizza gli interventi.
La complessità organizzativa è data dal numero e dalla omogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dai costi di produzione rapportati al peso economico e qualitativo delle prestazioni fornite.
L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Basilicata, 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;

secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.
Il Dipartimento è la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda preposta alla produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali ed all'organizzazione ed alla gestione delle risorse necessarie alla produzione degli stessi.
L'ASP per comporre adeguatamente le ragioni del decentramento territoriale dei servizi e quelle dell'unitarietà del loro governo predilige dipartimenti trasversali ed integrati, costruiti con l'aggregazione di unità operative e/o sedi erogative afferenti ai diversi ambiti territoriali aziendali, al fine di favorire l'integrazione e l'omogeneizzazione su scala aziendale dei processi di produzione, erogazione ed accesso ai servizi.
I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività, gestendo le risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della negoziazione annuale.
I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico.
Gli obiettivi generali dell'organizzazione dipartimentale sono:

a) favorire un governo unitario dell'assistenza;
b) assicurare il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari;
c) perseguire l'ottimizzazione dell'uso delle risorse;
d) ricercare, realizzare, valutare le innovazioni organizzative capaci di sfruttare adeguatamente le innovazioni tecnologiche;
e) promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
f) facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali garantire una corretta, continua e capillare diffusione delle informazioni.

GENERALITÀ SULLA STRUTTURA E DELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda attraverso l'assistenza ospedaliera garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico- terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

Le principali attività che costituiscono il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono identificate nelle seguenti:

- pronto soccorso,
- ricovero ordinario per acuti,
- day surgery
- day hospital
- riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

STATO DELL'ARTE

L'azienda Asp di Potenza opera attraverso sette strutture di ricovero di cui quattro a gestione diretta e tre case di cura convenzionate accreditate. Il numero di posti letto è in totale di 560 di cui 516 in regime ordinario e 44 in day hospital.

NUMERO DEI POSTI LETTO ANNO 2013 DELLE STRUTTURE DI RICOVERO DELL'ASP			
STRUTTURE DI RICOVERO	**ordinari**	**day hospital**	**TOTALE**
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIAROMONTE	16	0	16
OSPEDALE CIVILE DI VILLA D'AGRI	110	12	122
CASA DI CURA LUCCIONI – POTENZA	50	0	50
PRESIDIO OSPEDALI UNIFICATI DEL LAGONEGRESE	96	12	108
PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAURIA	20	6	26
PRESIDIO OSPEDALIERO UNIFICATO DI MELFI	101	9	110
PRESIDIO OSPEDALIERO UNIFICATO DI VENOSA	24		24
FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS	59	5	64
CENTRO DI RIABILITAZIONE OPERA DON UVA	40	0	40
TOTALE	**516**	**44**	**560**

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA

L'azienda opera mediante tre presidi per acuti a gestione diretta (Presidio Ospedaliero di Lagonegro, Presidio Ospedaliero di Melfi e Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri) e tre Presidi Ospedalieri distrettuali (Venosa , Chiaromonte e Lauria). Di seguito si riporta la tabella riepilogativa dei posti letto per acuti attivi

nell'anno 2013 nelle strutture interne all'azienda. I posti letto per acuti attivi nell'anno 2013 sono complessivamente 340 di cui 307 in regime ordinario e 33 in regime day hospital/daysurgery.

STRUTTURE OSPEDALIERE A GESTIONE DIRETTA ANNO 2013			
ACUTI	POSTI LETTO ANNO 2013		
	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VILLA D'AGRI			
Chirurgia generale	15	4	19
Medicina generale	27	1	28
Ortopedia e traumatologia	14	2	16
Ostetricia e ginecologia	14	2	16
Pediatria	7	1	8
Psichiatria	9	1	10
Terapia intensiva e rianimazione	4	0	4
Unità coronarica	9	0	9
Pneumologia	11	1	12
TOTALE VILLA D'AGRI	**110**	**12**	**122**
PRESIDIO OSPEDALIERO LAGONEGRO			
Cardiologia	9	1	10
Chirurgia generale	24	2	26
Medicina generale	18	4	22
Nido	8	0	8
Ortopedia e traumatologia	10	2	12
Ostetricia e ginecologia	13	1	14
Pediatria	2	2	4
Terapia intensiva e rianimazione	4	0	4
Pneumologia	8	0	8
TOTALE LAGONEGRO	96	12	108
PRESIDIO OSPEDALIERO MELFI			
Cardiologia	6	0	6
Chirurgia generale	17	1	18
Detenuti	1	0	1
Medicina generale	22	2	24
Ortopedia e traumatologia	12	1	13
Ostetricia e ginecologia	18	2	20
Otorinolaringoiatria	2	2	4
Pediatria	3	1	4
Psichiatria	4	0	4
Terapia intensiva e rianimazione	4	0	4
Unità coronarica	4	0	4
Nido	8	0	8
TOTALE MELFI	**101**	**9**	**110**
TOTALI POSTI LETTO PER ACUTI	**307**	**33**	**340**

Le strutture che ospitano i posti letto per le attività di post-acuzie sono il Presidio Distrettuale di Venosa, il Presidio Distrettuale di Chiaromonte ed il Presidio Ospedaliero di Lauria. Trattasi di attività di riabilitazione (cod. 56) e lungodegenza (cod. 60).

I posti letto per le post-acuzie attivi al 2013 sono 64 di cui 60 in regime ordinari e 4 in regime day hospital. A questi si devono aggiungere n. 2 posti letto per il DH territoriale del Dipartimento Salute Mentale.44 posti letto ordinari sono adibiti per la lungodegenza e 20 (16 ordinari e 4 day hospital) per la riabilitazione.

POST-ACUZIE	POSTI LETTO ANNO 2013	
	ORDINARI	DAY HOSPITAL
PRESIDIO DISTRETTUALE DI CHIAROMONTE		
LUNGODEGENZA	16	0
PRESIDIO DISTRETTUALE DI VENOSA		
LUNGODEGENZA	12	0
RIABILITAZIONE	12	0
PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAURIA		
LUNGODEGENZA	16	0
RIABILITAZIONE	4	4
SERVIZIO PSICHIATRICO*		2
TOTALE POSTI LETTO PER POST-ACUZIE	**60**	**4**
* TRATTASI DI DH TERRITORIALE		

POST ACUZIE	ORDINARI	DAY HOSPITAL
LUNGODEGENZA	44	
RIABILITAZIONE	16	4
TOTALE	**60**	**4**

CASE DI CURA CONVENZIONATE

Le case di cura convenzionante con l'Azienda sono tre:

- Casa di cura Luccioni – Potenza
- Fondazione Don Gnocchi – Onlus
- Centro di Riabilitazione Opera Don Uva

La Casa di cura Luccioni svolge attività per acuti ed ha 50 posti letto in regime ordinario.

ACUTI	POSTI LETTO ANNO 2013	
	ORDINARI	**DAY HOSPITAL**
Casa di cura Luccioni – Potenza		
Chirurgia generale	25	
Ortopedia e traumatologia	25	
totale posti letto Luccioni	**50**	

La Fondazione Don Gnocchi – Onlus ed il Centro di Riabilitazione Opera Don Uva svolgono attività di lungodegenza (cod. 60) e di riabilitazione (cod. 56) con 64 posti letto il primo e 40 posti letto il secondo, come risulta dalla tabella sottostante.

POST-ACUZIE	POSTI LETTO ANNO 2013	
	ORDINARI	**DAY HOSPITAL**
Fondazione Don Gnocchi – Onlus		
LUNGODEGENZA	16	0
RIABILITAZIONE	43	5
totale posti letto Don Gnocchi	**59**	**5**
Centro di Riabilitazione Opera Don Uva		
LUNGODEGENZA	16	
RIABILITAZIONE	24	
totale posti letto Don Uva	**40**	**0**

Infine si può affermare che i posti letto attivi presso le strutture convenzionate con l'Azienda sono in totale 50 in regime ordinario per le attività chirurgiche, 32 per la lungodegenza e 72 (67 ordinari e 5 day hospital) per attività di riabilitazione

I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta sono coerenti con quelli riportati nel modello ministeriale HSP 12, e quelli dei presidi in convenzione con quelli del modello HSP 13.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Il Distretto Sanitario assicura l'assistenza primaria nella rete dei servizi territoriali è assicurata dal distretto sanitario che si pone come organizzazione che realizza un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie e tra queste e i servizi socio-assistenziali e offe una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Oltre ad assicurare l'erogazione dei servizi attraverso interventi diretti di produzione o indiretti, tramite l'esternalizzazione di alcuni servizi, svolge il ruolo di regolatore della domanda di salute sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e della definizione degli obiettivi.

Rientrano nel livello di assistenza distrettuale, le seguenti attività assistenziali:

- primaria;
- farmaceutica;
- assistenza domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- specialistica ambulatoriale e protesica,
- riabilitativa;
- consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- sociosanitaria;
- dipendenze patologiche;
- residenziale e semiresidenziale territoriale

STATO DELL'ARTE

L'Azienda opera mediante 86 strutture a gestione diretta e 59 strutture convenzionate.La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle:

TIPO STRUTTURA	TIPO DI RAPPORTO CON IL SSN	numero strutture
STRUTTURA RESIDENZIALE	DIRETTAMENTE GESTITA	6
AMBULATORIO E LABORATORIO	DIRETTAMENTE GESTITA	37
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	DIRETTAMENTE GESTITA	43
totale		**86**
FONTE DATI STS 11		

TIPO STRUTTURA	TIPO DI RAPPORTO CON IL SSN	numero strutture
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	NON DIRETT. GESTITA	1
STRUTTURA RESIDENZIALE	NON DIRETT. GESTITA	19
AMBULATORIO E LABORATORIO	NON DIRETT. GESTITA	36
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	NON DIRETT. GESTITA	3
totale		**59**
FONTE DATI STS 11		

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA

ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

NUMERO STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA DISTINTO PER TIPOLOGIA DI ATTIVITA'ANNO 2013												
	Attività Clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio materno - infantile	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti/alcoldipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza Idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
AMBULATORIO E LABORATORIO	27	9	17	1								
STRUTTURA RESIDENZIALE					3	1			2	2	2	1
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE												
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	26	4	13	34	1	2						
FONTE DATI: MODELLO MINISTERIALE STS 11												

ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

I posti letto attraverso i quali L'ASP di Potenza eroga assistenza residenziale gestita direttamente sono 80, mentre quelli relativi all'attività semiresidenziale sono 16.Di seguito si riporta la situazione dei posti letto residenziali e semiresidenziale delle strutture gestite direttamente dall'ASP nell'anno 2013:

Posti letto strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta anno 2013 distinti per tipologia di assistenza										
STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA	Posti letto Attività Residenziale					Posti letto Attività Semiresidenziale				
	psichiatrica	anziani	disabili fisici	disabili psichici	malati terminali	psichiatrica	anziani	disabili fisici	disabili psichici	malati terminali
RSA MARATEA		6	3	7						
RSA CHIAROMONTE		5	5	4						
CENTRO RESIDENZIALE RIABILITATIVO AVIGLIANO	12									
CENTRO RESIDENZIALE CURE PALLIATIVE					6					
CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	20					10				
*CENTRO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA				12					6	
TOTALE GENERALE	32	11	8	23	6	10	0	0	6	0
I posti letto del CRA non sono stati censiti nel modello ministeriale STS 24										
FONTE DATI : MODELL MINISTERIALE STS 24										

L'Azienda non svolge attività ex art. 26 L. 833/78 attraverso istituti o centri di riabilitazione a gestione diretta.

STRUTTURE CONVENZIONATE

ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

NUMERO STRUTTURE CONVENZIONATE ANNO 2012 DISTINTO PER TIPOLOGIA DI ATTIVITA'ANNO 2012												
	Attività Clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio materno - infantile	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti/alcoldipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza Idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
AMBULATORIO E LABORATORIO	15	6	21									
STRUTTURA RESIDENZIALE					13				4		2	

STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					1						
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	2							2			
FONTE DATI: MODELLO MINISTERIALE STS 11											

ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE

Posti letto strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate anno 2012 distinti per tipologia di assistenza										
STRUTTURE CONVENZIONATE	Posti letto Attività Residenziale					Posti letto Attività Semiresidenziale				
	psichiatrica	anziani	disabili fisici	disabili psichici	malati terminali	psichiatrica	anziani	disabili fisici	disabili psichici	malati terminali
Casa Alloggio 'Benessere'	15									
Casa Alloggio 'Demetra'	15									
CASA ALLOGGIO 'IL TORRENTE'	20									
CASA ALLOGGIO MASCHITO	10									
Casa Alloggio 'Ophelia'	15									
Casa Alloggio Palazzo Schettini - 'I Giardini di Erica'	15									
Casa Alloggio 'Prometeo'	14									
Casa Alloggio Psichiatrica di Ripacandida	10									
Casa alloggio Tramutola	15									
CASA ALLOGGIO 'VALLINA'	15									
CASA DI RIPOSO DI MARATEA		63								
Centro di Riab. DON UVA - RSA anziani disabili 24 PL		24								
Centro di riab. DON UVA-Nucleo Alzheimer	24									
Centro di Riab. DON UVA-RSA Anziani e disabili + Residui manicomiali		66								
CENTRO DI RIABILITAZIONE OERA DON UVA -PZ RSA ANZIANI E DISABILI		24								
CENTRO DI RIABILITAZIONE OPERA DON UVA -PZ RSA DEMENZA DELL'ADULTO	24									
Centro Diurno 'Mongolfiera'						20				
Gruppo Appartamento Glicine	4									
GRUPPO APPARTAMENTO - INSIEME -	4									
TOTALE POSTI LETTO	200	177	0	0	0	20	0	0	0	0
FONTE DATI . MODELLO MINISTERIALE STS 24 ANNO 2012										

I posti letto attraverso i quali L'ASP di Potenza eroga assistenza residenziale attraverso strutture convenzionate sono 377(200 p.l.di assistenza psichiatria e 177 p.l. di assistenza agli anziani) , mentre quelli relativi all'attività semiresidenziale di assistenza psichiatrica sono 20.Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L.833/78 sono7 per complessivi 451 posti letto residenziali e 115 posti letto semiresidenziali, come si evince dalla seguente tabella:

	POSTI LETTO ASSISTENZA RESIDENZIALE	POSTI LETTO ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE
AMBITO TERRITORIALE VENOSA		
CENTRO AIAS F. BAGNALE	38	50
ISTITUTO PADRI TRINITARI	140	30
AMBITO TERRITORIALE POTENZA		
CENTRO DI RIABILITAZIONE DON UVA	273	
CENTRO DI RIBILITAZIONE AIAS		35
TOTALE GENERALE	**451**	**115**
FONTE DATI : MODELLO MINISTERIALE RIA 11 ANNO 2013		

quadro riassuntivo posti letto attività residenziale e semiresidenziale a gestione diretta e convenzionata anno 2013

tipologia attività	gestione diretta	convenzionata	totale
attività residenziale	80	377	457
attività semiresidenziale	16	20	36
attività residenziale ex art. 26 L.833/78	0	451	451
attività semiresidenziale ex art. 26 L.833/78	0	115	115
TOTALE P.L. ATTIVITA' RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	**96**	**963**	**1.059**
FONTE DATI : MODELLI MINISTERIALI STS 24 E RIA 11 ANNO 2012			

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda nell'anno 2013 opera mediante 330 medici di base(243 uomini e 87 donne), che assistono complessivamente una popolazione di 337.244 unità, e 38 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione di 31.525 unità.

E: Medicina Generale

Anzianità di Laurea	N.Medici	Classi di Scelte	N.Medici	N.Scelte	Di cui in età infantile
Da 0 Fino a 6 anni	0	**Da 1 a 50 scelte**	8	129	1
Oltre 6 Fino a 13 anni	0	**Da 51 a 500 scelte**	39	13.029	607
Oltre 13 Fino a 20 anni	16	**Da 501 a 1000 scelte**	94	73.177	3.380
Oltre 20 Fino a 27 anni	75	**Da 1001 a 1500 scelte**	155	198.175	8.343
Oltre 27 anni	239	**Oltre 1500 scelte**	34	52.734	1.260
Numero medici uomini	243				
Numero di medici che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa			242	269.822	
Numero di medici che usufruiscono di indennità di collaborazione informatica			290	306.918	

F: Pediatria

Anzianità di Specializzazione	N.Medici	Classi di Scelte	N.Medici	N.Scelte
Da 0 Fino a 2 anni	0	**Da 1 a 250 scelte**	0	0

Oltre 2 Fino a 9 anni	1	**Da 251 a 800 scelte**	12	7085
Oltre 9 Fino a 16 anni	4	**Oltre 800 scelte**	26	24440
Oltre 16 Fino a 23 anni	19			
Oltre 23 anni	14			
Numero pediatri uomini	12			
Numero di pediatri che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa			27	22926
Numero di pediatri che usufruiscono di indennità di collaborazione informatica			33	27884
FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 12				

GUARDIA MEDICA		
	2012	2013
PUNTI	72	106
MEDICI TITOLARI	292	274
ORE TOTALI	530.084	527.637
CONTATTI EFFETTUATI		146.922
RICOVERI PRESCRITTI		3.417
MEDICI CON DISPONIBILITA' DOMICILIARE	270	1
ORE DI APERTURA DEL SERVIZIO	530.084	527.637
FONTE DATI MODELLO FLS 21		

PREVENZIONE

L'azienda garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. La sua missione è garantire la tutela della salute delle comunità locali, fornendo una risposta unitaria ed efficace alla domanda di salute, perseguendo in particolare le strategie di promozione della salute e di stili di vita sani; prevenzione degli stati morbosi acuti e cronici; il benessere animale e la sicurezza alimentare ai fini della tutela della salute della popolazione.

STATO DELL'ARTE

L'attività di prevenzione viene svolta da 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 articolato in:

- area dell'igiene, epidemiologia e sanità pubblica;
- area dell'igiene degli alimenti e della nutrizione;
- area della medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- area della Prevenzione, Protezione ed impiantistica nei luoghi di lavoro

Negli ultimi decenni si è avuto un incremento significativo delle malattie cronico-degenerative derivanti da un lato dall'invecchiamento della popolazione e dall'altro da scorretti stili di vita. Pertanto si è affermata la necessità di definire specifiche misure di prevenzione attiva, e relativi

sistemi di sorveglianza, considerato che tali patologie sono in gran parte prevenibili al pari dell'incidentalità (incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro) le cui conseguenze individuali e collettive, in termini di perdita di vite umane, invalidità e assistenza, comportano anch'esse un costo sociale che resta tuttora grave. Da qui deriva l'impegno istituzionale, nazionale e regionale, (Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005; Piano della Prevenzione; Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" ecc.).

Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale ha funzioni di programmazione, coordinamento, supporto e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria che vengono svolte sul territorio aziendale. Individua i bisogni sanitari, in linea con gli indirizzi politico strategici regionali e aziendali, predisponendo progetti generali per il coordinamento e il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

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

L'ATTIVITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

ANNO 2013

ASSISTENZA OSPEDALIERA

CONFRONTO DATI DI ATTIVITÀ DEGLI ESERCIZI 2013 -2012

A decorrere dal 01/01/2012, l'attività ospedaliera per acuti è svolta esclusivamente negli ospedali sede di DEA e di Pronto Soccorso Attivo.Tali ospedali sono tre ed in particolare : Presidio Ospedaliero di Lagonegro, Presidio Ospedaliero di Melfi e Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri. Il numero dei posti letto per acuti attivi nell'anno 2013 è di 348 di cui 315(comprensivi di 24 culle) in regime ordinario e 33 in regime day hospital. Tali posti letto sono diminuiti di 6 rispetto all'anno precedente di cui n.4 in regime ordinario e n. 2 in day hospital.

Negli altri presidi, denominati ospedali distrettuali, può essere svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti. in ogni caso sono garantite le attività previste dalla legge regionale 3 agosto 1999, n. 21 e s.m.i.

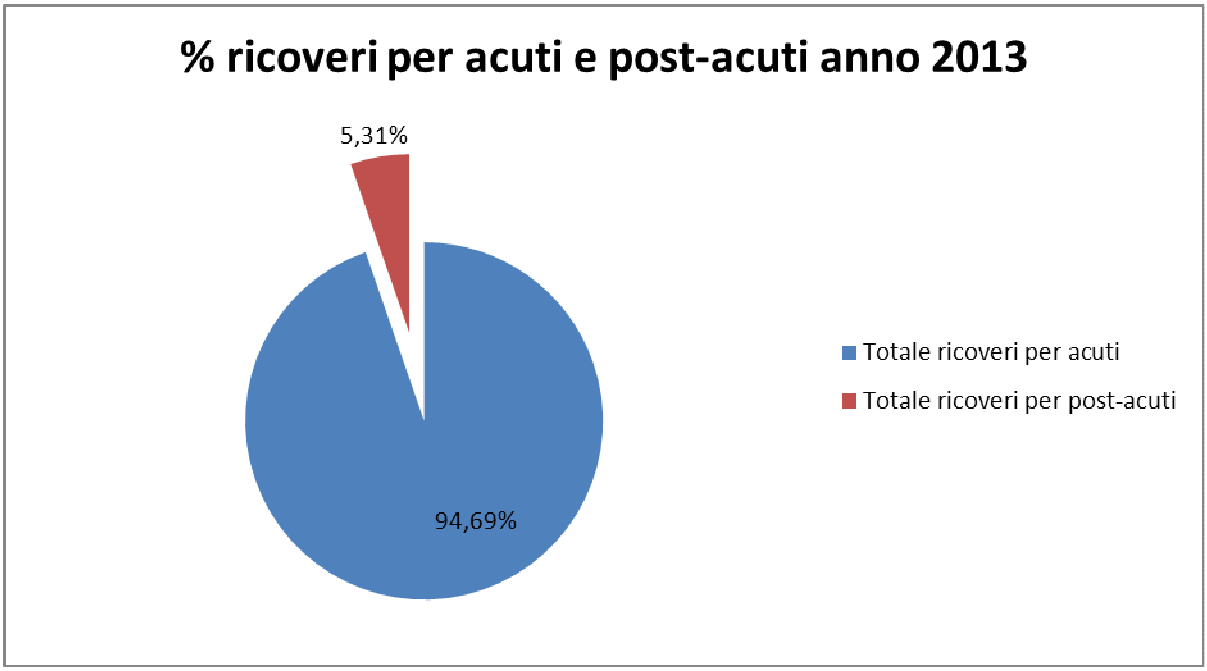
Tale disposizione di legge nell'ambito del territorio dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) ha interessato a partire dal 1° gennaio 2012 i Presidi Ospedalieri di Maratea, di Chiaromonte e di Venosa (essendo il Presidio Ospedaliero di Lauria già riconvertito alle funzioni di ospedale distrettuale), pur trovando fondamento nella esigenza di un appropriato utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico e ad alto costo nel rispetto dei vincoli imposti dal patto per la salute, non intende sminuire il ruolo di alcune strutture sanitarie a favore di altre, né penalizzare alcuni territori a favore di altri creando diseguaglianze tra i cittadini della regione.

Al contrario, vuole completare e riqualificare l'assistenza territoriale inserendo tra l'ospedale ed il territorio, nel rispetto della "storia" di ciascun presidio e delle esigenze delle rispettive comunità di riferimento, strutture modernamente rimodulate per evitare il rischio di vuoti assistenziali, capaci di garantire la continuità delle cure, la integrazione dell'assistenza e la flessibilità degli interventi.

L'attività di ricovero ospedaliero dell'Azienda Sanitaria di Potenza nel corso degli anni è scesa considerevolmente, tendendo ad adeguarsi agli standard di efficienza più moderni per l'attività ospedaliera anche se l'effettiva applicazione della L.R. 17/2011, con la quale la Regione Basilicata disciplina il riordino della rete ospedaliera per acuti, ha inizio solo al 01/01/2012. Nell'anno 2013 i ricoveri sono stati 16.410 a fronte di un dato 2012 di 18.187 ricoveri e di un dato 2011 di 24.687.

Considerevole è la riduzione dei ricoveri nel triennio 2010-2013. Infatti si registra una riduzione di 1.777 ricoveri rispetto all'anno 2012(-9,77%) e di 8.277 rispetto all'anno 2011(-33,53%).

Tipologia ricoveri	Ricoveri2010	Ricoveri2011	Ricoveri2012	Ricoveri2013
Ricoveri ordinari chirurgici	3.662	3.584	3.585	2.858
Ricoveri ordinari medici	12.466	11.630	9.116	9.104
totale ricoveri ordinari	**16.128**	**15.214**	**12.701**	**11.962**
Ricoveri in regime di DaySurgery	5.284	4.626	2.362	2.276
Ricoveri in regime di DayHopital	5.107	4.530	2.243	1.300
totale ricoveri in DH	10.391	9.156	4.605	3.576
Totale ricoveri per acuti	**26.519**	**24.370**	**17.306**	**15.538**
Ricoveri per riabilitazione	**84**	**82**	**215**	**204**
Ricoveri lungodegenti	**252**	**235**	**666**	**668**
Totale ricoveri per post-acuti	**336**	**317**	**881**	**872**
TOTALE	**26.855**	**24.687**	**18.187**	**16.410**



NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE				
Tipologia ricoveri	**Ricoveri 2010**	**Ricoveri 2011**	**Ricoveri 2012**	**Ricoveri 2013**
totale ricoveri acuti	**26.522**	**24.370**	**17.306**	**15.538**
totale ricoveri post acuzie	**336**	**317**	**881**	**872**
TOTALE	**26.858**	**24.687**	**18.187**	**16.410**

% NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE				
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013
% ricoveri acuti	98,75%	98,72%	95,16%	94,69%
% ricoveri post acuzie	1,25%	1,28%	4,84%	5,31%
TOTALE	100%	100%	100%	100%

Nell'anno 2013 il 94,69% dei ricoveri sono per acuti, mentre il 5,31% per le post- acuzie a fronte del 95,16 %(acuti) e dell'4,84%(post- acuzie) per l'anno 2012 e del 98,72%(acuti) e dell'1,28% (post-acuzie)per l'anno 2011.

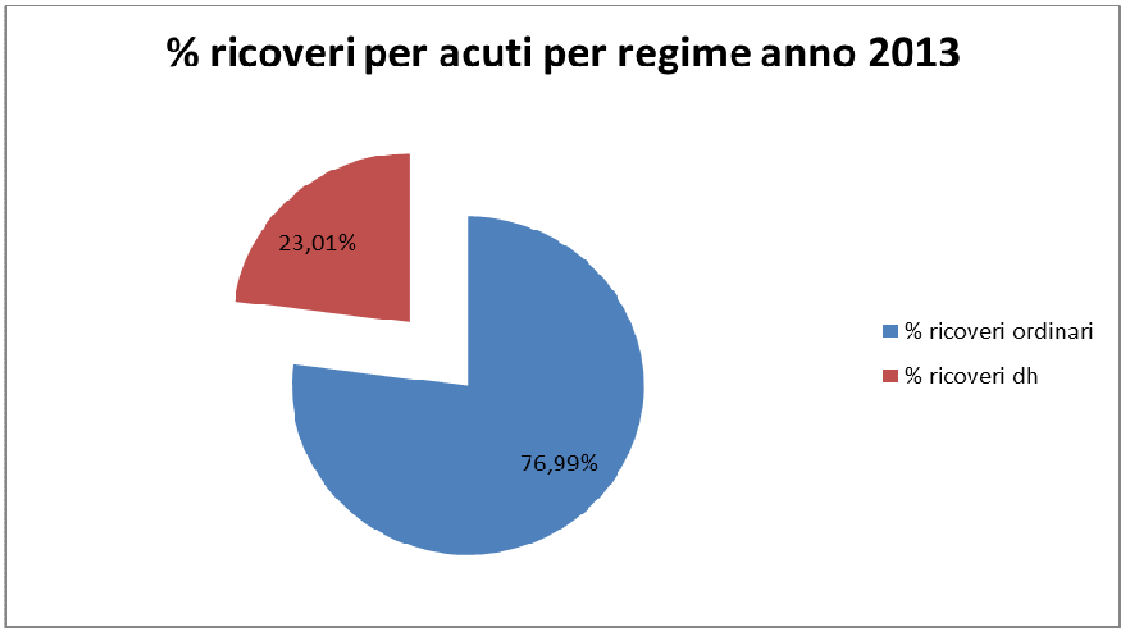
Emerge che nel triennio in esame i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione, anche se percentualmente risultano esigui, sono in continuo aumento in conformità alla programmazione regionale e al trend nazionale che vede un incremento dell'assistenza a soggetti anziani e fragili.. Infatti i ricoveri per attività di post acuzie nell'anno 2013 sono più che raddoppiati rispetto all'anno 2011 e all'anno 2010.

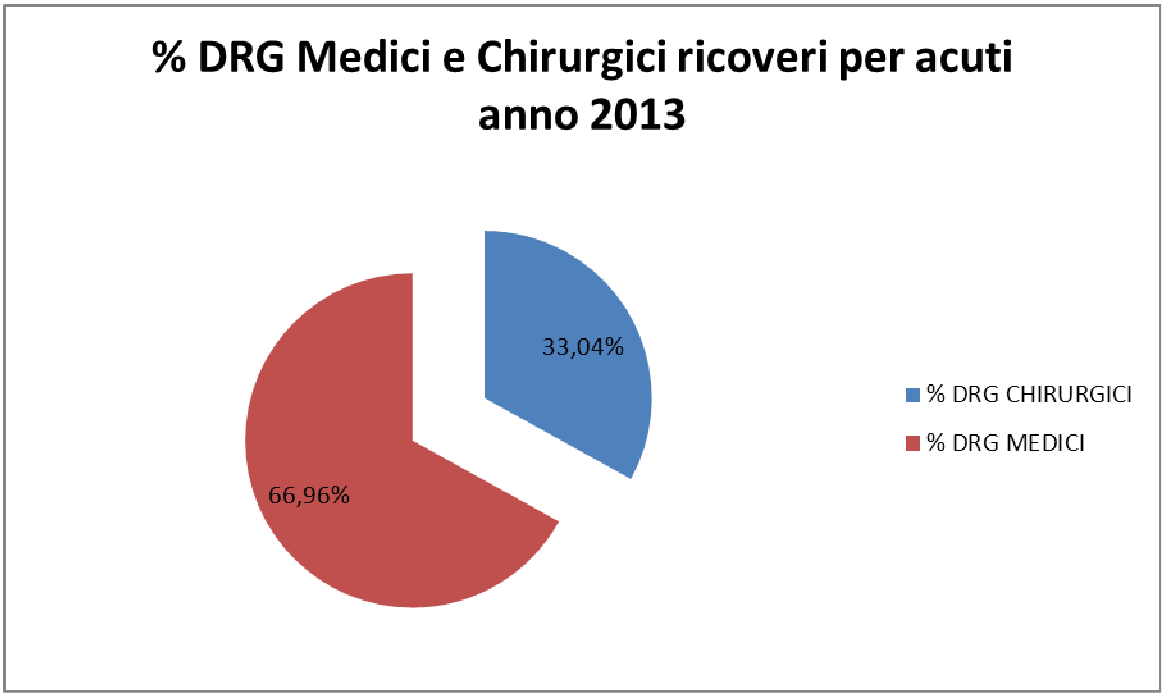
Attraverso una analisi dei ricoveri per acuti nel triennio 2011-2013 risulta che nell'anno 2013 il 76,99% dei ricoveri è in regime ordinario mentre il 23,01% in regime diurno.

Dalle tabelle sottostanti emerge che nel triennio il rapporto ricoveri ordinari/totale ricoveri è in aumento pertanto l'azienda in questo periodo predilige il regime ordinario sul regime diurno. Tale riduzione del rapporto percentuale ricoveri diurni sul totale dei ricoveri è da attribuirsi prevalentemente all'eliminazione dei dh diagnostici e alla conversione di alcuni interventi chirurgici in tregime ambulatoriale in conformità a alla programmazione regionale.

NUMERO RICOVERI PER ACUTI PER REGIME ED ANNO				
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013
totale ricoveri ordinari	16.128	15.214	12.701	11.962
totale ricoveri dh	10.391	9.156	4.605	3.576
totale ricoveri per acuti	26.519	24.370	17.306	15.538

% RICOVERI PER ACUTI PER REGIME ED ANNO				
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013
% ricoveri ordinari	60,82%	62,43%	73,39%	76,99%
% ricoveri dh	39,18%	37,57%	26,61%	23,01%
totale ricoveri per acuti	100%	100%	100%	100%





DRG MEDICI E CHIRURGICI RICOVERI PER ACUTI:

NUMERO DRG MEDICI E CHIRURGICI RICOVERI PER ACUTI				
Tipologia ricoveri	**Ricoveri 2010**	**Ricoveri 2011**	**Ricoveri 2012**	**Ricoveri 2013**
DRG CHIRURGICI	**8.946**	**8.210**	**5.947**	**5.134**
DRG MEDICI	**17.573**	**16.160**	**11.359**	**10.404**
TOTALE DRG	**26.519**	**24.370**	**17.306**	**15.538**

% DRG MEDICI E %CHIRURGICI SUL TOTALE DEI RICOVERI PER ACUTI				
Tipologia ricoveri	**Ricoveri 2010**	**Ricoveri 2011**	**Ricoveri 2012**	**Ricoveri 2013**
% DRG CHIRURGICI	**33,73%**	**33,69%**	**34,36%**	**33,04%**
% DRG MEDICI	**66,27%**	**66,31%**	**65,64%**	**66,96%**
% TOTALE DRG	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Nell'anno 2013 il 66,96% dei DRG sono medici , mentre il 33,04% sono chirurgici. Si registra un incremento dei DRG medici rispetto agli anni precedenti.

Di seguito si riporta il numero, il peso medio e la valorizzazione dei ricoveri effettuati nelle strutture ospedaliere dell'ASP nel biennio 2013-2012:

PRINCIPALI INDICATORI RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO ANNI 2013-2012																	
		Posti letto		**n ricoveri**		**Ricavi**		**Di cui di 1 gg**		**Giorni di Degenza**		**Degenza Media**		**DRG Chirurgici**		**Peso Medio**	
Sruttura	**Unità operative**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**
Lagonegro	Chirurgia Generale	24	24	955	1.040	2.301.358	2.414.823	98	155	6.470	6.678	73,86	76,44	535	623	0,89	0,79
	Medicina Generale	18	18	645	588	2.280.175	2.400.864	27	20	6.058	5.667	92,21	86,49	6	6	1,25	1,31
	Nido	8	8	614	551	441.112	486.938	2	4	1.704	1.550	58,36	53,23	0	0	0,21	0,22
	Ortopedia e Traumatologia	10	10	266	317	1.379.445	1.681.534	35	51	1.888	2.308	51,73	63,41	215	259	1,25	1,28
	Ostetricia e Ginecologia	13	13	850	808	1.548.887	1.363.295	86	93	2.926	437	61,66	60,03	439	0	0,58	0,58
	Pediatria	2	2	173	170	194.458	188.383	41	44	453	437	62,05	60,03	0	0	0,41	0,41
	Pneumologia	8	8	379	430	1.245.579	1.728.686	4	7	2.692	2.903	92,19	99,69	17	30	1,28	1,3
	Rianimazione	4	4	51	55	293.124	397.477	6	12	569	631	38,97	43,34	12	15	2,14	2,36
	Utic- Cardiologia	9	9	455	469	1.200.731	1.328.289	35	40	2.579	2.703	78,51	82,51	2	2	0,99	1,01
	TOTALE	**96**	**96**	**4.388**	**4.428**	**10.884.869**	**11.990.289**	**334**	**426**	**25.339**	**23.314**						
Melfi	Cardiologia	6	6	190	247	619.654	758.499	14	27	1.023	1.425	5,38	5,77	19	32	1,07	1,07
	Chirurgia Generale	17	17	707	619	2.315.328	2.285.215	62	75	5.065	4.273	7,16	6,90	407	44	1,08	1,15
	Detenuti	1	1	8	6	17.940	11.372	2	2	26	17	3,25	2,83	5	2	0,88	0,88
	Medicina Generale	22	22	759	1.095	1.912.926	3.424.235	43	64	4.221	6.725	5,56	6,14	1	2	0,97	1,08
	Nido	8	8	577	497	888.227	1.285.373	42	19	2.235	2.032	3,87	4,09	0	0	0,59	0,62
	Oculistica	0	0	1		2.477		0		2		2,00		1		0,83	
	Ortopedia e Traumatologia	12	12	481	316	1.745.245	1.625.869	146	64	2.396	1.734	4,98	5,49	382	278	1,19	1,29
	Ostetricia e Ginecologia	18	18	831	675	1.626.560	1.338.129	64	13	3.722	3.201	4,48	4,74	443	400	0,61	0,63
	Otorinolaringoiatria	2	2	120	160	474.483	651.886	8	5	593	659	4,94	4,12	101	141	1	1,02

PRINCIPALI INDICATORI RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO ANNI 2013-2012																	
		Posti letto		n ricoveri		Ricavi		Di cui di 1 gg		Giorni di Degenza		Degenza Media		DRG Chirurgici		Peso Medio	
Sruttura	**Unità operative**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**
	Pediatria	3	3	227	270	315.018	404.922	33	38	816	913	3,59	3,38	0	1	0,45	0,45
	Pneumologia	4	0	410		1.504.353		32		2.183		5,32		2		1,5	
	Psichiatria	4	4	124	143	294.344	279.153	9	6	1.404	1.484	11,32	10,38	0	1	0,76	0,77
	Rianimazione	4	4	50	59	471.185	812.726	14	9	472	920	9,44	15,59	10	20	3,24	3,8
	Utic	4	4	294	225	1.408.822	835.818	30	22	1.632	1.078	5,55	4,79	71	47	1,4	1,27
	TOTALE	**105**	**101**	**4.779**	**4.312**	**13.596.560**	**13.713.196**	**499**	**344**	**25.790**	**24.461**						
Villa d'Agri	Chirurgia Generale	15	15	486	470	1.636.083	1.812.183	36	32	2.570	2.542	46,94	46,56	377	397	0,97	0,99
	Medicina Generale	27	27	702	652	2.189.173	2.045.836	36	29	5.738	5.887	58,22	59,90	5	7	1,12	1,1
	Nido	8	8	322	250	248.911	221.396	2	1	1.197	938	0,00	0,00	0	0	0,2	0,23
	Ortopedia e Traumatologia	14	14	299	282	1.260.832	1.424.215	40	34	2.083	1.789	40,76	35,11	218	256	1,15	1,29
	Ostetricia e Ginecologia	14	14	439	307	818.254	542.153	28	10	1.829	1.225	35,79	24,04	234	203	0,54	0,59
	Pediatria	7	7	186	179	324.438	335.124	7	2	920	921	36,01	36,15	0	1	0,53	0,55
	Pneumologia	11	11	406	414	1.813.136	1.798.052	8	9	3.450	3.634	85,93	90,76	2	5	1,54	1,39
	Psichiatria	9	9	211	205	547.620	410.668	1	1	3.035	3.155	92,39	96,31	0	0	0,76	0,77
	Rianimazione	4	4	45	40	466.843	544.081	9	3	939	843	64,32	57,90	14	13	3,13	3,57
	Utic- Cardiologia	9	9	438	423	1.694.762	1.595.269	77	73	2.457	2.504	74,79	76,43	69	73	1,23	1,29
	TOTALE	**118**	**118**	**3.534**	**3.222**	**11.000.052**	**10.728.977**	**244**	**194**	**24.218**	**23.438**						

PRINCIPALI INDICATORI RICOVERI DH PER ACUTI ANNI 2013-2012																			
		Posti letto		n ricoveri		Ricavi		Di cui di 1 gg		DRG Chirurgici		Giorni di Degenza		Degenza Media		%Occ PL		Peso Medio	
Sruttura	Unità operative	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Lagonegro	Chirurgia Generale	2	2	740	540	924.663	455.847	200	194	351	167	2.241	1.485	3,03	2,75	429,78	285,58	0,731	0,636
	DH Internistico	4	4	394	221	609.867	411.648	220	90	1	2	1.899	1.500	4,82	6,79	182,10	144,23	0,712	0,746
	Ortopedia e Traumatologia	2	2	199	184	300.373	267.482	93	141	179	163	352	240	1,77	1,30	67,51	46,15	0,888	0,884
	Ostetricia e Ginecologia	1	1	241	201	261.336	181.865	61	87	180	155	528	361	2,19	1,80	202,52	138,85	0,569	0,549
	Pediatria	2	2	117	140	31.138	31.842	99	107	0	0	142	175	1,21	1,25	27,23	33,65	0,423	0,411
	Pneumologia	1		3		5.543		0		0		25		8,33		9,59		1,272	1,272
	Utic- Cardiologia	1	1	49	30	10.774	6.594	44	29	0	0	55	31	1,12	1,03	21,10	11,92	0,669	0,73
	totale	**13**	**12**	**1.743**	**1.316**	**2.143.694**	**1.355.278**	**717**	**648**	**711**	**487**	**5.242**	**3.792**	**3,01**	**2,88**				
Melfi	Chirurgia Generale	1	1	212	97	311.750	130.027	210	97	187	97	217	97	1,02	1,00	83,23	37,31	0,754	0,792
	Detenuti	0	0	1		1.561		1		1		1		1,00		0,00		0,82	
	Medicina Generale	2	2	47	5	25.794	13.094	4	1	0	0	178	80	3,79	16,00	34,14	15,38	0,724	1,095
	Ortopedia e Traumatologia	1	1	100	177	142.401	266.019	99	176	90	161	113	183	1,13	1,03	43,34	70,38	0,855	0,874
	Ostetricia e Ginecologia	2	2	247	319	272.455	341.114	80	97	217	311	427	549	1,73	1,72	81,89	105,78	0,546	0,54
	Otorinolaringoiatria	2	2	209	183	284.416	215.257	34	0	163	134	561	591	2,68	3,23	107,59	113,65	0,788	0,772
	Pediatria	1	1	52	41	25.944	15.102	21	20	0	0	117	75	2,25	1,83	44,88	28,85	0,427	0,515
	Pneumologia	1	0	9		3.524		0		0		22		2,44		8,44		0,722	0,722
	totale	**10**	**9**	**877**	**822**	**1.067.844**	**980.614**	**449**	**391**	**658**	**703**	**1.636**	**1.575**						
Villa d'Agri	Chirurgia Generale	4	4	695	798	952.187	969.900	420	534	522	633	985	1.072	1,42	1,34	94,45	103,08	0,779	0,8
	Medicina Generale	1	1	189	44	217.025	31.421	9	2	1	1	1.221	430	6,46	9,77	468,33	165,38	0,971	1,009

PRINCIPALI INDICATORI RICOVERI DH PER ACUTI ANNI 2013-2012																			
		Posti letto		n ricoveri		Ricavi		Di cui di 1 gg		DRG Chirurgici		Giorni di Degenza		Degenza Media		%Occ PL		Peso Medio	
Sruttura	Unità operative	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	Ortopedia e Traumatologia	2	2	259	197	368.793	292.367	104	109	190	179	462	296	1,78	1,50	88,60	56,92	0,904	0,97
	Ostetricia e Ginecologia	2	2	561	349	480.796	339.868	92	86	281	273	1.481	755	2,64	2,16	284,03	145,19	0,491	0,547
	Pediatria	1	1	147	14	157.923	7.336	6	1	0	0	703	89	4,78	6,36	269,64	34,23	0,437	0,774
	Pneumologia	1	1	58		34.025		4		0		180		3,10		69,04		1,153	1,153
	Psichiatria	1	1	31	36	32.076	36.845	1	1	0	0	202	228	6,52	6,33	77,48	87,69	0,767	0,77
totale		**12**	**12**	**1.940**	**1.438**	**2.242.825**	**1.677.736**	**636**	**733**	**994**	**1.086**	**5.234**	**2.870**						

ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PER ACUTI DELLA ASP - Periodo: GEN - DIC 2013

DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Lagonegro	Villa d'Agri	Melfi
391	Neonato normale	**888**	489	213	186
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	**631**	217	143	271
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	**588**	277	53	258
371	Parto cesareo senza CC	**547**	241	108	198
127	Insufficienza cardiaca e shock	**497**	188	140	169
430	Psicosi	**335**	-	203	132
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	**306**	104	89	113
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	**245**	171	13	61
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	**243**	156	57	30
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	**211**	16	6	189
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	**181**	56	67	58
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	**180**	79	43	58
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	**173**	32	71	70
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	**172**	44	11	117
015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	**167**	-	71	96
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	**5.364**	**2.070**	**1.288**	**2.006**
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	**11.976**	**4.437**	**3.228**	**4.311**
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	**44,79**	**46,65**	**39,90**	**46,53**

ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PER ACUTI DELLA ASP - Periodo: GEN - DIC 2012

DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Lagonegro	Villa d'Agri	Melfi
391	Neonato normale	**1.027**	574	274	179
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	**741**	227	187	327
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	**711**	315	118	278
371	Parto cesareo senza CC	**629**	271	132	226
127	Insufficienza cardiaca e shock	**442**	190	120	132
430	Psicosi	**317**	-	208	109
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	**276**	110	65	101

389	Neonati a termine con affezioni maggiori	**264**	6	8	250
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	**195**	140	40	15
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	**176**	45	68	63
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	**176**	69	50	57
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	**165**	114	17	34
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	**156**	47	7	102
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	**151**	23	70	58
015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	**147**	8	62	77
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	**5.573**	**2.139**	**1.426**	**2.008**
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	**12.700**	**4.388**	**3.534**	**4.778**
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	**43,88**	**48,75**	**40,35**	**42,03**

ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE POST ACUTO DELLA ASP - Periodo: GEN - DIC 2013

DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Venosa	Chiaromonte	Lauria
127	Insufficienza cardiaca e shock	**135**	15	110	10
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	**125**	48	26	51
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	**120**	66	21	33
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	**68**	25	-	43
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	**49**	18	20	11
462	Riabilitazione	**35**	-	-	35
016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	**24**	23	1	-
129	Arresto cardiaco senza causa apparente	**23**	21	2	-
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	**23**	23	-	-
202	Cirrosi e epatite alcolica	**22**	16	4	2
023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	**17**	11	2	4
316	Insufficienza renale	**15**	9	4	2
134	Ipertensione	**14**	3	11	-
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	**11**	4	4	3
524	Ischemia cerebrale transitoria	**10**	2	8	-
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	**691**	**284**	**213**	**194**
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	**868**	**388**	**255**	**225**
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	**79,61**	**73,20**	**83,53**	**86,22**

ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE POST ACUTO DELLA ASP - Periodo: GEN - DIC 2012

DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Venosa	Chiaromonte	Lauria
127	Insufficienza cardiaca e shock	**123**	26	90	7
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	**109**	29	20	60
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	**84**	60	1	23

256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	**55**	26	-	29
462	Riabilitazione	**44**	-	-	44
202	Cirrosi e epatite alcolica	**40**	37	3	-
316	Insufficienza renale	**37**	23	8	6
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	**35**	9	24	2
463	Segni e sintomi con CC	**19**	16	3	-
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	**17**	16	1	-
015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	**15**	13	2	-
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	**14**	-	14	-
016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	**13**	12	1	-
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	**12**	7	5	-
524	Ischemia cerebrale transitoria	**11**	5	6	-
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	**628**	**279**	**178**	**171**
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	**846**	**397**	**233**	**216**
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	**74,23**	**70,28**	**76,39**	**79,17**

ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DELLA ASP DI POTENZA - Periodo: GEN - DIC 2013

DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Lagonegro	Villa d'Agri	Melfi	Venosa	Chiaromonte	Lauria
391	Neonato normale	**888**	489	213	186	-	-	-
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	**680**	217	143	271	18	20	11
127	Insufficienza cardiaca e shock	**632**	188	140	169	15	110	10
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	**588**	277	53	258	-	-	-
371	Parto cesareo senza CC	**547**	241	108	198	-	-	-
430	Psicosi	**337**	-	203	132	2	-	-
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	**306**	104	89	113	-	-	-
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	**254**	156	57	30	4	4	3
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	**245**	171	13	61	-	-	-
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	**211**	16	6	189	-	-	-
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	**181**	56	67	58	-	-	-
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	**180**	79	43	58	-	-	-
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	**173**	32	71	70	-	-	-
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	**172**	44	11	117	-	-	-
015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	**171**	-	71	96	4	-	-
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	**5.565**	**2.070**	**1.288**	**2.006**	**43**	**134**	**24**
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	**12.844**	**4.437**	**3.228**	**4.311**	**388**	**255**	**225**
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	**43,33**	**46,65**	**39,90**	**46,53**	**11,08**	**52,55**	**10,67**

ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DELLA ASP DI POTENZA - Periodo: GEN - DIC 2012

DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Lagonegro	Villa d'Agri	Melfi	Venosa	Chiaromonte	Lauria
391	Neonato normale	**1.027**	574	274	179	-	-	-
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	**776**	227	187	327	9	24	2
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	**711**	315	118	278	-	-	-
371	Parto cesareo senza CC	**629**	271	132	226	-	-	-
127	Insufficienza cardiaca e shock	**565**	190	120	132	26	90	7
430	Psicosi	**318**	-	208	109	-	1	-
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	**276**	110	65	101	-	-	-
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	**264**	6	8	250	-	-	-
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	**207**	140	40	15	7	5	-
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	**178**	45	68	63	2	-	-
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	**176**	69	50	57	-	-	-
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	**165**	114	17	34	-	-	-
015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	**162**	8	62	77	13	2	-
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	**156**	47	7	102	-	-	-
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	**155**	30	9	7	29	20	60
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	**5.765**	**2.146**	**1.365**	**1.957**	**86**	**142**	**69**
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	**13.546**	**4.388**	**3.534**	**4.778**	**397**	**233**	**216**
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	**42,56**	**48,91**	**38,62**	**40,96**	**21,66**	**60,94**	**31,94**

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO ANNI 2013 – 2012

L'Azienda ASP di Potenza è caratterizzata da tre Pronto Soccorso Attivo presso ciascun Presidio Ospedaliero per Acuti. In particolare :

- Pronto Soccorso Attivo di Melfi
- Pronto Soccorso Attivo di Villa d'Agri
- Pronto Soccorso Attivo di Lagonegro

Fanno parte del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Gli obiettivi dei Pronto Soccorso aziendali sono stati per l'anno 2013:

1) Rispondere ai bisogni urgenti di salute della popolazione (Pronto Soccorso):

- assistendo immediatamente i pazienti più gravi;

- assistendo, nel più breve tempo possibile, gli altri pazienti, in relazione alla loro gravità;

- rassicurando i pazienti che non necessitano prestazioni in urgenza e indirizzandoli ad altre competenze sanitarie (Medico di Medicina Generale, Poliambulatori specialistici);

2) Ammettere i pazienti al ricovero ospedaliero con i caratteri di urgenza. La risposta ottimale del Pronto Soccorso ai bisogni urgenti di salute deve essere tempestiva e adeguata: a questo scopo lavorano tutti i componenti dell'équipe medico infermieristica. Medici e infermieri sono a

disposizione dell'utenza, 24 ore su 24. In base alla loro esperienza clinica e lavorativa essi sono in grado di identificare chi si rivolge al Pronto Soccorso per motivi inappropriati. Per ottenere una risposta rapida e adeguata ai propri bisogni sanitari è necessario rivolgersi al Pronto Soccorso solo quando sussistono reali necessità.

Obiettivo principale è assicurare un'assistenza tempestiva ed efficace al paziente in caso di emergenza-urgenza, sul territorio come in Ospedale. Questo avviene attraverso percorsi assistenziali altamente integrati fra tutte le componenti provinciali del sistema. L'impiego coordinato e sinergico delle professionalità è volto ad ottenere la migliore valutazione, stabilizzazione delle funzioni vitali e terapia possibili. Gli operatori die Pronto soccorso aziendali hanno nell'anno 2013 seguito corsi di formazione specifica ed interdisciplinare e hanno partecipano a momenti di aggiornamento e addestramento continui per il mantenimento di elevati livelli di competenza clinica (clinical competence). Le componenti del sistema, dalle funzioni differenziate fra loro, sono: la Centrale Operativa 118 – di Potenza, dotata di numero di accesso breve ed unico, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario e che coordina gli interventi sul territorio; i Punti di Primo Intervento, postazioni sanitarie atte a garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza; i Pronto Soccorso, che svolgono attività di accettazione e trattamento per tutti i pazienti che vi accedono autonomamente o trasportati dalle autoambulanze del 118. I Pronto Soccorso dispongono due posti letto amministrativi dell'OBI (Osservazione Breve Intensiva), una particolare articolazione organizzativa che consente una migliore valutazione dei pazienti, esercitando una funzione di filtro per ridurre i ricoveri non appropriati e per dimettere in sicurezza i pazienti che vi accedono. In questa area alcuni pazienti con patologie predefinite (dolore toracico, trauma cranico minore, aritmie ecc.) vengono tenuti in osservazione per un tempo compreso fra le 6 e 24 ore ed effettuano indagini diagnostiche multiple per stabilire la necessità di ricovero o la possibile dimissione. Il Pronto Soccorso è la porta dell'ospedale verso il territorio, cui si possono rivolgere i cittadini per trovare risposte ai propri bisogni urgenti di salute. E' un Servizio molto importante e, come tale, va utilizzato con appropriatezza. Richiede, da parte degli operatori sanitari, particolare impegno e grande preparazione, talvolta difficili da apprezzare da parte degli utenti, a causa delle condizioni di "urgenza" e "concitazione" in cui ci si trova a lavorare. La Mission del Pronto Soccorso è "garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza e di emergenza" Più specificamente è "garantire a ogni cittadino bisognoso un appropriato orientamento diagnostico terapeutico e, nei casi di emergenza, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali". A partire dall'anno 2012 i pronto soccorso dell'azienda sono stati caratterizzati da una rivisitazione delle attività. In conseguenza di tale riorganizzazione, si sono modificate sia la quantità che, soprattutto, la qualità delle patologie

trattate nei Pronto Soccorso Attivi di Melfi, di Lagonegro e di Villa d'Agri. A questo è doveroso aggiungere l'azione di filtro che nell'anno 2013 si è intensificata sul territorio grazie anche alla collaborazione dei Medici di Medicina Generale e dei Medici di Continuità Assistenziali.

TOTALE ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO ANNI 2013 -2012

Struttura	Accessi		Cosciente		Non Deambulante		Non Cosciente		Cadavere		Ricoveri		Deceduti	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
Lagonegro	13.315	12.685	12.140	12.014	1.105	630	67	40	1	1	2.022	2.077	12	12
Villa D'Agri	16.113	14.990	15.938	14.824	175	166	0	0	0	0	1.982	1.972	10	11
Melfi	16.876	16.686	16.193	16.125	674	553	9	7	0	1	2.901	3.116	12	10
totale	**46.304**	**44.361**	**44.271**	**42.963**	**1.954**	**1.349**	**76**	**47**	**1**	**2**	**6.905**	**7.165**	**34**	**33**
Fonte dati AIRO														

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	2011	2012	2013
Numero totale di accessi in pronto soccorso	57.356	54.781	57.126
- di cui numero codici bianchi	3.527	2.449	2.136
- di cui numero codici verdi	45.500	42.230	43.086
- di cui numero codici gialli	7.912	9.584	11.333
- di cui numero codici rossi	417	518	571

% totale accessi per codice triage anni 2013-2012		
	2013	**2012**
ROSSO	1,21%	1,11%
GIALLO	23,21%	20,77%
VERDE	70,08%	71,59%
BIANCO	3,91%	4,60%
Fonte dati AIRO		

% accessi in PS per fascia oraria		
FASCIA	**2013**	**2012**
00-04	5,22%	5,62%
04-08	4,73%	5,14%
08-12	**30,82%**	**30,17%**
12-16	**22,07%**	**22,22%**
16-20	**22,15%**	**21,74%**
20-24	15,02%	15,10%
FONTE DATI:AIRO		

Si rileva chiaramente che dall'analisi dei dati di attività dell'anno 2013, confrontati con quelli del 2012:

- una aumento del numero degli accessi in numero di 1.943 pari al 4,4%
- gli accessi sono caratterizzati per l'83,21% da residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria locale di Potenza, per l'1,32% da residenti dell'ASM e per il 15,47 da residenti fuori regione. I pazienti di fuori regione provengono prevalentemente dalla Regione Calabria, dalla Regione Campania e dalla Puglia. Il Pronto Soccorso di Lagonegro riceve maggiore mobilità passiva soprattutto dalle Regioni di confine ed in particolare dalla Calabria. I pazienti della regione Campania si dirigono prevalentemente presso il Pronto soccorso di Lagonegro e quello di villa d'Agri.
- una incidenza dei pazienti etichettati come codice verde (70,08%) e come giallo (23,21%);
- l'affluenza del 75.04% degli accessi di pazienti poco critici in Pronto Soccorso nella fascia oraria 08-20;

- un significativo incremento dell'utilizzo dell'O.B.I; sono stati trattati in O.B.I. il 13,07% degli accessi in P.S. vs il 10,86% del 2012, con una percentuale complessiva di ricoveri dall' O.B.I. pari all' 12,58% rispetto al totale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso(6.905 ricoveri).

Altro punto di forza dei Pronto Soccorso dell'Azienda è rappresentato dalla funzione di triage, che contempla:

- il rilievo sistematico di PA, SpO2, FC a tutti i pazienti con codice verde o più elevato;
- l'esecuzione di ECG a tutti i pazienti con dolore toracico, dispnea, tachicardia o sincope entro 5' dalla presentazione;
- il prelievo di sangue venoso immediato a tutti i pazienti con codice giallo e a gran parte di quelli con codice verde (in base a protocolli di selezione);
- emogasanalisi a tutti i pazienti con SpO2 <90% o con codice giallo internistico;

L'applicazione del triage nel Pronto Soccorso è motivata dall'aumento progressivo degli utenti che vi afferiscono, soprattutto di casi non urgenti. Tale metodo consente di razionalizzare i tempi di attesa in funzione delle necessità dei pazienti, utilizzando quale criterio di scelta le condizioni cliniche degli stessi e non il criterio dell'ordine di arrivo

Dall'analisi dei codici triage adottati nell'Azienda, emerge che il codice verde (poco critico con assenza di rischi evolutivi , prestazioni differibili) rappresenta il 70,08% degli accessi , mentre il codice bianco(non critico, pazienti non urgenti) solo il 3,91%.

Il numero dei ricoveri di 6.905 si riduce rispetto all'anno precedente del 3,77%(7.165 ricoveri nell'anno 2012). E' rilevante sottolineare che i ricoveri sono disposti prevalentemente per i reparti di Medicina, Cardiologia e Chirurgia Generale. la riduzione dei ricoveri medici brevi da 0-2 giorni provenienti da Pronto Soccorso (-10,32%) rispetto all'anno precedente .

ricoveri disposti per reparto anni 2013-2012

REPARTO	2012		2013	
	obi	ricoveri	obi	ricoveri
MEDICINA GENERALE	297	1.951	316	2.161
CARDIOLOGIA-UTIC	243	1.083	245	1.064
CHIRURGIA GENERALE	124	1.092	138	940
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	651	8	675
PNEUMOLOGIA	87	818	49	627
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	17	802	49	586

PEDIATRIA	16	490	45	555
PSICHIATRIA	10	142	6	161
TERAPIA INTESIVA	12	97	7	102
OTORINOLARINGOIATRIA	3	34	4	30
DETENUTI	0	1	1	2
NIDO	0	4	0	2
TOTALE	**812**	**7.165**	**868**	**6.905**

FONTE DATI: AIRO

L'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI) DELL'ASP ANNI 2013-2012

I casi con malattie che non necessitano di ricovero immediato, ma di una terapia con osservazione per alcune ore e/o di un approfondimento diagnostico sono trattenuti in OBI.

Gli scopi dell'O.B.I. sono:

- valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose minori, così da consentirne la dimissione a sintomatologia risolta e diagnosi certa o altamente probabile;
- valutare in modo appropriato il paziente con patologie di competenza non univoca così da meglio definirne le condizioni e trovarne la collocazione nel reparto più appropriato;
- ridurre il numero di ricoveri nei reparti di degenza migliorando l'appropriatezza;
- fornire un servizio di comfort associato a maggior competenza, professionalità così da supportare anche l'aspetto psicologico del paziente;
- in caso di sovraffollamento del Pronto Soccorso o di temporanea assenza di posti letto presso reparti di degenza dell'Azienda, mantenere sotto controllo un paziente in attesa di esami, consulenze, e/o trasferimento ad altro Ospedale o di posto letto libero; in tale situazione si rivela utile anche nella gestione di eventuali parenti o accompagnatori.

Il paziente indirizzato all'O.B.I. dovrebbe presentare (almeno idealmente) le seguenti caratteristiche:

- dal punto di **vista clinico**: sintomi e segni di media o bassa gravità sia di competenza medica che chirurgica od ortopedica, in presenza comunque di una certa stabilità clinica e dei parametri vitali con esclusione del paziente rianimatorio e di quello con agitazione psicomotoria o rischio autolesivo;
- dal punto di **vista diagnostico:** possibilità di eseguire in regime ambulatoriale gli accertamenti necessari ad una diagnosi corretta, senza troppo interferire con attività elettive dei servizi;

- dal punto di **vista terapeutico**: possibilità di un trattamento rapido ed efficace, in grado di risolvere il quadro clinico.

Il tempo di permanenza nella Struttura è compreso tra un minimo di 3 ore ed un massimo 24 ore.

L'obiettivo è quello di ridurre i ricoveri impropri nei reparti di degenza ed evitare le dimissioni troppo precoci dal Pronto soccorso, garantendo al paziente una maggior sicurezza e l'esecuzione di protocolli diagnostici verificati e normalizzati.

Nell'anno 2013 si registra un incremento delle OBI di 418 accessi (+8,97%) rispetto all'anno 2012 prevalentemente presso il Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri. I ricoveri disposti dopo l'OBI rappresentano il 12,57% dei ricoveri provenienti da pronto Soccorso.

ALCUNI PRINCIPALI INDICATORI ANNO 2013

	anno 2013				
	codici gialli				
	totale casi	attesa < 30 m'	attesa > 30m'	*risultato indicatore*	target
CODICE GIALLO	**10.745**	**10.332**	**413**	***96,16***	**> 90%**

anno 2013				
codici verdi				
totale casi	attesa ≤ 60 m'	attesa > 60m'	***risultato indicatore***	target
32.449	30.883	1.566	***95,17***	**> 90%**

	anno 2013							
	codici verdi							
	totale accessi ***(a)***	totale ricoveri ***(b)***	totale obi ***(c)***	totale dimessi ***(a-b-c)***	permanenza PS ≤ 4 h	dimessi > 4 h	***risultato indicatore***	target
CODICE VERDE	**15.100**	**2.578**	**2.025**	**10.497**	**9.024**	1.473	***85,97***	**> 90%**

LA MOBILITA' OSPEDALIERA PASSIVA DELL'ASP

Le prestazioni sanitarie ricevute da altre ASL, e di cui hanno beneficiato i residenti nel territorio di competenza della ASP di Potenza, costituiscono la mobilità sanitaria passiva.

La loro valorizzazione è rilevata tra i costi dell'esercizio sulla base delle prestazioni sanitarie rese da Aziende Sanitarie Locali a cittadini residenti nel territorio della ASP. Il valore di tali prestazioni è indicato nel piano di riparto del FSR definitivo 2013 approvato con DGR n. 414 dell'08/04/2014.

L'iscrizione dei valori relativi alle prestazioni sanitarie ricevute nell'esercizio di riferimento riguarda, per la mobilità sanitaria infraregionale, la competenza 2013 e per quella interregionale la competenza 2012 (ultimo dato disponibile a livello nazionale e regionale).

La Sanità lucana, così come quella delle altre Regioni del Sud Italia, è caratterizzata da una forte mobilità passiva. Tale mobilità a livello aziendale è dovuta spesso a carenze parziali o totali in determinate branche specialistiche che danno origine a flussi di migrazione sanitaria sia extra che intra-regionali, a cui a volte si aggiunge la percezione da parte dei pazienti di una scarsa qualità professionale degli operatori della Sanità. Spesso si aggiungono fattori non strutturali come quelli che influenzano la scelta del luogo di cura da parte del paziente, quali: il parere del MMG o dello specialista, i consigli di parenti e conoscenti o quanto pubblicizzato dai mezzi di informazione. Oltre alle personali convinzioni di MMG e di specialisti, a incidere su questo particolare aspetto, sono anche il livello di informazione di queste figure sull'offerta del SSR e su quanto essi siano precisi nel fornire le indicazioni al paziente. Per quanto riguarda poi l'informazione offerta dai mass-media, è necessario valutare attentamente il grado di fondatezza di ciò che viene divulgato: senza voler entrare nel merito della qualità di tale genere di informazione, è tuttavia importante rendersi conto delle ricadute provocate dalle notizie sulle presunte carenze dei SSR del Sud rispetto al riconoscimento di grande efficienza e qualità delle strutture Regionali del Centro-Nord. Diretta conseguenza di ciò potrebbero essere quei flussi migratori dal Sud verso il Nord non legati a carenze "tecniche" in quanto legati a patologie di bassa o media complessità tranquillamente coperte e gestite dall'offerta regionale. Altro fattore di influenza rispetto alla mobilità passiva è dato dalle prestazioni che molti lucani ricevono in ASL diverse dalla propria perché lavorano o studiano in altre Regioni pur mantenendo la residenza in Basilicata, facilitando spesso i ricoveri in queste Regioni anche dei propri parenti ed amici. A tutto ciò si aggiunge anche la pratica sempre più diffusa di rinomati professionisti che effettuano visite private in ambulatori in Basilicata indirizzando i pazienti verso le strutture di diagnosi e cura delle Regioni in cui operano.

Le principali Regioni verso cui si muovono i flussi migratori dell'Azienda ASP per ricoveri ospedalieri sono:

- Campania;

- Puglia;
- Lazio;
- Emilia Romagna;
- Lombardia;
- Toscana

Mentre le Regioni nei confronti delle quali l'azienda vanta mobilità attiva sono:

- Puglia,
- Campania,
- Calabria,

Il saldo negativo della mobilità nel biennio in esame è peggiorato in quanto si registra un aumento dei costi per mobilità ospedaliera ed una conseguente riduzione dei ricavi. Di seguito si analizza la mobilità passiva dell'azienda infraregionale ed extraregionale.

In particolare nell'anno 2013 si osserva che l'Azienda sanitaria di Potenza ha sostenuto un costo per mobilità passiva ospedaliera intraregionale pari a 143.827.000 €, di cui 97.445.000 € per mobilità passiva regionale e 46.382.000 € per mobilità passiva extraregionale. I ricavi ottenuti attraverso le prestazioni ospedaliere erogate in mobilità attiva invece sono stati pari a 10.079.000€, di cui 1.127.000 € per prestazioni erogate ai pazienti residenti nel territorio dell'ASM e 8952.000€ per prestazioni erogate da altri SSR. Nel bilancio 2013 si registra un aumento del saldo negativo di mobilità ospedaliera di 3.525.000 euro con un incremento del 2,51%.

	riparto FSR 2012	riparto FSR 2013
ricavi per mobilità infraregionale ospedaliera	1.163.000,00	1.127.000,00
ricavi per mobilità ospedaliera interregionale	10.638.000,00	8.952.000,00
totale ricavi per mobilità ospedaliera	**11.801.000,00**	**10.079.000,00**
costi per mobilità infraregionale ospedaliera	96.552.000,00	97.445.000,00
costi per mobilità ospedaliera interregionale	43.750.000,00	46.382.000,00
totale costi per mobilità ospedaliera	**140.302.000,00**	**143.827.000,00**

diff 2013-2012	**3.525.000,00**
% diff 2013-2012	2,51%

Di seguito si riporta una analisi della mobilità passiva infraregionale ed extraregionale.

MOBILITA' OSPEDALIERA PASSIVA INFRAREGIONALE ANNI 2013 – 2012

RICOVERI EROGATI DALLE STRUTTURE REGIONALI PER PAZIENTI RESIDENTI ASP ANNI 2013-2012

	2012		2013	
struttura	numero	valore	numero	valore
CROB	2.691	9.495.083	2.808	9.078.417
MATERA	392	1.116.895	429	1.313.501
POLICORO	615	1.598.185	613	1.666.212
SAN CARLO	29.775	83.797.740	27.691	84.917.104
TRICARICO	66	543.919	78	542.922
TOTALE	33.539	96.551.822	31.619	97.518.156

FONTE DATI: REGIONE BASILICATA

Nel biennio 2013-2012 i ricoveri in mobilità passiva infraregionale sono diminuiti in numero, mentre il valore è aumentato del 1% rispetto all'anno m2012. Si registra una diminuzione di 1.920 ricoveri (-5,72%) con un aumento del valore di 966.334 euro (+1%).

Da una analisi delle classi dei DRG prodotti dalle Strutture Ospedaliere regionali emerge che il 29,35 % sono ricoveri a rischio di non appropriatezza che potrebbero essere convertiti in prestazioni ambulatoriali o in altre forme di assistenza più appropriata e meno costosa.

Soli il 7,23% sono DRG ad alta complessità.

Si seguito si riportano i primi 15 DRG in ordine di frequenza prodotti dalle strutture regionali.

drg	descrizione	2011		2012		2013	
		numero	valore	numero	valore	numero	valore
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.507	4.268.085	1.599	4.380.286	1.491	3.576.929
391	Neonato normale	1.209	648.890	1.162	620.875	1.086	603.268
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	911	1.350.043	841	1.139.697	827	1196675
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	843	2.135.516	755	1.873.671	778	2565137
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	569	515.394	645	768.470	564	556690
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	432	977.797	363	838.373	483	863601
127	Insufficienza cardiaca e shock	521	1.431.223	528	1.390.804	461	1418751
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	436	631.284	0	0	446	578224
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	407	983.877	459	1.091.961	442	890432
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	372	1.313.647	0	0	400	1525358
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	397	220.639	0	0	390	217933
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	385	438.499	429	494.061	372	411.305
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore			269	2.451.446	367	2.518.659
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi			375	1.741.962	358	1.341.273
316	Insufficienza renale	211	736213			344	1.214.250

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE ANNI 2011– 2010

Si evidenzia, quanto riportato in precedenza, che attualmente sono disponibili i dati della mobilità passiva ospedaliera extraregionale relativi all'anno 2012. Pertanto di seguito si riporta un confronto dei dati relativamente agli anni 2012-2011.

La mobilità ospedaliera extraregionale si è mantenuta quasi costante ha registrato nell'anno 2012 una lieve riduzione di 133 ricoveri in meno con aumento del costo di euro 2.600.260

Regione	2012		2011	
	numero	valore	numero	valore
Campania	3.092	7.209.150,00	2.761	6.447.042,00
Puglia	2.756	9.574.559,00	2.819	8.869.974,00
Lazio	1.649	5.785.862,00	1.702	5.655.841,00
Emilia Romagna	1.052	5.470.328,00	1.009	4.888.506,00

Lombardia	993	5.596.709,00	1.030	5.303.756,00
Toscana	929	2.913.429,00	911	2.933.151,00
Lazio B.G.	746	1.818.172,00	709	1.109.590,00
Calabria	650	1.617.213,00	984	2.113.185,00
Piemonte	229	1.042.190,00	241	1.164.158,00
Umbria	212	692.710,00	239	835.651,00
Veneto	212	1.076.128,00	222	863.498,00
Molise	152	388.257,00	164	508.886,00
Liguria	122	383.284,00	143	535.964,00
Marche	107	703.037,00	115	694.916,00
Abruzzo	105	463.310,00	103	300.550,00
Sicilia	74	266.398,00	44	152.894,00
Friuli Venezia Giulia	37	159.202,00	47	224.417,00
Sardegna	8	17.358,00	9	13.367,00
Prov. Aut. Trento	7	56.985,00	8	22.737,00
LazioAcismom	6	52.156,00	4	16.980,00
Prov. Aut. Bolzano	4	29.530,00	11	57.123,00
Valle d'Aosta	2	2.953,00	2	6.474,00
totale	**13.144**	**45.318.920**	**13.277**	**42.718.660**
fonte dati : regione basilicata				

I PRIMI 15 DRG RICOVERI RESIDENTI ASP FUORI REGIONE ANNO 2013			
drg	descrizione	NUMERO	VALORE
39	Interventi sul cristallino con o senza cc	355	320.651
359	Interventi su utero e annessi non per	307	749.223
544	Sostituzione di articolazioni maggior	279	2.838.244
410	Chemioterapia non associata a diagnosi	260	576.583
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi	213	376.773
391	Neonato normale	208	112.004
42	Interventi sulle strutture intraoculari	202	389.197
225	Interventi sul piede	202	455.919
169	Interventi sulla bocca senza CC	198	427.586
467	Altri fattori che influenzano lo stato	189	131.348
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-sc	186	531.022
301	Malattie endocrine senza CC	148	70.979
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	139	747.232
316	Insufficienza renale	138	385.894
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto	130	236.466

L'analisidei primi quindi DRG in ordine di frequenza identifica che le patologie maggiormente rappresentate sono quelle che riguardano l'occhio e gli annessi, interventi su utero, il sistema muscolo-scheletrico, il sistema nervoso e chemioterapia.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Con le nuove normative Regionali (L.R. 4/2007, L.R.12/2008), la Regione Basilicata rilancia il ruolo del Distretto. Infatti il Distretto deve seguire tutto il processo tra domanda e offerta, ossia raccogliere la domanda di salute e di cura dei cittadini ed organizzare modalità semplificate di accesso ai servizi; deve, inoltre, coordinare i percorsi assistenziali per rispondere alla domanda, da realizzare nei servizi direttamente gestiti o collocati al di fuori di esso, operando quindi una delicata

opera di integrazione. Questo è possibile anche grazie al coinvolgimento dei Comuni, della società civile, delle associazioni, dell'esperienza dei suoi servizi territoriali.

Si realizza appieno, nell'ambito del Distretto di Comunità, l'integrazione sociale e sanitaria, e la tutela dell'ambiente e della salute.

I Distretti di Comunità, inoltre, rappresentano uno strumento per garantire maggiore appropriatezza delle prestazioni, maggior controllo della spesa, effettivo coinvolgimento e maggior soddisfazione degli operatori, maggior consenso della popolazione. Inoltre, le energie positive presenti nella società civile, ed in particolare del volontariato e del terzo settore, essendo ricomprese nel processo gestionale pubblico, arricchiscono il sistema locale della salute in un quadro di qualità e permettono l'ampliamento delle potenzialità dell'offerta per settori assistenziali attualmente carenti o non previsti.

L'area distrettuale sviluppa percorsi di cura e di assistenza propri nell'ottica della continuità assistenziale e dell'uso flessibile e integrato delle risorse.

L'azienda con la ridefinizione dell'attività territoriale ed ospedaliera concentra la propria attenzione sull'integrazione tra distretto ed ospedale che deve mirare al superamento della tradizionale visione "ospedale-centrica", per trasferire al distretto una capacità di risposta appropriata e non differita a tutte le condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità.

Rientrano nell'assistenza distrettuale le seguenti attività che saranno strutturate in unità operative definite in specifici atti organizzativi che dovranno prevedere anche il livello di complessità (struttura complessa, struttura semplice, etc.):

- Assistenza primaria
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza domiciliare nelle sue varie forme ed intensità con particolare riferimento alle patologie cronico degenerative ed oncologiche
- Assistenza specialistica ambulatoriale e protesica
- Assistenza riabilitativa
- Assistenza consultoriale familiare pediatrica e psicologica
- Assistenza socio-sanitaria
- Assistenza dipendenze
- Assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale.

Gli attuali Distretti Sanitari di II Livello, che dal gennaio 2009 hanno assunto il ruolo di UU.SS.I.B., ove non coincidessero con la nuova sede del Distretto di Comunità, continueranno a svolgere le funzioni di UU.SS.I.B. territoriali, quali strutture complesse aziendali, rappresentando di fatto articolazioni del Distretto.

In particolare:

- USIB POTENZA
- USIB VILLA D'AGRI
- USIB VENOSA
- USIB MELFI
- USIB LAURIA
- USIB SENISE

In tutte le USIB oltre a svolgersi la normale attività ambulatoriale specialistica, vi sono numerose strutture di integrazione socio sanitaria: uffici di scelta e revoca dei MMG, unità di valutazione, commissione di invalidità, ecc.

Il compito è quello di assicurare un'assistenza di base globale**,** oltre a prestazioni inerenti i servizi di prima istanza, la vigilanza, la profilassi e l'assistenza veterinaria, nonché funzioni relative alla tutela sanitaria della donna, della maternità della tossicodipendenza, degli anziani e dei disabili**.**

CONFRONTO DATI DI ATTIVITÀ DEGLI ESERCIZI 2012 -2011

RACCORDO TRA AZIENDA SANITARIA E MMG/ PLS

Per incidere sui comportamenti prescrittivi dei MMG le Direzioni di USIB ed i Direttori dell'Area Cure Primarie hanno notificato ai Medici di Medicina Generale e agli specialisti territoriali gli obiettivi regionali in materia di riduzione della spesa farmaceutica e predisposto apposite riunioni nell'ambito del progetto ATIP .

Sono stati valutati, durante gli incontri con i MMG, i propri **indicatori valutativi** di prescrizione rapportandoli agli obiettivi regionali assegnati alla ASP, quali :

• inibitori di pompa;

• calcio antagonisti senza copertura brevettale;

• ACE Inibitori;.

• statine;

• antidepressivi;

• antibatterici.

Inoltre è stata valutata la prescrizione di **generici e la spesa pro capite** per popolazione residente rispetto alla media aziendale.

I Medici nel corso dell'AUDIT generale, sono stati sollecitati ad una maggior attenzione alla prescrizione in valore assoluto, soprattutto per quanto riguarda il numero di ricette, al maggior utilizzo dei farmaci generici e senza copertura brevettale, come da disposizioni regionali e riferiti soprattutto agli inibitori di pompa, alle statine, al fine del rientro della spesa negli obiettivi prefissati dalla Regione.

Sviluppare il rapporto tra Ospedale e territorio è una esigenza primaria nell'ambito dei percorsi di continuità clinico - assistenziale di numerose patologie soprattutto quelle cronico degenerative.

In questo contesto sono state messe in atto tutte le azioni necessarie per garantire la migliore organizzazione della medicina territoriale che, attraverso il potenziamento dell'affidamento di prestazioni nel territorio, coinvolga il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e lo specialista ambulatoriale nel processo di raccordo operativo dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, nella logica dell'integrazione socio-sanitaria e dell'efficace governo dei percorsi assistenziali, a garanzia di livelli essenziali e dell'appropriatezza delle prestazioni. Numerose iniziative (progetti di telemedicina, rete MMG, Punti Salute, ecc.) e istituti previsti nei contratti nazionali e/o nei contratti integrativi regionali (Equipes territoriali, NCPT, UTAP, Pronta disponibilità telefonica, Associazionismo medico ecc.) sono orientati ad organizzare le attività clinico-sanitarie a livello di cure primarie sul territorio, supportando l'assistenza domiciliare anche attraverso servizi di telemedicina, integrandosi con i poliambulatori distrettuali e le altre strutture di assistenza presenti nel territorio.

Nel secondo semestre del 2011, per volontà della Direzione Strategica di ampliare l'esperienza dei Distretti di Lauria e Senise per il Progetto SETAP a tutto il Territorio Aziendale, è stato elaborato il Progetto ATIP (Assistenza Territoriale Integrata ASP Potenza), con le seguenti caratteristiche programmatiche ed organizzative :

Le edizioni precedenti del progetto hanno portato al conseguimento degli importanti obiettivi che si erano prefissati, ossia

- L'aggregazione funzionale dei Medici di Medicina Generale
- La formazione autogestita
- Il contenimento delle spesa farmaceutica
- Il governo dei ricoveri fuori regione

Oggi, essi costituiscono la base per garantire l'equilibrio economico-finanziario ed il contenimento delle liste di attesa previsto in sede di programmazione a livello regionale, ma sono propedeutici ad ulteriori iniziative formative utili al miglioramento della qualità assistenziale. A tal proposito l'applicazione del Nuovo Accordo Regionale, che prevede un sistema di valutazione per risultati, sarà facilita dai modelli appresi durante il percorso intrapreso dal SETAP.

Obiettivo generale del Progetto ATIP

- Migliorare la qualità complessiva dell'appropriatezza prescrittiva riducendo la variabilità intraindividuale ed interindividuale
- Migliorare la gestione di alcune patologie croniche attraverso la presa in carico e la medicina di iniziativa

Obiettivi specifici del Progetto ATIP

- Approfondire la metodica dell'Audit e della Peer Review
- Migliorare le capacità organizzative e di aggregazione dei medici di famiglia
- Perfezionare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica degli interventi operativi
- Razionalizzazione e gestione integrata del dolore articolare cronico
- Attuare la presa in carico e la medicina di iniziativa nella gestione del Diabete mellito
- Controllo/verifica dei precedenti obiettivi attraverso il controllo degli indicatori

Obiettivi educativi

- Valorizzare le proprie individualità all'interno delle équipes territoriali per arricchire la coesione all'interno dei gruppi

L'apprendimento si è avvalso della metodologia della partecipazione attiva nel contesto di piccoli gruppi dove sono stati discussi gli audit relativi a specifici argomenti.

Si sono tenute due sedute in plenaria: una iniziale, di presentazione del progetto ed una finale, per la discussione dei risultati.

Sano stati mostrati a grandi linee i principi della Evidence Based Medicine e delle sue applicazioni nel campo della peer review ed è stata applicata la metodologia dell'audit finalizzata alla riduzione della variabilità prescrittiva.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il modello organizzativo di Cure Domiciliari dell'ASP, è governato da strutture presenti nei tre ambiti aziendali che costituiscono la sala di regia di tutte le attività correlate alle cure domiciliari.

Competenza di tali strutture è l'attivazione dell'Unità di valutazione distrettuale per la valutazione del caso e l'eventuale presa in carico del paziente. E' un punto unico di accesso, di accoglienza, di informazione e progettazione organizzativa per le attività socio-sanitarie rivolte a tutti gli ammalati cronici. Per rispondere al loro bisogno di salute è stato costruito un vero e proprio hub logistico.

L'Azienda attraverso tali strutture garantisce le seguenti attività al domicilio del paziente:

- **Assistenza Domiciliare Programmata (ADP),**
- **Assistenza Domiciliare agli ospiti di residenze protette e collettività (ADR),**
- **Ogni paziente candidato alle cure domiciliari viene preventivamente sottoposto a valutazione multidimensionale (VMD), per identificarne bisogni, problematiche assistenziali e obiettivi assistenziali ("problem solving"); programmare l'intervento assistenziale; migliorarne la funzione e la qualità di vita; ottimizzare l'allocazione delle risorse; ridurre l'utilizzo dei servizi non necessari.**
- **Cure Domiciliari (ex ADI), delle quali quelle di III livello e le Cure Palliative sono garantite dall'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative presso il territori dei Distretti di Venosa e Melfi . Questa ultima struttura fornisce il supporto specialistico alle attività domiciliari e rappresenta, inoltre, la corsia preferenziale, lo spazio strutturalmente attrezzato inserito nella rete dell'assistenza domiciliare dedicato alla soluzione dei problemi sanitari dei malati terminali non risolvibili a domicilio. (E' in atto una estensione di tale modello a tutta l'ASP.) E' ancora vigente presso i Distretti di Potenza e Villa D'Agri una convenzione con l'ANT che garantisce l'assistenza a una parte di malati terminali oncologici.**
- **Il servizio infermieristico domiciliare e quello riabilitativo sono gestiti in outsourcing,.Tale soggetto, selezionato attraverso procedure ad evidenza pubblica, mette a disposizione il pool di**

professionisti (infermieri, geriatri, palliativisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi) per lo svolgimento delle attività domiciliari.

- Il PIT elaborato dalla UV viene in pratica trasferito al soggetto esterno per la sua esecuzione.

Tale modello presenta numerosi punti di forza:

- le economie di scala che si realizzano nella fornitura del servizio domiciliare;
- i vantaggi organizzativi che derivano dalla maggiore flessibilità di gestione del personale da parte del soggetto privato rispetto al pubblico;
- un buon capitolato speciale d'appalto in grado di ben regolare ruoli e compiti di ognuno e i reciproci doveri;
- la formazione sul VAOR-ADI a tutto il personale (anche quello esterno);
- la valutazione ex ante ed ex post effettuata con il VAOR-ADI che rimane appannaggio del soggetto pubblico;
- la possibilità di riprogettare il servizio anche con il contributo del privato sociale, spesso depositario di ulteriori conoscenze e competenze distintive nelle attività di assistenza domiciliare.

I pazienti sono classificati in base al profilo di cura e ai livelli d'intensità secondo i parametri indicati dal coefficiente di intensità assistenziale. Si sono attivate modalità operative che, attraverso l'implementazione della complessità assistenziale, stanno sviluppando (soprattutto nel Nord Basilicata) un "Sistema Qualità" nelle Cure Domiciliari. In ragione di ciò, in merito agli aspetti logistici e del governo clinico, si sta implementando la complessità assistenziale domiciliare attraverso una serie di iniziative concertate sia con l'Unità di Cure Palliative dell'Ambito Territoriale di Venosa, sia con il soggetto esterno attraverso la codifica della gestione sia dei malati terminali propriamente detti, sia di alcune tipologie di malati cronici di rilevante impatto emotivo, con notevole bisogno di risorse, quali i portatori di SLA e/o i malati in ventilazione assistita. Il numero di tali pazienti è in aumento progressivo e le risorse strutturali e umane messe a loro disposizione rappresentano una criticità giacché cominciano a modificare significativamente sia il costo/paziente medio sia il costo/giornata di "degenza" media. A tal ragione sta cominciando a diventare rilevante il peso economico rappresentato dall'acquisto di strumentario domiciliare (ventilatori, aspiratori, comunicatori, presidi antidecubito etc..). Implementata è pure l'attività consulenziale polispecialistica, suffragata da tecnologia "portata a domicilio"; inoltre è in incremento costante la domanda di cura, sempre più articolata sia nei bisogni noti che in quelli nuovi.

Sono costantemente programmati ed effettuati incontri con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale, durante i quali vengono messe a punto modalità operative concordate, finalizzate soprattutto a migliorare la comunicazione interna. Viene mantenuto un rapporto di comunicazione interattiva con gli stessi attraverso mail periodiche. Il rapporto tra il n. pazienti in cure domiciliari di età > 65anni e la popolazione in età > 65 anni (74.551 residenti >65 anni alla data del 01.01.2012 – Fonte dati ISTAT) è inferiore al valore regionale di 3,08%. Infatti

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ANNO 2012		
CASI TRATTATI		
	2012	2013
anziani	**2.297**	**5.396**
malati terminali	**305**	**1.199**
totale casi trattati	**2.602**	**6.595**
FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 21		

ACCESSI DEL PERSONALE MEDICO		
	2012	2013
anziani	6.892	21.097
malati terminali	926	6517
totale accessi	7.818	27.614
FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 21		

Ore di Assistenza Erogata pazienti in ADI								
	Fisioterapisti		Infermieri		altri operatori		totale	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
anziani	21.293	57.532	56.781	152.708	175	4668	78.249	214.908
malati terminali	0	1414	1.884	18.257	0	1461	1.884	21.132
altro	4.755	0	12.282	0	163	0	0	0
totale ore di assistenza erogata	**26.048**	**58.946**	**70.947**	**170.965**	**338**	**6.129**	**80.133**	**236.040**
FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 21								

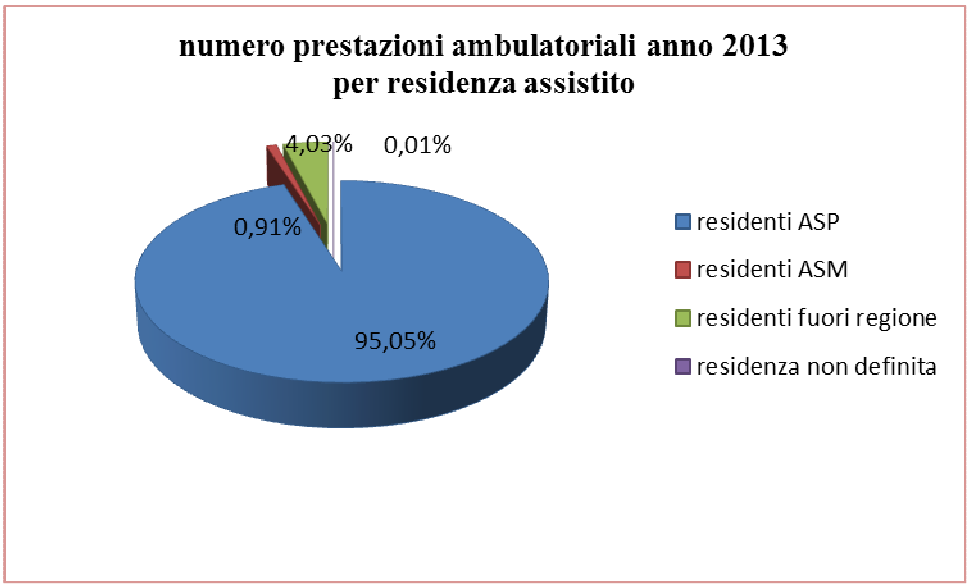
Accessi degli operatori ADI								
	Fisioterapisti		Infermieri		altri operatori		totale	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
anziani	62.019	110.187	120.651	255.830	4.280	7.076	186.950	373.093
malati terminali	0	3160	2.156	17.029	0	823	2.156	21.012
altro	10.174	0	2.865	0	0	0	13.039	0
totale accessi	**72.193**	**113.347**	**125.672**	**272.859**	**4.280**	**7.899**	**202.145**	**394.105**
FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 21								

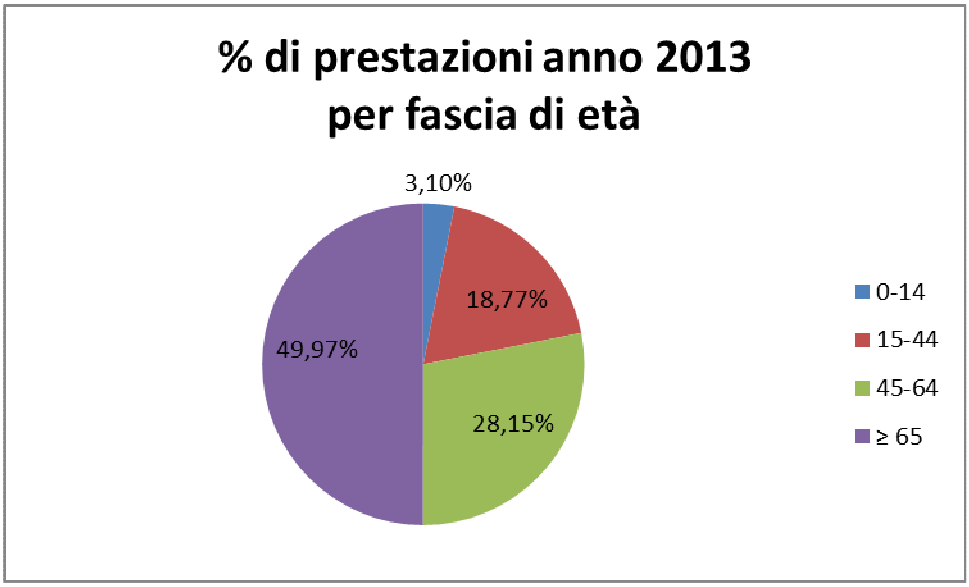
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito del SSN nell'anno 2013 sono in numero di 2.159.926 con una valorizzazione di € 27.710.467,48. Si registra un incremento del 5,67% nel numero delle prestazioni rispetto all'anno 2012, mentre il valore delle stesse aumenta del 2,42%. Il valore medio delle prestazioni diminuisce del 0,41%, passando da €13,24 nell'anno 2012 a €12,83 nell'anno 2013.

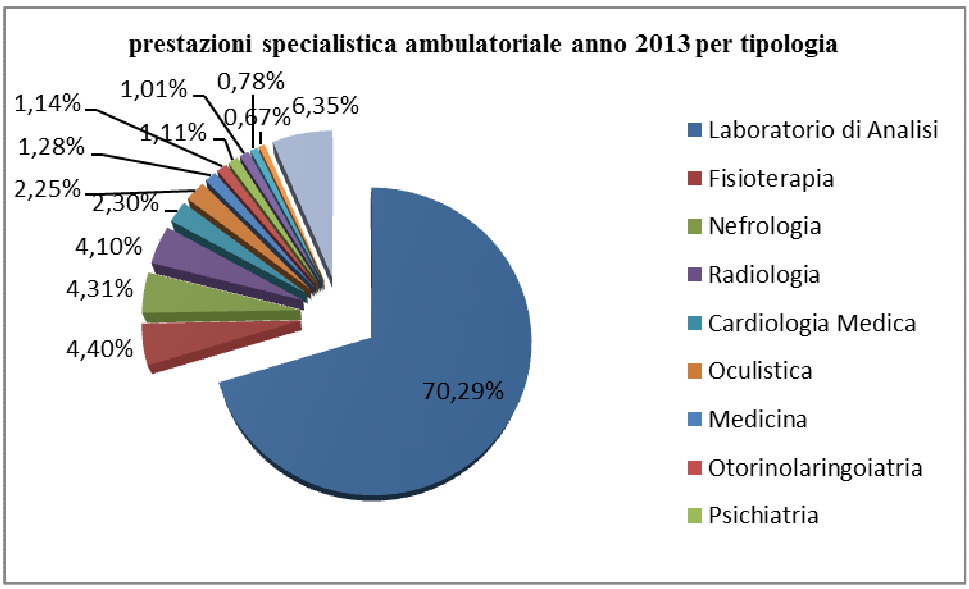
Le prestazioni vengono erogate per il 95,05% a residenti nel territorio dell'ASP, mentre il 4,03% a residenti fuori regione, lo 0,91% a residenti ASM e lo 0.01% a pazienti per i quali non è definito il Comune di residenza. Ne deriva che le prestazioni in mobilità passiva sono erogate a residenti della Campania, Calabria e Puglia.
Trattasi prevalentemente di pazienti di sesso femminile per il 49,97 % in età maggiore o uguale a 65 anni, per il 28,15% in età compresa tra i 45 ed i 64 anni, per il 18,77% in età 15-44 anni e per il 3,10% in età 0-14 anni..





PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE SSN ANNI 2012-2013		
	numero	valore
anno 2013	2.159.926	27.710.467,48
anno 2012	2.044.071	27.056.278,59
diff 2013-2012	115.855	654.188,89
% diff 2013-2012	5,67%	2,42%

valore medio 2013	12,83 euro
valore medio 2012	13,24 euro
FONTE DATI CUP	



Servizio	2013		2012		diff_2013_2012	
	numero	importo	numero	importo	numero	importo
Laboratorio di Analisi	1.518.159	6.543.839,49	1.426.038	6.702.185,63	92.121	-158.346
Fisioterapia	95.137	802.415,33	89.805	742.180,87	5.332	60.234
Nefrologia	93.085	3.762.826,76	95.777	3.942.386,91	-2.692	-179.560
Radiologia	88.594	4.290.954,48	84.479	4.299.112,07	4.115	-8.158
Cardiologia Medica	49.651	1.359.852,93	47.821	1.356.186,81	1.830	3.666
Oculistica	48.534	4.484.021,92	46.912	3.991.979,84	1.622	492.042
Medicina	27.621	1.023.100,04	29.150	1.152.335,97	-1.529	-129.236
Otorinolaringoiatria	24.719	380.929,20	23.398	364.634,37	1.321	16.295
Psichiatria	24.047	396.111,72	22.937	374.667,02	1.110	21.445
Pneumologia	21.880	463.603,17	21.402	449.774,44	478	13.829
Ginecologia	16.855	386.846,86	14.865	329.453,90	1.990	57.393
Ortopedia	14.471	300.760,54	15.581	292.365,12	-1.110	8.395
Chirurgia	14.173	379.869,17	14.279	302.678,10	-106	77.191
Dermatologia	12.391	218.936,87	11.933	208.824,50	458	10.112
Cardiologia	11.004	286.540,20	8.725	212.124,97	2.279	74.415
Diabetologia	10.579	202.874,21	11.467	202.995,11	-888	-121
Pediatria	9.642	187.010,66	9.102	177.820,96	540	9.190
Centro Diabetologico	9.417	186.775,86	7.893	160.716,49	1.524	26.059
Neurologia	8.894	159.358,41	8.403	150.262,09	491	9.096
Endocrinologia	8.759	211.345,95	8.266	196.685,57	493	14.660
Medicina dello Sport	8.007	281.134,16	8.047	278.778,78	-40	2.355

Geriatria	7.305	133.788,88	6.543	129.726,79	762	4.062
Urologia	4.529	95.920,20	4.532	92.519,31	-3	3.401
Centro Trasfusionale	4.390	88.178,72	2.988	69.413,45	1.402	18.765
Endoscopia Digestiva	4.292	387.782,33	4.208	353.723,97	84	34.058
Odontoiatria	3.921	83.554,81	3.505	75.576,46	416	7.978
Allergologia	3.130	71.003,99	2.873	64.910,57	257	6.093
Cardiologia - Angiologia	2.751	88.765,43	2.685	85.365,57	66	3.400
Neuropsichiatria Infantile	2.115	34.953,96	2.118	36.424,05	-3	-1.470
Gastroenterologia	2.075	89.530,52	1.829	64.621,81	246	24.909
Nutrizione clinica e dietetica	2.034	33.799,69	1.619	26.016,29	415	7.783
Chirurgia Vascolare	2.006	85.365,71	8	327,96	1.998	85.038
Ematologia	1.350	21.450,68	1.095	17.603,33	255	3.847
Cardiologia - Scompenso cardiaco	1.263	27.675,99	1.024	21.573,12	239	6.103
Anestesia e Rianimazione	1.182	88.228,91	829	66.548,53	353	21.680
Neonatologia	1.127	33.672,31	1.245	37.731,85	-118	-4.060
Oncologia	286	5.482,11	149	3.074,82	137	2.407
Reumatologia	181	2.969,32	235	4.079,58	-54	-1.110
Medicina Nucleare	57	12.353,02	30	8.516,48	27	3.837
Anatomia Patologica	48	2.224,03	50	2.044,89	-2	179
Chirurgia Plastica	46	896,11	48	890,93	-2	5
Cardiologia dipartimentale	39	1.038,05	35	1.217,92	4	-180
Risonanza Magnetica	39	7.207,40	7	1.148,60	32	6.059
Radioterapia	28	1.800,87	17	265,97	11	1.535
Chirurgia Senologica	26	490,66	11	211,76	15	279
Chirurgia Toracica	24	364,09	17	273,72	7	90
Neuroradiologia	11	1.482,65	5	722,12	6	761
Litotrissia	10	236,07	11	186,94	-1	49
UTIC	7	275,01	6	366,58	1	-92
Neurochirurgia	6	116,21	10	206,60	-4	-90
Assistenza sanitaria	5	12,90	7	18,06	-2	-5
Chirurgia ad indirizzo addominale	4	82,64	7	121,37	-3	-39
Day Service	3	314,12	0	0,00	3	314
Medicina Generale	3	131,70	3	131,70	0	0
Servizio prelievi	3	7,74	0	0,00	3	8
Cardiologia riabilitativa e preventiva	2	24,53	0	0,00	2	25
Medicina delle Tossicodipendenze	2	41,32	14	815,64	-12	-774
Medicina Infettivi	2	41,32	3	61,98	-1	-21
Chirurgia Maxillo-Facciale	1	20,66	1	20,66	0	0
Cure Palliative	1	20,66	1	12,91	0	8
Malattie Infettive	1	12,91	1	12,91	0	0
Neuropsichiatria	1	20,66	0	0,00	1	21
Pronto Soccorso	1	20,66	0	0,00	1	21
Medicina del Lavoro	0	0,00	1	20,66	-1	-21
Centro Riferimento Trapianti	0	0,00	8	937,88	-8	-938
Genetica	0	0,00	7	576,87	-7	-577
Cardiochirurgia	0	0,00	6	108,46	-6	-108

totale	2.159.926	27.710.467	2.044.071	27.056.279	115.855	654.189

% delle specialità ambulatoriali anno 2013	
Laboratorio di Analisi	70,29%
Fisioterapia	4,40%
Nefrologia	4,31%
Radiologia	4,10%
Cardiologia Medica	2,30%
Oculistica	2,25%
Medicina	1,28%
Otorinolaringoiatria	1,14%
Psichiatria	1,11%
Pneumologia	1,01%
Ginecologia	0,78%
Ortopedia	0,67%
altro	6,35%

Le prestazioni maggiormente erogate riguardano prevalentemente le prestazioni del Laboratorio Analisi, seguite da quelle di fisioterapia , nefrologia e radiologia.

I CENTRI ESTERNI ACCREDITATI

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai Centri esterni accreditati dall'Azienda ASP nell'anno 2013 sono 2.763.686 . Si registra un incremento nel numero delle prestazioni rispetto all'anno 2012 di 628.002 pari al 29,41% . Anche il valore aumenta di circa 2,5 ml di euro pari al 12.02% risetto al valore rilevato nell'anno precedente. Il valore medio delle prestazioni rimane quasi costante passando da 8,48 euro a prestazione a 8,55 euro nell'anno 2013. Tale incremento si manifesta maggiormente per le prestazioni di fisioterapia e per gli esami di laboratorio che rappresentano il 94,85% della domanda di specialistica ambulatoriale delle strutture accreditate.

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE EROGATE DAI CEA ANNI 2013-2012

Branca specialistica	2013	2012	diff 2013_2012
FKT	1.431.889	1.189.991	241.898
ANALISI DI LABORATORIO	1.189.453	878.973	310.480
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	52.137	40.721	11.416
OCULISTICA	22.115	2.430	19.685
ALTRE PRESTAZIONI	20.595	4.196	16.399
CARDIOLOGIA	14.551	2.778	11.773
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	6.230	2.436	3.794
NEUROLOGIA	5.404	6.211	-807
OTORINOLARINGOIATRIA	5.269	356	4.913
ENDOCRINOLOGIA	3.459		3.459
NEFROLOGIA	3.426	3.596	-170
CHIRURGIA GENERALE	3.154	6	3.148
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	1.212	672	540
DERMOSIFILOPATIA	1.177	61	1.116
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1.166	0	1.166
PNEUMOLOGIA	943		943
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	506	28	478
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	501		501
UROLOGIA	256	129	127
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	172	17	155
ANESTESIA	71	29	42
MEDICINA DELLO SPORT	0	3.054	-3.054
TOTALE	**2.763.686**	**2.135.684**	**628.002**

DESCRIZIONE STRUTTURA	Descrizione branca	2013	2012
		numero prestazioni	numero prestazioni
AMBULATORIO FKT TAVOLARO	FKT	0	124.938
ANALISI CLINICHE SANTA CROCE	ANALISI DI LABORATORIO	81.611	88.047
ANGELUS s.r.l.	FKT	29.371	23.198
CENTRO CLINICO - VILLA BEATRICE	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	5.265	5.327
CENTRO DI FKT 'FISIOELLE'	FKT	80.913	83.048
CENTRO DI FKT FISIOMED	FKT	46.852	46.220
CENTRO DI NEFROLOGIA E DIALISI - SM2	NEFROLOGIA	3.300	3.496
CENTRO DIAGNOSTICO ED ECOGRAFICO - Dott. Mancino	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	11.174	10.844

CENTRO FKT "ANGELUS" - SANT'ARCANGELO/FRANCAVILLA	ANALISI DI LABORATORIO	201.835	
	OCULISTICA	19.133	
	ALTRE PRESTAZIONI	14.322	
	CARDIOLOGIA	10.564	
	FKT	8.983	
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	7.890	
	OTORINOLARINGOIATRIA	4.850	
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.961	
	ENDOCRINOLOGIA	3.459	
	CHIRURGIA GENERALE	3.153	
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1.166	
	DERMOSIFILOPATIA	1.120	
	PNEUMOLOGIA	943	
	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	501	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	441	
	NEUROLOGIA	294	
	ANESTESIA	11	
CENTRO FKT "ATHENA"	FKT	63.033	63.644
CENTRO FKT "FISIOSINNI" - SENISE	FKT	55.804	59.668
CENTRO FKT "GENOVESE"	FKT	311.831	255.969
CENTRO FKT "ITD" - di Serra Maria	FKT	77.341	
CENTRO MEDICINA DELLO SPORT	MEDICINA DELLO SPORT		3.054
CENTRO FKT "MELANDRO"	FKT	264.846	239.892
CENTRO FKT "PEGASO" - LAURIA	FKT	101.088	
CENTRO FKT "TAVOLARO"	FKT	127.542	
CENTRO MEDICO SANATRIX	FKT	151.802	128.902
CHECK-UP CENTER Dott. Facioni	ANALISI LABORATORIO	41.755	34.119
CLINICA LUCCIONI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	7.670	7.862
CLINICA ULTRAMICRO	ANALISI LABORATORIO	28.752	28.959
DOTT. CUTOLO MICHELE	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	2.142	2.379
	ANALISI DI LABORATORIO	299	353
EUROMEDICAL	FKT	42.918	38.279
FLOVILLA	ANALISI DI LABORATORIO	148.240	132.248
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1.697	1.374
Fondazione Don Gnocchi onlus Acerenza	FKT	7.420	
ITD DI SERRA MARIA	FKT		76.018
LABORATORIO ANALISI BASTANZIO	ANALISI LABORATORIO	8.089	8.608
LABORATORIO ANALISI - "BIOMEDICAL CENTER" - SENISE	ANALISI DI LABORATORIO	37.513	35.160
LABORATORIO ANALISI - "CAL" - ROTONDA	ANALISI DI LABORATORIO	14.369	14.281
LABORATORIO ANALISI CEDAL	ANALISI LABORATORIO	30.834	33.397
LABORATORIO ANALISI COVIELLO	ANALISI LABORATORIO	68.380	62.263
LABORATORIO ANALISI LAGROTTA	ANALISI LABORATORIO	20.482	18.956
LABORATORIO ANALISI LIBUTTI	ANALISI LABORATORIO	81.040	69.315
LABORATORIO ANALISI - "LIFE" - RIVELLO	ANALISI DI LABORATORIO	65.524	61.151
LABORATORIO ANALISI CLINICHE - Vignola M.	ANALISI DI LABORATORIO	73.242	70.556
LABORATORIO LEPORE	ANALISI DI LABORATORIO	26.723	26.685
LABORATORIO SALUS - Dott. Chiantini	ANALISI DI LABORATORIO	20.748	20.030
POLIAMBULATORIO "POLISALUS" - LATRONICO	CARDIOLOGIA	2.715	2.338
	OCULISTICA	424	426
POLIAMBULATORIO SANITAS SAS	ANALISI DI LABORATORIO	126.789	102.177
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	18.321	15.289
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	1.212	672
POLIMEDICA	FKT	62.145	50.215
	ALTRE PRESTAZIONI	6.273	4.196
	NEUROLOGIA	5.110	6.211
	OCULISTICA	2.558	2.004
	CARDIOLOGIA	1.272	440
	OTORINOLARINGOIATRIA	419	356
	UROLOGIA	256	129
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	172	17

	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	127	57
	NEFROLOGIA	126	100
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	120	25
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	65	28
	ANESTESIA	60	29
	DERMOSIFILOPATIA	57	61
	CHIRURGIA GENERALE	1	6
POLISAN	ANALISI DI LABORATORIO	113.228	72.668
totale		**2.763.686**	**2.135.684**

ASSISTENZA DIPENDENZE

Il Servizio Tossicodipendenze (SERT) tutela e promuove la salute, assicurando gli interventi di prevenzione, trattamento, cura e riabilitazione, dei disturbi da uso ed abuso di sostanze psicoattive. I SERT dell'Azienda Sanitaria locale di Potenza sono: il SERT di Villa D'Agri, di Melfi, di Potenza e di Lagonegro. Essi operano tramite una équipe composta da operatori con differenti competenze, in grado di intervenire sulla persona in modo globale.

Il percorso di osservazione e diagnosi attuato nella fase iniziale, è finalizzato a proporre e condurre trattamenti terapeutico-riabilitativi personalizzati, plurispecialistici e flessibili.

I trattamenti possono essere ambulatoriali (interventi educativi, psicoterapie, interventi di supporto psicologico, trattamenti farmacologici anche a base di farmaci sostitutivi, interventi assistenziali diretti al reinserimento sociale del soggetto), residenziali (ricoveri ospedalieri programmati, Centro di Osservazione e Diagnosi, Comunità Terapeutiche) o semiresidenziali (Centri diurni). Viene garantita la continuità di cure e la verifica continua dell'efficacia dei percorsi terapeutici.

Il Servizio collabora e si raccorda con gli altri servizi presenti sul territorio, sia con quelli pubblici a carattere sanitario e sociale, sia con quelli del privato sociale accreditato, degli ospedali privati e del volontariato, operando secondo modalità condivise.

Al Ser.T possono accedere tutte le persone che hanno problemi di uso ed abuso di sostanze stupefacenti illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi, ecstasy, allucinogeni, ecc.) e/o legali (psicofarmaci).

ACCOGLIENZA

L'attività di accoglienza si riferisce a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto legata alla tossicodipendenza. La persona che si rivolge al servizio per la prima volta, o dopo un periodo d'assenza, è accolta senza tempi d'attesa. La scelta di accogliere tempestivamente la richiesta d'aiuto è finalizzata a rendere il più agevole possibile il primo contatto e, nel frattempo, si propone di veicolare l'immagine di un servizio ricettivo e facilmente accessibile. Nello spazio dell'accoglienza si raccolgono e si comunicano informazioni. Nello specifico gli obiettivi del primo contatto consistono nella raccolta e prima lettura della domanda, nell'acquisizione d'alcuni dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema portato, nell'indicazione degli interventi sia farmacologici sia psico sociali attivabili fin da subito e infine nella presentazione delle ulteriori risposte che il servizio può offrire. I dati raccolti sono discussi all'interno dell'equipe multi disciplinare e, sulla base degli elementi emersi, si stabilisce se e quali interventi attivare e i possibili tempi d'attuazione degli stessi.

VALUTAZIONE

Di norma dopo il primo contatto si apre una fase valutativa - diagnostica che, secondo le peculiarità e priorità presentate dalla situazione considerata, può vedere impegnate contemporaneamente o in

tempi diversi una o più figure professionali. La fase della valutazione, può essere definita come quell'insieme d'attività che consentono una conoscenza più approfondita del caso e che permettono di formulare un'ipotesi di trattamento personalizzato in relazione ai bisogni del singolo utente. La valutazione interessa tre aree: psicologica, sociale e medica. La valutazione psicologica è finalizzata a produrre ipotesi diagnostiche inerenti l'organizzazione di personalità del paziente, la psico dinamica delle sue relazioni familiari ed il significato soggettivo dell'esperienza tossicomanica. E' inoltre volta ad individuare le risorse psicologiche attivabili ai fini del cambiamento. La valutazione sociale permette di cogliere il livello d'integrazione, il grado di conservazione e/o compromissione delle abilità sociali nell'ambito dei differenti contesti di vita del paziente e gli eventuali problemi giuridici connessi alla tossicodipendenza. La valutazione medica permette di formulare una diagnosi, secondo i criteri del DSM IV, di abuso o dipendenza da sostanze e di avere un quadro sulla situazione clinica generale e sulla presenza o meno di patologie correlate e di comorbilità psichiatrica.

PRESA IN CARICO

La fase della presa in carico comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica e rispondente alla domanda d'aiuto del soggetto. Il progetto terapeutico è sempre concordato con l'utente, ricercando l'attivo coinvolgimento del paziente rispetto alla definizione degli obiettivi, del reciproco impegno e dei criteri di verifica. In questa prospettiva la dimensione temporale assume una valenza terapeutica particolarmente significativa per diversi aspetti. E' solo all'interno di un arco di tempo medio lungo che l'iniziale domanda d'aiuto del tossicodipendente, solitamente presentata coi i caratteri dell'urgenza, e volta all'intervento farmacologico, può evolvere in una richiesta più elaborata che consente progetti terapeutici maggiormente articolati. Periodicamente l'equipe multi disciplinare discute l'evoluzione degli interventi programmati attivando un processo di continua riformulazione degli obiettivi, in relazione all'esito degli interventi messi in atto e delle risorse in quel momento attivabili.
Le attività dei SERT dell'Azienda Sanitaria di Potenza, interessano i seguenti settori:

- 1) Area Fumo;
- 2) Area Alcool;
- 3) Area Tossicodipendenza;
- 4) Area Malattie Infettive;
- 5) Area Carcere;
- 6) Formazione interna
- 7) Progetti di formazione – informazione rivolti alla popolazione
- 8) Gioco d'azzardo patologico
- 9) Altre Dipendenze (Disturbo Alimentare,) Dipendenza da Benzodiazepine, Dipendenza da internet e mezzi tecnologici, ecc.)

Nello specifico di seguito si riportano le attività ed i risultati dei SERT della Azienda sanitaria Locale di Potenza nei territori dell'ambito di Potenza, Venosa e Lagonegro.

Nell'ambito territoriale di Venosa le attività interessano:

FUMO:

nell'ambulatorio di tabagismo: del SerT. di Melfi è attivo il Centro Antifumo Aziendale. Il trattamento prevede la possibilità di utilizzo dell'agopuntura auricolare associata o meno ad agonisti parziali –

antagonisti (Vereniclina) e/o sostitutivi (nicotina per os o transdermica) in associazione a psicoterapia individuale e/o di gruppo.
Nel anno 2013 sono stati trattati n°13 pazienti (9maschi - 4femmine) rispetto ai n.13 pazienti (8maschi-5 femmine) del medesimo periodo del 2012. I nuovi utenti sono n.4 (2m -2f).

Di questi 13 utenti, n.1 è ancora in trattamento, n.6 hanno raggiunto l'obiettivo di astinenza da fumo e n.6 hanno abbandonato il trattamento.

ALCOOL:

Nell'ambulatorio di alcologia gli utenti trattati nell'anno . 2013 sono n.142 (121m - 21 f -) contro i 124 (100m -24 f) stesso periodo del 2012. I nuovi utenti sono 26 (25m -1 f) contro i 24 (19m-5 f) dello stesso periodo 2012.

I soggetti complianti al trattamento sono n.83/142 (58,4%); quelli non complianti sono n.59/142 (41,6%) . Dei complianti, n.18 hanno terminato il trattamento con esito positivo.

PREVENZIONE:
L' attività di prevenzione nell'anno 2013 si è svolta in n.12 Istituti di Istruzione Secondaria Superiori del territorio, secondo il Progetto pluriennale di prevenzione dei consumi e degli abusi, denominato "Adolescenti a rischio. Il numero degli incontri sono stati 134.

TOSSICODIPENDENZA:

Sono state poste in essere azioni di prevenzione della mortalità di tossicodipendenti attraverso riduzione del danno: l'obiettivo è stato ancora una volta pienamente centrato in quanto nell'anno. 2013, come per quello del 2012, nessun utente del Ser.T. di Melfi è deceduto per overdose, se in trattamento.

Gli utenti trattati nell'anno 2013 sono n.289 (272m-17 f), contro i 284 (m 265; f 19), dello stesso periodo 2012;

I nuovi utenti sono n.54 (51 m – 3 f) contro i 41(39m – 2f) dello stesso periodo del 2012. Dei n.289 pazienti, n.155 sono in trattamento solo farmacologico, n.14 in trattamento integrato e n.15 in trattamento solo psicologico/psicoterapeutico. I cosiddetti persi di vista (abbandoni + trasferimenti di residenza) sono n. 42 e i fine trattamento n° 46. Dei n.289 utenti, n. 232 sono complianti al trattamento (n° 172 paz. presso il SerT, n°.31 presso la Casa Circondariale di Melfi, n° 29 i segnalati dalle Prefetture). Totale: 232/289 utenti complianti al trattamento pari al 80% .

MALATTIE INFETTIVE:

Azioni di prevenzione dell'AIDS e patologie infettive droga – correlate: informazione corretta a tutti gli utenti del SerT di Melfi. La diffusione dell'AIDS tra gli utenti si è azzerata; alto purtroppo è ancora il dato di diffusione delle epatiti B e C.

CARCERE:

Il Ser.T. di Melfi è operativo presso la Casa Circondariale di Melfi dal 1996, anno in cui veniva stipulata apposita convenzione secondo i principi stabiliti dalla legge del 1996. Il protocollo operativo degli interventi prevede una visita medica, l'eventuale trattamento farmacologico e colloqui psico-sociali.

Nel corso degli anni, grazie all'attiva azione degli operatori preposti al carcere, è stato possibile prendere in carico, in modo più strutturato, un maggior numero di soggetti detenuti, assicurando loro programmi terapeutici di recupero . Nell'anno 2013 sono stati trattati n. 36 detenuti tossicodipendenti e/o alcolisti, contro i n.43 dello stesso periodo 2012. Gli incontri del 23 e 29 genn.2013 di prevenzione tabagismo hanno coinvolto le tre Sezioni del Carcere di Melfi.

L'obiettivo primario degli operatori è quello di valutare l'opportunità di togliere i tossicodipendenti dal carcere

ed assicurare loro una struttura riservata (Comunità Terapeutica o Servizio Ser.T.), più adatta alla loro specifica problematica.

Vi è infine da registrare il rafforzamento delle collaborazioni con i Servizi territoriali, U.E.P.E.. e Comunità Terapeutiche, attraverso l'incremento e la sistematizzazione degli incontri multidisciplinari.

ATTIVITA' SER.T. di POTENZA

Gli utenti tossicodipendenti sono stati nell'anno 2013 n. 444 .

Detenuti consumatori e/tossicodipendenti seguiti presso la Casa Circondariale di Potenza n.67

Utenti alcolisti : 129

E' stato attivato dal 2/01/2013 l'ambulatorio specialistico per la presa in carico di soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico. Al 31/12 risultano in carico n.32 utenti e relative famiglie

È stata realizzata una ricerca sulla diagnosi e valutazione dell'outcome degli utenti affetti da gioco d'azzardo patologico in carico all'ambulatorio dedicato e presentata come project work alla Scuola Superiore delle Amministrazioni- Presidenza del Consiglio dei Ministri.Per ogni nuovo utente è stata predisposta la diagnosi multidisciplinare, la definizione e realizzazione di un programma terapeutico attuato ambulatorialmente o in una struttura comunitaria

Il Ser.T. ha erogato per ogni utente prestazioni di tipo medico-infermieristico e di tipo psico-socio-riabilitativo quotidiane o settimanali, a seconda dei casi Inoltre nell'annualità 2013 sono stati realizzati in collaborazione con la rete territoriale 2 progetti d'inserimento lavorativo:

- Progetto di inserimento lavorativo "Inclusione sociale e lavorativa", previsto dal Piano territoriale di intervento per la lotta alla droga della città di Potenza per l'assegnazione di 7 borse-lavoro ad ex tossicodipendenti ed ex alcolisti.

- Progetto di inserimento lavorativo "Reli" in collaborazione con l'Associazione Insieme per l'assegnazione di 3 borse-lavoro ad ex tossicodipendenti ed ex alcolisti.

Di seguito si riportano i dati del SERT di Villa D'Agri

Obiettivo: *descrizione di sintesi (rif. DGR 606/2010-DGR n.298/2012)*	**Indicatore di misura**	**Dato storico 2012**	**Risultato atteso 2013**	**Risultato raggiunto alla data del 31-12-2013**
Cura Tossico-dipendenze: adesione ai programmi di recupero	n° di pazienti tossicomani aderenti ai vari programmi/totale degli utenti presentatisi al Centro	105 pz ader./105 utenti presentatisi al Centro (aderenti al trattamento: 100%)	soggetti aderenti al trattamento oltre 50% del totali degli utenti in cura	120 pz aderenti/120 utenti presentatisi al Centro (aderenti al tratt. : 100%)
Prevenzione Alcolismo-tabagismo	n. alcolisti aderenti al programma di trattamento/totale degli alcolisti che si sono proposti per il trattamento	61 alc. ader./63 alc. che si sono proposti per il trattamento(aderenti al trattamento 96,80%)	Soggetti aderenti al trattamento >= 50%	62 alc. aderenti/ 63 alc. che si sono proposti per il trattamento(aderenti al tratt. : 98% ca)
Prevenzione Alcolismo-tabagismo	collaborazione con il CRA di Chiaromonte	5 protocolli di invio al CRA condivisi nel 2012	collaborare alle attività del CRA almeno un pogetto-protocollo condiviso	5 protocolli di invio al CRA condivisi alla data del 31.12.2013.
Attuazione del Piano Nazionale alcol e salute	n. prestazioni sanitarie e sociali SERT eseguite	n.prestaz. sanitarie e soc. SERT (med., psic., inf., ass.soc.) eseguite nel 2012 :12.214	Valore tendenz. atteso: garantire un n. di prestazioni SERT= al dato storico 2012	n.prestaz. sanitarie e sociali SERT(med.,psic.,inf.,ass.soc.) eseguite alla data del 31.12.2013: 12.650
Attuazione del Piano Nazionale alcol e salute	1) n° iniziative promosse in occasione del mese di prev. Alcol. -2) n° incontri sui luoghi di lavoro/contesti di aggregazione/scuole	1) Partecipazione alla iniziativa svoltasi nel Comune di Viggiano in occasione del "mese di Prev. Alc."; 2) n° 4 iniziative finalizzate alla riduzione dei problemi a.c. svolte nei seguenti Ist.Scol. : ITAS Villa d'Agri, IPAS S.Arcangelo,Ist. C.vo Tramutola, Sc. Media Grumento.	1)Partecip. alla realizz.ann. di iniziative in occas. del "Mese di Prev. Alc.".2)Almeno 3 iniziative finalizzate alla riduz. dei problemi a.c. su luoghi di lav./contesti di aggregazione giovanile /scuole	1) Partecip. ad iniziativa svoltasi nel C. di M.Nuovo in occ. del "mese di Prev.Alc."; 2) n° 4 iniziative finalizzate alla prevenzione alcol e dei problemi a.c. svolte nei seguenti Ist.Scol. : Istituto C.vo Tramutola,Scuola Media Grumento,ITIS Corleto P., Liceo Sc. S.Arcangelo.
D.L. n.158/2012: Prevenzione della Ludopatia (GAP)	n. iniziative di informazione		Almeno una iniziativa/anno	**1)** iniziativa di informaz. con produzione di materiale inf. e sua distribuzione a soggetti interessati; **2)** consegna materiale inform. a soggetti richiedenti ai sensi art.7 c.5 D.L. n. 158/2012**;** **3)** collaborazione,in accordo con i Ser.T. aziendali,per la produzione di informative pubblicate su sito aziendale; **4)** Seminario di inform. su Ludopatie svolto a S.Arcangelo.

ATTIVITA'DEL SERT AMBITO DI LAGONEGRO

ALCOOL

E' stata implementata la rete integrata ospedale-territorio, questo ha portato nel 2013 alla creazione di un percorso preferenziale per i pazienti alcolisti attivabile direttamente dai MMG sia nei confronti dei posti letto previsti dall'Unità di Crisi del P.O: di Chiaromonte che dei posti letto del CRA sempre di Chiaromonte. E' stato avviato un percorso dedicato per i pazienti da disintossicare sempre presso il CRA di Chiaromonte con la collaborazione dei Medici della Lungodegnza di Chiaromonte, permettendo di soddisfare il 100% della richiesta degli alcolisti da disintossicare, questo in virtù dell'implementazione della rete ospedale-territorio che si è descritta al punto precedente.

I tempi di attesa sono in linea con le direttive contenute nella DGR n.1092/2007. E' in fase di attivazione il D.H. alcoologico e l'ambulatorio di alcologia.

Nel 2013si sono organizzati n. 9 eventi di sensibilizzazione soddisfacendo il risultato atteso.

Anche per il 2013 è stata rinnovata la convenzione con l'equipe dell'U.O.C. di San Daniele di Friuli però con un'ottimizzazione degli accessi, in particolare per quest'anno vi è stata la necessità di solo 2 accessi.

La campagna informativa per la riduzione del consumo di alcool in particolari attività e nei soggetti in età giovanile e in raccordo con le scuole ha visto la realizzazione nel 2013 di numero 3 incontri di sensibilizzazione e prevenzione su luoghi di lavoro nell'ambito della riduzione del rischio di problemi alcol correlati sui luoghi di lavoro e n. 5 incontri nell'ambito della riduzione del rischio di problemi alcol correlati nei contesti di aggregazione giovanile.

IL CENTRO PER LA CURA DELL'ALCOLISMO – FONDAZIONE STELLA MARIS

Il centro è organizzato in un'offerta di tipo residenziale con una recettività di n. 12 posti letto ed una semiresidenzialità di n. 6 posti, le attività del Centro sono garantite sulle 24 ore e per sette giorni alla settimana, il periodo di permanenza al Centro di ogni singolo ospite è di circa 4 settimane. I posti letto sono stati attivati per il 100%.
Sono state rispettate le direttiva della Regione Basilicata per i tempi di attesa per le prestazioni di ricovero e relative liste d'attesa.
Nel 2013 è stata ridotta la mobilità passiva di almeno l'1,5 %, mentre il rapporto tra mobilità attiva e quella passiva è stato superiore al 45 %.
Nel 2013 è stata contenuta la spesa farmaceutica e sono stati resi operativi i protocolli operativi.
Il personale afferente al Centro è composto di un responsabile per un utilizzo del 50%, tre educatori professionali per un utilizzo del 100%, la consulenza di un medico psichiatra del DSM per un utilizzo del 15%, un Dirigente Psicologo per un utilizzo del 80%, la consulenza di un medico internista della Lungo Degenza di Chiaromonte per un utilizzo del 15%, il servizio infermieristico è in condivisione con la RSA di Chiaromonte ed è composto di sei unità infermieristiche con un utilizzo del 50%, il servizio di O.S.S. è dato da 3 unità a tempo pieno per le attività diurne con un utilizzo del 100%, mentre quelle notturne sono garantite dalla cooperativa in condivisione sempre con la RSA con un utilizzo del 50%, anche il servizio di ausiliari è garantito dalla cooperativa sempre in condivisione con l'RSA con un utilizzo del 50%, il servizio di animazione è garantito anch'esso dalla cooperativa sempre in condivisione con l'RSA e con un utilizzo del 20%. La

reperibilità presso il CRA è garantita dal personale medico della Lungo Degenza di Chiaromonte. Nel corso del 2013, in considerazione della mancata stabilizzazione del personale afferente al CRA, circa il 30% del personale è stato rinnovato sostituendolo con personale di nuova assunzione; questo ha comportato notevoli disagi organizzativi ma soprattutto le necessità di formazione del nuovo personale quindi con un calo totale delle prestazioni.
Il numero dei ricoveri è stato di 94, di cui 26 per pazienti fuori regione e 68 per pazienti residenti in regione. Si è soddisfatto il risultato atteso e si è garantito il soddisfacimento del 100% della domanda di ricovero. L'indice di occupazione dei posti letto è stato del 50%. Il numero di prestazioni ambulatoriali è stato di 364. Il numero dei ricoveri è aumentato del 28,77% rispetto all'anno precedente, sono aumentati anche i pazienti fuori regione. Di seguito si riportano i principali indicatori di attività relativamente all'anno 2013 confrontato con l'anno 2012.

CRA- PRINCIPALI INDICATORI ANNI 2013-2012		
	2013	**2012**
posti letto residenziali	12	12
posti letto semiresidenzialità	6	6
ricoveri	94	73
ricoveri in regione	71	53
ricoveri residenti	54	36
ricoveri extra regione	26	20
pazienti disintoss	81	43
giornate di degenza	2140	1991
prime visite	119	123
controlli amb	245	259
consulenze	53	57

RICOVERI PER REGIONE DI PROVENIENZA DELL'ASSISTITO		
Regione	**2013**	**2012**
Puglia	24	13
Molise		
Calabria	2	5
Campania		2
Totale ricoveri per pazienti fuori Regione	**26**	**20**
ASP Potenza	54	36
ASM Matera	14	17
Totale ricoveri per pazienti in Regione	**68**	**53**
TOTALE RICOVERI	**94**	**73**

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DEL PESO "G.GIOIA"CHIAROMONTE

Il Centro di riferimento regionale per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e del peso nell'anno 2013 ha avuto 67 ricoveri con una riduzione del 5,63% rispetto all'anno precedente. Sono stati attivati tutti i livelli terapeutici con un buon livello di compliance. La provenienza si attesta

principalmente dalle Regioni del Centro Sud come si evince dalla tabella sottostante ed in prevalenza dalla Regione Campania oltre che dalla Basilicata.

RICOVERI ANNI 2013 2012 PER REGIONE DI PROVENIENZA

REGIONE DI PROVENIENZA	Numero Ricoveri	Numero Ricoveri
CALABRIA	8	8
PUGLIA	7	7
CAMPANIA	21	17
BASILICATA	28	29
ABRUZZO	2	
LOMBARDIA	1	
SICILIA	2	3
LAZIO	2	3
totale	**71**	**67**

Gli ingressi nel centro sono stati 53, i pazienti presenti al 01.01.2013 sono stati 14con le diverse patologie

anoressia nervosa	bulimia nervosa	disturbo da abbuffata incontrollata	disturbo non altrimenti specificato
6	5	2	1

I 53 pazienti ricoverati nell'anno hanno presentato diverse patologie di cui:

anoressia nervosa	bulimia nervosa	disturbo da abbuffata incontrollata	disturbo non altrimenti specificato
26	12	10	5

NUMERO DI RICOVERI IN REGIME RESIDENZIALE

	N. PAZIENTI
PRIMO TRIMESTRE ANNO 2013 (dal 01-01-2013 al 31-03-2013)	**25** (di cui **11** nuovi ingressi)
SECONDO TRIMESTRE ANNO 2013(dal 01-04-2013 al 30-062013)	**28** (di cui **17nu**ovi ingressi)
TERZO TRIMESTRE ANNO 2013(dal 01-07-13 al 30-09-13)	**33** (di cui **15** nuovi ingressi)
QUARTO TRIMESTRE ANNO 2013 (dal 01-10-13 al 31-12-13)	**30** (di cui **10** nuovi ingressi)

NUMERO RICOVERI IN REGIME AMBULATORIALE- DCA- OBESITA'

	N. PAZIENTI DCA	N. PAZIENTI OBESITA'
PRIMO TRIMESTRE ANNO 2013 (DAL 01-01-2013 AL 31-03-2013)	**24**	**100**
SECONDO TRIMESTRE ANNO 2013 (DAL 01-04-2013 AL 30-06-2013)	**23**	**87**
TERZO TRIMESTRE ANNO 2013 (DAL 01-07-13 AL 30-09-13)	**28**	**87**
QUARTO TRIMESTRE ANNO 2013 (DAL 01-10-2013 AL 31-12-2013)	**25**	**72**
TOTALE	**100**	**346**

NUMERO PAZIENTI RICOVERATI PER LE DIVERSE TIPOLOGIE DI DISTURBO

	anoressia nervosa	bulimia nervosa	disturbo da abbuffata incontrollata	disturbo non altrimenti specificato	**TOT**
PRIMO TRIMESTRE ANNO 2013 (dal 01-01-2013 al 31-03-2013)	**11**	**8**	**5**	**1**	**25**
SECONDOTRIMESTRE ANNO 2013 (dal 01-04-2013 al 30-06-2013)	**13**	**6**	**7**	**2**	**28**
TERZO TRIMESTRE ANNO 2013(dal 01-07-2013 al 30-092013)	**16**	**7**	**6**	**4**	**33**
QUARTO TRIMESTREANNO 2013 (dal 01-10-2013 al 31-12-13)	**16**	**5**	**5**	**4**	**30**

PRINCIPALI INDICATORI C.DCA CHIAROMONTE ANNI 2013-2012

Descrizione prestazione	2012		2013	
	numero	**valore**	**numero**	**valore**
PRIMA VALUTAZIONE (Visita specialistica)	161	€ 4.614,26	171	€ 4.260,86
D.H DCA	119	€ 29.750,00	54	€ 13.500,00
Visita INTERNISTICA	15	€ 429,90	16	€ 348,31
Visita PSICHIATRICA	252	€ 7.222,32	312	€ 6.626,67
Visita PSICOLOGICA	444	€ 12.152,28	511	€ 11.986,07
Visita NUTRIZIONISTICA	211	€ 6.047,26	174	€ 3.695,34
CONSULTO MULTIDISCIPLINARE(visita INTERNISTICA +visita NUTRIZIONISTICA)	262	€ 13.401,30	357	€ 15.605,55
AMB. DEL PESO 1/a visita	310	€ 8.884,60	346	€ 8.644,36
DH OBESITA'	94	€ 23.500,00	33	€ 8.250,00
Dal 26/06/13 al 31/12/13 in assenza del DH si sono effettuate comunque le prestazioni per l'approfondimento diagnostico per un incasso di:				€ 2.698,69
AMB. DEL PESO (CONTROLLI)	602	€ 12.587,82	687	€ 11.557,17
RICOVERI SEMIRESIDENZA (TOTALI)	1		3	
PAZIENTI GIA' PRESENTI IN SEMIRESIDENZA AL1° GENNAIO 2012	1			
GIORNATE DI DEGENZA SEMIRESIDENZIALE	75	€ 12.000,00	169	€ 27.040,00
GIORNATE DI ASSENZA	14	€ 1.568,00	17	€ 1.904,00
DURATA MEDIA DELLA SEMIRESIDENZIALITA'	75			
RICOVERI RESIDENZA (TOTALI)	71		67	
PAZIENTI GIA' PRESENTI IN RESIDENZA AL1° GENNAIO 2012	17		14	
NUOVI INGRESSI IN RESIDENZA	54		53	
DURATA MEDIA DELLA RESIDENZIALITA'	86.20.00			
GIORNATE DI DEGENZA RESIDENZA	6120	€ 1.774.800,00	5.738	€ 1.664.020,00
GIORNATE DI ASSENZA	445	€ 90.335,00	461	€ 93.583,00
AMBULATORIO DI GINECOLOGIA D.C.A.		€ 461,21	10	€ 226,69
CONSULENZA ALTRI REPARTI	7	€ 200,62		

Dal mese di gennaio 2011 a tutt'oggi, il C.DCA fa parte di un progetto biennale promosso dal Ministero della Salute "Progetto di Studio Multicentrico su fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei DCA in età adolescenziale e pre adolescenziale", per cui è stata garantita la partecipazione dell'ASP agli incontri operativi dello stesso . Fanno parte di questo progetto altri 5 Centri Nazionali:

- C.DCA età evolutiva di Milano
- C.DCA Villa Miralago di Cuasso al Monte Varese
- C.DCA Palazzo Francisci di Todi
- IRCCS Fondazione Stella Maris di Calambrone di Pisa.

- C.DCA età evolutiva Policlinico S.Orsola Malpigli di Bologna.

Nel mese di Marzo 2013 è stata svolta attività di informazione sui DCA e sul Centro attraverso divulgazione su riviste a taratura nazionale (Confidenze) e Regionale(Gazzetta del mezzogiorno, Quotidiano di Basilicata nel mese di Giugno).

Per tutto l' 2013 sono state mantenute in essere le convenzioni con varie Università, ai fini dell'espletamento dei tirocini formativi obbligatori e non, rivolto a studenti con varie qualifiche(Psicologi, Dietiste, Educatori, Biologi).

In data 12 Aprile 2013 presso il Centro si è tenuto un incontro con gli alunni e i docenti dell'Istituto Professionale dei Servizi Sociali di Matera; in tale circostanza il Servizio si è aperto al territorio con finalità di informazione e sensibilizzazione sui DCA, patologia oggi così diffusa e dilagante e, che presenta elementi di suggestione e coinvolgimento emotivo per tutti gli adolescenti.

In data 22 Aprile 2013 ai Medici di continuità assistenziale che effettuano la formazione regionale è stata rivolta una giornata formativa sui DCA con altrettanta visita della struttura.

Nel mese di Giugno l'ASP ha partecipato al Convegno di Milano, rientrante all'interno del progetto multicentrico Ministero Salute ed ha altresì partecipato al Convegno Anoressia –Bulimia tenutosi a S.Mauro Forte (MT) il 14.06.2013ed a Todi il 07.06.2013 in occasione del decennale della struttura . Il Comitato etico ha approvato il piano della ricerca genetica che verrà attuato non appena sarà disponibile la strumentazione necessaria.

Nel mese di Agosto in occasione del 7 anniversario del Centro è stata realizzata una iniziativa" Le famiglie scendono in piazza", che ha visto coinvolti in primo luogo le famiglie che rappresentano una risorsa fondamentale all'interno del percorso riabilitativo psico-nutrizionale.

Tale evento, collocantesi all'interno di tale contesto, ha rappresentato un momento di condivisione gioiosa anche con la rete sociale e territoriale del paese di Chiaromonte.

Il giorno 10 Ottobre 2013 il C.DCA ha aderito e realizzato la giornata nazionale di sensibilizzazione su sovrappeso e obesità(Obesity day). In tale circostanza sono stati distribuiti a tutti coloro che vi hanno aderito, informazioni utili circa l'alimentazione equilibrata, la corretta lettura delle etichette nutrizionali e dei rischi associati all'obesità; è stata altresì effettuata la somministrazione di questionari mirati alla comprensione degli stati nutrizionali. Il 28-29 ottobre2013l'azienda ha partecipato alla Consensus Conference: un anno dopo sui DCA organizzata dall'ISS- Roma. Sempre nel mese di Ottobre, si è dato avvio all'interno del Centro "La Scuola in Residenza", rivolto alle ospiti, il cui trattamento riabilitativo richiedeva anche la continuità scolastica presso la struttura. Ciò è avvenuto grazie alla collaborazione del Provveditorato agli studi di Potenza e alle scuole presenti sul territorio di riferimento zonale che hanno aderito al progetto. E' stato avviato, altresì in via sperimentale, il laboratorio di terapia nutrizionale. Nel mese di Novembre è stato altresì pubblicato un articolo sul C.DCA sulla rivista mensile Beauty IN Vogue Allure. Il 29 Novembre è stato realizzato a Chiaromonte il Convegno Internazionale "Empaticamente, Noi, Tu, Loro, che ha visto la presenza di un Prof. Dell'Università di Lovanio(Belgio)- Prof. Vanderlinden e per tale circostanza sono stati presenti RAI 3 Basilicata con la trasmissione del servizio televisivo; è stata altresì rilasciata un'intervista radiofonica(TRM) sulla valenza del Convegno, nonché articoli su quotidiani locali. In data 11.12.1013. Inoltre l'azienda ha partecipato in qualità di relatrice al

Convegno DCA e Chirurgia Bariatrica organizzato dall'Associazione Pianeta Donna di Villa D'Agri. Per tutto l'anno sono state mantenute in essere le convenzioni con varie Università ai fini dell'espletamento dei tirocini formativi obbligatori e non, rivolto a studenti con varie qualifiche(psicologi, educatori, ecc.)Nell'arco dell'anno è stato effettuato il lavoro di individuazione degli standard di prodotti del C.DCA con il supporto dell'Ufficio Area di Staff e Qualità). Sempre nello stesso mese è stato effettuato un open day accogliendo N.30 futuri operatori OSS. Inoltre nel mese di Novembre è stato stipulato un protocollo d'intesa con l'ASM di Matera sulla rete dei servizi per la cura dei DCA.

ATTIVITA' AMBULATORIALE OBESITA'

Anche l'attività ambulatoriale obesità ha visto l'assenza di liste d'attesa, con la gestione dei tempi , congrua alle richieste che sono pervenute.

Appropriata è stata pertanto la presa in carico ed il relativo monitoraggio di pazienti con tale patologia, soprattutto di persone appartenenti al contesto territoriale del Lagonegrese. La provenienza delle persone che vi sono afferite, è stata per la maggior parte dalla Regione Basilicata, dalla Campania e dalla Calabria. L'attività è stata svolta in collaborazione con l'Università Federico II di Napoli, nella persona del Prof. Contaldo e Prof. Pasanisi. Gli stessi sono referenti per l'attività di Ricerca su: Valutazione del Ricovero Riabilitativo nello stato di nutrizione di pazienti con malnutrizione del comportamento alimentare.

ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE TERRITORIALE.

Secondo l'Eurostat nel 2008 l'Italia ha registrato la percentuale più alta d'Europa (20.08% di ultra 65enni) in rapporto all'invecchiamento, seguono Germania (20.05%9, Grecia (18.63) e Scozia (17%). Sempre secondo le proiezioni nel 2030 un italiano su quattro avrà 65 o più anni (26.15%), percentuale che salirà nel 2060 a 32.71%. Un altro dato interessante per il nostro Paese è che la maggiore spesa in relazione alla protezione sociale è data dalla previdenza col 66.7% e solo il 24% è destinato alla sanità. Riferendosi al Pil le cose non vanno meglio: Italia 6.8% ma 1,5% destinato al privato, Germania 8.6%, Francia 7.4%, con una media europea al 7%. Le ragioni per le quali cresce la spesa sanitaria in Italia, ma in genere in tutti i Paesi occidentali, sono molteplici: l'invecchiamento della popolazione e la famiglia più "debole"; la ricerca farmaceutica più avanzata e costosa; l'offerta ospedaliera tradizionale ancora ridondante e con un notevole ricorso alle prestazioni improprie (sia per la degenza che per PS); i costi aumentati delle apparecchiature tecnologiche; la sanità che si carica, a volte, di servizi e quindi di costi che sarebbero di competenza sociale. Con le risorse economiche pervicacemente sottostimate, in un Paese che è da sempre ai vertici mondiali per la longevità della sua popolazione, e con il fallimento della cultura "ospedalocentrica", si è reso necessario guardare al territorio con rinnovata attenzione.

Sviluppare la sanità nel territorio significa promuovere, organizzare, attivare e consolidare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione territoriali rendendo accessibili i servizi ai cittadini attraverso il potenziamento delle attività di cure primarie. **La Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) sta svolgendo questo compito con ottimi risultati e dal punto vista sanitario (aumentando notevolmente la capacità di autonomia degli ospiti che poi andranno a casa) e dal punto di vista socio-assistenziale e relazionale con le varie attività che si svolgono all'interno e all'esterno della struttura.**

La R.S.A. è una struttura finalizzata a fornire assistenza continuativa a carattere socio-sanitario che offre ospitalità e prestazioni a livello assistenziale infermieristico e riabilitativo superiore a quelle erogate dalle strutture residenziali di natura socio-assistenziale, offre aiuto nel recupero funzionale e nell'inserimento sociale e prevenzione delle principali patologie croniche, ospitano per un periodo più o meno lungo persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di una complessa assistenza sanitaria.

Le RSA dell'Azienda ASP di Potenza sono due, allocate nelle sedi di Maratea e Chiaromonte. Esse nascono dall'esigenza di coniugare la razionalizzazione delle risorse con l'appropriatezza dei servizi e dalla constatazione che le tradizionali residenze, a prevalente componente sociale, per autosufficienti non sono in grado di soddisfare tutti i nuovi e mutati bisogni delle popolazioni anziane che richiedono con sempre maggiore frequenza luoghi di cura e riabilitazione in presenza di disabilità di vario grado.

La loro attività ha avuto inizio nel gennaio 2007 e tende ormai a stabilizzarsi. Gli ospiti vengono accolti nelle RSA sulla base di un Disciplinare delle attività della RSA e vengono inseriti in un programma di interventi terapeutico-assistenziali e di integrazione territoriale che trova sostegno e sinergie in altri servizi sanitari e sociali nonché nel volontariato.

Nelle due RSA di Maratea e Chiaromonte si realizza l'ottimizzazione delle risorse logistiche, strutturali, umane, professionali ed economiche, il superamento di schematismi e mansionari rigidi di lavoro e il rispetto dell'approccio olistico al paziente tipico dell'Assistenza Primaria che qui viene fornita in un ambiente "residenziale".

La novità del modello operativo attuato nelle RSA è rappresentata da una forma di coinvolgimento ed integrazione fra professionisti territoriali che lavorano in **equipe coordinate dal MMG**, che rappresenta un punto di forza nella rete dei servizi aziendali agli anziani e disabili e che, grazie alle sue competenze, cerca di realizzare la massima integrazione degli interventi sanitari e sociali evitando in tal modo che ai danni provocati dalla disabilità possano sommarsi danni derivanti dalla istituzionalizzazione. Le competenze e la professionalità del MMG superano il vecchio e riduttivo compito di "assistere l'ammalato" e/o "controllare il sintomo", ma si realizzano attraverso la "presa in carico della globalità della persona" secondo il concetto olistico della biologia e della medicina generale, favorendo il suo benessere psicofisico e promuovendo il mantenimento della dignità dell'anziano fragile e del disabile. In tutti i programmi terapeutico-assistenziali delle RSA aziendali assumono rilievo le attività psicologiche che si sviluppano secondo un piano variamente articolato in:

- *Attività di accoglienza;*
- *Attività di orientamento,*
- *Attività di sostegno psicologico;*
- *Attività di elaborazione/rielaborazione;*
- *Attività di socializzazione/risocializzazione.*

Le RSA aziendali sono dotate di 30 posti letto di cui 16 nella RSA di Maratea (8 p.l. R3-assistenza anziani e 8 p.l. R3D-assistenza disabili psichici e fisici) e 14 nella RSA di Chiaromonte(10 p.l. R3 e 4 p.l. R3D). Si è voluto operare attraverso la costituzione di "Nuclei operativi" interni alle RSA e diversi per disabili (di età media di circa 30 anni) ed anziani (con età media di 80 anni e tra gli ospiti ci sono stati anche ultracentenari) al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- far rientrare soggetti disabili già ospitati in maniera definitiva c/o strutture fuori regione nella RSA più vicina al luogo di residenza dei familiari;

- creare una interlocuzione psicologica tra voglia di vivere dei giovani e maturità dell'anziano. Questo ha un influsso positivo nell'anziano con una più proficua partecipazione delle associazioni di animazione e volontariato attraverso attività ludiche sul territorio(es. ipponoterapia).

Le attività più frequenti effettuate nell'anno 2013 sono state:

- trattamenti riabilitativi;
- trattamenti post-intervento
- assistenza post-ictus
- trattamento dei disabili affetti da ritardi mentali
- trattamento di patologie cronico-degenerative nell'anziano quali diabete, scompenso cardiaco, ecc.)

RSA MARATEA Anno 2012				
Tipologia di assistenza	n. posti letto	n. utenti	giornate di ospitalità erogata	Valorizzazione
ass anziani	6	36	1846	**€ 166.583,04**
ass dis psic	7	22	2292	**€ 206.830,08**
ass dis fis	3	13	905	**€ 81.667,20**
totale	16	71	5.043	**€ 455.080,32**

RSA MARATEA Anno 2013				
Tipologia di assistenza	n. posti letto	n. utenti	giornate di ospitalità erogata	Valorizzazione
R3	8	28	2.375	**€ 214.320,00**
R3D	8	15	2.587	**€ 233.450,88**
totale	16	43	4.962	**€ 447.770,88**

Nell'anno 2013 gli utenti trattati nella RSA di Maratea sono stati 43 con 4.962 giornate di ospitalità, mentre nell'anno 2012 gli utenti sono stati 71 con giornate di degenza paria a 5.043.

Non è possibile fare un confronto tra l'attività erogata dalla RSA di Maratea nell'anno 2013 con quella dell'anno precedente in quanto è cambiata la tipologia di assistenza .

Un esame può essere effettuato sul numero delle giornate di ospitalità che da 5.043 passano a 4.962 con una riduzione dell'1,82%.

Nella RSA di Chiaromonte gli utenti sono stati 52 nell'anno 2013 e 96 nell'anno 2012. Si fa presente che per l'RSA di Chiaromonte le tipologie dei ricoveri nell'anno 2012 si diversificano rispetto all'anno 2013 in quanto contemplavano anche un periodo definito "sollievo" della durata massima di un mese a titolo gratuito, questo ha determinato nell'anno 2012 una maggiore presenza di ospiti ma con un minore numero di giorni di permanenza.

RSA Chiaromonte Anno 2012				
Tipologia di assistenza	n. posti letto	n. utenti	giornate di ospitalità erogate	Valorizzazione

lungassistenza	9	45	3132	**€ 282.631,68**
sollievo	5	51	1204	**€ 108.648,96**
totale	**14**	**96**	**4336**	**€ 391.280,64**

RSA Chiaromonte Anno 2013				
Tipologia di assistenza	**n. posti letto**	**n. utenti**	**giornate di ospitalità erogate**	**Valorizzazione**
R3	10	45	3766	€ 339.843,84
R3D	4	7	1100	€ 99.264,00
totale	**14**	**52**	**4.866**	**€ 439.107,84**

IL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE MENTALE

Le strutture costitutive del DSM secondo il P.O. Tutela salute mentale 98/2000(DPR 99) sono le seguenti:

- CENTRI DI SALUTE MENTALE
- SPDC
- STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI (Centri Diurni e DH)
- STRUTTURE RESIDENZIALI , terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitative , classificate in relazione all'intensità dell'assistenza riabilitativa (assistenza 24 h, 12 h o per fasce orario).

Il CSM è il cuore del Dipartimento Salute mentale, struttura in cui si realizza l'accoglienza del paziente; si effettua valutazione delle condizioni psicopatologiche ; delle dinamiche intrapsichiche e intrafamiliari; del funzionamento sociale e relazionale. Nel CSM si elaborano progetti terapeutici e riabilitativi personalizzati; si erogano trattamenti psicologici con psicoterapie individuali, familiari e di coppia; si somministrano test di personalità ; test di valutazione del quoziente intellettivo e di deterioramento cognitivo; test di valutazione delle abilità e dell'adattamento sociale. Il CSM funge da filtro ai ricoveri; gestisce le urgenze in sede o a domicilio. Il CSM deve essere aperto dal lunedì al sabato 12 ore al dì.

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE : Centri Diurni (CD):

Sono strutture semiresidenziali , aperte 8 ore al dì , con funzioni terapeutico-riabilitativo.

Le strutture semiresidenziali (CD) consentono di riabilitare gli utenti nel proprio contesto , consentendo loro di vivere a domicilio con la famiglia ; limitando gli inserimenti nelle strutture residenziali psichiatriche , con minor costi per l'ASP.

E' presente un solo Centro diurno a Potenza (20 pl), gestito da una Cooperativa sociale, sotto la supervisione, il controllo e la verifica del DSM.

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE :

Sono strutture terapeutico- riabilitative e socio-riabilitative per pazienti di esclusiva competenza psichiatrica, che necessitano di interventi a medio e lungo termine , con assistenza 24 ore al dì , 12 ore al dì o per fasce orario, a seconda dei bisogni assistenziali e riabilitativi degli utenti.

Nell'ASP le strutture residenziali psichiatriche sono gestite da Cooperative sociali , sotto la supervisione e il controllo del DSM.

SPDC (SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA)

Struttura ospedaliera ubicata nell' Ospedale Generale in cui si attuano ricoveri psichiatrici volontari o in Trattamento Sanitario Obbligatorio. Si effettuano , inoltre consulenze psichiatriche nel Pronto Soccorso e nelle altre UU.OO. dell'Ospedale. Le strutture presenti sono:

SPDC ubicato nell'Ospedale di Melfi : n. 4 pl

SPDC ubicato nell'Ospedale S. Carlo di Potenza : n. 6 pl + n. 2 pl DH

SPDC ubicato nell'Ospedale di Villa d'Agri : n. 9 pl + n. 1 DH.

Attività Ambito territoriale Lagonegrese-Senisese :

CSM DI LAURIA

IL CSM ubicato nel P.O. di Lauria , è aperto 12 ore al dì dal lunedì al sabato, con articolazioni ambulatoriali periferiche nel Distretto di Senise e P.O. di Chiaromonte .

Al CSM è collegato un DH con n. 2 pl., per ridurre i ricoveri ordinari.

Nel CSM vengono effettuate anche attività riabilitative quali art-therapy , musicoterapia, gruppo discussione con i pazienti , sport-terapia, gruppo pesca .

Il CSM effettua consulenze negli Ospedali di Lagonegro, Maratea, Lauria,Chiaromonte.

Sono effettuate visite domiciliari nelle case di Riposo, nelle RSA, ai pazienti in ADI.

Gli psichiatri del CSM effettuano nel P.O. di Chiaromonte visite psichiatriche , colloqui psichiatrici per il DCA e CRA nell'attività ambulatoriale e nelle residenze.

Il CSM collabora con le Associazioni di Volontariato MOV di Lauria, Angelo Custode di Lauria e "Gioia e Speranza di Senise .

Interventi totali n. 17.801

Interventi previsti dal DM/96 : n. 6.638

Di cui 368 presso l'ambulatorio dei D.C.A.

- visite psichiatriche n. 4.255
- visite per porto d'arma n. 123
- visite psichiatriche domiciliari n. 261
- psicoterapie familiari n. 92
- psicoterapie individuali n. 929
- colloqui psicologici clinici n. 287
- colloqui psichiatrici n. 52
- test psicologici n. 271

Ricavi = 110.481,1 euro

Altri interventi medici :

- consulenze ospedaliere n. 219

- colloqui con operatori n. 80
- raccordo MMG n. 51
- raccordi interni ASP n. 152
- raccordi esterni ASP n. 55
- contatti indiretti utenti n. 272
- commissioni ASP n. 24
- lavoro amministrativo n. 46
- Interventi riabilitativi n. 156 (arte terapia e musico terapia)

Nel CSM è svolta attività di musicoterapia : 10 ore settimanali con sedute di gruppo e individuali in utenti provenienti dal territorio o inseriti nelle case alloggio.

Nel CSM si svolge il laboratorio di pittura una volta alla settimana, gestito da una esperta volontaria. Durante il periodo estivo è stato realizzato il Progetto "Pesca" , con finalità riabilitative, al quale hanno partecipato utenti in carico al servizio.

Per le visite psichiatriche sono stati rispettati i tempi di attesa.

E'stata garantita un'appropriata presa in carico ed orientamento degli utenti.

Vi è una costante integrazione tra CSM ,SPDC ed altri servizi sanitari e socio-sanitari.

Interventi infermieristici n. 8.294

Accoglienza utenti e familiari; compilazione dati anagrafici e sociali cartella clinica; esecuzione terapie;esecuzione prelievi ematici;esecuzione ECG; visite infermieristiche domiciliari;controllo e verifica nelle case alloggio per i farmaci,l'assistenza agli utenti ;approvvigionamento scorte farmaci, custodia,controllo scadenza e scarico;partecipazione ad attività riabilitative;custodia archivio e modulistica; contatti indiretti telefonici;programmazione turni infermieristici .

Di cui

- accoglienza e colloqui utenti: n.5.980
- colloqui familiari: n. 51
- visite domiciliari infermieristiche n. 488
- esecuzione terapie n. 994
- esecuzione prelievi ematici n. 57
- colloqui operatori case alloggio n. 348
- lavoro amministrativo n. 80
- contatti indiretti utenti n. 252
- controllo farmaci case alloggio n.8
- visite case alloggio n. 36

Gli infermieri svolgono inoltre , per la loro competenza, controllo e verifica nelle case alloggio; attività di sostegno ai pazienti inseriti nelle attività riabilitative; somministrazione di terapie depot e controllo parametri (P.A. , ecc) a domicilio in pazienti gravi che rifiutano di recarsi al servizio.

Interventi sociali: n. 1.766

Raccordi con Istituzioni e Associazioni di Volontariato;colloqui sociali individuali; colloqui sociali con familiari ;raccordi con operatori case alloggio; controllo patrimonio economico utenti case alloggio e gestione del denaro ;raccordi con servizi interni ASP;interventi domiciliari sociali;UOZ).

Di cui

- colloqui sociali utenti n. 393
- colloqui sociali familiari n. 39
- raccordi con istituzioni e volontariato n. 101
- visite domiciliari sociali n. 49
- visite case alloggio n. 41
- raccordo con operatori n. 170
- colloqui con ospiti case alloggio n. 387
- raccordi con servizi interni asl n. 29
- raccordi con MMG n. 6
- contatti indiretti n. 197
- interventi riabilitativi n. 64
- relazioni sociali n. 9
- UOZ n. 34
- discussione casi n. 50
- lavoro amministrativo n. 30
- interventi di rete n. 167

DH PSICHIATRICO:

è collegato al CSM; dotato di n. 2 pl ; aperto durante l'orario di apertura del CSM.

Ricoveri: n. 48

- G.D.: n. 551
- % occ. P.L.: 105,96
- Turn Over: -0,65
- Indice di rotazione : 24
- D.M. : 11,48
- Sesso : 19 maschi - 29 femmine
- Motivo ricovero: terapeutico
- Dei ricoveri effettuati l' 85,41% è costituito da psicosi
- La maggior parte dei ricoveri interessa le seguenti fasce di età : 45-54 anni e 55-64 anni

Ricavi = 82.954,20 euro

Per i ricoveri in DH è stato compilato il campo di prenotazione previsto dalla SDO.

Vi è stata una corretta compilazione della SDO in tutti i suoi campi.

E' stata rispettata la soglia dei ricoveri inappropriati in DH secondo la DGR 606/2010.

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE :

1) **Casa alloggio "Il Torrente",** ubicata a Lauria; ospita n. 20 utenti con assistenza 24 ore su 24; gestita dalla Cooperativa "Nuove Dimensioni-C.S. "
   G.D.: n. 7.241

2) **Casa alloggio "Casa Vallina" ,** ubicata nel Comune di Calvera ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Cooperativa Auxilium .
   G.D. : n. 5.272

3) **Casa alloggio "I girasoli di Erika "** , ubicata nel Comune di Trecchina ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Coop. "Spes-C.S. "
   G.D. : n. 5.461

Ai fini della riabilitazione e dell'elaborazione di un progetto individualizzato, sono utilizzati , a cadenza trimestrale , strumenti di valutazione delle disabilità e del funzionamento sociale quali il VADO, supervisionati dal DSM.

4) **Gruppo appartamento "Il Glicine** " ubicato nel Comune di Lauria , ospita n. 3 utenti. L'assistenza è per fasce orario (n. 6 ore al dì) da parte di un educatore e un OSS.

   G.D.: n. 1095

5) **Gruppo appartamento "Insieme per… "** ,ubicato nel Comune di Trecchina, ospita n. 4 utenti.
   G.D. : n. 1449

L'assistenza è per fasce orario(n. 6 ore al dì) da parte di un educatore e un OSS.

Progetti riabilitativi :

- Progetto "Taekwondoo"
- Progetto " Il corpo in movimento"
- Progetto " www.it"
- Progetto " Metti la cera, togli la cera"
- Progetto " Conoscere l'arte"
- Progetto " Chi semina raccoglie"
- Progetto " La Pasqua"
- Progetto " A libro aperto"
- Progetto " Pinocchio in scena"
- Progetto " Disegnare le proprie emozioni"
- Progetto " Carta e calamaio… la scrittura creativa"
- Progetto " Vacanze romane"
- Progetto Calendario 2014 : "Le avventure di Pinocchio"
- Corso EDA " Alfabetizzazione e educazione permanente degli adulti"
- Progetto " L'appetito vien cucinando" laboratorio di cucina
- Laboratorio tecniche espressive
- Laboratorio cura si sé e dell'ambiente
- Progetto " Movimento e Salute", attività di fisioterapia
- Progetto " Scegli la tua", laboratorio di cucito
- Progetto " Incorniciamo i nostri ricordi", laboratorio del riciclo
- Progetto " Cucina genio e follia" in collaborazione con l'Associazione cuochi Potentini
- Progetto " Un'estate al mare", soggiorni estivi
- Gite ed escursioni
- Progetto " La ruota dell'autonomia", attività di vita quotidiana
- Collaborazione con il volontariato "MOV "e Associazione "Gioia e Speranza"
- Progetto " A pieni polmoni", ciclo di sedute terapeutiche presso le terme di Latronico
- Progetto " A spasso con il computer"
- Attività di ippoterapia
- Progetto " Le nuove dimensioni del glicine", laboratorio di lavorazione con i ferri
- Progetto " Decoupage…in padella"
- Progetto " Filo d'oro", laboratorio di uncinetto
- Progetto " Art-Therapy"
- Progetto di canto
- Progetto gruppo di discussione con gli utenti " Parliamone"
- Progetto educazione alimentare
- Progetto " Natale tra le stelle"

- Progetto di lavorazione al telaio e di intreccio della canapa.

Attività Ambito territoriale Potenza-Val D'Agri :

CSM POTENZA

Il CSM, ubicato a Potenza è aperto dal lunedì al venerdì per 12 ore al dì ; il sabato fino alle h 14.

E' programmato , con frequenza quindicinale,un ambulatorio nel Distretto di Avigliano. In relazione all'elaborazione di un progetto regionale da parte del DSM sulla salute mentale nelle carceri , è stato attivato nel 2012 a frequenza quindicinale un ambulatorio nel Carcere minorile di Potenza con la presenza di uno psichiatra , uno psicoterapeuta e un assistente sociale .Nel carcere adulti lo psichiatra si reca per chiamata e collabora con lo specialista convenzionato che vi opera.. Gli psichiatri del DSM a Potenza sostituiscono in reperibilità nel carcere lo specialista convenzionato nei periodi di ferie.

Interventi medici totale previsti dal DM/96 : n. 7.391

Di cui

- visite psichiatriche n. 5.487
- colloqui psicologici clinici n.1.204
- colloqui psichiatrici n. 22
- psicoterapie individuali n. 231
- psicoterapie familiari n. 8
- somministrazione test n. 202
- visite domiciliari n. 83
- visite porto d'arma n. 154

Ricavi = 112.544,4 euro

Interventi Sociali n. 4.027

- programmazione e coordinamento n. 232
- colloqui sociali con utenti e famiglie n. 445
- colloqui sociali d'equipe n. 654
- attività ambulatorio c/o distretto di Avigliano n. 24
- attività ambulatorio "salute mentale donna" n. 20
- interventi domiciliari territoriali n. 67
- interventi sociali presso S.P.D.C. di potenza n. 60
- incontri comitato tecnico provinciale- legge n. 68/99 n. 4
- interventi di rete n. 115
- inserimenti di utenti presso C.P.R n.12
- interventi riabilitativi e P.T.R n. 71
- inserimenti presso centro diurno di Potenza n. 5
- relazioni sociali n. 119
- consulenze socio amministrativi n. 45
- gruppo A.M.A famiglie n. 44
- coordinamento interventi sociali presso C.R.R. Avigliano n. 80
- attività commissione per azzeramento residuo manicomiale n. 18
- riunioni organizzative di servizio n. 42
- colloqui telefonici n. 1.970

Interventi Infermieristici: non sono pervenuti i dati

E' in essere presso il CSM di Potenza un audit clinico interno con verifica della qualità della pratica corrente. E' attivo da tempo un protocollo operativo per integrazione SPDC / Psichiatria territoriale. **SPDC , ubicato nell'A.O. San Carlo :** non sono pervenuti i dati dall'A.O. San Carlo.

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

1) **Casa alloggio "Il Sollievo",** ubicata a Potenza ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24; gestita dalla Cooperativa "Don Uva "
   G.D.: n. 5.376

2) **Casa alloggio "Prometeo" ,** ubicata nel Comune di Potenza ; ospita n. 14 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Cooperativa "Prometeo" .
   G.D. : n. 5.088

3) **Casa alloggio "Benessere "** , ubicata nel Comune di Potenza ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Coop. "Benessere"
   G.D. : n. 5.466

4) **Centro Diurno "La Mongolfiera" Potenza:** accoglie n. 20 utenti
   G.D. : n. 6.080

5) **Centro Riabilitativo Residenziale** CRR di Avigliano, ospita n. 9 utenti con assistenza 24h su 24
   G.D. : n. 3.285

6) **Gruppo Appartamento** ubicato nel Comune Avigliano , ospita 12 utenti con assistenza 6h al dì
   G.D. : n. 4.070

7) **Casa famiglia " OPHELIA"** ubicata nel comune di Potenza, ospita n. 9 utenti con assistenza di 12h al dì. Attivata il 01 luglio 2013
   G.D. : n. 1.656

SPDC DI VILLA D'AGRI

Totale ricoveri ordinari n. 205

Di cui

- Ricoveri volontari n. 180
- Ricoveri in TSO n. 25 di cui n. 3 fuori Regione
- P M DRG : 0,76
- % occ. P.L. : 96,30
- Turn Over : 0,59
- D.M. : 15,39
- Spesa farmaci e presidi euro 14.975,05

Ricavi = 410.667,60 euro

Ricoveri in DH : n. 36

- % occ. P.L. : 87,69
- Turn Over : 0,89
- D.M. : 6,33
- G.D. : 228

Ricavi = 36.844,80 euro

Psichiatria territoriale Val D'Agri

(Villa D'Agri – Sant'Arcangelo – Brienza – Moliterno)

Interventi medici previsti dal DM/96 : n. 3.124

- visite psichiatriche n. 3.014
- visite psichiatriche domiciliari n.30
- psicoterapie individuali n. 0
- colloqui psicologici clinici n. 13
- colloqui psichiatrici n. 11
- visite per porto d'arma n. 56
- test psicologici n. 0

STRUTTURE RESIDENZIALI :

1) **Casa alloggio "RAP ",** ubicata a Tramutola ; ospita n. 14 utenti con assistenza 24 ore su 24; gestita dalla Cooperativa "Coop F. Di C.S."
   G.D.: n. 3.955

2) **casa alloggio "CADMA" ,** ubicata nel Comune di Villa D'Agri ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita da una Cooperativa sociale .
   G.D. : n. 4.909

Progetti riabilitativi case alloggio :

- Lettura creativa
- Attività teatrale
- Attività di ricamo
- Attività motoria
- Attività artistica e manuale
- Attività di giardinaggio
- Laboratorio di lettura
- Progetto Copes
- Attività di piscina
- Laboratorio di educazione ambientale
- Laboratorio di informatica
- Laboratorio cineforum
- Laboratorio di scrittura
- Laboratorio di cultura generale
- Laboratorio artistico - espressivo
- Laboratorio di musicoterapia
- Laboratorio di attività fisica
- Progetto cucina " Genio e follia"
- Attività gioco e tempo libero
- Attività socializzazione gruppo scout
- Gite ed escursioni

Attività Ambito territoriale Vulture-Melfese:

CSM :

Interventi medici totali n. 7.513

interventi previsti dal DM/96 : n. 4.194

Di cui

- visite psichiatriche n. 2.422
- colloqui psichiatrici n 49.
- psicoterapie individuali n. 770
- psicoterapia familiare e di gruppo n. 8
- colloqui psicologici clinici e di sostegno n. 815
- test psicologici n. 43
- training per disturbi cognitivi n. 1

2) Altri interventi medici :

- Raccordo MMG n. 680

3)Interventi sociali n. 2.639

SPDC Melfi (n. 4 pl):

Ricoveri ordinari : n. 143

Di cui :

- TSO n. 18 di cui (n. 17 intraregionali e n. 1 extraregionale)
- TSV n. 125 di cui (n. 2 extraregionali e n. 2 extra asp)
- P.M. DRG : 0,77
- D. M. : 10,38
- % occ. P.L. : 101,92
- Spesa farmaci e presidi :12.734,00 euro

Consulenze : n.25

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE :

1) **Casa alloggio "La Ginestra",** ubicata a Ripacandida; ospita n. 10 utenti con assistenza 24 ore su 24; gestita dalla Cooperativa "Auxilium "
   G.D.: n. 3.395

2) **casa alloggio "Iris" ,** ubicata nel Comune di Maschito ; ospita n. 10 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Cooperativa "Auxilium" .
   G.D. : n. 3.098

3) **Casa alloggio "Alba "** , ubicata nel Comune di Genzano di Lucania ; ospita n. 10 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Cooperativa "Auxilium"
   G.D. : n. 3.292

Progetti riabilitativi case alloggio :

- Laboratorio ludico-ricreativo"gioco a carte"
- Laboratorio di uncinetto
- Laboratorio "pasta fatta in casa"
- Laboratorio di ceramica
- Laboratorio artistico - manuale
- Laboratorio espressivo – musicale
- Laboratorio ginnastica dolce
- Laboratorio di giardinaggio
- Laboratorio scrittura creativa
- Laboratorio "Raccontare e ricordare" con commenti di film e libri
- Corso di lingua inglese

- Gite ed escursioni
  - **NUOVI PROGETTI E ATTIVITÀ:**
  - ✓ **E' stato elaborato il Progetto regionale "Prevenzione della depressione postpartum e dei disturbi psichici nelle fasi del ciclo vitale della donna "** con l'attivazione di quattro Centri di Tutela Salute Mentale Donna, situati, rispettivamente nel CSM di Potenza e di Lauria e nella psichiatria territoriale di Venosa e Chiaromonte.
  - ✓ **E' stato elaborato e sottoscritto** un Protocollo di Intesa tra DSM e UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dell'ASP di Potenza per la tutela salute mentale donna.
  - ✓ **Sono stati avviati** contatti e una collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano per l'organizzazione di una formazione multidisciplinare residenziale, destinata a psichiatri, psicologhe, assistenti sociali, educatori, ginecologi, ostetriche ed infermieri dei servizi coinvolti nel Progetto Regionale di " Prevenzione della Depressione Post- Partum e dei Disturbi Psichici nelle varie fasi del ciclo vitale della donna".
  - ✓ **Il DSM ha aderito** alla giornata mondiale S.M.D. del 10.10.2013, promossa da O.N.Da , con l'allestimento di punti informativi nell'ospedale di Venosa, Chiaromonte, Lauria, Villa D'agri e nel Poliambulatorio Madre Teresa di' Calcutta di Potenza.
  - ✓ **Sono in fase attuativa i due progetti regionali :**
    - Progetto" Salute mentale dei detenuti nelle Carceri".
    - Progetto "Salute mentale dei minori nel carcere minorile .
  - ✓ **E' stato elaborato e siglato** il Protocollo di Intesa sulla Salute Mentale dei minori nei servizi area penale interna del Centro Giustizia Minorile di Calabria e Basilicata.
  - ✓ **E' stato presentato ed approvato** dall' Amministrazione Comunale di Lauria il progetto : "Recupero zone degradate dei centri urbani con la creazione di maioliche raffiguranti il patrimonio culturale, storico e religioso", che vede coinvolti alcuni utenti psichiatrici con le abilità richieste dal progetto stesso .
  - ✓ **E' stata promossa** dal DSM la costituzione di una Coop di tipo B nel territorio del Lagonegrese, composta da utenti psichiatrici e giovani donne inoccupate, con l'obiettivo di inserirsi nell'economia locale ed operare nel settore del turismo, agricoltura sociale, etc..
  - ✓ **Il DSM ha allestito** nel periodo estivo e nel periodo natalizio nel Comune di Lauria una mostra pittorica degli elaborati, degli utenti psichiatrici, prodotti nel laboratorio del CSM di Lauria
  - ✓ **Il DSM ha allestito** a Venosa una mostra di mobili restaurati e di oggetti prodotti attraverso il laboratorio del riciclo, realizzati da utenti psichiatrici sotto la guida di un architetto volontario
  - ✓ **Gli utenti psichiatrici** del CSM di Lauria e del CSM di Potenza hanno partecipato alla mostra dei presepi aggiudicandosi nel Comune di Senise il 1° premio e nel Comune di Potenza il 2° premio
  - **OPG :**
  - ✓ **E'stata elaborata per il Dipartimento Salute** una relazione sul programma per il superamento O.P.G. e per l'attivazione di una struttura alternativa (REMS) dotata di n. 5 pl , ubicata nel Comune di Montemilone. (DGR N. 1398 del 29 ottobre 2013)
  - ✓ Sono stati effettuati interventi e valutazioni negli OPG di Aversa, Napoli e Barcellona Pozzo di Gotto degli utenti psichiatrici internati per l'elaborazione di progetti riabilitativi e le dimissioni degli stessi.
  - ✓ La sottoscritta è referente regionale del gruppo tecnico interregionale salute mentale .
  - ✓ La sottoscritta è referente regionale del Macrobacino per il superamento dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto.
  - ✓ La sottoscritta è componente del gruppo tecnico regionale "Sanità Penitenziaria"
  - **ORGANIZZAZIONI E PARTECIPAZIONI DEL DSM IN QUALITÀ DI RELATORE AI CONGRESSI:**
  - ✓ **Relatore** al convegno "*Psichiatria di Comunità : le reti di cura nella Salute Mentale"* presso il Comune di Bella in data 12 luglio 2013

- ✓ **Relatore** all'incontro formativo con alunni,docenti e operatori c/o la casa alloggio Vallina in relazione al Progetto "Alternanza Scuola-Lavoro" promosso dalla Provincia di Potenza, Apof-Il e Liceo pedagogico "Sinisgalli" di Senise , in data 26/7/2013.
- ✓ **Relatore** alla tavola rotonda sulla presentazione del libro **"Mafia da legare"** di C. De Rosa e L. Galesi, promossa dal Comune di Brienza e dall'Associazione "Libera" , in data 23/11/2013.
- o **RICERCA:**
- ✓ **Studio ETAS** –Epidemiologia e Trattamento appropriato della Schizofrenia che coinvolge il CSM di Lauria,promosso dal Centro Studi di Torino.
- ✓ **Studio HOSPIPalm osservazionale** sull'uso ospedaliero di **paliperidone** intramuscolare che coinvolge il SPDC di Potenza.

E' stato elaborato il progetto regionale "**Prevenzione della depressione post-partum e dei disturbi psichici nelle fasi del ciclo vitale della donna** ". Sono stati attivati n. 4 Centri tutela salute mentale donna nel CSM di Lauria, nel CSM di Potenza, nella psichiatria territoriale di Venosa e Chiaromonte.E' stato siglato un protocollo con le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di Lagonegro,Melfi e Villa d'Agri.

Tutela salute mentale nelle carceri
Sono state accolte tutte le richieste(100 %) di presa in carico dei detenuti ,affetti da disturbi psichiatrici , pervenute .Nel carcere minorile è stato attivato un ambulatorio psichiatrico a frequenza settimanale in cui è garantita la presenza di uno psichiatra e di uno psicoterapeuta.

E' stato siglato un protocollo di intesa tra il DSM ASP e i servizi minorili dell'area penale interna del CGM

OPG
Sono stati elaborati n. 2 progetti per la dimissione di n. 2 pazienti internati nell'OPG di Napoli e Barcellona Pozzo di Gotto (G.D. ,D. M.)

Azioni finalizzate alla valutazione e all'azzeramento Residuo manicomiale:
Sono stati coordinati n. 2 incontri con la Commissione e n. 2 incontri con il gruppo operativo responsabile delle valutazioni, alla presenza degli operatori del Don Uva. La fase di valutazione è conclusa e sta per concludersi quella relativa alle dimissioni, con suddivisione delle competenze inerenti il DSM e il Distretto. Sono state elaborate n. 2 relazioni al Direttore Generale ed Assessore Salute. **TSO** E' stato effettuato monitoraggio sui TSO e sulla corretta applicazione delle raccomandazioni in tema di TSO /ASO .E' stata inviata nota al Responsabile CSM Pz per azioni correttive anche se si evidenzia una carenza di personale infermieristico che non consente di effettuare visite domiciliari a pazienti psicotici gravi non collaboranti , segnalata anche alla Direzione Strategica. Sono stati elaborati e rivisitati i protocolli operativi tra CSM e SPDC dell'ambito Vulture Melfese e Potenza-Val D'Agri.

SPDC Melfi : Riduzione ricoveri medici brevi (o-2 g) : la percentuale deve essere < 6%Obiettivo raggiunto. Su n. 125 ricoveri volontari n. 6 risultano essere brevi per cui la percentuale è di 4,8 ,inferiore al 6% richiesto.
CSM Lauria : Percentuale dei ricoveri medici con finalità diagnostica .La percentuale deve essere < 10% rispetto al totale del n. DH
Obiettivo pienamente raggiunto . Non vi è alcun ricovero con finalità diagnostiche. **SPDC Melfi .Appropriatezza clinica .Complessità ricoveri ordinari: PM DRG ricoveri ordinari > = 0,76** Obiettivo pienamente raggiunto .Il P.M. DRG dei ricoveri effettuati è di 0,77

SPDC Melfi :ottimizzazione dei pl > = 90 % Obiettivo pienamente raggiunto .La percentuale di occupazione pl è di 101,92

CSM Lauria : % ricoveri medici con finalità diagnostiche < 10 % rispetto al totale del n. ricoveri

Obiettivo pienamente raggiunto .Non vi sono ricoveri medici con finalità diagnostiche.

I CONSULTORI DELL'ASP

L' ASP di Potenza in tema maternità e paternità consapevole, coniugalità e genitorialità delega i Consultori Familiari Territoriali e il Consultorio IVG alla promozione e tutela del benessere della donna , dell'uomo e della la famiglia , attraverso i servizi e prestazioni offerte dai all'interno di percorsi specifici.

I Consultori Familiari , come da indirizzo della DGR n. 214 del 9.2.2010: "Linee guida regionali per consultori familiari" e DGR 172 del 19/02/07 "Atto di indirizzo regionale per l'attuazione della legge 194/78 nei Consultori Familiari del Territorio regionale" esplicano attività di primo e secondo livello ed entrano in sinergie con il terzo livello. Essi individuano situazioni di difficoltà, offrono un primo accoglimento della domanda di aiuto; trattamenti di breve durata su situazioni emergenti; counselling; diagnosi e cura di prima istanza a carattere psico-sociale e sanitario , inoltre garantiscono una qualificata azione educativa in tema di prevenzione e tutela della salute, con interventi di pubblica comunicazione sul territorio e nelle scuole.

I consultori organizzano la loro attività come da indirizzo delle Linee Guida Aziendali, individuate nel rispetto delle indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile che ha messo in evidenza gli obiettivi prioritari, azioni, indicatori di esito e di processo, requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'espletamento delle attività . Essi lavorano in sinergia con i DD.SS.BB in rete con i servizi territoriali ed ospedalieri nonché con le istituzioni presenti sul territorio.

Punti di forza dei consultori della rete aziendale è la progettazione integrata che vede gli operatori, servizi e le agenzie territoriali che a qualsiasi titolo si occupano di salute, discutere e programmare attività che soddisfano la domanda degli utenti. Gli operatori, attivatori sociali, mettono in essere un processo che vede gli utenti protagonisti di un servizio a tutela del proprio benessere ed in sinergia con le altre professionalità capitalizzano il loro lavoro per il conseguimento degli obiettivi di salute . Rispettando la programmazione generale e le linee guida aziendali, ogni anno definiscono obiettivi, individuano target, percorsi di salute prioritari, modalità operative.

Nel 2013 oltre alle attività di routine sono stati privilegiati i progetti come i corsi di accompagnamento alla nascita con l'implementazione di un percorso di ginnastica perinatale in acqua, (primo progetto pilota in Basilicata) ; le visite puerperali a domicilio, attesi dalle mamme con grande interesse; il progetto menopausa con un percorso psico socio-sanitario e i corsi di ginnastica dolce, sempre molto frequentati ; i laboratori informativi-creativi rivolti agli anziani e ai minori; centri estivi per l'infanzia; i progetti di educazione all'affettività e alla sessualità nelle scuole di ogni ordine e grado; la promozione dell'allattamento al seno; il Consultorio I.V.G. con una èquipe psico-sociale dedicata e un ginecologo non obiettore di coscienza. Inoltre la rete dei consultori ha dedicato molta attenzione alla publicizzazione delle sue attività, pubblicando articoli che riguardano le attività svolte dando la voce agli operatorti e agli utenti. Non di meno è lo spessore dedicato alla elaborazione di materiali informativi (cartacei e video) che gli operatori utilizzano nell'espletamento delle attività. All'attività consultoriale è stata aggiunta da Ottobre l'integrazione scolastica L. 104 del 92 Dg.n.744 del 23/10/2012.

L' apprezzabile lavoro e l'impegno continuo e proficuo degli operatori, coadiuvato dal sostegno degli utenti e delle associazioni che seguono con interesse le attività offerte, la continua e pressante richiesta delle scuole che vede alunni, genitori ed insegnanti volenterosi a partecipare alle azioni educative, le collaborazioni con l'Istituto superiore di Sanità e non di meno l' attività di pubblicizzazione dei prodotti offerti e la promozione dell'immagine consultoriale hanno fatto

riscontrare il parere favorevole degli utenti delle amministrazioni comunali ed una lodevole risonanza sia interna che esterna

Principi:

Tutte le attività vengono implementate su principi innovativi ispirati sui seguenti valori:

Riduzione delle disuguaglianze;

Trasparenza, efficacia ed appropriatezza;

Sicurezza;

Efficienza;

Efficacia

Reciprocità – ascolto - aiuto - e consenso della persona ;

elementi, questi, essenziali che accompagnano il nostro modo di programmare al fine di tutelare la salute della donna in tutte le fasi della vita , costruire una rete di integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento dei servizi territoriali ed offrire servizi ed interventi qualificati.

OBIETTIVO:

Tutela del benessere della donna e della famiglia lungo tutto il suo ciclo vitale, con servizi e prestazioni all'interno di percorsi specifici, riguardanti la maternità e paternità consapevole, la coniugalità e genitorialità.

TARGET: DONNE- BAMBINI- ADOLESCENTI- FAMIGLIE.

PERCORSI INDIVIDUATI

I consultori seguono una programmazione generale che si esplicata tramite i percorsi di salute individuati nelle linne guida e i progetti prioritari annuali. Per ogni percorso e progetti sono stati individuati: Target, Obiettivi, Azioni, Tempi, Risorse Interne ed Esterne, modalità operative. indicatori

Progetti implementati

- Percorso nascita
- Percorso Infanzia
- Percorso adolescenti
- Percorso salute della donna della coppia e della famiglia
- Percorso Età Post-Fertile
- Consultorio I.V.G.
- Spazio di mediazione familiare
- Spazio di psicoterapia

- Spazio antiviolenza
- Spazio sostegno extracomunitarie
- Attività di educazione alla salute – corsi – eventi - scuolePercorso Nascita

PROGETTI PRIORITARI REGIONALI E NAZIONALI:

Progetto finalizzato al potenziamento delle attività consultoriali: Sostegno alla Coniugalità e Genitorialità(DGR N. 2083/2006);

Consultorio I.V.G.- D.G.R. n.172 del 19/2/2007. gruppo di lavoro interaziendale regionale per l'attuazione della legge 194/1978;

Progetto "Il Percorso Nascita :sperimentazione di modelli operativi - Ministero della Salute – RegioneBasilicata

PRESTAZIONI CHE I CONSULTORI HANNO FORNITO E CONSULENZE:

- consulenza sociale per problematiche individuali di coppia e famiglia
- consulenza psicologica per problematiche individuali di coppia e famiglia
- Consulenza psicologica e sociale puerpera e neonato
- Visite puerperali a domicilio
- Incentivazione allattamento al seno
- consulenza psicologica e sociale per tutela minori
- Sostegno alle famiglie con bambini problematici
- Consulenza psicologica e sociale per adolescenti
- indagini psico sociali per matrimonio minori
- consulenze per Maltrattamento ed Abuso sessuale minori
- interventi in favore di donne violentate
- consulenza telefonica adolescenziale
- consulenza psico-sociale individuale nelle scuole
- Consulenza e sostegno alla donna in pre e post menopausa
- Visite ostetriche e ginecologiche
- Controlli di gravidanza
- Contraccezione
- Contraccezione adolescenti
- Interruzione Volontaria di Gravidanza applicazione legge 194/78
- IVG minori

- visite per prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'utero
- Pap-test
- visite senologiche
- visite per infertilita
- consulenze sessuologiche
- Valutazione medico-specialistica in menopausa
- Visite pediatriche
- segretariato sociale:
- accoglienza
- sportello informativo consultoriale e distrettuale
- numero verde
- sportello URP

CORSI :

- Corsi di accompagnamento alla nascita;
- Corsi Ginnastica pre e post gravidanza
- Corsi di ginnastica in acqua in gravidanza;
- Baby-party
- Corsi di informazione pre-concezionale ;
- Corsi di preparazione al matrimonio;
- Gruppi di preparazione alla genitorialita;
- Informazione ed educazione sanitaria a gruppi di genitori di bambini minori di 1 anno Corsi per genitori con bambini in età scolastica;
- Gruppi sulle tematiche adolescenziali
- Prevenzione ed informazione di gruppo sui disturbi legati alla menopausa ;
- Ginnastica menopausale;
- Altro a richiesta dei gruppi

•DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' CONSULTORIALI DELL'AMBITO DI POTENZA

Descrizione delle attività anno 2013	N. prestazioni ambito di Potenza
Test di gravidanza	181
Corsi Accompagnamento alla Nascita	19

Numero incontri	150
Incontri sulle dipendenze (con SeRT)	2
Incontri sull'importanza dell'allattamento al seno per la prevenzione dell'obesità infantile (con SIAN) Donne che hanno partecipato ai Corsi	1
Controllo gravidanza	375
Corsi allattamento al seno	20
Bilanci di salute bambini 0-1 anno	297
Consulenze allattamento al seno	175
Consulenze svezzamento	129
Casi trattati per depressione post-partum	12
Toutoring donne immigrate	35
Pap-test	664
Visite ginecologiche	2248
Visite senologiche	81
Consulenze per la menopausa/bilanci di salute	539
Consulenza contraccettiva	698
Prescrizione contraccezione (ormonale e altre)	264
Prescrizione contraccezione di emergenza	97
Partecipazione progetti prevenzione sul territorio	5
Incontri Prevenzione abusi e maltrattamenti sul territorio (scuole)	30
Consulenza/Sostegno abuso e maltrattamento	43
Corsi informativi sulla menopausa	7
Tutoring donne immigrate	28
BILANCI DELLA SALUTE	
in età pediatrica	537
in età adolescenziale	84
Visite pediatriche	1112
Consulenze psicologiche per minori in difficoltà/genitori	125
Consulenze/risposte on-line	150
Consulenze contraccezione	115
Prescrizione contraccezione emergenza (C-E)	17
Centri di Ascolto consultoriali	6
Trattamento abuso e maltrattamento	27
Tutoring per IVG	5
Toutoring gravidanze minori	4

Centri/sportelli di Ascolto nelle scuole	14
Numero di incontri centri di ascolto	38
Classi interessate	122
Numero incontri	229
Studenti interessati	2510
Incontri con docenti	5
Incontri con genitori	6
Consulenza contraccettiva	698
Prescrizione contraccettiva	265
Consulenza per IVG	92
Consulenza post IVG	29
Contraccezione di emergenza	97
Incontri informativi a gruppi utenti donne adulte in consultorio	19
Incontri informativi a minori nelle scuole	159
Incontri sulla genitorialità	22
Incontri con genitori adottivi (Associazione "GSV")	6
Genitori che hanno partecipato agli incontri	281
Consulenze per problemi sociali	268
CONSULENZE SINGOLO/FAMIGLIA	
Minori	58
Famiglia	68
(su invio dei Servizi Socio-Assistenziali comunali e Tribunale Minori)	
Trattamento clinico psicologico	135
Percorso sostegno psicologico genitorialità	68
Mediazione familiare	18
Sostegno famiglie immigrate	n° 1
Counselling e colloqui psicologici su problemi psicologici e relazionali	2500
Indagini psicodiagnostiche	441
Sostegno psicologico	520
Psicoterapia breve	30
Counselling e Colloqui sociali su problemi sociali e legali	2200
Visite domiciliari	12

Attività di segreteria (registrazioni cartelle, compilazione report attività, registrazione dati)	4390
Partecipazione a UOZ	8
Attività psicosociale per Tribunale e Servizi Socio Assistenziali Comunali	20
Problematiche abuso e maltrattamento	43
PERCORSO NASCITA	
Test di gravidanza	35
Corsi Accompagnamento alla Nascita	11
Numero incontri	88
Donne che hanno partecipato ai Corsi	90
Controllo gravidanza	579
Corsi allattamento al seno	11
Bilanci di salute bambini 0-1 anno	336
Consulenze allattamento al seno	133
Consulenze svezzamento	252
SALUTE DELLA DONNA IN TUTTE LE FASI DELLA VITA	
Pap-test	662
Visite ginecologiche	740
Visite senologiche	68
Consulenze per la menopausa/bilanci di salute	199
Corsi informativi sulla menopausa	1
Consulenza contraccettiva	226
Prescrizione contraccettiva (ormonale e altre)	150
Consulenza/Trattamento abuso e maltrattamento	17
BAMBINI/ADOLESCENTI	
Bilanci di salute in età pediatrica e adolescenziale	309
Visite pediatriche	811
Consulenze psicologiche per minori in difficoltà/genitori	120
Consulenza contraccettiva	3
Prescrizione contraccettiva (C-E)	3
PROGETTO "Ben…Essere degli studenti"	
Centri di Ascolto nelle scuole	2
Incontri	36

Incontri educazione sanitaria nelle scuole	23
IVG	
Consulenza contraccettiva	226
Prescrizione contraccettiva	150
Consulenza per IVG	25
Consulenza post IVG	8
Contraccezione di emergenza	32
Incontri informativi a gruppi utenti donne adulte in consultorio	11
SOSTEGNO DELLA COPPIA, DELLA FAMIGLIA E DELLA CONIUGALITA'	
Incontri sulla genitorialità	11
Genitori che hanno partecipato agli incontri	110
Consulenza per problemi sociali	115
Trattamento clinico/psicologico	40
Consulenza singolo/famiglia	20
Counselling e colloqui psicologici su problemi psicologici e relazionali	374
Indagini psicodiagnostiche	54
Sostegno psicologico	503
Counselling e colloqui sociali su problemi sociali e legali	1500
Visite domiciliari	68
Problematiche abuso e maltrattamento	17

ATTIVITA'CONSULTORIALI DELL'AMBITO DI VENOSA

ATTIVITA' DI EDUCZIONE ALLA SALUTE

	MELFI	**RAPONE**	**RIONERO**	**VENOSA**	**LAVELLO**	**TOT**
CORSI Incontri						
I° TRIM	12	32	49	71	5	**169**
II°	15	20	84	73	11	**203**
III°	10	39	55	60	17	**181**
IV°	12	0	47	13	74	**146**
TOT	**49**	**91**	**235**	**217**	**107**	**699**
EVENTI incontri						
I° TRIM	0	0	2	1	3	**6**
II°	0	1	2	1	1	**5**
III°	0	1	2	0	0	**3**

IV°	4	3	3	5	5	**20**
TOT	**4**	**5**	**9**	**7**	**9**	**34**
SCUOLE incontri						
I° TRIM	12	16	16	12	8	**64**
II°	10	10	25	3	5	**53**
III°	3	3	17	0	0	**23**
IV°	13	12	8	0	22	**55**
TOT	**38**	**41**	**66**	**15**	**35**	**195**

CONSULENZE PER SERVIZIO

SERVIZIO SOCIALE	**MELFI**	**RAPONE**	**RIONERO**	**VENOSA**	**LAVELLO**	**TOT**
TOTALE	1122	726	1296	serv. Sosp.	621	3765
SERVIZIO PSICOLOGICO						
TOTALE	serv. Sosp.	serv. Sosp.	314	495	313	1122
SERVIZIO OSTETRICO						
TOTALE	562	serv. Sosp.	1020	1165	806	3553
SERVIZIO GINECOLOGICO						
TOTALE	398	154	598	254	419	1823
SERVIZIO PEDIATRICO						
TOTALE	19	362	730	410	368	1889

SEVIZIO PEDIATRICO

	UTENTI DIVISI PER CLASSE DI 'ETA'					
	MELFI	RAPONE	RIONERO	VENOSA	LAVELLO	totale
0- 3 anni	11	229	489	318	316	1363
4-12	8	122	128	52	30	340
oltre 12		7	6	40	0	53
TOTALE	19	358	623	410	346	1756
	CONSULENZE					
	MELFI	RAPONE	RIONERO	VENOSA	LAVELLO	totale
BILANCI DI SALUTE	19	362	583	410	368	1742
ECOGRAFIE DELLE ANCHE		0	147			147

TOTALE	19	362	730	410	368	1889
CONSULENZE DIVISE PER CLASSE D'ETA'						
CONSULENZE 0- 3 anni	11	233	489	318	316	1367
CONSULENZE 4-12	8	122	128	92	30	380
Consulenze oltre 12	0	7	0	0	0	7
TOTALE	19	362	617	410	346	1754

ATTIVITA' DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

SERVIZIO	MELFI	RAPONE	RIONERO	VENOSA	LAVELLO	totale
INCONTRI	4	9	13	19	14	59

SERVIZIO GINECOLOGICO

SERVIZIO	**UTENTI**					
	MELFI	RAPONE	RIONERO	VENOSA	LAVELLO	TOTALE
GINECOLOGO	164	71	690	219	334	1478
OSTETRICO	483	serv.non att.	1264	800	432	2979
TOTALE	**647**	**71**	**1954**	**1019**	**766**	**4457**

SERVIZIO	**CONSULENZE**					
	MELFI	RAPONE	RIONERO	VENOSA	LAVELLO	TOTALE
GINECOLOGO	398	154	598	254	419	1823
OSTETRICO	562	0	1026	1165	806	3559
TOTALE	**960**	**154**	**1624**	**1419**	**1225**	**5382**
	INCONTRI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE					
	MELFI	RAPONE	RIONERO	VENOSA	LAVELLO	TOTALE
GINECOLOGO	6	0	6	0	10	22
OSTETRICO	51	0	119	221	60	451
TOTALE	**57**	**0**	**125**	**221**	**70**	**473**

SEVIZIO PSICOLOGICO

Consultori	Percorso nascita	Percorsi infanzia	Percorso adolescenza	Percorso donna	Percorso menopausa	Psicoterapia	Mediazione familiare	IVG adulti	IVG minori	altro	Totale
MELFI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAPONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIONERO	32	61	28	20	0	168	0	5	0	0	314
VENOSA	45	81	71	190	9	98	0	1	0	0	495
LAVELLO	3	26	67	91	10	84	30	0	2	0	313
TOTALE	80	168	166	301	19	350	30	6	2	0	1122

SERVIZIO SOCIALE

SERVIZIO	UTENTI E CONSULENZE					
	MELFI	RAPONE	RIONERO	VENOSA	LAVELLO	TOT.
UTENTI	371	402	794	sospeso	350	1917
CONSULENZE	1122	726	1296	sospeso	621	3765

CONSULENZE	Sportello Informativo Accogliena Utenti	PERCORSO NASCITA	PERC. INFANZIA	PER. ADOLESCENTI	PERC. DONNA-FAM.	PER. MENOPAUSA	REL. T.M.TUT. MINORI	RELAZ. T.M. MATR. MINORI	IVG ADULTI	COLLOQUI IVG MINORI	INT.SCOL.L.104	ALTRO	TOTALE
MELFI	529	27	67	93	106	177	0	0	7	0	116	0	1122
RAPONE	470	20	50	36	60	20	0	0	0	0	19	51	726
RIONERO	106	320	124	165	262	135	0	0	31	0	52	101	1296
VENOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LAVELLO	350	3	4	10	30	172	0	10	0	0	10	32	621
TOTALE	1455	370	245	304	458	504	0	10	38	0	197	184	3765

	EDUCAZIONE ALLA SALUTE					
	MELFI	RAPONE	RIONERO	VENOSA	LAVELLO	TOT.
N. INCONTRI	41	128	161	0	13	343

ATTIVITA' DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

CORSI

N. INCONTRI TRIMESTRALI	TOTALE
ACCOMP. ALLA NASCITA	272
GINNASTICA PRE-POST PARTO -MASSAGGIO NEONATALE	75
PROM. ALLATTANENTO AL SENO	21
DANZA ORIENTALE IN GRAV. MASSAGGIO IN TRAV.	9
PREP. ALLA GENITORIALITA'	42
SPAZIO MAMMA/PAPA'	3
SPAZIO ADOLESCENTI/ Lab.	66
GINNASTICA MENOPAUSALE	144
PREP. ALLA MENOPAUSA	36
SPAZIO ANZIANI	17
ANIMAZIONE ESTIVA MIMORI	14
TOT.	699

ATTIVITA' CONSULTORIALI DELL'AMBITO DI LAGONEGRO

Descrizione attività anno 2013	N.Prestazioni ambito di Lagonegro
Consulenza ginecologica pre-concezionale	9
Corsi di Accompagnamento alla Nascita	7
Incontri Individuali	43
Numero donne partecipanti	75
Controlli gravidanza	451
Tutoring a donne in situazioni di disagio e/o a rischio	8
Numero incontri sulle scelte contraccettive	43
Numero incontri promozione allattamento al seno	36
Numero di incontri sull'alimentazione e stili di vita	36
Controlli in puerperio	22
Visite pediatriche 0-3 anni	1372
Bilanci di salute	950
Consulenze allattamento seno	380
Consulenze svezzamento	743
Orientamento alla genitorialità	165
Consulenze psicologiche prematrimoniali	29
Consulenze psicologiche alla gravidanza	26
Consulenze sostegno alla genitorialità	85
depressione in gravidanza /post-parto	94

Salute della donna in tutte le fasi della vita	
Pap-test	1645
Prelievi DNAPAP	1372
Consulenza HPV >35 aa	1324
Consulenza HPV adolescenti	33
Consulenza ginecologica	1342
Consulenza infertilità/sterilità	30
Consulenza prevenzione oncologica	411
Consulenza senologica	106
Consulenza /bilanci di salute/menopausa	921
Consulenza psicologica menopausa	169
Consulenze per scelte contraccettive	287
Prescrizione contraccettiva ormonale/altro	191/96
Consulenza MST	249
Consulenza uro-ginecologica	142
Eco-office	106
Incontri sulle scelte contraccettive	43
Incontri nelle scuole di Educazione affettivo-relazionale e alla sessualità	37
Incontri informativi nelle scuole sulla contraccezione	15
Incontri informazione/prevenzione MST-HPV nelle scuole	19
Consulenze individuali rivolte a corretti stili di vita	921
Incontri sull'alimentazione e stili di vita	43
Percorso Infanzia -Adolescenza	
Pediatra	
Visite 4 -12 anni	1762
Bilanci di salute	1524
Visite adolescentologo	384
Ginecologo	
Incontri informativi nelle scuole su Prevenzione MST-HPV	19
Contraccezione	15
Totale Alunni	**1001**
Consulenze/scelte contraccettive in consultorio	48
Prescrizione contraccettiva ormonale/altri in consultorio	29/19

Consulenze ginecologiche/prevenzione MST-HPV in consultorio	62
Psicologo	
Incontri nelle scuole di Educazione affettivo - relazionale	37
Classi	21
Alunni	987
Insegnanti	31
Genitori	94
Consulenze per minori in consultorio Età evolutiva	198
Disagio adolescenziale	441
Integrazione scolastica alunni diversamente abili	1176
Assistente sociale	
Incontri nelle scuole di inform. sessuale e socio-affettiva-relazionale	31
Counselling adolescenti	192
Consulenza disagio adolescenti in consultorio	33
Attività informativo/educativa nelle scuole	
Studenti coinvolti	2227
Classi	60
Totale di incontri	69
Icontri referenti scolastici	34
Spazio ascolto psicologico c/o le scuole:	
n. colloqui alunni	81
n.colloqui insegnanti	47
n. colloqui genitori	19
n. colloqui alunni/insegnanti/genitori	9
totale incontri/colloqui	235
Self-Help c/o Scuole	
Incontri di Self help	11
Colloqui individuali di self help	175
Lavori di gruppi	4
Percorso prevenzione IVG	
Consulenza scelta contraccettiva in consultorio	226
Prescrizione contraccezione ormonale/altro in consultorio	153/73
Legge 194/78IVG	
Consulenze per IVG ginecologica	19

sociale	19
psicologica	27
consulenze per IVG minori ginecologica	2
sociale	1
psicologica	0
Counselling depressione post/IVG	82
Certificazioni per IVG	18
Certificazioni per IVG minori	1
Attività di educazione alla salute in consultorio (n.incontri)	35
Attività di educazione alla salute a minori nelle scuole (n.incontri)	15
Sostegno della coppia e della famiglia	
Attività Spazio Famiglia	
Sportello per la Famiglia	340
Primo ascolto ed accoglienza	340
	330
Incontri genitori figli	240
Consulenze psicologiche	114
Counselling Affidi/Adozioni	22
Intervento di orientamento,consulenza e sostegno sulle problematiche legate alla coppia, alla separazione, alla gestione dei figli (Counseling, Mediazione Familiare)	270
A casa con sostegno alla Famiglia del bambino con bisogni	81
Speciali	
Consulenze sociali a sostegno alla genitorialità	135
Consulenze psicologiche a sostegno della genitorialità	145
Consulenze pediatriche a sostegno della genitorialità	165
Incontri genitori figli	27
Percorsi integrati	27
UU.OO.ZZ.	21
Presa in carico di nuove famiglie	15
Presa in carico di famiglie con bambini bisogni speciali	16
Sostegno alla genitorialità nel percorso adottivo	1
Qualificazione dell' assistenza alle donne e ai minori immigrati	
Consulenze/controlli ginecologici	125
Visite pediatriche/bilanci di salute	125
Consulenze sociali	115

Consulenze psicologiche	7
Presa in carico	6

REPORT VERIFICA FINALE 2013 SUL GRADO DI CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI FISSATI CON DGR N.298/2012 E CONFERMATI CON DGR N.327/2013

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
Pre-requisito di valutazione 1	**Equilibrio economico-finanziario:** Riduzione dei costi di produzione: - 1% su CE due anni precedenti (2011)						**-1,60%**		**-0,81%**	NO						SI	
Pre-requisito di valutazione 2	**Rete Regionale degli Acquisti:** Realizzazione/indizione gare in URA assegnate all'ASP						su **5** procedimenti di gara assegnati all'ASP **2** sono stati indetti/completati nei termini previsti		n.3 proc. conclusi su n.6 proc. assegnati per il biennio 2012-2013 - cfr. relazione sullo stato di avanzamento	NO						SI	
1	**TUTELA DELLA SALUTE**			**20**													
1.1	**Prevenzione primaria**			5													
1.1.1	**Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)**		1,50	30%		96,25	99,60%		**99,40%**	inferiore a	80	da	80	a	90	maggiore di	90

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
1.1.2	Copertura per vaccino MPR		1,50	30%	88,42%	91,77	92,00%	92,25%	**91,00%**	inferiore a	80	da	80	a	90	maggiore di	90
1.1.3	Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni	*	2,00	40%	59,99%	61,81%	54,00%	54,17%	**60,04%**	inferiore a	65	da	65	a	75	maggiore di	75
1.2	Prevenzione secondaria			5													
1.2.1	Estensione grezza dello screening mammografico		1,00	20%	97%	94,22	99,90%		**94,25%**	inferiore a	80	da	80	a	95	maggiore di	95
1.2.2	Adesione grezza dello screening mammografico		1,50	30%	48%	53,79	56,40%		**52,34%**	inferiore a	40	da	40	a	80	maggiore di	80
1.2.3	Estensione grezza dello screening cervice uterina	*	1,00	20%	96,05%	93,31	88,46%		**90,90%**	inferiore a	80	da	80	a	95	maggiore di	95
1.2.4	Adesione grezza dello screening cervice uterina		1,50	30%	42%	34,13	29,00%		**25,48%**	inferiore a	30	da	30	a	60	maggiore di	60
1.3	Sicurezza negli ambienti di lavoro			5													

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
1.3.1	**Percentuale di imprese attive sul territorio controllate**		5,00	100%			7,78%		**7,81%**	inferiore a	5	da	5	a	10	maggiore di	10
1.4	**Sanità veterinaria**			5													
1.4.1	**Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina,bufalina**		1,25	25%		ND	99,90%		**99,95%**	inferiore a	95	da	95	a	99	maggiore di	99
1.4.2	**Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina**		1,25	25%		ND	99,80%		**99,58%**	inferiore a	95	da	95	a	99	maggiore di	99
1.4.3	**Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina**		1,25	25%		ND	4,94%		**5,37%**	inferiore a	3	da	3	a	5	maggiore di	5
1.4.4	**Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale**		1,25	25%		ND	100,00%		**100,00%**	inferiore a	90	da	90	a	99	maggiore di	99
2	**PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI**			**40**													
2.1	**Appropriatezza organizzativa**			10													

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
2.1.1	**Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**		1,50	15%	112,21	111,04	99,73		**97,65**	maggiore di	120	da	105	a	120	inferiore a	105
2.1.2	**Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari**	*	2,00	20%	41,52%	40,26	30,96%		**21,31%**	maggiore di	30	da	20	a	30	inferiore a	20
2.1.3	**Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici**		1,50	15%	73,16%	72,08	65,47%		**67,59%**	inferiore a	50	da	50	a	65	maggiore di	65
2.1.4	**Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica**	*	2,00	20%	61,49%	65,18	56,45%		**35,03%**	maggiore di	30	da	10	a	30	inferiore a	10
2.1.5	**Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi**		1,50	15%	16,12%	14,61	8,95%		**7,59%**	maggiore di	28	da	12	a	28	inferiore a	12
2.1.6	**Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico**	*	1,50	15%	1,40	1,50	1,37		**0,99**	maggiore di	1,45	da	1	a	1,5	inferiore a	1
2.1.7	**Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni**						6,38%		**6,42%**	maggiore di	7					inferiore a	7

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
2.2	**Appropriatezza clinica**			10													
2.2.1	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	*	5,00	50%	28,82	29,66	42,30%		**61,34%**	inferiore a	40	da	40	a	60	maggiore di	60
2.2.2	Percentuale di parti con taglio cesareo primario	*	5,00	50%	ND	27,65%	28,44%		**22,96%**	maggiore di	35	da	25	a	35	inferiore a	25
2.2.3	**Ridurre la mortalità ospedaliera per infarto**						5,88%		**22,73%**	maggiore di	10					inferiore a	10
2.3	**Efficacia assistenziale territoriale**			20													
2.3.1	**Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni (x 100.000)**		3,00	15%	470,31	383,51	302,32		**334,18**	maggiore di	350	da	200	a	350	inferiore a	200
2.3.2	**Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni (x 100.000)**		3,00	15%	92,14	56,17	29,45		**29,13**	maggiore di	42	da	21	a	42	inferiore a	21

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
2.3.3	**Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni (x 100.000)**		2,00	10%	69,01	63,21	38,25		**36,83**	maggiore di	125	da	50	a	125	inferiore a	50
2.3.4	**Percentuale di over 64 anni trattati in ADI**		3,00	15%		6,18%	8,21%		**7,66%**	inferiore a	3,5	da	3,5	a	5,5	maggiore di	5,5
2.3.5	**Consumo di inibitori di pompa protonica UP/Paz./anno**		2,00	10%	27,90%	30,27%	30,48%		**29,55%**	maggiore di	27	da	21	a	27	inferiore a	21
2.3.6	**Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine**		2,00	10%	21,55%	17,72%	13,14%		**13,44%**	maggiore di	15	da	8	a	15	inferiore a	8
2.3.7	**Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina**		2,00	10%	41,49%	42,34	43,88%		**43,66%**	maggiore di	35	da	30	a	35	inferiore a	30
2.3.8	**Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi**		1,00	5%	34,88%	30,84%	24,96%		**25,74%**	maggiore di	31	da	27	a	31	inferiore a	27

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
2.3.9	Consumo di farmaci antibiotici (DDD/die x 1000 ab.)		2,00	10%	26,81%	26,21%	23,77%		**25,60%**	maggiore di	24	da	20	a	24	inferiore a	20
3	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA			10													
3.1	Efficienza prescrittiva farmaceutica			5													
3.1.1	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale		1,00	20%		13,66%	13,27%		**13,16%**	NO (≥ 13)						SI (< 13)	
3.1.2	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	*	1,00	20%	287,6	253,13	229,8		**225,91**	maggiore di	250	da	215	a	250	inferiore a	215
3.1.3	Percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto		0,75	15%	70,87%	70,65%	92,36%		**92,57%**	inferiore a	65	da	65	a	75	maggiore di	75
3.1.4	Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto		0,75	15%	82,45%	93,05%	87,19%		**86,36%**	inferiore a	77	da	77	a	84	maggiore di	84
3.1.5	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associato sui sartani non associati		0,75	15%	12,38%	13,02%	15,99%		**15,98%**	inferiore a	14	da	14	a	18	maggiore di	18

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
3.1.6	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associato sui sartani associati		0,75	15%	12,86%	13,70%	18,00%		**17,80%**	inferiore a	13	da	13	a	19	maggiore di	19
3.2	Razionalizzazione delle risorse economiche e finanziarie			5													
3.2.1	Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino		2,50	50%		-22,18%	- 35,64%		**4,33%**	inferiore a	20	da	20	a	30	maggiore di	30
3.2.2	Investimenti ex art. 20		2,50	50%			SI		**SI**	NO						SI	
4	CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI			**20**													
4.1	Utilizzo dei flussi informativi			4													
4.1.1	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		3,20	80%			SI		**SI**	NO						SI	
4.1.2	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)		0,80	20%			SI		**SI**	NO						SI	
4.2	Revisione contabile			4													

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
4.2.1	Certificazione del bilancio		4,00	100%	NO	ND	ND		ND	NO		SI - Positiva con limitazioni				SI	
4.3	Controllo cartelle cliniche			4													
4.3.1	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche		4,00	100%			10,68%		**11,29%**	NO (< 10%)						SI (>=10%)	
4.3.1 bis	Trasmissione al Dipartimento della relazione sui controlli						SI		**entro il 15 maggio 2014: SI**	NO						SI	
4.4	Risk management			4													
4.4.1	Piano di previsione delle attività di Risk Management		1,20	30%			SI		**entro il 31.3.2013: SI**	NO						SI	
4.4.2	Relazione di attuazione delle attività di Risk Management		2,80	70%			SI		**entro il 28 febbraio 2014: SI**	NO						SI	
4.5	Valutazione strategie per il controllo del dolore			4													
4.5.1	Consumo di farmaci oppioidi	*	4,00	100%	0,43	1,92%	0,57		**0,58%**	inferiore a	1	da	1	a	1,6	maggiore di	1,6
5	OBIETTIVI DI EMPOWERMENT			10													

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013

Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo							
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%		50%				100%	
5.1	Soddisfazione degli utenti			3													
5.1.1	Produzione relazione sulla customer satisfaction		1,50	50%			SI		entro il 28 febbraio 2014: SI	NO						SI	
5.1.2	Produzione bilancio sociale		1,50	50%			SI		entro il 28 febbraio 2014: SI	NO						SI	
5.2	Liste di attesa			7													
5.2.1	Miglioramento sui tempi di attesa	*	7,00	100%		ND	79,40%		78,00%	inferiore a	50	da	50	a	80	maggiore di	80

NOTE

1.1.3	Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (2012-2013 per il 2013).
2.1.1	Il T.O. 2013 (standardizzato per età e non anche per sesso) è quello calcolato dal SIA e dal CDG. Il Tasso di Ospedalizzazione dell'anno 2012 è quello rilevato dal Rapporto 2012 Istituto S.Anna di Pisa. Il dato monitorato dal SIA è inferiore: 99,73% (standardizzato per età e non anche per sesso).
2.1.7	Obiettivo aziendale non ricompreso tra gli obiettivi della DGR 298/2012
2.2.3	Obiettivo aziendale non ricompreso tra gli obiettivi della DGR 298/2012:come si rileva dai dati utilizzati per l'elaborazione l'aumento percentuale è dovuto principalmente dalla drastica riduzione del denominatore (dimessi con diagnosi di infarto). (vedi scheda di dettaglio)
2.3.1-2.3.2-2.3.3	I tassi di ospedalizzazione 2011 sono quelli riportati nel rapporto dell'Istituto Sant'Anna di Pisa. Tassi 2012 2e 2013: fonte dati SIA.

Report verifica finale 2013 sul grado di conseguimento degli obiettivi fissati con DGR n.298/2012 e confermati con DGR n.337/2013												
Elaborazione a cura: Tecnostrutture di staff U.O.C. BUDGET e CONTROLLO DI GESTIONE - U.O.S. SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO Ambito territoriale di Lagonegro												
Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP *	Punti conseguibili	Sistema di pesi	anno 2010	anno 2011	2012		2013	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo		
					Dati rilevati dal Rapporto 2011 Ist. Sant' Anna di Pisa		Verifica finale 2012	SANT'ANNA 2012	Verifica Finale 2013	0%	50%	100%
3.1.1	Il dato ricomprende anche la spesa per i farmaci del File F di fascia A (infraregionale)per euro 6.339.673,04 e, a detrarre. La quota aziendale di pay-back regionale.											
3.1.2	Obiettivo aziendale 2013: euro 197,00.											
3.1.3	Obiettivo aziendale 2013: 11,35%											
5.2.1	Il dato è calcolato sulle liste critiche individuate nella DGR 298/2012. (liste critiche risolte al 31 DICEMBRE 2013: 53/n.liste critiche individuate nella DGR 298: 68 = 78%)											

Il sistema degli obiettivi regionali fissati dalla DGR n.298/2012 per l'ASP, per l'anno 2012,e confermati con DGR n.337/2013 per l'anno 2013, prevede 5 aree di risultato: Tutela della salute, Performance organizzative e cliniche aziendali,Gestione economico-finanziaria, Conseguimento di obiettivi strategici regionali,Obiettivi di empowerment, articolate in 16 obiettivi e 47 indicatori.Al sistema di valutazione, il Direttore Generale,accede dopo aver superato la verifica di merito su 2 pre-requisiti di valutazione:

A1. Equilibrio economico del SSR: I costi di produzione rilevati nel corso dell'esercizio 2013 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio dei due anni precdenti.

A2. Rete regionale degli acquisti-URA: L'Azienda Sanitaria deve aver provveduto all'approvvigionamento di beni e servizi attraverso le unioni regionali di acquisto in misura non inferiore al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi. Tale obiettivo si intende raggiunto se l'Azienda provvede ad indire e/o aggiudicare le gare in unione regionale di acquisto di cui è individuata quale capofila secondo il cronoprogramma allegato al documento di programmazione.

Il trend positivo o negativo che il management ha saputo realizzare nella gestione dell'Azienda viene valutato attraverso il confronto del posizionamento (2012 vs 2010) ottenuto su 10 indicatori definiti di "Valutazione Globale della Performance" (VGP), scelti tra i 47 impiegati per la valutazione degli obiettivi. In relazione al miglioramento/peggioramento della performance su questi indicatori il risultato ottenuto sugli obiettivi verrà incrementato/decurtato del 30%.

Gli obiettivi sono stati tempestivamente comunicati ai dirigenti responsabili di struttura (Dipartimenti/UOC/UOSD)dell'ASP ed a loro formalmente assegnati in sede di negoziazione del budget 2013conclusasi in data 24 maggio 2013.

Il sistema di valutazione prevededue verifiche intermedie dello stato di conseguimento degli obiettivi: al 31 maggio e al 30 settembre oltre a quella di chiusura al 30 dicembre.

Le verifiche intermedie sulle performance dell'ASP sono state effettuatealle previste scadenze dalle Tecnostrutture di staff Budget-Controllo di Gestione e Sistema Informativo Aziendale (ambito terr. ex ASL3).

Il grado di conseguimento degli obiettivi regionali di salute e programmazione economico-finanziaria fissati per l'ASP per l'anno 2013 è sinteticamente riportato nell' **Allegato 1 "Report di verifica finale 2013".**

ANALISI DEGLI INDICI DI PERFORMANCE

PREREQUISITI DI VALUTAZIONE

A.1 EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

Riduzione dei costi di produzione dell'esercizio 2013 dell'1% rispetto ai costi rilevati

nell'esercizio dei due anni precedenti (2011)

(Fonte: Bilanci di esercizio 2010-2011-2012-2013)

Costi di produzione
Bilancio di esercizio anno 2010 -Euro 661.176.936,93 **Bilancio di esercizio anno 2011 -Euro 659.320.267,92** **Bilancio di esercizio anno 2012 -Euro 646.437.498,00** **Bilancio di esercizio anno 2013 - Euro 653.993.000,00**
2013 vs 2010: - 0,90% **2013 vs 2011: - 0,81%**

A.2 RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI

Obiettivo: L'azienda deve aver provveduto all'approvvigionamento di beni e servizi attraverso unioni regionali di acquisto, in misura non inferiore al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi**. Tale obiettivo si intende raggiunto se l' azienda in qualità di soggetto capofila provvede ad indire e/o ad aggiudicare le gare in unione regionale di acquisto secondo il seguente crono programma:**

n.ordine	Descrizione	Aziende aderenti	Obiettivo 2012	Obiettivo 2013
1	Ausili protesici	tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi	==
2	Dispositivi x prelievi multipli e materiale di consumo per laboratori vari	tutte	Aggiudicazione	
3	Vaccini	tutte	Aggiudicazione tutti i lotti	==
4	Assistenza respiratoria domiciliare e fornitura di ausili per tracheotomia	tutte	Indizione	Aggiudicazione

5	Sistema informativo contabile	tutte	Aggiudicazione	==
6	Oculistica	tutte		Aggiudicazione

STATO DI AVANZAMENTO DELLE GARE IN U.R.A. AL 31.12.2013:

GARA N.1 :PROCEDIMENTO CONCLUSO. I Lotti 2-7 e 10 della gara URA, andati deserti per mancanza di offerte valide. L'ASP ha ritenuto antieconomico indire una nuova gara per l'esiguità dei relativi importi. Qualora si ravvisi la necessità di procedere all'acquisto, ogni Azienda potrà procedere in autonomia. Tanto veniva stabilito con nota del DG dell'ASP prot. n. 1137/13 inviata all'Assessore regionale alla Sanità.

GARA N.2: IN ITINERE La Commissione giudicatrice ha conclusola valutazione tecnico/qualitativa delle offerte il 14/10/2013.

GARA N.3: PROCEDIMENTO CONCLUSO.

GARA N.4: IN ITINERE.La gara è stata aggiudicata il 15/10/2013 (aggiudicazione provvisoria).

GARA N.5: IN ITINERE La gara è stata pubblicata.

GARA N.6 OCULISTICA : PROCEDIMENTO CONCLUSO.

Area di risultato: TUTELA DELLA SALUTE

- Prevenzione Primaria: I dati della verifica finale 2013 confermano che l'ASP raggiunge ottimi risultati nelle coperture vaccinali obbligatorie DTP3 (99,40), la migliore performance si registra nella ex ASL1: 99,7%.Per quanto riguarda quelle non obbligatorie (MPR e vaccinazione antinfluenzale over 64) l'obiettivo è pienamente raggiunto per il vaccino MPR (91%) mentre per la vaccinazione antinfluenzale over 64 i risultati, pur migliorativi rispetto al 2012 (60,04% vs 54%),restano ancora sotto la soglia minima di performance positiva (> 65%). Per la copertura vaccinale antinfluenzale (VGP), si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (esempio: 2012-2013 per il 2013). Ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un incremento dello 0,08%. Va tenuto presente che il dato dell'ultima campagna vaccinale 2012-2013 è stato negativamente influenzato anche dal ritiro dal commercio di una consistente quantità di vaccini intaccando l'integrità del programma vaccinale.

CRITICITA' RILEVATE: Il target di pieno conseguimento dell'obiettivo (>75%) si presenta particolarmente ambizioso; infatti dai dati pubblicati sul Rapporto 2012 dell'Istituto Sant'Anna si rileva che, nel 2011, la media per la copertura vaccinale antinfluenzale over 65 nelle regioni facenti parti del network di regioni selezionate per la valutazione comparativa delle performance sanitarie: Liguria, Trentino, Marche,

Basilicata, Umbria e Toscana è pari al 62,5% (con punte massime del 73,55% in Umbria e del 68,76% in Toscana).

- Prevenzione Secondaria. Complessivamente soddisfacenti i risultati ottenuti nel campo della Prevenzione Secondaria, in termini di estensione ed adesione degli screening mammografico e della cervice-uterina: il risultato conseguito per **l'estensione grezza dello screening mammografico** (94,25%). resta di poco al di sotto del target ottimale (>95%). L'obiettivo di **adesione grezza allo screening mammografico** (52,34%) viene conseguito, anche quest'anno, nella misura del 50% (> 40 < 80). Nella stessa misura risulta conseguito l'obiettivo di**estensione dello screening della cervice uterina** (VGP) che nel 2013 raggiunge il 90,9%. Ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela una flessione del 5,36%. Va evidenziato che il software Dedalus non consente la distinzione tra 1° invito e inviti successivi e ciò potrebbe incidere sull'attendibilità del dato.

Resta, tuttavia, critico il solo dato di **adesionegrezza allo screening della cervice uterina**che,anzi, fa registrare un peggioramento della performance rispetto all'anno 2012 (25,48% vs 29%).

SCREENING CERVICE UTERINA - CRITICITA' RILEVATE: L'esecuzione dei Pap test, su invito e spontanea, è stata sospesa su tutto il territorio regionale dal 1.10.2012 al 31.3.2013 presso le sedi fisse in attesa dell'avvio delle nuove modalità di esecuzione dello screening (DGR n.668/2012 e n.1095/2012 ovvero: Coorte 25-34 anni= esecuzione pap test e lettura dell'esame citologico; triage con HPV test per le citologie ASCUS. Coorte 35-64 anni = esecuzione prelievo per HPV-test e Pap-test, lettura HPV-test; esecuzione esame citologico negli HPV-test positivi.

Per quanto riguarda il calcolo dell'estensione grezza va evidenziato che il richiamo delle donne 35-64 anni risultate negative all'HPV Test avviene ogni cinque anni e non ogni tre anni.Essendo la popolazione bersaglio 35-64 anni invitata ogni 5 anni, ne consegue che nel corso di tre anni vengono invitate meno donne con ripercussioni inevitabili sul risultato della performance.

Nella DGR n.668/2012 il target del tasso di adesione grezza, per il sessennio 2012-2017, è fissato al 48%. Pertanto, in coerenza con gli atti di programmazione sanitaria, nel Dicembre 2012, è stato richiesto al Dipartimento Salute di rimodulare gli intervalli di raggiungimento dell'obiettivo.

Inoltre, come si rileva dal rapporto dell'Istituto Sant'Anna di Pisa anno 2012, con riferimento a questo specifico obiettivo, delle sei regioni e provincie autonome facenti parti del network nazionale per la valutazione delle performance in sanità soltanto quattro di queste (Basilicata,Umbria,Trento,Toscana) hanno fornito il dato 2011 e la media degli indici di performance si attesta al 50,16%; soltanto una (Umbria) raggiunge pienamente l'obiettivo fissato con il 61,90%.

- Sicurezza negli ambienti di lavoro: Il dato registrato alla verifica finale 2013 sulle attività di controllo sui luoghi di lavoro (1.3.1**% di imprese attive controllate**), dimostra un lieve miglioramento rispetto al dato 2012 (7,81% vs 7,78%). L'obiettivo risulta conseguito al 50. Con riferimento ai singoli ambiti territoriali dell'ASP si registrano i seguenti dati di attività: ex ASL1 54,5% (miglior performance), ex ASL2 7,36%, ex ASL3 6,83%). %. Il dato suggerisce che molto si può - e si deve - fare nell'intensificazione delle attività di controllo finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoronell'ASP, soprattutto negli ambiti territoriali del potentino e del lagonegrese.

- Sanità Veterinaria: Per quanto riguarda gli obiettivi di cui al punto 1.4 la verifica finale 2013 dimostra il pieno conseguimento di tutti gli obiettivi: **percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina, bufalina** (99,95%), **percentuale di allevamenti controllati per brucellosi**(99,58%), **percentuale di aziende controllate per anagrafe ovicaprina** (5,37%), **percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti**(100%).

Area di risultato: PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

Sul versante ospedaliero l'ASP registra importanti miglioramenti sulla totalità degli indicatori di performance selezionati per misurare l'appropriatezza siain area chirurgica che in area medica. Per questi ultimi soltanto la percentuale di dh diagnostici mostra il permanere di significative criticità organizzative e sull'utilizzo dei diversi setting assistenziali.

Appropriatezza clinico-organizzativa: area chirurgica

😐 2.1.2 – Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari (VGP) -

Patto per la Salute 2010-2012

La percentuale di pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medici (21,31%), evidenzia un andamento decisamente positivo (-9,65%) rispetto all'anno precedente (30,96%) dimostrando l'efficacia delle soluzioni organizzative adottate per ridurre questo indice di inappropriatezza chirurgica e limitare la dispersione di risorse negli ospedali di Melfi (12,22%) e Villa d'Agri (13,18%) che registrano valori al di sotto del 20%. Anche l'UO di Ortopedia di Lagonegro nel 2013 ha migliorato la sua performance rispetto al 2012 (9,83% vs 14,93%). La percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici presenta ancora aspetti di particolare criticità soltanto nella chirurgia del PSA di Lagonegro (44,64%). L'obiettivo è conseguito al 50% nel 2013. Ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (21,31% vs 41,52%).

☺ 2.1.3 - Percentuale di ricoveri in D.S. per i DRG dei LEA chirurgici - Patto per la Salute 2010-2012

Il Patto per la salute 2010-2012 amplia il numero dei DRG chirurgici da erogare in giornata relativamente ai LEA. Su questo indicatore di in appropriatezza chirurgica nell'ASP si registra, nel triennio 2010-2012, una vera e propria inversione di tendenza presumibilmente dovuta al passaggio, nel biennio 2010-2011, al regime ambulatoriale di alcune procedure chirurgiche prima eseguite in Day Surgery, come programmato nelle DGR 644/2009 e DGR 606/2010 : dal 73,16% del 2010 si è passati al 72,08% del 2011 fino al 65,43% del 2012. La performance resta positiva (> 65%) nonostante l'incremento di prestazioni chirurgiche dei DRG dei LEA che sono state trasferite in regime ambulatoriale. Il dato registrato nel 2013 (67,59%), migliora lievemente la performance del 2012 (65,47%).L'obiettivo è conseguito al 100%.

Restano, tuttavia, da risolvere le criticità che si registrano nella chirurgia generale di Lagonegro dove la performance peggiora significativamente rispetto al 2012 (25,51% vs 43,85%), di Melfi (41,14% vs 48,36%) e nell'ortopedia di Villa d'Agri (42,46% vs 50,58%).

☺ 2.1.6 - Giorni di degenza media pre-operatoria (VGP)

La durata della degenza media preoperatoria è diminuita rispetto al dato 2012 (0,99 vs 1,37). Nonostante i miglioramenti registrati, permangono aspetti di criticità nella chirurgia di Villa d'Agri (1,5 vs 2,01) . La migliore performance si registra presso l'ospedale di Melfi che ha ridotto drasticamente la durata della degenza media preoperatoria rispetto al 2012 (0,77 vs 1,16).%).L'obiettivo è conseguito al 100%.

Anche ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (dato 2010: 1,4).

☺ 2.2.1 - Percentuali di interventi per frattura di femore con durata di degenza ≤ 2 gg. (VGP)

La tempestività dell'intervento per frattura di femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo. Per tale indicatore di qualità clinica si rileva, negli anni, un andamento favorevole (dal 28,82% del 2010 al 29,66% del 2011 al 42,30% del 2012 fino al 61,34% del 2013. La maggiore criticità si conferma nell'ortopedia di Lagonegro che si attesta al 25,88%. L'obiettivo viene conseguito al 100% (> 60%) negli ospedali di Villa d'Agri (85,93% vs 56,36%) e Melfi (65,99% vs 39,26%) dove si registrano incrementi significativi rispetto alla verifica finale 2012.%).L'obiettivo è conseguito al 100%.Anche ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (dato 2010: 28,82%).

☺ 2.2.2 - Percentuali di parti con taglio cesareo primario (VGP)

Come nel caso precedente, anche per questo indicatore si rileva, negli anni, un andamento favorevole dal 27,65% del 2011 al 28,44% del 2012 al 22,96% del 2013. L'obiettivo è conseguito al 100% anche in questo caso. Per quanto riguarda le performance dei singoli reparti la migliore in assoluto si registra nell'ostetricia di Melfi che lodevolmente dimezza il tasso di TC rispetto al dato 2012 (13,66% vs 27,20%); l'ostetricia di Villa d'Agri peggiora la sua performance rispetto all'anno 2012 (31,88% vs 22,40%); migliora la performance di Lagonegro (30,57% vs 25,56%).Anche ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2011 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (dato 2010: non disp.; dato 2011: 27,65%).

Appropriatezza clinico-organizzativa: area medica

☹ 2.1.4 - Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (VGP) - Patto per la Salute 2010-2012

Il dato registrato per questo indicatore di inappropriatezza organizzativa in ambito prevalentemente medico dimostra un apprezzabile miglioramento rispetto al 2012 (35,03% vs 56,45%) e conferma il trend positivo registrato nel triennio (61,49%: 2010, 65,18%: 2011, 56,45% 2012). Tuttavia, la performance registrata resta ampiamente al di sopra dell'intervallo di pieno conseguimento dell'obiettivo (<10%) e l'obiettivo non conseguito. Le maggiori criticità si registrano nel PSA di Lagonegro (90,85% in pediatria, 58,06% in cardiologia,67,53% in Dh internistico, in questo ultimo caso occorre tener conto, tuttavia, delle peculiarità del reparto), nella pediatria di Villa d'Agri (60%) e nei reparti di ostetricia e ginecologia di Lagonegro (36,96%) e (Melfi 85,37%). Ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il

posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito positivo della verifica (dato 2010: 61,49%).

AZIONI CORRETTIVE - AREA MEDICA:

Il dato migliorativo registrato per questo obiettivo rispetto al 2012 (- 21,42%) è frutto delle disposizioni impartite dalla Direzione Strategica alle Direzioni Mediche Ospedaliere e ai Direttori di UO affinchè attivassero azioni e controlli finalizzati a ridurre drasticamente le in appropriatezze determinate da questa tipologia di ricoveri.Le Direzioni Mediche Ospedaliere, conseguentemente, hanno disposti approfondimenti sulla casistica dei trattati in Dh medico al fine di accertare se, in nei casi in cui è stata registrata l'inappropriatezza, la SDO sia stata correttamente compilata.

☺ 2.1.5 - Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi - (Patto per la Salute 2010-2012)

Nel 2013 l'obiettivo è conseguito al 100%: 7,59%. L'indicatore presenta un andamento positivo nel triennio 2010-2013 (16,12% nel 2010, 14,61% 2011, 8,95% 2012, 7,59% nel 2013). I ricoveri medici 0-2 gg sono spesso ricoveri evitabili e l'ottima performance complessivamente registrata in tutti i presidi ospedalieri del 2013 dimostra gli sforzi fatti dalla dirigenza aziendale per rendere più efficace l'azione di filtro dell'OBI, applicare routinariamente i protocolli sul trattamento del dolore addominale e sul dolore toracico, per potenziare i servizi territoriali più efficaci e meno onerosi.

Persistono, tuttavia, alcune situazioni di severa criticità in singoli reparti: ortopedia (51,06%), pediatria (39,85%) e ostetricia (35,82%) di Lagonegro; nella chirurgia (29,55%) e ortopedia (35,29%) di Villa d'Agri;nella ortopedia (38,46%) e ostetricia e ginecologia (41,67%) di Melfi. Particolare attenzione va posta sulla permanenza di numerosi ricoveri medici brevi in reparti chirurgici, indice di particolare inappropriatezza per detti reparti.

☺ 2.1.7 - Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni (Piano Triennale della Performance ASP)

Il ricovero ripetuto di pazienti psichiatrici maggiorenni nel mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei centri di salute mentale territoriali. L'ASP ha registrato nel 2013 una performance ottimale: su 514 ricoveri con patologie psichiatriche solo 33 riguardano dimessi maggiorenni entro 30 gg. con uno dei DRG psichiatrici selezionati in una qualunque struttura regionale, pari al **6,42%**(vs 6,38 nel 2012)**.** L'obiettivo è conseguito al 100%.

☺ 2.1.1 - Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti registrato, per il periodo 2010-2013, secondo le modalità di elaborazione previste per gli indicatori dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, dimostra un andamento favorevole: 112,21 anno 2010; 111,04 anno 2011; 99,73% anno 2012; **97,65% anno 2013**. Il T.O. degli anni 2012 e 2013 (standardizzato per età e non anche per sesso) è quello calcolato dal SIA e dal CDG. I dati di mobilità passiva sono quelli disponibili per l'anno 2012. L'obiettivo è conseguito al 100%.Il Tasso di Ospedalizzazione degli anni 2010 e 2011 sono quelli rilevati dal Rapporto 2011 Istituto S.Anna di Pisa e sono standardizzati per età e sesso. Nel triennio 2010/2012, si registra una progressiva riduzione non soltanto dei ricoveri di residenti in strutture ASP ma anche della mobilità passiva infra ed extraregionale dei residenti ASP.

ALLEGATI: Per favorire un'analisi più approfondita dei ricoveri sono stati elaborati ed allegati alla presente relazione i seguenti report:

- ☞ **Allegato 2:**Indicatori di attività ospedaliera, che consente di analizzare l'andamento dei posti letto, dei ricoveri ordinari e degli accessi in DH, delle giornate di degenza, della valorizzazione dei DRG nei PP.OO. dell'ASP;
- ☞ **Allegato 3:**Report sulla mobilità ospedaliera (modalità di calcolo ex DGR n.606/20101);
- ☞ **Allegato 4:**Report di dettaglio relativi al monitoraggio degli indicatori di appropriatezza clinico-organizzativa ex DGR n.298/2012 per ogni singolo reparto ospedaliero dell'ASP .
- ☞ **Allegato 5:**Andamento dei "15 DRG maggiormente prodotti nelle strutture ospedaliere dell'ASP" .

Efficacia dell'assistenza territoriale

☹ Tasso di ospedalizzazione per scompenso diabete e BPCO in residenti distinti per fasce di età.

La gestione delle patologie croniche (scompenso, diabete e BPCO) nell'ASP dimostra che le azioni correttive poste in essere sul territorio in termini di individuazione dei fattori di rischio, attivazione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento, educazione alla salute(si è data continuità ai day service diabetologico e sull'ipertensione, attivazione ambulatori per il trattamento del piede diabetico, potenziamento del centro per la prevenzione e cura dell'obesità del DCA di Chiaromonte, potenziamento delle attività degli ambulatori sullo scompenso, potenziamento della rete ambulatoriale di pneumologia, attivazione di una struttura complessa di pneumologia territoriale, miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con particolare riferimento a spirometria ed emogasanalisi, attuazione dei PDT su

diabete,scompenso e BPCO,ecc.) hanno consentito di superare, quei limiti sull' efficacia assistenziale territoriale evidenziati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa nel biennio 2010/2011. Infatti, i dati rilevati in sede di verifica finale 2013 per diabete e BPCO mostrano un miglioramento delle performance, in termini percentuali, rispetto al dato registrato nella verifica finale 2012: BPCO (36,83 x 100.000 res. vs 38,25 x 100.000 res.), e DIABETE (29,13% x 100.000 res. vs 29,45% x 100.00 res.). L'obiettivo per la BPCO è conseguito al 100% quello per il diabete al 50%. Anche per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti per loSCOMPENSO, nonostante un peggioramento del dato rispetto al 2012 (334,18 vs 302,32) l'obiettivo è conseguito al 50%. Tuttavia i dati di performance richiederebbero una più attenta analisi in relazione alla complessità dei casi trattati.

☺ Percentuale di over 64 trattati in ADI

Si conferma buono il grado di presa in carico degli over 64 in ADI (7,66%: 5.800 over 64 trattati in ADI/75.660 pop. residente over 64) che migliora la già soddisfacente performance registrata alla stessa data nel 2012 (6,34%) e fa registrare il pieno conseguimento dell'obiettivo (> 5,5%= 100%). Dati registrati nei diversi ambiti territoriali: **ASL1: 8,57%; ASL2 :7,71; ASL3: 7,67%.**

Indicatori di appropriatezza prescrittiva

Il monitoraggio degli indicatori di appropriatezza prescrittiva utilizzati per misurare l'efficacia dell'assistenza territoriale conferma,sostanzialmente, aspetti di elevata criticità (in primis i diffusi comportamenti iperprescrittivi) per il pieno conseguimento degli obiettivi associati a questo set di indicatori:

☹ **inibitori di pompa-antiacidi**(29,55 up procap. Vs 30,48 anno 2012), nonostante il lieve miglioramento dei consumi, il risultato è ancora lontano dal pieno conseguimento dell'obiettivo (< 21);

☹ **farmaci antibiotici** (25,60 DDD/diex1000 ab. Vs 23,77 DDD/die x 1000 ab. Anno 2012), il consumo è sensibilmente incrementato rispetto al 2012;

☹ restano stabilmente critiche, rispetto ai dati del2012, le performance relative a **incidenza dei sartani** (antipertensivi più costosi) **sul totale di aceinibitori e sartani – CO9 :** (43,66% vs 43,88% del 2012).

Per quanto riguarda le percentuali di abbandono si registrano le seguenti performance:

☺ **percentuale di abbandono di pz in terapia con statine**l'obiettivo viene conseguito al 50% (13,44%: vs 13,14 del 2012);

☺ **percentuale di abbandono di pz in terapia con antidepressivi** , l'obiettivo è conseguito al 100% (25,74% vs 24,96% anno 2012).

Note per l'elaborazione

Nella misurazione delle performance sulle percentuali di abbandono l'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di tre confezioni di statine o antidepressivi rivelando un uso potenzialmente inappropriato di questi farmaci. Il calcolo dei pazienti in terapia con statine o antidepressivi è stato effettuato prendendo in considerazione soltanto i residenti che consumano 1 o 2 confezioni nell'anno (12 mesi), esclusi STP, non residenti ed assistiti non presenti in anagrafica al momento dell'analisi.

Ad eccezione dei farmaci antibiotici i dati di consumo relativi agli antiacidi e alle statine restano comunque inferiori alla media nazionale.

COMPORTAMENTI PRESCRITTIVI: AZIONI CORRETTIVE

Per incidere sui comportamenti prescrittivi dei MMG le Direzioni di Distretto e i Direttori dell'Area Cure Primarie di ciascun ambito territoriale hanno notificato ai Medici di Medicina Generale e agli specialisti territoriali gli obiettivi regionali 2012/2013 in materia di riduzione della spesa farmaceutica e predisposto apposite riunioni individuali e collettive.

Durante gli incontri con i MMG, vengono analizzati gli **indicatori valutativi** di prescrizione rapportandoli agli obiettivi regionali assegnati alla ASP, quali **inibitori di pompa; calcio antagonisti senza copertura brevettale; ACE Inibitori; statine; antidepressivi;antibatterici.**

Inoltre, viene valutata la **prescrizione di generici e la spesa pro capite** per popolazione residente rispetto alla media aziendale.

I Medici nel corso degli audit generali, vengono sollecitati ad una maggior attenzione alla prescrizione in valore assoluto, soprattutto per quanto riguarda il numero di ricette, al maggior utilizzo dei farmaci generici e senza copertura brevettale, come da disposizioni regionali e riferiti soprattutto agli inibitori di pompa, alle statine, al fine del rientro della spesa negli obiettivi prefissati dalla Regione.

Sono stati trasmessi ai MMG interessati i dati relativi alle prescrizioni di antidepressivi e statine occasionali (2 cf.) distinte per paziente, con indicazione della data di prima prescrizione e della finestra temporale senza terapia,invitandoli a far pervenire le motivazioni prescrittive all'ufficio di coordinamento distrettuale.

Per gli inibitori di pompa sono stati trasmessi ai medici prescrittori i report Marno per singolo medico,contenenti l'elenco dei pazienti per i quali si sono registrati comportamenti iperprescrittivi nel periodo esaminato con richiesta di motivazione per la successiva valutazione dell'UCAD.

Efficienza prescrittiva farmaceutica

Il Direttore Generale ha richiamato l'attenzione dei Direttori delle USIB e delle UU.OO. Cure Primarie sull'andamento, al 31 marzo 2013, della spesa farmaceutica territoriale in considerazione del fatto che la L. n.135/2012 **("spending review")** ha ridefinito, in diminuzione, il valore della stessa per l'anno 2013, fissando il relativo tetto, a livello nazionale e in ogni Regione, in **11,35%** vs 13,1% nel 2012) delle quote di riparto del finanziamento ordinario.

La riduzione del tetto di spesa farmaceutica territoriale complessiva ha richiesto, conseguentemente che, a fronte della conferma degli obiettivi 2012 per l'anno in corso da parte della Regione (DGR n.337/2013) - a livello aziendale - si stabilisse una proporzionale riduzione del tetto massimo di spesa pro-capite (*farmaceutica convenzionata + distribuzione diretta farmaci A*), da euro 215 (ob. 3.1.2 ex DGR n.298/2012) ad **euro 197,00** (183 euro esclusi i farmaci del file F), che equivale a una riduzione di circa il **3%** sul risultato conseguito dall'ASP nel 2012 (**203,62** euro pro-capite).

A tal fine, i Direttori di USIB e delle Aree di Cure Primarie, d'intesa con il Direttore della UOC Farmaceutica Territoriale, hanno organizzato appositi incontri con i MMG, PLS e loro rappresentanti di categoria nonché con i responsabili dei centri di costo territoriali (RSA-ADI-ambulatori distrettuali-hospice-ecc.) per condividere ed attuare le azioni ritenute più efficaci ai fini della riduzione della spesa nella misura prevista dalla Direzione Strategica per l'anno 2013 e prevista tra gli obiettivi di budget negoziati per l'anno 2013 con le Direzioni di Distretto, le UUOOCC Cure Primarie e Farmaceutica Territoriale.

I dati di attività monitorati, tramite il portale Marno, confermano che l'ASP ha raggiunto un buon livello di efficienza prescrittiva che di seguito si illustrano:

😐 3.1.1 Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale

La DGR 298/2012 cosi come integrata dalla DGR 337/2013 ha assegnato per l'anno 2013 ai Direttori Generali delle Aziende operanti nel SSR di Basilicata l'obiettivo del rispetto del tetto massimo della spesa farmaceutica territoriale inferiore o uguale al 13%.
Per la determinazione della percentuale di spesa sul Fondo Sanitario assegnato all'Azienda ASP di Potenza, non essendoci indicazioni sulle modalità di calcolo. si è ritenuto opportuno utilizzare le indicazioni riportate nell'obiettivo della spesa pro-capite e nella normativa di riferimento.
Infatti ai sensi dell'articolo 5 del D.L. 159/2007, la base di calcolo per la determinazione della spesa farmaceutica territoriale è costituita dal finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre

ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale, al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie. Relativamente alle componenti, la spesa farmaceutica territoriale indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, distribuiti:

- attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate;
- attraverso la distribuzione diretta intesa come la distribuzione, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio La distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto). Rientrano nella distribuzione diretta le prestazioni farmaceutiche, destinate al consumo al domicilio, erogate:

1. alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo;
2. ai pazienti cronici e/o soggetti a piani terapeutici;
3. ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale;
4. da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali.

TAB. 3.1.1 - Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale - (Importi)

Descrizione voce	ex ASL 1	ex ASL 2	ex ASL 3	ASP
FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Netto + Ticket)	14.363.312,91	31.244.459,78	11.449.239,77	**57.057.012,46**
DISPENSAZIONE PER CONTO - (DPC)	3.049.674,30	6.706.672,39	2.327.094,07	**12.083.440,76**
DISTRIBUZIONE DIRETTA - (FARMACI di fascia A)	2.269.636,76	3.438.761,47	1.411.653,56	**7.120.051,79**
FILE F - Infraregionale - (FARMACI di fascia A)	2.098.053,49	2.996.659,27	1.244.960,28	**6.339.673,04**
PAY BACK - (a detrazione)				**1.603.000,00**
Quota Riparto Provv. FSR - Rapp. al periodo di rif.	148.327.312	336.482.137	122.822.550	**615.481.000**
RISULTATO - PAY BACK INCLUSO				**13,16**
RISULTATO - PAY BACK ESCLUSO	**14,68**	**13,19**	**13,38**	**13,42**

Il costo del File "F" addebitato all'ASP ammonta ad euro 10.227.000 (farmaci di classe A, C ed H), così come risulta dalla DGR n. 414 del 08.04.2014 *"Riparto definitivo delle disponibilità finanziarie di parte corrente a destinazione indistinta, vincolante e finalizzata per il SSR. Anno 2013".*

Per l'individuazione dei farmaci di classe "A", dispensati a pazienti residenti dalle altre strutture sanitarie regionali, il Controllo di Gestione dell'ASP si è avvalso della collaborazione con la ditta fornitrice del software di contabilità in uso presso le aziende regionali, "INTEMA-Sanita" che ha elaborato il flusso dati del file F distinguendoli per classi.

Dall'elaborazione effettuata da Intema-Sanità risulta che, per il 2013, il costo del File F stimato per i farmaci DD di fascia A ammonta ad euro 6.339.673,04 (+ 81.397,2 euro rispetto al 2012). Non è superfluo evidenziare che il costo del File "F" non è gestito direttamente dall'Azienda ASP di Potenza.

Dalle elaborazioni, riportate nella tabella sovrastante, risulta che l'ASP nell'anno 2013 ha registrato una percentuale di spesa farmaceutica territoriale (escluso il pay back) del **13,42%** (con uno scostamento del + **0,42%** sul risultato regionale atteso).

Tale scostamento si riduce ulteriormente qualora si tenesse conto del Pay Back territoriale (come disciplinato nel D.L. 159/20079; il pay back territoriale riconosciuto all'ASP per il 2013 ammonta ad euro 1.603.000 (cfr. DGR 414/2014). Pertanto la percentuale di spesa farmaceutica territoriale (incluso il pay back) ammonta a **13,16%** (con uno scostamento che si riduce a **0,16%** rispetto al risultato atteso) rispetto al **13,27%** del 2012 (- 0,11%).

Per quanto riguarda le singole voci di spesa confrontando i dati con l'anno 2012 emerge che: la farmaceutica convenzionata si è ridotta del -1,91%, la dispensazione per conto del -2,40%, mentre si è registrato un incremento della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A (+ 5,63%) e del File F (diretta fascia A) infraregionale (+ 1,30%).

La Regione, con la delibera n.337/13, ha confermato per l'anno 2013 gli obiettivi già assegnati per l'anno 2012 con al DGR n.298/12 senza apportare alcuna modifica agli obiettivi di spesa farmaceutica territoriale. La Direzione aziendale, in conformità a quanto fissato dal D.L. 95/2012, che ha rideterminato, in diminuzione, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale (a livello nazionale ed in ogni regione) ha ritenuto di rimodulare l'obiettivo regionale portandolo all'11,35% assegnando ai dirigenti responsabili delle strutture territoriali il rispetto di quest'ultimo parametro.

L'obiettivo aziendale, più ambizioso rispetto a quello regionale, pur non essendo stato raggiunto, ha certamente contribuito al conseguimento di un soddisfacente risultato per la farmaceutica territoriale dell'ASP nell'anno 2013..

Infatti, l'Azienda ha comunque registrato risultati migliorativi rispetto agli anni precedenti, non soltanto sulla spesa farmaceutica territoriale (che si è ridotta dal 13,27% del 2012 al 13,16% del 2013), ma anche sulla spesa territoriale pro-capite (anch'essa rimodulata, a livello aziendale, su valori più bassi di quelli confermati per il 2013 dalla Regione).

I dati di attività monitorati, tramite il portale Marno, confermano che l'ASP ha raggiunto un buon livello di efficienza prescrittiva:

☺ **spesa farmaceutica territoriale procapite**(**VGP**)si attesta a quota **225,91** euro (vs 229,80 euro dell'anno 2012). Obiettivo conseguito al 50%

Anche ai fini della verifica VGP il confronto del dato 2013 con il posizionamento registrato dall'Asp nel 2010 rivela un netto miglioramento dell'indicatore e l'esito **positivo** della verifica (dato 2010: 287,60).

Sulla spesa territoriale pro-capite l'Azienda ha raggiunto al 50 % l'obiettivo fissato dalla Regione con la DGR n.298/12 per l'anno 2012 e confermato con DGR n.337/13 per l'anno 2013 (< 250 euro procapite) in quanto ha sostenuto nell'anno in questione una spesa di 225,91 euro pro capite migliorando la performance rispetto al risultato dell'anno 2012 (229,80 euro: anno 2012).

TAB. 3.1.2 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite - (Importi)

Descrizione voce	ex ASL 1	ex ASL 2	ex ASL 3	ASP
FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Netto + Ticket)	14.363.312,91	31.244.459,78	11.449.239,77	**57.057.012,46**
DISPENSAZIONE PER CONTO - (DPC)	3.049.674,30	6.706.672,39	2.327.094,07	**12.083.440,76**
DISTRIBUZIONE DIRETTA - (FARMACI di fascia A)	2.269.636,76	3.438.761,47	1.411.653,56	**7.120.051,79**
FILE F - Infraregionale - (FARMACI di fascia A)	2.098.053,49	2.996.659,27	1.244.960,28	**6.339.673,04**
Popolazione Pesata - (Rapportata al periodo di rif.)	89.252	202.470	73.905	**365.628**
RISULTATO MONITORATO	**244,03**	**219,23**	**222,35**	**225,91**

Ancora soddisfacenti nel 2013 i livelli di consumo di particolari classi di farmaci **"off patent"** non coperti da brevetto (antipertensivi e calcio antagonisti) sul totale:

☺ **% di derivati diidropiridinici**: **92,57%** vs 92,36% anno 2012, obiettivo conseguito al 100%;

☺ **% di ACE-Inibitori associati (off patent)-C09BA**: 86,36% vs 87,19% anno 2012,obiettivo conseguito al 100%;

Sostanzialmente stabili e certamente migliorabili attraverso l'attuazione di efficaci e tempestive misure correttive i consumi di:

☹ **sartani "off patent" associati – C09CA** (15,98% vs 15,99% anno 2012),obiettivo conseguito al 50%;

☹ **sartani "off patent" non associati - C09DA** (17,80% vs 18,00% anno 2012), obiettivo conseguito al 50%

I dati relativi al consumo di sartani rivelano abbastanza chiaramente una sorta di resistenza della classe medica a prescrivere i farmaci senza copertura brevettuale(off patent), forse perché ritenuti a torto superati dai farmaci "più giovani" (più giovani, perché certamente non sono "più nuovi"!). I report relativi a tali classi di farmaci, infatti, evidenziano un aumento del consumo di quelli con brevetto, soprattutto i blockbuster nel sottogruppo terapeutico di appartenenza, quando in realtà era attesa una inversione di tendenza proprio in risposta alle azioni, alle varie note e raccomandazioni emanate dalla Direzione Strategica,dalla UOC Farmaceutica Territoriale e dalle Direzioni di Distretto ed inviate a tutti i medici prescrittori.

Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie

Ottimizzazione delle giacenze di magazzino(Bilancio di esercizio 2013): Risultato conseguito: 4,33 pari al 0% (< 20) è così determinato: Differenza valore riportato nella voce BI1 rimanenze materiale sanitario nel mod. SP dell'anno e il valore riportato alla stessa voce del mod. SP di due anni precedenti (**311.323** (7.488.145-7.176.822)- **7.176.822**) = **4,33%.**

Investimenti ex art.20: n.6/6 interventi APQ definitivamente aggiudicati. Lo stato di avanzamento delle procedure è riportato nell'**allegato 8.**

Area di risultato: CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

Revisione contabile: Certificazione del bilancio

Nel 2010 l'Ente certificatore non è stato in grado di esprimere un giudizio sul bilancio per le limitazioni riscontrate; nel 2011 non è stato rinnovato il contratto con l'Ente certificatore. Il processo di certificazione per l'anno 2012 il processo di certificazione è concluso ma gli esiti non sono stati ancora formalizzati.Per il 2013 il processo di certificazione è in fase di conclusione.

Utilizzo dei flussi informativi

Flussi gruppi A e B: per entrambi gli indicatori di risultato per il 2013 i dati risultano inviati in maniera completa e tempestiva. Infatti, a fronte di espressa richiesta, nessuna negatività è stata segnalata dalla responsabile dei flussi informativi .

Controllo cartelle cliniche

Nel sono state controllate 1.876 cartelle cliniche di dimissione su 16.603 dimessi dai PP.OO. dell'ASP **(11,29%)** a fronte del 10,68% di cartelle controllate nel 2012. L'obiettivo è conseguito al 100%. La relazione sui controlli effettuati nel 2013 è stata trasmessa in Regione entro il 15.5.2014.

Risk management

Il Piano di R.M. 2013 è stato approvato e trasmesso in Regione il 27.03.2013. La relazione di attuazione del piano nell'anno 2013 è stata trasmessa il 26 febbraio 2014, entro il termine previsto.

Valutazione strategie di controllo del dolore: consumo di farmaci oppioidi (VGP)

L'indicatore prende in considerazione i farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali sia in regime convenzionale che in regime distribuzione diretta e misura ed è un indice segnaletico del grado di presa in carico dei pazienti con dolore severo che comporta uso di oppioidi maggiori.

Il dato registrato nel 2013 (0,58 DDD x mille residenti) è ben lontano non soltanto dall'obiettivo assegnato (>1,6 DDD) ma anche da quello registrato nell'ASP nel 2010 (0,43 DDD x mille res.),tendenzialmente stabile rispetto a quello registrato nel 2012 (0,57 DDD).

Il **consumo medio nazionale pro-capite**degli oppioidi forti (incrementato nel 2011 di circa il 30% sul 2010) è pari a 1,17 euro, con Val D'Aosta (1,66), Friuli Venezia Giulia (1,89) e Liguria (1,73) con valori superiori, e al di sotto Lazio (0,89 euro), Campania (0,73), **Basilicata (0,73)** e Calabria (0,75). Lo stesso vale per il consumo di **oppioidi deboli**: il valore medio a livello nazionale è di 0,78 euro pro-capite, mentre a livello regionale l'aumento maggiore è nelle regioni centro-settentrionali, con la Toscana in testa (1,74).I più prescritti e utilizzati rimangono però gli analgesici non oppiodi, con 9,10 euro di consumo pro-capite e valori massimi in Sardegna (12,19) e Sicilia (11,28) (Fonte: Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38/2010" del Ministero della Salute).

I dati aggiornati al 2012 confermano una sensibile crescita percentuale dell'utilizzo degli oppioidi forti in Italia, superiore rispetto all'Europa, ma globalmente in un mercato comunque ancora piccolo; l'aumento delle terapie orali versus quelle transdermiche, sembra rappresentareun criterio di maggior appropriatezza rispetto alle linee guida ancor valide dell'Oms, come pure l'aumento dei farmaci per il trattamento del dolore episodico intenso. I consumi si sono rilevati essere mediamente uniformi nelle diverse regioni italiane, ma i farmaci antinfiammatori sono ancora oltremodo prescritti, molto di più rispetto alla media europea. La prescrizione di oppioidi forti a rilascio controllato selezionati (brands principali), ha visto una crescita percentuale del 32% nella media nazionale (giugno 2012-giugno 2011 anno mobile), andando dai minimi di Abruzzo (+12%) e Liguria (+22%), fino a regioni finalmente più "virtuose" come Campania (+37%), pur caratterizzata da uno dei consumi pro capite di oppioidi fra i più bassi in Italia, o, ancor più, Valle d'Aosta (+47%).

ALLEGATI: Per favorire un'analisi più approfondita dell'andamento della **spesa farmaceutica territoria**le nelle sue diverse componenti e dei consumi delle più significative sono statielaborati e allegati alla presente relazione i seguenti report:

- ☞ **Allegato 6** Report di monitoraggio Spesa Farmaceutica Territoriale Gennaio-Dicembre 2013 vs 2012.
- ☞ **Allegato 7**Report di verifica degli indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed efficacia dell'assistenza territoriale (classi di farmaci più significative) 2013.

Area di risultato: OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

Soddisfazione degli utenti

Produzione della relazione sulla Customer satisfaction:

L'indagine sulla soddisfazione degli utenti nell'anno 2013 è stata realizzata sull' **assistenza ambulatoriale specialistica** della ASP. Il Report finale dell'indagine è stato inviato al Dipartimento Regionale il 7/02/2014.

FINALITA'	Rilevazione e valutazione della qualità percepita nel servizio di assistenza specialistica ambulatoriale ; rendere concreto il diritto di partecipazione degli utenti e promuovere nei servizi sanitari il valore dell'ascolto e dell'adeguamento dei servizi ; migliorare i servizi con azioni correttive in base a quanto emerge dall'indagine.
SERVIZI INTERESSATI	L'indagine interesserà i Poliambulatori di **Rionero, Rotonda e Madre Teresa di Calcutta di Potenza.**
AREA E FATTORI INDAGATI	Oggetto dell'indagine è la valutazione degli utenti rispetto ad alcuni fattori di qualità riguardanti i seguenti aspetti : tempi di attesa , accessibilità , relazioni con gli operatori dei vari punti di contatto (prenotazione, ticket, visita), comfort e igiene della sala di attesa e dell'ambulatorio, professionalità degli operatori sanitari; riservatezza , informazioni ricevute , aspettative e suggerimenti per migliorare il servizio.
STRUMENTO DI RILEVAZIONE	Questionario a domande chiuse che utilizza prevalentemente una scala di valutazione a cinque (ottimo-insufficiente-sufficiente -buono-ottimo)
MODALITA' DI RILEVAZIONE	Intervista telefonica condotta direttamente da personale dell'URP o collaborazioni individuate nei vari ambiti; il personale individuato sarà formato al fine di uniformare le modalità dell'intervista .
CAMPIONE	Per problemi di organizzazione ed economicità per l'indagine si utilizzerà un campione determinato sul numero delle prime visite e controlli rilevato nell'anno 2012 (pari a 45.162 prestazioni) e rappresentativo delle singole specialità presenti nei Poliambulatori oggetto dell'indagine. Non saranno presi in considerazione le attività tipicamente strumentali (Radiologia e Laboratorio analisi) e quelle della Riabilitazione-fisioterapia , del consultorio familiare e della Psichiatria. Approssimativamente il campione da intervistare sarà di 381 utenti , calcolato a un livello di confidenza del 95% e un intervallo di confidenza del 5% , con opportune correzioni tecniche in corso d'opera.
ORGANIZZAZIONE	L'indagine sarà comunicata ufficialmente al Direttore del Distretto di competenza e sarà presentata attraverso un incontro organizzativo dal Responsabile dell'URP ; nel periodo scelto sarà richiesta agli utenti che si recheranno presso l'ambulatorio la disponibilità ad aderire all'indagine telefonica con la sottoscrizione del modello per l'acquisizione del consenso ; nel mese successivo gli operatori dell'URP e/o altri collaboratori , provvederanno ad effettuare le interviste telefoniche. Dopo la validazione dei questionari compilati (da intendere validi quelli che hanno almeno l'80% delle risposte date) si procederà all'immissione dei dati utilizzando un programma informatico messo a punto dall'Area di Staff.
COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI	Il Report finale sarà trasmesso alla Direzione Aziendale ed alla Direzione dei Servizi oggetto di indagine che avrà il compito di attivare , ove necessario, un piano di miglioramento in base a quanto emerge dall'indagine ; inoltre potranno essere organizzati riunioni con gli operatori dei servizi interessati, con le associazioni di tutela e di volontariato; pubblicazione sul sito Aziendale; presentazione nelle Conferenze dei Servizi.
CRONOPROGRAMMA	Settembre : informazione al Distretto e al personale dei Poliambulatori per istruzione sull' acquisizione del consenso da parte degli utenti; 24 Settembre- 26 Ottobre :acquisizione del consenso; 1 Ottobre- 20 Novembre : interviste telefoniche;

	20 Novembre -15 Dicembre: validazione questionari ed inserimento dati; Gennaio 2014: elaborazione dati produzione Report e diffusione dei risultati.

Il cronoprogramma è stato rispettato e di seguito si riportano le conclusioni dell'indagine:

Gli utenti intervistati danno una valutazione complessiva del servizio che si attesta sul valore 4 (buono); tale valore ,a parte qualche lieve differenza, è confermato anche nelle tre strutture.All'interno di questo giudizio nettamente positivo si rileva la seguente differenziazione di giudizi:

- un giudizio nettamente positivo, superiore anche al valore 4 della valutazione complessiva, per quanto riguarda la visita specialistica vera e propria (professionalità del medico e dell'infermiere, cortesia e gentilezza del personale, informazioni ricevute e rispetto della privacy);
- un giudizio ancora positivo che si attesta sul valore 4 (Buono) sulla pulizia e igiene dell'Ambulatorio dedicato alla visite e sulla cortesia del personale addetto alle prenotazioni ;
- un giudizio fra il Sufficiente e Buono (fra 3 e 4) sugli aspetti che riguardano la pulizia dei servizi igienici, il comfort della sala di attesa, la segnaletica interna, cortesia del personale addetto al ticket , ecc)
- un giudizio fra l'insufficiente e il sufficiente (2,4) sulla disponibilità dei parcheggi , aspetto questo fra i più critici;
- il tempo dedicato alla vista da parte del medico, viene considerato più che adeguato (2,2);
- il tempo di attesa per il pagamento del ticket , viene considerato adeguato (2,);
- il tempo trascorso fra prenotazione e visita , anche se molto vicino ad un giudizio di adeguatezza (1,9), rappresenta comunque un aspetto da monitorare costantemente .

Tale quadro generale , presenta sicuramente alcune differenzazioni nei vari Poliambulatori interessati dall'indagine.

In conclusione e tenuto conto dei dati sopra riportati, si può senza dubbio affermare che gli utenti dei Servizi dell'Assistenza Specialistica della nostra ASP , esprimono una valutazione sicuramente positiva del servizio soprattutto per quanto riguarda gli aspetti tecnico – professionali, quelli relazionali e anche igienico-sanitari; alcuni giudizi di criticità si evidenziano nell' accesso alla struttura (parcheggi) e sui tempi di attesa fra prenotazione e data della visita.

Produzione del bilancio sociale

La finalità del documento è quella di rendicontare,con un linguaggio semplice e chiaro, l'attività dei servizi della ASP. Per la predisposizione del Bilancio Sociale 2013 sono stati coinvolti i responsabili delle varie aree dei servizi ; il documento approvato dalla Direzione Strategica è stato trasmesso al Dipartimento Salute il 26 febbraio 2014.

Liste di attesa

Miglioramento dei tempi di attesa (VGP): tenuto conto che la lista di attesa si deve attestare con valori per visite di 30 giorni ed esami strumentali di 60 giorni e che le liste critiche prese in considerazione dalla Regione risultano complessivamente in numero di 68, le liste che al mese di dicembre 2013 risultavano risolte erano in numero di 53 su 68 liste critiche individuate dalla DGR n.298/2012, pari al **78%.** Il risultato è raggiunto al 50% (> 50 < 80).

I tempi di attesa delle prestazioni vengono monitorati ed aggiornati anche presso la ASP e pubblica sul sito aziendale mensilmente. Vengono rilevate le criticità e proposte soluzioni ai responsabili di struttura.
Vengono inoltre evidenziate e monitorate nel tempo quelle prestazioni chepresentano tempi di attesaal di sopra di quellimassimi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale in materia.
Va chiarito che, ai fini dellaverifica del rispetto deitempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, ed in coerenza con quanto previsto dai Piani Nazionale e Regionale, si considerano esclusivamente le 1^ visite e le 1^ prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le prestazioni, benché prime visite o prime prestazioni diagnostichestrumentali,degliutenti chehanno rifiutato la prima disponibilità fornita dal CUP esercitando la propria libera scelta della strutturaerogatrice.

Il Direttore dell'USIB di Lauria, avendo avuto incarico di monitoraggio Aziendale delle Liste di attesa, ha collaborato con la Direzione Sanitaria ASP al fine della elaborazione di un protocollo di intesa con l'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Carlo per alcuni obiettivi comuni di collaborazione finalizzata all'abbattimento di alcune liste di attesa critiche

Il protocollo è stato siglato l'11/09/2012. Il 18 ottobre si è insediato il Comitato Tecnico Interaziendale per il contenimento dei tempi di attesa.

Considerato che la problematica dei tempi di attesa può essere affrontata solo attraverso un approccio sistemico, il protocollo ha individuato le seguenti azioni:

- Potenziamento dell'offerta di prestazioni
- Governo della domanda
- Sviluppo e integrazione dei sistemi di accesso alle prenotazioni (Call center e centri di prenotazione e cassa aziendale)
- Informazione ai cittadini
- Monitoraggio delle attività e verifica dei risultati

Per controllare la domanda si è intervenuti su **percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche**.
In pratica, è stato avviato **un vero e proprio cambiamento culturale**, che interessa tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti a tutte le strutture erogatrici, oltre che i sistemi di prenotazione CUP. Sono state quindi essere messe in atto misure in grado di garantire la riduzione della domanda inappropriata:
adozione e diffusione di linee guida, in particolare per le prestazioni con maggiori criticità ***(Mammografie, Ecomammarie, RMN, TAC, Ecocardiogramma, visita Cardiologica).***
Le azioni prioritarie finalizzate al governo della domanda possono essere così sintetizzate:

- attivazione di protocolli assistenziali concordati con i prescrittori (medici di assistenza primaria, medici specialisti ospedalieri e territoriali e specialisti convenzionati interni);
- attivazione delle Classi di Priorità per le prestazioni critiche al fine di garantire la diversificazione dell'accesso alle stesse in considerazione della gravità clinica.

In particolare l'ASP, nell'ambito delle azioni previste dal protocollo, è impegnata a :

- avviare percorsi formativi per i MMG e PLS sui meccanismi della domanda e dell'offerta e sugli strumenti di ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- individuare linee guida per una maggiore appropriatezza prescrittiva e conseguente avvio di indagini campionarie sui comportamenti prescrittivi;
- potenziare l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri, ai fini della definizione e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, soprattutto per quelle patologie croniche di più frequente riscontro nella popolazione assistita (quali diabete,ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie croniche ostruttive, asma, forme neurologiche ecc.)
- applicare le linee guida e percorsi condivisi per "**Diabete, Patologie cardiologiche, BPCO, Prescrizioni radiologiche, Scompenso Cardiaco ",** con definizione di procedure semplificate di accesso alle prestazioni ambulatoriali di 2° livello per i pazienti seguiti dai MMG e dagli Specialisti;
- adeguare gli orari dell'attività ambulatoriale che favoriscano l'accesso ai cittadini e in particolare "favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile delle interferenze con le attività lavorative dei genitori" prevedendo una apertura dei servizi in alcuni giorni anche nelle ore pomeridiane;
- sperimentare una modalità di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le aree critiche.

Oltre alle aree di risultato previste dagli obiettivi regionali, in considerazione dell'incidenza dei costi della farmaceutica ospedaliera sul conseguimento del prerequisito relativo al contenimento dei costi di produzione, di seguito, si riportano i risultati conseguiti in questo settore.

- **Area di risultato: FARMACEUTICA OSPEDALIERA**

Premessa

Oltre alle aree di risultato previste dagli obiettivi regionali, in considerazione dell'incidenza della **spesa farmaceutica ospedaliera** sul conseguimento del prerequisito relativo al contenimento dei costi di produzione, di seguito, si riportano i risultati conseguiti in questo settore.

Organizzazione del servizioe monitoraggio della spesa

Il Servizio Farmaceutico Aziendale Articolazione Ospedaliera, nel 2013 ha messo in atto tutte le azioni per la realizzazione degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria fissati con la DRG n. 606/2010 e s.m., con la DRG n. 298/2012 e confermati con la DGR n.337/2013.

Alla U.O.C. di Farmacia Ospedaliera afferiscono sette magazzini di farmacia ospedaliera.Le farmacie ospedaliere e la farmacia distrettuale, afferente, però, alla U.O.C. Farmaceutica Territoriale, utilizzano lo stesso software di gestione magazzino della ditta Intema Sanità di Potenza, sono collegate in rete, per cui è stato possibile creare e viene gestito un **Magazzino FarmaceuticoUnico ASP costituito da Farmaci e Presidi Multistruttura**; la stessa procedura di magazzino, inoltre, è collegata alla banca dati FarmaDati, per l'aggiornamento dei prezzi dei farmaci e per l'inserimento di nuovi farmaci e presidi nel descritto archivio.

La gestionedel Magazzino Farmaceutico Unico ASP determina:

1) **estrapolazione, in maniera uniforme, dei report dei dati di spesa**: per ogni magazzino di farmacia ospedaliera e per il magazzino della farmacia distrettuale, il report dettaglia la spesa dei centri di costo ospedalieri, la spesa dei centri di costo territoriali e la spesa della distribuzione diretta;

2) estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia e per il magazzino della farmacia distrettuale, del report delle valorizzazioni dettagliate delle rimanenzee delreport dei dati riepilogativi delle stesse secondo le voci di Bilancio di cui al Piano dei Conti Aziendale, perché entro il 31.12 di ogni anno, viene effettuata la conta inventariale dei prodotti, confrontando, contemporaneamente, i dati relativi alle quantità realmente in giacenza negli scaffali con i dati registrati in procedura per una verifica della gestione dei magazzini e per una corretta valorizzazione delle rimanenze finali di periodo; i descritti dati, sia in formato cartaceo che in formato elettronico, vengono trasmessi al responsabile della U.O. Economico-Finanziaria ed al Direttore del Controllo di Gestione;

3) alimentazione, in maniera uniforme, del Sistema Informativo Aziendale per una corretta contabilità analitica;

4) produzione, in maniera uniforme, del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto, del flusso informativo dei consumi ospedalieri e del flusso informativo dei dispositivi medici, per la successiva trasmissione telematica dei predetti flussi al Ministero della Salute, tramite il Sistema Informativo Regionale;

5) corretta gestione delle scorte di magazzino, con conseguente riduzione delle stesse e con conseguente riduzione degli scaduti, attraverso l'attivazione dei moduli software della procedura di magazzino " riepilogo giacenze magazzini " (visualizzazione delle scorte di tutti i magazzini di farmacia ospedaliera e del magazzino della farmacia distrettuale) e " scarico per transito " (trasferimenti di farmaci e materiale sanitario da una farmacia ospedaliera ad un'altra ed anche la farmacia distrettuale garantisce, con le farmacie ospedaliere, la rotazione delle scorte e di conseguenza la minimizzazione dei prodotti scaduti);

6) estrapolazione, in maniera uniforme, dello scadenziario con conseguente trasmissione della relativa stampa a tutti i reparti e servizi ospedalieri, al fine di garantire la rotazione delle scorte e la minimizzazione dei farmaci scaduti;

Anche a livello dei reparti ospedalieri si dovrà ottimizzare la gestione del farmaco attraverso la rilevazione informatica degli scaduti ed attraverso la segnalazione alla farmacia ospedaliera delle informazioni relative ai farmaci presenti nell'armadio di reparto con scadenza inferiore a sei mesi e non utilizzati negli ultimi tre mesi per l'eventuale trasferimento degli stessi con validità residua ridotta ad altri utilizzatori; pertanto è stata effettuata l'informatizzazione di tutti i reparti di ciascun ospedale ed è stato effettuato il collegamento informatico reparto-farmacia, al fine di monitorare l'obiettivo regionale riguardante la gestione degli scaduti in tutti i suoi aspetti;

7) rilevazione informatica, a livello dei magazzini di farmacia, della valorizzazione dei farmaci scaduti.

Viene programmata un'attività di approvvigionamento e distribuzione dei magazzini di farmacia che consente una puntuale attività aziendale, nel rispetto dei protocolli terapeutici e nel rispetto dei Prontuari Terapeutici Ospedalieri, impiegati presso gli ospedali e presso tutti i servizi extraospedalieri aziendali e per il servizio di distribuzione diretta dei farmaci dopo dimissione da ricovero ospedaliero o dopo visita specialistica ambulatoriale; è stata istituita la Commissione Terapeutica Ospedaliera Unica per la stesura del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Unico Aziendale (Delib. Direttore Generale n. 871 del 10.10.2011).

Il percorso di monitoraggio del rispetto della Guida all'Uso dei Farmaci dell'Agenzia Italiana del farmaco e delle note AIFA viene effettuato dai farmacisti al momento della spedizione delle ricette della distribuzione diretta.

Con D.G.R. n. 939 del 26.06.06, sempre nell'ambito dei provvedimenti finalizzati alla razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale ed ai sensi della L. 405/2001, viene estesa ai medici specialisti operanti nelle strutture delle Aziende Sanitarie la modalità prescrittiva a carico del SSN e con l'utilizzo del ricettario regionale, allorquando ritenessero di dover completare la dimissione dal ricovero ospedaliero o comunque la visita specialistica con una prescrizione farmaceutica, per farmaci concedibili dal SSN, nel rispetto delle limitazioni di cui alle note AIFA, nonché di tutte le norme generali che regolano la prescrivibilità; pertanto, presso tutte le farmacie interne dei Presidi Ospedalieri sono stati attivati servizi di distribuzione diretta dei farmaci dopo dimissione da ricovero o visita specialistica ed i prodotti farmaceutici distribuiti sono limitati ai farmaci inclusi nel PTO ed appartenenti alle fasce A e H del SSN nelle loro confezioni originali; le ricette sopra citate, dal 17.04.2008, per disposizioni regionali, vengono consegnate alla ditta Marno di Livorno, per l'acquisizione in tempi brevi, di un servizio di rilevazione delle stesse.

Viene trasmesso, mensilmente, un report dei consumi farmaceutici ospedalieri e territoriali che comprende anche la classificazione dei farmaci per codici ATC ai Direttori delle UU.OO. Ospedaliere e Territoriali, ai Direttori di Distretto, ai Dirigenti Medici dei Presidi Ospedalieri ed al Direttore del Controllo di Gestione; viene trasmessa, mensilmente, una relazione riguardante i dati mensili della spesa ospedaliera ed i dati delle ricette relative al I° ciclo di terapia alla Direzione Strategica, ai Dirigenti Medici dei Presidi Ospedalieri, al Direttore del Controllo di Gestione, al Direttore U.O.C. Farmaceutica Territoriale ed al Responsabile U.O. Economico-Patrimoniale.

Spesa farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera aziendale viene estrapolata dalla procedura di magazzino secondo la rilevazione della stessa dal modello CE.

La spesa farmaceutica ospedaliera comprende:

- **spesa della distribuzione diretta***(farmaci con regime di rimborsabilità fascia H, dispensazione di farmaci con regime di rimborsabilità fascia A (Determina AIFA 02 Novembre 2010 – Gazzetta Ufficiale n. 261 del 08 Novembre 2010), dispensazione di farmaci esteri, dispensazione di dispositivi medici, di materiale sanitario vario e di farmaci per l'ospedalizzazione domiciliare, dispensazione di dispositivi medici, di materiale sanitario vario e di farmaci per le strutture residenziali e semiresidenziali, dispensazione di farmaci dopo dimissione da ricovero o visita specialistica)*
- **spesa dei centri di costo ospedalieri;**
- **spesa dei centri di costo territoriali.**

Circa l'80% della spesa farmaceutica ospedaliera totale è spesa farmaceutica territoriale ed il relativo 20% è spesa farmaceutica ospedaliera.

La spesa farmaceutica della farmacia distrettuale comprende:

- **spesa della distribuzione diretta;**

☞ **spesa dei centri di costo territoriali.**

Nelle strutture ospedaliere e nelle strutture extraospedaliere aziendali, non vengono utilizzati **farmaci biosimilari.** Il farmaco biosimilare è una versione "alternativa" di un farmaco biologico già autorizzato per uso clinico (detto "farmaco originatore") al quale sia analogo per caratteristiche fisico-chimiche, efficacia clinica e sicurezza sulla base di studi di confronto.

La biosimilarità è stata introdotta dagli enti regolatori del farmaco per individuare specialità farmaceutiche con bassa probabilità di differenze clinicamente significative rispetto al farmaco originatore ma equivalenti ad esso: l'uguaglianza assoluta è impossibile da ottenere vista la complessità di struttura e di produzione dei farmaci biologici. Pertanto da un farmaco biosimilare bisogna attendersi che non sia inferiore all'originatore ma, allo stesso tempo, che non sia ad esso superiore.

ASP - SPESA FARMACI				***Periodo 01.01.2013-31.12..2013***	
FARMACIE OSPEDALIERIE	**SPESA FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA**		**SPESA FARMACI CENTRI COSTO OSPEDALIERI**	**SPESA FARMACI CENTRI COSTO TERRITORIALI**	**TOTALE**
CHIAROMONTE	*Farmaci di fascia A*	**499.773,86**	**334.773,82**	**74.574,45**	**1.254.564,92**
	Farmaci di fascia H+C	345.442,79			
	Totale	**845.216,65**			
LAGONEGRO	*Farmaci di fascia A*	**520.449,56**	**667.949,11**	**64.232,31**	**1.583.324,80**
	Farmaci di fascia H+C	330.693,82			
	Totale	**851.143,38**			
LAURIA	*Farmaci di fascia A*	**390.200,18**	**129.989,82**	**40.743,06**	**1.145.339,51**
	Farmaci di fascia H+C	584.406,45			
	Totale	**974.606,63**			
MARATEA	*Farmaci di fascia A*	**1.229,96**	**5.355,55**	**252,62**	**7.290,02**
	Farmaci di fascia H+C	451,88			
	Totale	**1.681,84**			
MELFI	*Farmaci di fascia A*	**1.294.170,78**	**857.351,44**	**18.682,56**	**3.543.272,93**
	Farmaci di fascia H+C	1.373.068,15			
	Totale	**2.667.238,93**			
VENOSA	*Farmaci di fascia A*	**975.465,98**	**773.344,88**	**144.596,46**	**3.105.057,62**
	Farmaci di fascia H+C	1.211.650,30			
	Totale	**2.187.116,28**			
VILLA D'AGRI	*Farmaci di fascia A*	**741.988,29**	**465.503,32**	**266.925,47**	**2.217.632,65**
	Farmaci di fascia H+C	743.215,57			

	Totale	**1.485.203,86**			
FARMACIA DISTRETTUALE	*Farmaci di fascia A*	**2.696.773,18**		**236.369,05**	**7.024.182,25**
	Farmaci di fascia H+C	4.091.040,02			
	Totale	**6.787.813,20**			
TOTALE	***Farmaci di fascia A***	**7.120.051,79**	**3.234.267,94**	**846.375,98**	**19.880.664,70**
	Farmaci di fascia H+C	**8.679.968,98**			
	Totale	**15.800.020,77**			

Nella tabella che precede è riportata la spesa farmaci distribuzione diretta totale, la spesa farmaci distribuzione diretta con riferimento ai soli farmaci di classe A e la spesa farmaci distribuzione diretta con riferimento ad altri farmaci di **classe H e C**; **la spesa farmaci distribuzione diretta con riferimento ai soli farmaci di classe A è indispensabile per la determinazione della spesa farmaceutica territoriale pro-capite (DGR N. 298/2012).**

La lista dei medicinali del Prontuario Terapeutico Nazionale è suddivisa in:

☞ **Fascia A**: Comprende i farmaci essenziali e per malattie croniche che vengono rimborsati interamente dal Servizio Sanitario Nazionale, fatta salva la possibilità per le Regioni di introdurre quote di partecipazione alla spesa (ticket);

☞ **Fascia C**: Riguarda tutti i farmaci a completo carico del cittadino;

☞ **Fascia H**: Comprende i farmaci di esclusivo uso ospedaliero, che, quindi, non possono essere venduti ai cittadini dalle Farmacie aperte al pubblico, ma possono essere soltanto utilizzati in Ospedali oppure essere distribuiti dalle Aziende Sanitarie Regionali, ovvero ASL (Aziende Saniarie Locali) e ASO (.

SPESA FARMACI										***Periodo 01.01.2013-31.12.2013***		
FARMACIE OSPED.	**SPESA FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA**			**SPESA FARMACI CENTRI COSTO OSPEDALIERI**			**SPESA FARMACI CENTRI COSTO TERRITORIALI**			**TOTALE**		
	2012	**2013**	**Var. %**	**2012**	**2013**	**Var. %**	**2012**	**2013**	**Var. %**	**2012**	**2013**	**Var. %**
CHIAROMONTE	884.234,15	845.216,65	-4,41	351.839,98	334.773,82	-4,85	70.467,68	74.574,45	5,83	1.306.541,81	1.254.564,92	-3,98
LAGONEGRO	826.704,11	851.143,38	2,96	726.521,53	667.949,11	-8,06	58.980,99	64.232,31	8,90	1.612.206,63	1.583.324,80	-1,79
LAURIA	1.148.214,63	974.606,63	-15,12	100.424,56	129.989,82	29,44	17.548,04	40.743,06	132,18	1.266.187,23	1.145.339,51	-9,54
MARATEA	42.663,18	1.681,84	-96,06	57.135,52	5.355,55	-90,63	61.473,54	252,62	-99,59	161.272,24	7.290,02	-95,48

MELFI	2.026.378,52	2.667.238,93	31,63	738.981,23	857.351,44	16,02	17.141,87	18.682,56	8,99	2.782.501,62	3.543.272,93	27,34
VENOSA	2.271.347,88	2.187.116,28	-3,71	683.670,49	773.344,88	13,12	164.815,16	144.596,46	-12,27	3.119.833,53	3.105.057,62	-0,47
VILLA D'AGRI	1.379.205,52	1.485.203,86	7,69	499.074,90	465.503,32	-6,73	294.024,47	266.925,47	-9,22	2.172.304,89	2.217.632,65	2,09
FARMACIA DISTRETTUALE	6.256.530,68	6.787.813,20	8,49				246.931,60	236.369,05	-4,28	6.503.462,28	7.024.182,25	8,01
TOTALE	14.835.278,67	15.800.020,77	6,50	3.157.648,21	3.234.267,94	2,43	931.383,35	846.375,98	-9,13	18.924.310,23	19.880.664,70	5,05

La spesa farmaceutica ospedaliera dell'anno 2013 è aumentata del **5,05%** rispetto a quella dello stesso periodo del 2012. L'aumento ha interessato la spesa territoriale (farmaci in distribuzione diretta) e la spesa ospedaliera (centri di costo ospedalieri)nei plessi di Melfi e Venosa; la spesa farmaci centri di costo ospedalieri di Lauria comprende anche la spesa farmaci dei centri di costo ospedalieri di Maratea (dal 01.01.2013 la farmacia di Lauria serve anche il plesso ospedaliero di Maratea), per cui la spesa complessiva (Lauria + Maratea) 2013 é diminuita del 14,10% rispetto alla spesa 2012 (spesa 2012 Lauria + Maratea = € 157.560,08, spesa 2013 Lauria + Maratea = € 135.345,37).

Va evidenziato che nel 2013 sono aumentate le giornate di degenza per ricoveri ordinari (+ 813) ed è aumentata la valorizzazione dei DRG (+ 1.674.254,22); la percentuale dei DRG chirurgici è aumentata dal 28,09% al 31,38% (+3,29%).

Consumi di albumina

FARMACIE OSPEDALIERE	CONSUMO ALBUMINA 20%-50ML 2012	CONSUMO ALBUMINA 20%-50ML 2013	VARIAZIONE %	CONSUMO ALBUMINA 5%-250ML 2012	CONSUMO ALBUMINA 5%-250ML 2013	VARIAZIONE %
CHIAROMONTE	107	161	50,47			
LAGONEGRO	1082	1036	-4,25			
LAURIA	35	219	525,71			
MARATEA	14	0	-100,00			
MELFI	2632	1803	-31,50	27	74	174,07

VENOSA	1594	1363	-14,49			
VILLA D'AGRI	1126	1066	-5,33			
FARMACIA DISTRETTUALE	0	0	0			
TOTALE 2013	**6590**	**5648**	**-14,29%**	**27**	**74**	**174,07%**

Il consumo dell'albumina relativo al periodo 01.01.2013 - 31.12.2013 è diminuito del 14,29% rispetto a quello dello stesso periodo del 2012 i cui dati di sintesi sono riportati in accodamento tabella.

Incidenza Farmaci scaduti

FARMACIE OSPEDALIERE	**VALORIZZAZIONE FARMACI SCADUTI** **Periodo di riferimento 01.01.2013- 31.12.2013**	**VALORIZZAZIONE FARMACI SCADUTI** **Periodo di riferimento 01.01.2012- 31.12.2012**
CHIAROMONTE	€ 2.527,27	€ 2.916,03
LAGONEGRO	€ 14.165,87	€ 5.889,55
LAURIA	€ 769,62	€ 352,31
MARATEA	€ 323,49	€ 667,51
MELFI	€ 1.064,14	€ 2.434,35
VENOSA	€ 4.936,52	€ 5.948,27
VILLA D'AGRI	€ 123,42	€ 1.205,12
FARMACIA DISTRETTUALE	€ 8.268,41	€ 25.213,03
TOTALE	**€ 32.178,74**	**€ 44.626,17**

La valorizzazione dei farmaci scaduti relativi al 2012 è dello 0,24% del valore complessivo della spesa dei farmaci 2012 (Valorizzazione Farmaci Scaduti € 44.626,17/ Spesa Farmaci € 18.924.310,23).

La valorizzazione dei farmaci scaduti relativi al periodo gennaio-dicembre 2013 è dello 0,0017% del valore complessivo della spesa dei farmaci periodo gennaio-dicembre 2013 (Valorizzazione Farmaci Scaduti € 32.178,74/ Spesa Farmaci € 19.880.664,70).

Rispetto all'anno 2012 vi è stata una riduzione dei farmaci scaduti del 27,89%.

Spesa per materiali e presidi sanitari

ASP – SPESA PER MATERIALE SANITARIO							*Periodo 01.01.2013-31.12.2013*		
FARMACIE OSPEDALIERIE	SPESA PRESIDI CENTRI COSTO OSPEDALIERI			SPESA PRESIDI CENTRI COSTO TERRITORIALI			TOTALE		
	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %
CHIAROMONTE	616.288,30	666.178,43	8,10	138.663,38	127.741,81	-7,88	754.951,68	793.920,24	5,16
LAGONEGRO	2.177.768,38	2.078.438,11	-4,56	36.797,68	49.478,52	34,46	2.214.566,06	2.127.916,63	-3,91
LAURIA	372.033,22	503.594,73	35,36	77.828,90	147.995,26	90,15	449.862,47	651.589,99	44,84
MARATEA	197.765,98	82.653,76	-58,21	39.674,58	4.800,49	-87,90	237.440,56	87.454,25	-63,17
MELFI	2.111.133,34	2.248.959,39	6,53	160.741,71	220.255,97	37,02	2.271.875,05	2.469.215,36	8,69
VENOSA	1.553.587,62	1.171.602,96	-24,59	703.025,41	633.318,46	-9,92	2.256.613,03	1.804.921,42	-20,02
VILLA D'AGRI	2.782.660,92	2.864.633,24	2,95	597.337,09	548.864,56	-8,11	3.379.998,01	3.413.497,80	0,99
FARMACIA DISTRETTUALE				713.521,52	661.462,36	-7,30	713.521,52	661.462,36	-7,30
TOTALE	9.811.237,76	9.616.060,62	-1,99	2.467.590,27	2.393.917,43	-2,99	12.278.828,38	12.009.978,05	-2,19

La spesa totale materiale sanitario relativo al periodo 01.01.2013 – 31.12.2013 è diminuita del 2,19% rispetto a quella dello stesso periodo del 2012 e si evidenzia una riduzione sia a livello della spesa materiale sanitario dei centri di costo ospedalieri che a livello della spesa materiale sanitario dei centri di costo territoriali.

Incidenza Farmaci scaduti

FARMACIE OSPEDALIERE	VALORIZZAZIONE MATERIALE SANITARIO SCADUTO periodo di riferimento 01.01.2013-31.12.2013	VALORIZZAZIONE MATERIALE SANITARIO SCADUTO periodo di riferimento 01.01.2012-31.12.2012
CHIAROMONTE	€ 2.398,32	€ 1.369,33
LAGONEGRO	€ 527,13	€ 701,24

LAURIA	€ 5.475,25	€ 291,56
MARATEA	€ 315,68	€ 1.090,8
MELFI	€ 146,14	€ 290,01
VENOSA	€ 1.349,38	€ 4.831,35
VILLA D'AGRI	€ 57,74	€ 967,20
FARMACIA DISTRETTUALE	€ 1.752,74	€ 1.224,31
TOTALE	**€ 12.022,38**	**€ 10.765,80**

La valorizzazione del materiale sanitario scaduto del 2012 è dello 0,09% del valore complessivo della spesa dello stesso riferito allo stesso periodo (Valorizzazione Materiale Sanitario Scaduto € 10.765,8/ Spesa Materiale Sanitario € 12.278.828,38).

La valorizzazione del materiale sanitario scaduto relativo nel periodo 01.01.2013 – 31.12.2013 è dello 0,0010% del valore complessivo della spesa dello stesso riferito allo stesso periodo (Valorizzazione Materiale Sanitario Scaduto € 12.022,38/ € 12.009.978,05 Spesa Materiale Sanitario).

Rispetto all'anno 2012 vi è stata un aumento di presidi sanitari scaduti del 11,67%.

Prescrizioni 1° ciclo di terapia alla dimissione

La DGR n.606/2010 (obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria delle AA.SS.LL.) prevedeva che le Aziende Sanitarie ottimizzerassero la procedura per la prescrizione e dispensazione del I° ciclo di terapia alla dimissione dal ricovero ospedaliero e alla visita specialistica, relazionando in termini percentuali sul rapporto numero di prescrizioni/dispensazione su numero dimessi, ritenendo accettabile un valore compreso tra il 15% e il 20%.

La successiva DGR 2022 del 30.11.2010 recante modifiche ed integrazioni alla DGR 606/2010 ha previsto che la distribuzione dei farmaci alla dimissione e alla visita specialistica avvenisse con la stessa gradualità prevista,per il triennio 2011-2013, per l'utilizzo del ricettario rosso: almeno il 50% nel 2011, almeno l'80% nel 2012, almeno il 90% nel 2013.

L'ASP ha recepito l'obiettivo regionale,sin dal 2010, nell'ambito del processo di negoziazione del budget operativo conseguendo, in questo triennio, significativi risultati in ordine all'ottimizzazione della procedura di prescrizione e dispensazione del I° ciclo di terapia alla dimissione dal ricovero ospedaliero e alla visita specialistica come si rileva dal prospetto che segue elaborato per il biennio 2012-2013.

Gli specialisti aziendali per le relative prescrizioni, devono utilizzare il ricettario SSN, devono far riferimento ai principi attivi/specialità contenuti nei rispettivi prontuari aziendali, devono tener conto di quanto stabilito per la farmaceutica territoriale, dal momento che la loro prescrizione stabilisce/suggerisce la terapia per la cura del paziente a livello territoriale.

Prospetto comparativo 2013 vs 2012 - 1° semestre

FARM.OSPED	GENNAIO			FEBBRAIO			MARZO			APRILE			MAGGIO			GIUGNO			TOTALE		
	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %
CHIARO MONTE	60	118	96,67	65	135	107,69	119	160	34,45	121	143	18,18	138	172	24,64	129	153	18,60	632	881	39,40
LAGONE GRO	228	212	-7,02	167	244	46,11	204	272	33,33	182	224	23,08	205	264	28,78	239	211	-14,72	1.225	1427	16,49
LAURIA	97	128	31,96	114	144	26,32	130	154	18,46	94	172	82,98	121	161	33,06	115	128	11,30	671	887	32,19
MARATEA	60	0	-100,00	35	0	-100,00	56	0	-100,00	61	0	-100,0	36	0	-100,0	23	0	-100,0	271	0	-100,00
MELFI	56	127	126,79	71	133	87,32	125	132	5,60	113	129	14,16	150	149	-0,67	154	131	-14,94	674	801	10,04
VEN	131	164	25,19	124	139	12,10	161	107	-33,54	119	131	10,08	121	143	18,18	135	134	-0,74	791	818	3,41
VILLA D'AGRI	310	419	35,16	287	469	63,41	384	485	26,30	366	481	31,42	381	504	32,28	454	446	-1,76	2.182	2804	20,51
TOT	942	1.168	23,99	863	1.264	46,47	1.179	1.310	11,11	1.056	1.280	21,21	1.152	1.393	20,92	1.249	1203	-3,68	6.446	7.618	10,18

Prospetto comparativo 2013 vs 2012 - 2° semestre e riepilogo annuale

FARMACIE OSPED.	LUGLIO			AGOSTO			SETTEMBRE			OTTOBRE			NOVEMBRE			DICEMBRE			TOTALE		
	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %	2012	2013	Var. %
CHIARO MONTE	106	152	43,40	33	92	178,79	109	155	42,20	130	161	23,85	110	165	50,00	46	108	134,78	1.166	1.714	47,00
LAGONE GRO	199	193	-3,02	218	176	-19,27	215	256	19,07	302	313	3,64	234	294	25,64	210	240	14,29	2.603	2.899	11,37
LAURIA	102	160	56,86	71	145	104,23	164	142	- 13,41	136	118	-13,24	136	136	-	128	146	14,06	1.408	1.746	24,01
MARATEA	50	0	-100,00	24	-	-100,00	40	-	- 100,00	11	-	-100,0	10	-	-100,0	-	-	-	406	-	-100,00
MELFI	150	150	-	119	138	15,97	231	161	- 30,30	196	243	23,98	94	262	178,7	72	319	343,06	1.527	2.074	35,82
VENOSA	157	145	-7,64	105	82	-21,90	135	116	- 14,07	130	143	10,00	153	124	-18,95	118	85	-27,97	1.589	1.534	-3,46

VILLA D'AGRI	446	476	6,73	397	353	-11,08	419	399	- 4,77	407	475	16,71	453	414	-8,61	403	510	26,55	4.701	5.431	15,53
TOTALE	1210	1.276	5,45	967	986	1,96	1.313	1.229	- 6,40	1.312	1.453	10,75	1.190	1.395	17,23	977	1.408	44,11	13.400	15.398	14,91

Anche se il numero delle ricette relativo al periodo 01.01.2013-31.12.2013 è aumentato del 14,91% rispetto al numero delle ricette dello stesso periodo del 2012, dalla descrizione di tali dati non si può evincere se il 100% dei pazienti dimessi dall'ospedale è in possesso della ricetta di prescrizione di farmaci alla dimissione, perché per poter calcolare la percentuale dei pazienti con prescrizione e distribuzione di farmaci alla dimissione bisognerebbe incrociare l'archivio del file F prodotto da ogni servizio di farmacia ospedaliero con la banca dati SDO di ciascun ospedale di appartenenza; **dal 01.10.2013 è stata effettuata l'informatizzazione delle due procedure ed i servizi di farmacia ospedalieri provvedono all'evasione delle pratiche con ricetta presenti nella banca dati SDO**.

Il sistema dei controlli interni sulla farmaceutica ospedaliera

In riferimento alla DDG n. 64 del 24.01.2012 (semplificazione amministrativa e controlli interni: misure operative), la scrivente ha provveduto alla ricognizione delle attività amministrative, gestionali e tecniche della U.O.C. Farmacia Ospedaliera ed ha provveduto ad attuare misure operative di uniformità, trasparenza, semplificazione amministrativa e di controllo interno aziendale, emanando relative direttive:

- creazione e gestione di un Magazzino Farmaceutico Unico ASP, costituito da Farmaci e Presidi Multistruttura;

- estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia, dei report dei dati di spesa secondo la rilevazione della stessa dal modello CE (L. 222/07);

- estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia, del report delle valorizzazioni dettagliate delle rimanenze e del report dei dati riepilogativi delle stesse secondo le voci di Bilancio di cui al Piano dei Conti Aziendale;

- estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni unità operativa e per ogni servizio ospedaliero, del report delle valorizzazioni dettagliate delle rimanenze e del report dei dati riepilogativi delle stesse secondo le voci di Bilancio di cui al Piano dei Conti Aziendale;

- estrapolazione, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia, dello scadenziario con conseguente trasmissione della relativa stampa a tutti i reparti e servizi ospedalieri, al fine di garantire la rotazione delle scorte e la minimizzazione dei farmaci scaduti;

- rilevazione informatica, in maniera uniforme, per ogni magazzino di farmacia, della valorizzazione dei farmaci scaduti;

- alimentazione, in maniera uniforme, del Sistema Informativo Aziendale per una corretta contabilità analitica;

- produzione, in maniera uniforme, del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto, del flusso informativo dei consumi ospedalieri e del flusso informativo dei dispositivi medici, per la successiva trasmissione telematica dei predetti flussi al Ministero della Salute, tramite il Sistema Informativo Regionale;

- effettuazione, per ogni servizio di farmacia, del collegamento informatico reparto-farmacia;

- sono state uniformate le procedure amministrative, comprese quelle di liquidazione delle fatture, proprie dei servizi di farmacia ospedaliera aziendali;

- è stato uniformato il processo di gestione dei beni sanitari (protesi e dispositivi medici) in conto deposito;

- è stato uniformato l'erogazione del Servizio Farmaceutico Ospedaliero, predisponendo ed attuando un piano di riorganizzazione della stessa U.O.C. Farmacia Ospedaliera;

- individuazione, per le attività di ogni servizio di farmacia, di un farmacista responsabile.

1. Risorse, Efficienza ed Economicità

6.1 Risorse Umane e professionali

Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2013, è pari a **2.797** unità distinte come segue:

Sintesi dei principali indicatori quali-quantitativi sul personale	
N. Totale Personale	2.797
N. Totale Personale Dirigenza	632
N. Totale Personale Comparto	2.165
N. Totale Personale Dirigenza Donne	223
N. Totale Personale Dirigenza Uomini	409
N. Totale Personale Comparto Donne	1.344
N. Totale Personale Comparto Uomini	821

Nelle tabelle che seguono, si riportano gli indicatori sull'analisi dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo ed analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni del personale in servizio al 31 dicembre 2013.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi

Indicatori	*Valore*
% di dipendenti in possesso di laurea	25%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%

Analisi Benessere organizzativo	
Indicatori	***Valore***
Stipendio medio lordo annuale percepito dai dipendenti	18.470

Analisi di genere	
Indicatori	***Valore***
% di dirigenti donne	35%
% di donne rispetto al totale del personale	56%
% donne laureate rispetto al totale personale femminile	17%

2. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

La Legge 183/2010 stabilisce che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il **"Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"**.

Esso sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Con determinazione n. 10/561 del 23/3/2011 è stato istituito il **Comitato Unico di Garanzia** dell'ASP in base alla normativa vigente. Il Comitato, presieduto dalla Dott.ssa Rosa Colasurdo integrato successivamente con Determinazione Dirigenziale n. 10/173 del 21/9/2011 con i rappresentanti delle OO.SS.

Attività del Comitato: Nel corso del 2013 il **Comitato unico di Garanzia** ha incentrato ancor più la propria attività sul tema delicato e decisivo della discriminazione di genere sia individuale che collettivo, costretto in qualche modo dai casi che la cronaca ha portato alla ribalta.

La discriminazione di genere spesso è solo il primo atto di una serie di violenze che le donne subiscono e che sfociano a volte in fatti di sangue, come insegna la vicenda - la citiamo perché la più orrenda – di Fabiana Luzzi, la ragazzina di Corigliano Calabro barbaramente bruciata viva dal fidanzato-killer.

Del resto i casi di "femminicidio" sono stati tanti nell'anno appena trascorso e con tale frequenza che il Legislatore si sta interrogando sulla possibilità di configurare un reato specifico , quello appunto di femminicidio, per evidenziare una emergenza sociale che si carica di una odiosità particolare anche perché – è sempre la cronaca ad evidenziarlo – quasi sempre ad infliggere violenza e morte alle donne sono gli uomini più vicini, mariti e compagni scelti per una vita comune.

Anche la convenzione di Istanbul , di recente approvata dal Parlamento italiano,evidenzia la gravità della questione chiamando di fatto gli Stati ad una presa di coscienza che la violenza sulle donne non può essere più considerata - gli ultimi casi di donne violentate e bruciate in India insegnano – un fatto privato ma una vera e propria questione sociale che ha a che vedere con lo sviluppo complessivo delle società.

Ed anche sul piano regionale forse è giunto il momento di interrogarsi se non ci sia un collegamento molto stretto tra il processo di valorizzazione delle donne – che segna mestamente il passo in Basilicata –e uno sviluppo economico sempre sistematicamente indietro sui tempi.

Di questo clima generale non può non risentire la stessa attività del CUG . E tuttavia il comitato ha espletato la sua attività al meglio delle sue possibilità.

Nella riunione del 14 febbraio del 2013 il CUG ha invitato la Consigliera regionale di parità, la dott.ssa Anna Maria Fanelli, per discutere della **" carta per le pari opportunità e l'uguaglianza sul lavoro"**; un documento predisposto dal suo ufficio e destinato a tutte le aziende, alle associazioni datoriali e alle organizzazioni sindacali.

L'obiettivo del confronto era un esame comune in funzione anche di proporla per una significativa adesione ai suoi principi alla Direzione della ASP.

I valori espressi nella "Carta" infatti sono ispirati a principi di parità di trattamento nei processi che regolano tutte le fasi della vita professionale: perché le decisioni relative alla valorizzazione sul posto di lavoro all'assunzione, la formazione, la carriera vengano prese unicamente in base alle competenze, all'esperienza e al potenziale professionale delle persone.

La sottoscrizione della "Carta" comporta l'adozione di uno strumento per facilitare la gestione concreta delle politiche in materia coinvolgendo tutti i livelli aziendali, per combattere ogni forma di discriminazione anche implicita di genere, età, disabilità,fede religiosa, oltre che di orientamento sessuale.

La " Carta" suggerisce la valorizzazione delle differenze in chiave non solo etica ma anche lavorativa e produttiva e costituisce sul piano culturale l'orizzonte regolativo per le scelte aziendali.

La presidente del CUG , data l'importanza del tema affrontato , prima di proporre alla direzione aziendale l'adozione della "Carta" ha provveduto, con nota prot n.29809 del 22.2.1013, a trasmetterne copia , via mail, anche ai componenti del CUG assenti alla riunione del 14 febbraio.

Il 25 marzo c.a. il CUG si è nuovamente riunito ed ha disposto all'unanimità di proporre alla Direzione Strategica l'approvazione della "Carta" in questione.

L'Azienda con deliberazione n 209 del 7/4/2013 ha proceduto alla adozione della " Carta per le pari opportunità e l'uguaglianza sul lavoro", dando piena adesione ai principi in essa contenuti.

Tale adesione consentirà un confronto più agevole tra l'Azienda e il CUG su proposte concrete che si andranno ad elaborare, specie per venire incontro alle esigenze delle donne che lavorano di solito oberate anche di carichi familiari .

La questione delle pari opportunità tra uomo e donna è tra le più urgenti nel Mezzogiorno e non investe solo il mondo dei diritti e quella dell'etica ma ha ricadute concrete anche sul piano economico come ormai rilevano tutti i più autorevoli studi in materia.

L'Italia registra un tasso di occupazione femminile del 50%, contro una media europea del 62%. Al Sud la percentuale precipita al 40%, ben 22 punti in meno rispetto alla media europea come rileva per il 2012 la SVIMEZ , il più autorevole istituto di studi sui problemi del Mezzogiorno.

Quindi la prima battaglia va fatta nel mondo della società e della politica (che alle ultime elezioni è stata particolarmente sorda al problema); ma la questione riguarda anche il mondo delle associazioni e il mondo economico, perché immettere nuove forze , specie femminili, nel mondo produttivo, comporta anche ribaltare situazioni di immobilismo sociale ispirate a tradizioni di altri tempi

Quanto avviene nella società si proietta ovviamente anche nelle aziende basti considerare il numero di donne che lavorano, e le posizioni gerarchiche che occupano. Ma soprattutto tocca la quotidianità lavorativa, fatta spesso di tante discriminazioni delle quali non c'è a volte nemmeno la dovuta consapevolezza, tanto è il divario che si respira nell'aria e che deriva dalle condizioni di partenza della società lucana.

Per questo assume rilevanza la "Carta" in questione ed assume valore particolare ed indicativo il fatto che la ASP di Potenza, una delle più grandi aziende della regione, l'abbia assunta e fatta propria da subito, appena proposta dal CUG e dalla Consigliera di Parità.

E' una indicazione di valore strategico ed indica una strada da percorrere che riguarda l'Azienda nel suo complesso, non solo i vertici.

Il lavoro da svolgere non è tanto quello di indicare una serie di punti quasi un elenco della spesa quanto di favorire un clima condiviso a tutti i livelli di pari opportunità tra uomo e donna, di uguaglianza su lavoro, di valorizzazione delle differenze di genere che costituiscono una ricchezza per ciascuno e per tutti e si traducono in benessere generale per ogni ambiente lavorativo.

Nella ASP il primo passaggio – ed è quello che si sta facendo – è favorire una presa di coscienza della questione da parte di tutti i dipendenti attraverso corsi di formazione,convegni, dibattiti che portino alla consapevolezza che anche innovazioni come la flessibilità dell'orario, la conciliazione dei tempi famiglia/lavoro non sono concessioni – non andremmo da nessuna parte col paternalismo – ma bisogni delle donne ed anche necessità aziendali sul piano economico perché comporta una valorizzazione di risorse altrimenti frenate da altre urgenze di cui si deve far carico tutta la società e non le donne soltanto.

L'obiettivo è quello di incoraggiare l'Azienda a definire politiche specifiche come richiede la " Carta", anche attraverso iniziative mirate, che sostengano la valorizzazione del principio delle pari opportunità, rafforzare la scelta aziendale a favore della " Carta" con un richiamo esplicito alla lotta contro tutte le forme di discriminazione sui posti di lavoro.

Il CUG da parte sua provvederà a monitorare l'andamento delle politiche su questo versante recependo all'occasione anche i suggerimenti che potranno derivare dai colleghi a tutti i livelli per rendere effettivi e praticabili i principi espressi dalla Carta e recepiti dall'Azienda.

Il CUG nelle riunioni del 25 marzo e del 17 aprile ha preso in esame, a seguito di esplicita segnalazione, anche un presunto caso di mobbing. Ha esaminato la documentazione relativa, ha ascoltato le parti, ha acquisito i pareri e le ricostruzioni di quanto denunciato provvedendo ad ascoltare alcuni dipendenti in servizio presso la stessa unità operativa della dipendente che ha segnalato il presunto caso di mobbing.

Per favorire la ricomposizione del contrasto che si ripercuote , come sempre accade, anche sul benessere di tutto l'ambiente lavorativo ha ascoltato nuovamente le parti e alla fine con nota prot n.66934 del 7 maggio del 2013 il CUG ha comunicato alla Direzione Strategica di non ravvivare gli estremi per configurare un caso di mobbing ed ha proposto in aggiunta alla Direzione di favorire il dialogo tra le parti ed addivenire al chiarimento di quello che al Comitato è parso un semplice equivoco nel modo di rapportarsi tra colleghi.

Il CUG sempre sul tema delicato e decisivo della discriminazione di genere si è riunito il 3 giugno a Melfi e il 9 settembre a Lagonegro per partecipare al convegno di formazione ed aggiornamento promosso dall'ufficio della Consigliera Regionale di parità su " Discriminazioni di genere individuali e collettive, violenze e molestie sessuali: azioni in giudizio".

La presidente del CUG nel corso di detti convegni ha relazionato in nome e per conto dell'Azienda sulle tematiche affrontate rappresentando lo sforzo aziendale per praticare politiche di parità dopo aver assunto e fatta propria la "Carta" proposta dalla stessa Consigliera di parità.

Il 29 novembre il CUG si è nuovamente riunito per effettuare un bilancio delle attività svolte . per l'occasione ha anche discusso e approvato una proposta operativa a favore delle giovani madri che rientrano dopo il congedo per maternità che con la presente, si trasmette a codesta Direzione Strategica.

Considerata la impossibilità di proporre l'istituzione di un nido aziendale, per le modeste risorse economiche disponibili , il CUG propone per le giovani madri che lavorano in una sede lontana dal luogo di domicilio la possibilità , in via sperimentale, di prestare servizio almeno fino al compimento del primo anno di età del bambino, nella sede più vicina al luogo di domicilio per alleggerire lo stress legato al doppio ruolo di madre e di lavoratrice.

Il 2 Marzo 2012 è stato sottoscritto il "**Protocollo d'intesa per la realizzazione delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"** tra il presidente del CUG/ASP la Consigliera di Parità (Dott.ssa Anna Maria Fanelli) e la Consigliera Provinciale di Parità, Dott.ssa Liliana Guarino.

L'Azienda Sanitaria di Potenza nel 2013:

- ha adottato il **Codice Etico** secondo il testo allegato alla deliberazione del Direttore Generale ASP n. 137 del 6 Marzo 2013, quale parte integrante e sostanziale, corredato dei relativi allegati. Con successivo atto deliberativo - è scritto nella deliberazione dell'ASP - verrà istituito il **Comitato per il Codice Etico** e la nomina dei suoi componenti. E' previsto inoltre nell'anno 2013 lo sviluppo di un percorso formativo volto alla definizione dal basso di una Carta Etica Aziendale che sia predisposta dagli stessi operatori impegnati nei servizi

- ha adottato la **Carta per le pari opportunità e l'uguaglianza sul lavoro**(Deliberazione n. 209 del 7/4/2013)**.** Intende contribuire alla lotta contro tutte le forme di discriminazione sul luogo di lavoro - genere, età, disabilità, etnia, fede religiosa, orientamento sessuale - impegnandosi al contempo a valorizzare le diversità all'interno dell'organizzazione, con particolare riguardo alle pari opportunità tra uomo e donna. la gestione economico finanziaria dell'azienda sanitaria locale di potenza anno 2013

SINTESI DEL BILANCIO E RELAZIONE SUL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ECONOMICO- FINANZIARI

CONFRONTO CE PREVENTIVO/CONSUNTIVO E RELAZIONE SUGLI SCOSTAMENTI

I1 risultato di esercizio derivante dalla redazione in sede consuntiva del conto economico evidenzia un risultato positivo rispetto a quello desumibile dalla programmazione in sede di formazione del bilancio economico preventivo con una utile di esercizio(279.000 euro) rispetto al previsto pareggio.

Il risultato positivo è il frutto di azioni sinergiche poste in essere dalla Direzione Aziendale dirette alla razionalizzazione e riduzione dei costi.

Voci CE		consuntivo 2011	consuntivo 2012	preventivo 2013	consuntivo 2013
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	657.256	661.414	655.081	668.400
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	659.320	646.437	642.978	655.231
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	29	-21	-76	-131
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-5.659	-7.511	0	-1.606
YZ9999	Totale imposte e tasse	11.789	11.157	12.027	11.153
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-19.483	-3.712	0	279

Lo scostamento dei risultati indicati nel bilancio di esercizio 2013, rispetto al consuntivo dell'anno precedente trova giustificazione in un insieme di fattori che hanno caratterizzato l'esercizio.Tale risultato è dovuto prevalentemente all'attuazione di misure di contenimento dei costi regionali ed aziendali.

Misure regionali:

- DGR n. 1049 del 23/06/2010 ad oggetto: Misure di razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale -;
- DGR n. 1050 del 23/06/2010 ad oggetto: Misure di razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in convenzione con il SSR -;
- DGR n. 1051 del 23/06/2010 ad oggetto: Assistenza Farmaceutica – direttiva vincolante -;
- DGR n. 1052 del 23/06/2010 e n. 1356/2010 ad oggetto: Prestazioni di assistenza protesica – assistenza sanitaria integrativa regionale – direttiva vincolante – e integrazioni;
- DGR n. 2022 del 30/11/2010 di obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria - anni 2010-2011 - che stabilisce una serie di misure-obiettivi che hanno prodotto, anch'essi, il contenimento dei costi.

Misure aziendali di riduzione dei costi :

- prestazioni di assistenza protesica - protesi e ausili per incontinenti;
- appropriatezza nelle prescrizioni farmaceutiche.
- la formazione e aggiornamento del personale.
- mobilità infraregionale ospedaliera, specialistica e file F.
- inappropriatezza delle prestazioni ospedaliere pubbliche e private.
- accorpamento di alcuni punti di guardia medica
- appropriatezza in materia di prestazioni riabilitative,

- tariffe prestazioni specialistiche ed ambulatoriali,
- personale dipendente: prestazioni aggiuntive e compensi partecipazione a commissioni e gare,
- integrazione emergenza urgenza e continuità assistenziale,
- acquisti di beni e servizi,
- prescrizioni mediche.

CODICE	VOCE MODELLO CE	CE CONSUNTIVO 2012	CE PREVENTIVO 2013	CE CONSUNTIVO 2013	diff 2013-2012
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	620.585	611.902	622.318	1.733
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0	-727	-727
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	172	0	1.336	1.164
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	25.251	27.928	33.218	7.967
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.800	3.033	2.574	-1.226
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.371	5.500	4.681	-690
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	5.714	6.500	4.671	-1.043
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni				0
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	521	218	329	-192
AZ9999	**Totale valore della produzione (A)**	**661.414**	**655.081**	**668.400**	**6.986**
BA0010	B.1) Acquisti di beni	50.200	53.057	52.671	2.471
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	427.372	425.104	434.147	6.775
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	10.746	10.240	10.642	-104
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	3.029	2.805	2.476	-553
BA2080	Totale Costo del personale	139.304	140.046	138.931	-373
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	110.516	110.280	109.350	-1.166
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	635	676	654	19
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	18.419	19.166	18.686	267
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	9.734	9.924	10.241	507
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.823	1.372	2.895	72
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	233	280	243	10
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	8.092	7.252	5.862	-2.230
BA2590	B.12) Ammortamento dei fabbricati	1.742	2.300	2.326	584
BA2620	B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	6.350	4.952	3.536	-2.814
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	51	51
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	43	0	-198	-241
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	4.595	2.822	7.511	2.916
BZ9999	**Totale costi della produzione (B)**	**646.437**	**642.978**	**655.231**	**8.794**
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-21	-76	-131	-110
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-7.511	0	-1.606	5.905
YZ9999	Totale imposte e tasse	11.157	12.027	11.153	-4
ZZ9999	**RISULTATO DI ESERCIZIO**	**-3.712**	**0**	**279**	**3.991**

Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2013 è pari a 668.400 milioni di euro, aumenta di euro +6.986 milioni (+1,06%) rispetto al consuntivo dell'anno precedente e di euro +13.319 milioni(+2,03 %) rispetto al preventivo 2013.

L'incremento si registra prevalentemente nei contributi vincolati di esercizi precedenti, nei ricavi derivanti da prestazioni sanitarie e dai contributi in conto esercizio. Tale aumento del valore della produzione non si correla con una diminuzione dei costi della produzione. Infatti i costi della produzione nell'anno 2013 ammontano ad 655.231milioni di euro e risultano in aumento rispetto al consuntivo dell'anno precedente di 8.794 milioni di euro (+1,36%) e del 1,91 % rispetto al preventivo.

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI PER LIVELLI DI ASSISTENZA ANNO 2013

Codice	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale professionale	Personale tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/Insussistenze	Altri costi	Totale
10100	Igiene e sanità pubblica	33	24	0	67	293	6.674	13	285	156	346	71	436	8.398
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	13	20	0	0	134	1.320	6	252	138	68	50	97	2.098
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	0	18	8	72	78	613	41	271	149	32	8	51	1.341
10400	Sanità pubblica veterinaria	114	27	280	340	200	7.406	24	538	294	384	65	156	9.828
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	2.674	23	401	2	31	2.414	20	567	310	125	7	15	6.589
10600	Servizio medico legale	0	25	0	21	9	522	7	311	171	27	0	11	1.104
19999	**Totale**	**2.834**	**137**	**689**	**502**	**745**	**18.949**	**111**	**2.224**	**1.218**	**982**	**201**	**766**	**29.358**
20100	Guardia medica	132	67	18.726	86	1.089	91	5	80	44	4	5	649	20.978
20201	-- Medicina generica	0	35	25.260	69	56	561	10	183	100	29	11	391	26.705
20202	--Pediatria di libera scelta	0	20	5.046	8	39	151	2	37	20	8	10	262	5.603
20300	Emergenza sanitaria territoriale	379	273	4.554	118	831	4.607	2	597	327	239	11	235	12.173
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	0	10	53.582	3	545	1.048	12	538	294	54	0	405	56.491
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	28.331	23	13.100	426	0	0	0	0	0	0	5	161	42.046
20500	Assistenza Integrativa	0	0	10.087	69	409	440	8	35	19	23	18	39	11.147
20601	--Attività clinica	5.291	596	28.570	1.583	1.224	10.096	22	1.306	716	524	233	1.047	51.208
20602	--Attività di laboratorio	460	409	24.541	170	1.231	4.412	15	2.612	1.431	229	83	1.090	36.683
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	589	302	2.845	547	200	2.914	3	406	223	151	56	455	8.691
20700	Assistenza Protesica	0	16	8.015	71	391	229	5	25	14	12	852	15	9.645
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	1.467	616	4.253	5	849	1.129	8	282	154	59	146	90	9.058
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	4	50	0	54	215	526	0	64	35	27	6	44	1.025
20803	--Assistenza psichiatrica	342	48	0	54	591	738	7	307	169	38	33	93	2.420
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	26	17	10.740	52	766	325	5	306	168	17	5	88	12.515
20805	--Assistenza ai	215	60	540	800	870	422	5	104	57	22	3	77	3.175

	tossicodipendenti													
20806	--Assistenza agli anziani	0	0	0	0	0	0	0	94	52	0	0	0	146
20807	--Assistenza ai malati terminali	0	0	66	1.175	0	0	0	0	0	0	0	0	1.241
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20901	--Assistenza psichiatrica	0	50	684	135	79	523	34	516	283	27	2	52	2.385
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	0	24	3.214	125	112	324	6	321	176	17	2	26	4.347
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	0	31	0	521	61	8	215	0	0	1	34	30	901
20904	--Assistenza agli anziani	0	13	0	33	23	213	0	98	54	11	1	4	450
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	7	0	15	33	104	0	12	6	5	0	9	191
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	6	0	23	197	343	11	133	73	18	1	2	807
21001	--Assistenza psichiatrica	0	17	6.990	125	351	4.009	5	1.224	671	208	13	471	14.084
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	2	8	24.809	65	101	986	4	119	65	51	9	1.275	27.494
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	0	12	1.652	213	128	1.116	4	71	39	58	3	284	3.580
21004	--Assistenza agli anziani	0	9	1.076	385	145	450	0	20	12	23	20	97	2.237
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	6	0	105	33	300	0	10	5	16	11	71	557
21006	--Assistenza ai malati terminali	45	5	1.239	78	70	541	0	11	6	28	7	50	2.080
21100	Assistenza Idrotermale	0	13	2.517	115	0	121	0	0	0	7	17	35	2.825
29999	**Totale**	**37.283**	**2.743**	**253.106**	**7.228**	**10.639**	**36.727**	**388**	**9.511**	**5.213**	**1.906**	**1.597**	**6.547**	**372.888**
30100	Attività di pronto soccorso	691	121	0	22	1.573	6.231	32	552	303	324	95	256	10.200
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	3.496	255	20.318	1243	4.399	13.150	62	1.788	980	683	245	393	47.012
30202	--in degenza ordinaria	3.643	160	129.853	1105	8.682	39.846	99	5.926	3.247	2.069	323	876	195.829
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	456	67	7.276	41	28	1.212	0	0	0	63	6	111	9.260
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	202	71	352	98	305	1.518	12	101	55	78	58	235	3.085
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	309	5	61	0	0	0	0	0	0	0	12	32	419
30700	Trapianto organi e tessuti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39	39
39999	**Totale**	**8.797**	**679**	**157.860**	**2.509**	**14.987**	**61.957**	**205**	**8.367**	**4.585**	**3.217**	**744**	**1.942**	**265.849**
49999	**TOTALE**	**48.914**	**3.559**	**411.655**	**10.239**	**26.371**	**117.633**	**704**	**20.102**	**11.016**	**6.105**	**2.542**	**9.255**	**668.095**

Fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio:

a) La Regione Basilicata con DGR n.414 dell'8.04.2013 ha approvato il riparto definitivo delle disponibilità finanziarie, di parte corrente a destinazione indistinta, vincolata e finalizzate, per il servizio sanitario regionale . Anno 2013.
Impegnando i Direttori Generali a registrare nel bilancio di esercizio 2013:
le assegnazioni a titolo di contributo regionale riportate nell'allegato 1) del provvedimento e le poste economiche di costo e ricavo oggetto di compensazione unica regionale per le attività a valenza infraregionale ed interregionale riportate, anch'esse, nell'allegato 1).
b)L'U.O. attività legali a seguito degli indirizzi regionali di cui alla DGR n.983 del 24.7.12 ed in ottemperanza a quanto disposto dalla Regione con la nota del 19 marzo 2014, avente nr Prot. 46152/ha trasmesso la determinazione dei fondi per il contenzioso e l' autoassicurazione con nota prot. n. 56992/2 del 15/04/2014, le cui risultanze hanno definito gli accantonamenti per il bilancio di esercizio 2013.
c) In data 12/03/2014 sono stati incassati dalla regione €. 5.000.000,00 a valere sui crediti che la ASP vanta nei confronti delle Gestioni Liquidatorie.
d) Non risulta modificata la normativa di riferimento per la redazione del bilancio di esercizio 2013. L'azienda nel bilancio di esercizio 2013 ha rettificato la rideterminazione degli ammortamenti e degli utilizzi per l'applicazione delle nuove aliquote del D.L.vo n. 118/2011, ed ha ridefinito altre poste di bilancio sempre in applicazione della stessa normativa. Il fondo ferie maturate e non godute è stato costituito sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute con nota protocollo 9355-P del 03/04/2014 assunta al prot. della Regione al n. 58882/130D del 09/04/2014.

Proposta di copertura perdita /destinazione dell'utile:

Il risultato economico di esercizio 2013 è rappresentato da una risultato positivo di esercizio paria €. 278.567,81 e deriva dai fatti e dalle circostanze meglio dettagliati nella presente relazione.
Ai sensi degli art.31 L.R.n.34/95 e s.m.i. e l'art.34 L.R.n.1/2004, tale risultato è accantonato a Patrimonio Netto.
La Regione Basilicata con la DGR 414/2014 di riparto definitivo anno 2013 ha stabilito che: I risultati economici positivi di gestione aziendali rilevati per l'anno 2013 costituiscono disponibilità ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs n. 118/2011 e che tali disponibilità, unitamente alle ulteriori risorse finanziarie non assegnate con la DGR n. 1606/12 sono finalizzate al riequilibrio economico delle aziende sanitarie per l'esercizio 2013.
Quest'azienda, quindi, resta in attesa delle disposizioni regionali per la definizione della destinazione dell'utile di esercizio.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Marra