



REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA USL N° 5
MONTALBANO JONICO (MT)

***DOCUMENTO ANNUALE
DI DIRETTIVE***

Anno 2007



1. PREMESSA

Con la revisione dell'Atto Aziendale, approvato con la Delibera n. 86 del 10 Febbraio 2005, tra l'altro, è stato definito il processo di Programmazione e Controllo aziendale quale strumento di governo ed, allo stesso tempo, è stato regolamentato il processo di responsabilizzazione e valutazione dei dirigenti circa il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

In particolare, al punto 6.3 dell'Atto Aziendale viene stabilito che la Direzione Strategica, supportata dal Collegio di Direzione, elabora, annualmente, le principali linee strategiche da attuare nell'anno successivo, sulla base della programmazione regionale e locale, ed indica la previsione dei fondi a disposizione per l'esercizio di competenza, nonché i progetti da attuare.

Il documento di direttive individua, quindi, l'ambito per la programmazione e l'assegnazione annuale degli obiettivi di attività e le relative risorse, rispetto a quelli di medio lungo termine previsti dalle normative nazionali e regionali in materia di programmazione e dagli atti di programmazione e riorganizzazione aziendale approvati dalla Giunta regionale che rappresentano il punto di partenza per il processo di budgeting così come previsto nel punto 7 dell'Atto Aziendale.

2. IL CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE

Il Documento Annuale di Direttive (DAD) per l'anno 2007 si inserisce in un quadro normativo ben definito rispetto agli anni precedenti sia per quanto concerne le risorse economiche che per gli obiettivi di salute che le Regioni dovranno perseguire nel triennio 2007-2009.

In tal senso il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008¹, il nuovo Patto per la Salute e le disposizioni in materia sanitaria della manovra finanziaria per l'anno 2007, in corso definizione, costituiscono tappe fondamentali per il consolidamento e l'evoluzione del processo di autogoverno responsabile delle Regioni in materia sanitaria, strutturato con l'Accordo dell'8 agosto 2001 della Conferenza Stato-Regioni (G.U. 6.9.2001, n. 207) e declinato con l'Accordo del 16 dicembre 2004 e con l'Intesa del 23 marzo 2005

In particolare, relativamente alle risorse, il Patto per la Salute tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha definito, per la prima volta per il triennio 2007-2009, il finanziamento del SSN, che risulta pari a 96 miliardi di euro per l'anno 2007, a 99,042 miliardi di euro per l'anno 2008 e a 102,345 miliardi di euro per l'anno 2009.

In sede di riparto del FSN per l'anno 2007, il fabbisogno sanitario per la Regione Basilicata è stato determinato in 966.500,00 milioni di euro.

Conoscere per tempo le assegnazioni per l'anno 2007 rappresenta per le Aziende Sanitarie assume una rilevanza importante sotto il profilo gestionale, in quanto consente alle stesse una reale programmazione delle attività sanitarie per un puntuale ed efficace raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Per quanto riguarda invece gli obiettivi di salute permane quanto stabilito dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 circa l'impegno delle regioni a rispettare l'obbligo di garantire in sede di programmazione regionale, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, sia in sede di bilancio preventivo annuale che di bilancio consuntivo.

In linea con tali indirizzi la Regione Basilicata ha portato a termine nel mese di Maggio 2006 la concertazione con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e Ospedaliere della Regione per la definizione degli obiettivi di salute per il biennio 2006-2007 a fronte di definite e concordate risorse economiche, per consentire il rispetto degli impegni sia sugli obiettivi di salute che su quelli di carattere finanziario.

¹ Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 approvato dalla Conferenza Unificata il 28 marzo 2006 rep. N. 950/CU



Con la D.G.R. n. 893 del 19-06-2006 è stato quindi approvato il Riparto del Fondo Sanitario Regionale 2005-2006 (parte corrente), i cui criteri sono riportati nell'allegato 1 alla stessa DGR, mentre nell'allegato 2 è riportato il programma di ripartizione definitivo – parte corrente - del FSR per il 2005, e nell'allegato 3 il programma di ripartizione provvisoria del FSR per il 2006;

Con la D.G.R. n 1713 del 13 Novembre 2006 sono stati definiti, invece, gli obiettivi di salute e di programmazione economico - finanziaria che i Direttori Generali devono perseguire, oltre agli adempimenti già previsti nei rispettivi contratti di nomina, nel biennio 2006-2007 a fronte delle risorse economiche assegnate per i tre seguenti livelli di assistenza, indicati con il D.P.C.M. del 29.11.2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” (G.U. 8.2.2002, n.33) che ha recepito “l'accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni”, che vengono di seguito indicati:

1. Assistenza Ospedaliera
2. Assistenza Distrettuale
3. Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro

Il presente documento, dopo una breve sintesi sul livello organizzativo raggiunto a livello ospedaliero e territoriale, stabilisce i criteri, le modalità e i tempi per l'assegnazione ai Dipartimenti aziendali degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria per l'anno 2007, previsti dalla normativa regionale e dalle linee strategiche di sviluppo aziendale di medio lungo-termine riportate nel Piano Attuativo Locale (PAL) approvato con la delibera n. 642 del 24.08.2005

Il documento di direttive individua, quindi, l'ambito per la programmazione e l'assegnazione annuale degli obiettivi di attività e delle relative risorse, rispetto a quelli di medio lungo termine previsti dal PAL, e rappresenta il punto di partenza per il processo di budgeting per l'anno 2007, così come previsto nel punto 7 dell'Atto Aziendale.

2. L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

In questi ultimi anni la normativa nazionale e regionale, in materia di organizzazione sanitaria, ha ridimensionato fortemente il ruolo che l'ospedale deve svolgere nell'ambito di numerosi processi assistenziali, soprattutto per quanto concerne la diagnosi ed il trattamento delle patologie cronico - degenerative. Tale consapevolezza ha determinato negli ultimi anni un cambiamento - nel senso della diversificazione dei ruoli delle strutture sanitarie coinvolte nei percorsi clinico-assistenziali - che tende sempre più a valorizzare le strutture sanitarie territoriali, in quanto più adatte a fornire risposte adeguate a soddisfare la domanda espressa dalle popolazioni.

Tale situazione è sicuramente determinata dalle significative variazioni intervenute negli ultimi decenni nel quadro demografico e nello stato di salute delle popolazioni. In particolare, dati relativi ai paesi industrializzati evidenziano chiaramente un allungamento della vita media delle persone ed un significativo cambiamento delle condizioni di salute, riconducibili alla riduzione delle patologie acute ed all'incremento di quelle croniche, con maggior prevalenza nelle fasce di età superiori ai 65 anni.

Questi profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici hanno indotto, inevitabilmente, il management delle aziende sanitarie a dover riprogettare i processi assistenziali in funzione dei cambiamenti sopra indicati. In particolar modo si è dovuto procedere ad una riorganizzazione della rete ospedaliera, finalizzata a garantire la presenza sul territorio di poche e qualificate strutture ad alto contenuto tecnologico, con adeguate professionalità e condizioni strutturali conformi agli standards definiti dai sistemi per l'accreditamento istituzionale, così da garantire al cittadino prestazioni sanitarie quali-quantitativamente adeguate ed in condizioni di massima sicurezza.



In questo contesto, è risultato necessario avviare quelle azioni che potessero determinare, da un lato la presenza sul territorio di pochi ospedali in grado di garantire la diagnosi ed il trattamento delle patologie a carattere acuto, e dall'altro potenziare il ruolo e le funzioni delle strutture sanitarie territoriali necessarie per il trattamento delle patologie a carattere cronico-degenerativo.

La realtà aziendale vede, comunque, ancora oggi, la presenza di ospedali sovrapponibili per la tipologia delle prestazioni erogate, che in molti casi non rispondono ai criteri di qualità e di sicurezza. Occorre, quindi, portare a compimento il processo di riorganizzazione, attraverso la riconversione delle attività, nella direzione della diversificazione, al fine di garantire una più ampia gamma di prestazioni sanitarie.

E' solo attraverso questo processo che si possono recuperare e riallocare quelle risorse necessarie a garantire la piena efficacia ed efficienza delle strutture ospedaliere e favorire il pieno funzionamento delle attività territoriali distrettuali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'ospedalizzazione domiciliare, le attività di riabilitazione e lungodegenza, nonché le residenze sanitarie assistite.

In linea con gli scenari sopra rappresentati, questa Azienda ha già avviato, da alcuni anni, un percorso per la revisione del modello organizzativo aziendale finalizzato a garantire prestazioni sanitarie quali-quantitativamente appropriate nel soddisfare la domanda assistenziale proveniente dal territorio.

In particolare l'Azienda Sanitaria ha avviato un programma di riorganizzazione finalizzato prioritariamente alla diversificazione delle attività sanitarie tra le strutture ospedaliere e territoriali aziendali.

Il piano, sviluppato secondo le direttrici indicate dal P.S.R. vigente, individua nell'ospedale di Policoro la sede del Pronto Soccorso Autonomo e di tutte le altre UU.OO. deputate al trattamento dell'Emergenza/Urgenza e delle patologie con carattere di acuzie, individuando, invece, negli ospedali di Stigliano e Tinchì le strutture atte ad accogliere le UU.OO. ed i servizi a valenza esclusivamente territoriale per il trattamento delle patologie cronico-degenerativo, attraverso l'integrazione con gli Enti locali.

Per rendere operativa la funzione di P.S.A. dell'ospedale di Policoro è stato potenziato in primo luogo il Pronto Soccorso Attivo, sono stati attivati i servizi U.T.I.C. e la Terapia Intensiva, la terza sala operatoria, e la Chirurgia di Urgenza ed il Centro Trasfusionale.

Contemporaneamente, nell'ambito del processo di diversificazione delle attività, nell'ospedale di Stigliano, si sono consolidate le attività di Lungodegenza semplice, saranno avviate dal 2007 le attività di un primo modulo di 6 posti letto di Lungodegenza riabilitativa e sono stati completati i lavori per la costruzione del centro per le cure palliative (Hospice), le cui attività assistenziali andranno regime dal mese di Gennaio 2007; per quanto riguarda l'ospedale di Tinchì sono consolidate le attività di ricovero e ambulatoriali del Servizio di Endocrinologia e di Endocrinochirurgia, sono state potenziate le attività ambulatoriali di Riabilitazione e sono stati avviati gli ambulatori di Otorinolaringoiatria e Dermatologia

Per quanto concerne le strutture territoriali, l'Azienda ha scelto di dare piena attuazione a quanto previsto dalla L.R. n. 3 del 1 Febbraio 1999, attraverso il completamento della struttura organizzativa e delle relative funzioni proprie del Dipartimento di Prevenzione.

Il Dipartimento di Assistenza Sanitaria, Socio sanitaria e di Riabilitazione ha predisposto nel corso del 2004 il Piano delle Attività Territoriali (PAT), previsto dalla L.R. 39/2001, per garantire sul territorio, attraverso le strutture distrettuali, i consultori, il SERT e la medicina di base, una gamma sempre più ampia di prestazioni. Questo piano consentirà di intensificare il processo di integrazione tra ospedale e territorio, processo finalizzato a fornire risposte sempre più appropriate rispetto alla domanda sanitaria così da favorire il processo di deospedalizzazione in atto.

Nell'anno 2005, infine, l'Azienda nell'ambito del servizio di Emergenza Urgenza (118) ha portato a compimento l'attivazione dei sette Punti Territoriali di Soccorso (PTS), di cui uno medicalizzato, così



da coprire le attività di emergenza ed urgenza sull'intero territorio aziendale. Il completamento nel 2005 dell'intero sistema aziendale dell'emergenza urgenza, volto a garantire la messa in sicurezza dell'intero territorio, pur nella consapevolezza del rilevante costo che l'Azienda sostiene, potrà consentire, comunque, per le sue implicazioni strategiche e gestionali, la definitiva razionalizzazione della rete ospedaliera.

4. ATTIVITA' AZIENDALI

Le attività sanitarie sono garantite dalle strutture ospedaliere e territoriali nell'ambito dei tre livelli di assistenza stabiliti dal D.P.C.M. 29 Novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" di seguito indicati:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. Assistenza distrettuale;
3. Assistenza ospedaliera;

4.1 Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

La L.R. n. 3 del 1999 "Norme per l'organizzazione e l'esercizio delle funzioni di prevenzione spettanti al Servizio Sanitario Nazionale" in attuazione del D.Lg.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, ha definito i criteri per la istituzione del Dipartimento di Prevenzione, articolandolo in sette servizi, denominati anche Unità Operative.

Con delibera n. 193 del 30.04.99, questa Azienda, recependo integralmente i criteri individuati nella L.R. 3/99, ha istituito il Dipartimento di Prevenzione che nell'anno 2002 ha raggiunto l'assetto organizzativo definitivo con l'attivazione del servizio di Prevenzione Protezione ed Impiantistica nei luoghi di lavoro per lo svolgimento di attività specifiche, che fino all'anno 2001 erano state garantite dalla A.S.L. 4 di Matera.

Il Dipartimento di Prevenzione, come sopra detto, comprende n° 7 Unità Operative le cui competenze sono estremamente diversificate, infatti, le professionalità, vanno da quelle mediche a quelle veterinarie per giungere a quelle ingegneristiche.

Alcune attività complesse, sia strutturate o occasionali, sono svolte da gruppi di lavoro interdisciplinari (art. 13 L.R. n° 3/99)

4.2 Assistenza distrettuale

Sulla base dei criteri indicati dalla Legge Regionale n. 27 del 10.06.1996 agli art. 28 e 29, questa Azienda ha approvato con delibera n. 717 dell'11.07.1997 il piano per la "Organizzazione dei Distretti Sanitari di Base" con il quale sono stati definiti gli ambiti territoriali e le funzioni distrettuali, tenendo conto:

- delle caratteristiche demografiche e orografiche dei Comuni facenti capo all'Azienda;
- del piano di Emergenza Sanitaria definito dal PSR 97-99 con il quale si stabilisce che la dislocazione dei punti di emergenza territoriale deve essere tale da garantire il trasferimento dei mezzi di soccorso tra i Comuni entro i 20 minuti medi;
- dalla condizioni di salute della popolazione residente (presenza di patologie croniche invalidanti).



Sulla base dei dati emersi sono stati definiti gli ambiti territoriali che individuano:

- n. 3 Distretti Sanitari di Base di II° livello nei Comuni di Policoro, Pisticci e Stigliano;
- n. 3 Distretti Sanitari di Base di I° livello nei Comuni di Tursi, Montalbano Jonico e San Mauro Forte;
- mentre i restanti Comuni vengono individuati come Sezioni Distrettuali Comunali (SDC).

Nel piano si individuano, oltre agli ambiti territoriali dei distretti, anche le attività da assegnare ai Distretti di II° e I° livello, di seguito elencate:

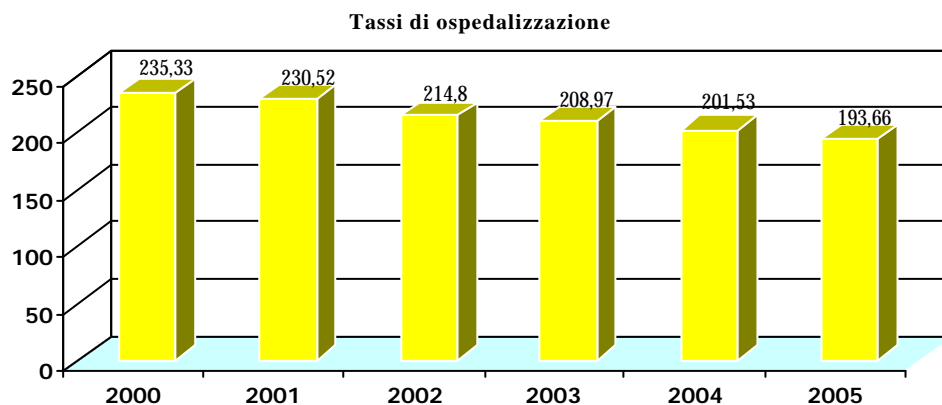
- Medicina di base
- Pediatria di libera scelta
- Continuità assistenziale
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Servizi consultoriali
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza Psichiatrica
- Attività di riabilitazione
- Assistenza protesica
- Tossicodipendenze ed alcologia
- Assistenza agli anziani

4.3 Assistenza ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, particolare importanza assumono

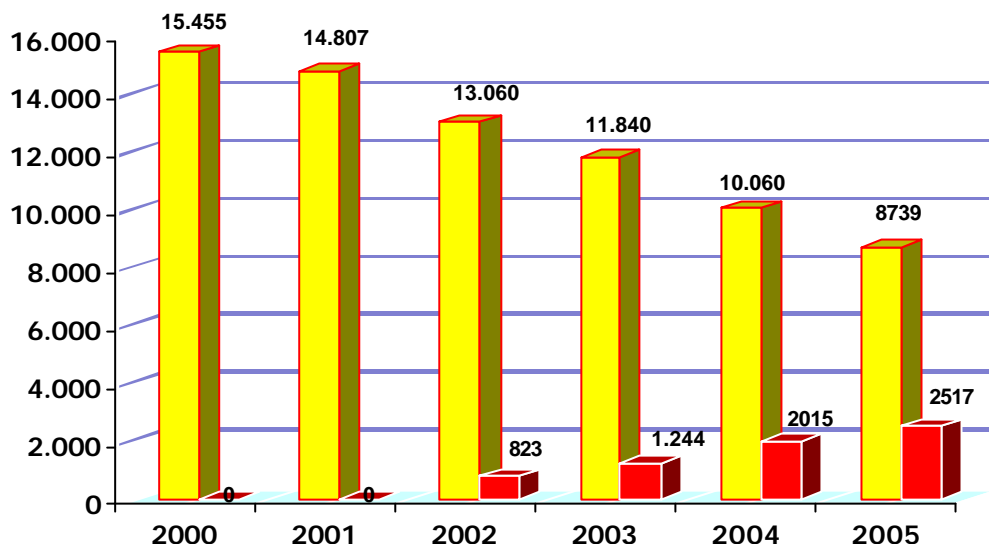
1. la riduzione della domanda di ospedalizzazione documentata dal contenimento dei tassi di ospedalizzazione,
2. consistente riduzione dei ricoveri in regime ordinario a fronte di un incremento dei ricoveri in regime diurno, sia per le patologie mediche che per quelle chirurgiche (day surgery),
3. potenziamento delle attività in regime ambulatoriale.

I dati registrati triennio 2000-2005 nell'ASL 5 di Montalbano Jonico, in linea con quanto rilevato a livello nazionale, dimostrano una significativa riduzione dei tassi di ospedalizzazione (T.O.), passati dai valori di 235,35 ricoveri per 1000 ab. del 2000 ai valori di 193,66 del 2005, come riportati nel grafico 1.





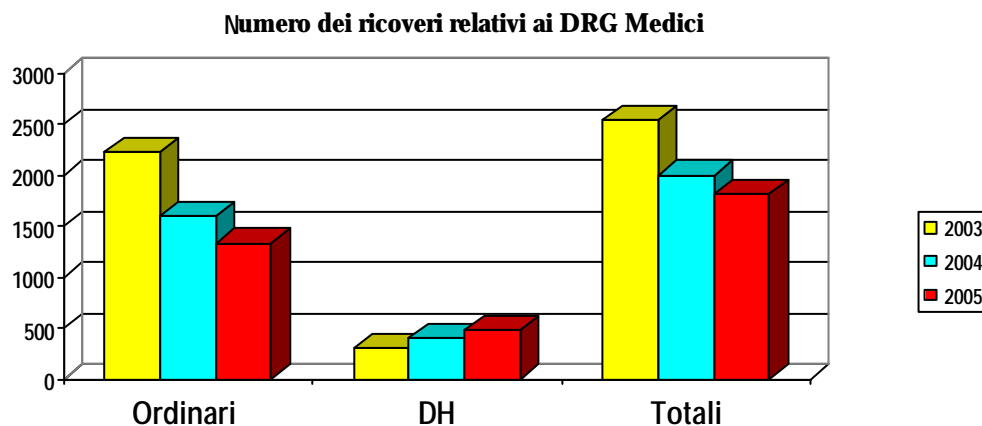
Nel grafico seguente è riportato l'andamento dei ricoveri in regime ordinari e diurno nel periodo dal 2000 al 2005.



4.4 Appropriately dei ricoveri

Con il DPCM 29-11-2001 "Definizione dei livelli di assistenza" (LEA) l'organo di governo centrale ha definito per la prima volta le prestazioni le prestazioni totalmente escluse, e quindi non a carico del SSN, nonché quelle prestazioni che presentavano un alto rischio di inappropriately se erogate in regime di ricovero e per i quali andavano individuati setting assistenziali diversi, quale il regime di ricovero diurno o quello ambulatoriale

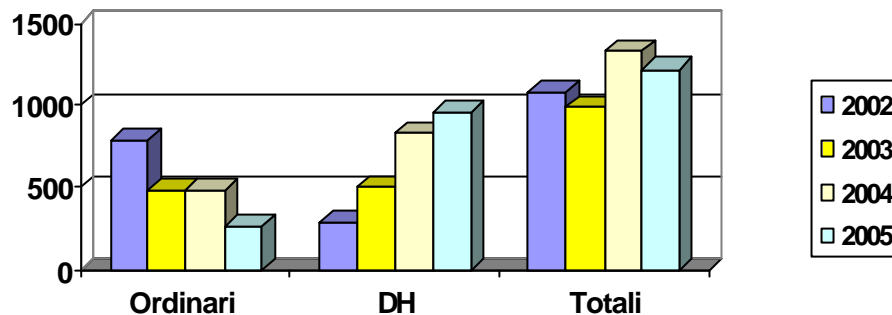
I dati relativi all'anno 2005, confrontati con quelli del biennio 2003-2004, evidenziano un significativo e ulteriore contenimento dei ricoveri ordinari a fronte di un incremento dei ricoveri in regime diurno, così come si può evincere dal grafico seguente.





Anche i ricoveri chirurgici in regime ordinario fanno registrare un decremento rispetto all'anno 2004 a fronte di un incremento dei ricoveri in regime diurno indicati nel grafico sottostante.

**Numero dei ricoveri relativi ai DRG Chirurgici dei
Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**



Il contenimento dei ricoveri inappropriati deriva dalle azioni attivate dall'Azienda in termini di misurazione e valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni in regime di ricovero attraverso strumenti di misurazione già ampiamente validati a livello nazionale e internazionale.

In particolare, al fine di valutare il grado di appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario, l'Azienda ha elaborato e realizzato uno studio retrospettivo di misurazione dell'appropriatezza / inappropriata dei ricoveri prodotti dai tre presidi ospedalieri dell'Azienda nel secondo semestre dell'anno 2003, utilizzando come strumento di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri la metodica PRUO (Protocollo di Revisione dell'uso dell'Ospedale) ampiamente validata a livello nazionale e internazionale. I risultati dello studio, pubblicato sulla rivista dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata, forniscono utili informazioni sull'appropriatezza dell'ammissione ai ricoveri e sulle giornate di degenza erogate.

Dall'analisi dei risultati è emerso che la percentuale di inappropriata dell'ammissione al ricovero è risultata in linea con i dati riportati in altri studi nazionali, mentre la percentuale di inappropriata delle giornate di degenza è risultata significativamente più elevata. Gli elementi epidemiologici raccolti hanno consentito due ordini di considerazioni delle quali, la prima colloca in un contesto aziendale le informazioni raccolte; la seconda invece, tenta più strette correlazioni a livello di valutazione dei tre presidi ospedalieri della ASL.

Parallelamente allo studio, la Direzione Sanitaria di Presidio, su impulso della Direzione Strategica, ha svolto nel 2004 una intensa attività di verifica e controllo sull'appropriatezza dei ricoveri, attraverso la costituzione di appositi gruppi di lavoro composti da Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Medici Ospedalieri e Responsabili di Distretto, con il coordinamento della Direzione Sanitaria di P.O.U., al fine di procedere al monitoraggio e alla valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri presso le strutture ospedaliere di Policoro, Tinchi e Stigliano, i cui risultati hanno confermato quanto riportato nello studio.

L'azione di controllo e verifica sopra indicata ha consentito nel 2005 un ulteriore contenimento dell'inappropriata rispetto ai valori registrati nel 2004.



L'azione di contenimento dei ricoveri inappropriati è stata realizzata sia per ottemperare ad una precisa disposizione regionale che per motivi assistenziali in quanto il recupero di risorse derivante dall'abbattimento dell'inappropriatezza ha consentito di destinare le stesse all'implementazione di nuovi servizi o al potenziamento di quelli già esistenti così da ampliare la gamma delle prestazioni erogate dall'azienda e garantire ai cittadini di usufruire in loco di prestazioni sanitarie spesso erogate da altre strutture regionali o extraregionali.

4.5 Mobilità Sanitaria Attiva e Passiva

In ambito sanitario il termine "mobilità" indica il caso in cui la prestazione sanitaria viene erogata da una struttura sanitaria ubicata in una azienda sanitaria diversa da quella di appartenenza dell'utente.

I motivi di questa situazione sono molteplici e vanno ricercati sia nelle caratteristiche dell'offerta locale (prestazione non erogabile, tempi di attesa, difficoltà nei trasporti, ecc) ma anche nelle abitudini sociali, geografiche e culturali della popolazione.

Quando un utente si rivolge ad una struttura diversa da quella di appartenenza si parla di mobilità passiva ed ha un risvolto negativo, quasi sempre, per l'utente sul piano del disagio mentre per la struttura di appartenenza rappresenta sempre un costo.

Risulta evidente che il maggior ricorso dei nostri cittadini a strutture extraregionali, spesso per prestazioni di medio bassa complessità e ordinariamente erogate dalle nostre strutture aziendali, può determinare un depauperamento delle risorse economiche aziendali con possibili ripercussioni negative sui volumi e sulla qualità delle prestazioni erogate e potenzialmente erogabili dall'Azienda stessa.

Per queste considerazioni relativamente alla mobilità sanitaria passiva fuori Regione va, innanzitutto, segnalato che questa Azienda, già da alcuni anni, ha attivato una serie di azioni finalizzate al contenimento della fuga di cittadini verso strutture extraregionali, così da registrare un forte contenimento della mobilità sanitaria. I dati riportati nelle tabelle dimostrano che il numero dei ricoveri fuori regione si è ridotto in maniera costante negli anni:

Numero Ricoveri	2001	2002	2003	2004	2005
Mobilità Passiva fuori regione	4.866	4.462	4.464	4.110	3.935
Mobilità Attiva fuori regione	1.264	1.192	1.137	1.157	1.166
Saldo Passiva / Attiva	3.604	3.270	3.327	2.953	2.769

Valore economico (Mln)	2001	2002	2003	2004	2005
Mobilità Passiva fuori regione	12,693	12,299	13,115	11,726	11,268
Mobilità Attiva fuori regione	2,381	2,455	2,208	2,310	2,342
Saldo Passiva / Attiva	10,312	9,994	10,907	9,416	8,926

Dall'analisi dei dati si registra già nell'anno 2002 un primo e significativo risultato in termini di contenimento dei ricoveri fuori regione, passati dai 4.866 del 2001 ai 4.462 del 2002, con una riduzione pari a 367 ricoveri, accompagnato da un significativo contenimento della spesa rispetto allo



REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA USL N° 5
MONTALBANO JONICO (MT)

stesso 2001. Nel 2003, invece, a fronte di un sostanziale mantenimento, rispetto al 2002, del numero dei ricoveri fuori regione, si registrava un incremento della spesa, che da un'analisi dei DRG è risultata attribuibile ad alcuni ricoveri per trapianti d'organo effettuati nel 2003 a favore di cittadini residenti in Comuni di questa Azienda. Per quanto riguarda la mobilità attiva i dati evidenziano un sostanziale mantenimento del numero di ricoveri effettuati a favore di cittadini residenti fuori regione e della relativa valorizzazione economica rispetto all'anno precedente.

Nel 2004 l'Azienda, ha registrato un significativo contenimento del numero totale dei ricoveri fuori regione, passati dai 4.464 del 2003 ai 4.110 del 2004 con una riduzione pari a 354 ricoveri. Da un punto di vista economico la riduzione dei ricoveri in mobilità passiva sul 2004 ha di fatto determinato una consistente diminuzione della spesa, passata dai 13,115 milioni di € del 2003 ai 11,726 milioni di € del 2004, con un miglioramento del saldo economico 2003-2004 pari a € 1.388.489,97.

Per quanto riguarda invece la mobilità attiva fuori regione, i dati dimostrano un lieve incremento dei ricoveri, passati dai 1.137 del 2003 ai 1.157 del 2004, associato ad un aumento del valore economico della produzione passato dai 2,208 mln di € del 2003 ai 2,310 mln di € del 2004.

Per l'anno 2005 i primi dati sulla mobilità passiva evidenziano un'ulteriore riduzione dei ricoveri fuori regione che risultano pari a 3.935, con 75 ricoveri in meno rispetto al 2004 e del relativo valore economico pari a 11,268 milioni di euro in ulteriore e significativo calo rispetto al 2004, a fronte di un sostanziale mantenimento del numero dei ricoveri e del relativo valore economico in mobilità attiva fuori Regione.

Se si analizza l'andamento della mobilità passiva e attiva fuori regione nel triennio 2003 - 2005, riportati nelle tabelle seguenti, si può rilevare un rilevante miglioramento dei saldi di mobilità passiva e attiva extraregionale sia per il numero di ricoveri che per il relativo valore economico.

Numero ricoveri	2003	2004	2005	Differenza 2003 - 2005
Mobilità Passiva fuori regione	4.464	4.110	3.935	- 529
Mobilità Attiva fuori Regione	1.137	1.157	1.166	29
Saldo Passiva / Attiva	3.327	2.953	2.769	-558

Valore economico (Mln €)	2003	2004	2005	Differenza 2003 - 2005
Mobilità Passiva fuori regione	13,115	11,726	11,268	-1,847
Mobilità Attiva fuori regione	2,208	2,310	2,342	0,134
Saldo Passiva / Attiva	10,907	9,416	8,926	-1,981

I risultati ottenuti sono il frutto di rilevanti azioni avviate dall'azienda nell'anno 2004 e consolidate nel 2005 in alcuni importanti settori di attività. Tali azioni sono state programmate dopo una approfondita analisi dei dati della mobilità passiva relativi all'anno 2002 (dati ultimi disponibili) dalla quale si evidenziava un numero di ricoveri rilevanti effettuati da strutture fuori regione a favore di nostri cittadini, relativamente a interventi di cataratta, interventi sul ginocchio, interventi di colecistectomia ed interventi sulla tiroide, ordinariamente effettuati presso le strutture ospedaliere aziendali.



Sulla base dei dati di mobilità passiva, l'Azienda ha quindi avviato uno specifico progetto, mirante al potenziamento delle attività chirurgiche necessarie per il trattamento delle patologie sopra indicate ottenendo nel 2004 un incremento del 39,4 % del numero totale degli interventi chirurgici, così da ridurre la fuga verso strutture extraregionali.

Al miglioramento dei dati di mobilità sanitaria ha contribuito, anche, l'azione di contenimento dei tempi di attesa realizzata dall'Azienda nel 2004 e proseguita anche nell'anno 2005. E' noto, infatti, che i cittadini-utenti nel caso di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali che presentano lunghi tempi di attesa, spesso ricorrono a strutture sanitarie extraregionali le quali in molti casi garantiscono in regime di ricovero il completamento del percorso diagnostico terapeutico. L'aver garantito ai cittadini di questa Azienda tempi di attesa adeguati per alcune prestazioni strumentali quali quelle di radiologia, (TAC e Neuro TAC ed ecografia) e di Cardiologia (visite cardiologiche, ecocardiografia ed ecodoppler), ha determinato un contenimento della fuga verso strutture extraregionali contribuendo a garantire così il raggiungimento dell'importante risultato.

5. LINEE PROGRAMMATICHE

Nel 2006 sono state portate a termine le azioni previste dal programma aziendale che ha maggiormente caratterizzato il Nosocomio di Policoro quale struttura deputata di assumere le peculiarità proprie di ospedale per acuti, le cui funzioni saranno a regime quando saranno definitivamente realizzati:

1. il completamento dei lavori di ristrutturazione (*seconda fase*), previsto per l'anno 2007, così da garantire ai propri assistiti un comfort alberghiero conforme agli standard strutturali previsti dalla normativa nazionale e regionale in materia di accreditamento.
2. processo di riqualificazione professionale del personale attraverso specifici precorsi formativi.
3. Adeguamento dell'organico in relazione alla tipologia, ai volumi di prestazioni ed agli standards qualitativi da garantire.

Parallelamente alle azioni previste dal programma di potenziamento dell'ospedale di Policoro che risultano in fase avanzata di realizzazione, l'Azienda ha definito e avviato nel 2006 le fasi del programma aziendale riguardante la diversificazione e razionalizzazione delle attività negli Ospedali di Tinchì e Stigliano, in linea con quanto stabilito dal Piano Attuativo Locale (PAL) che ridefinisce i ruoli e le funzioni assistenziali delle tre strutture ospedaliere aziendali attraverso il Piano Attuativo Ospedaliero (P.A.O.) e il ruolo e le funzioni delle strutture territoriali riportate nel Piano Attuativo Territoriale (PAT).

6. OBIETTIVI AZIENDALI - ANNO 2007

Gli obiettivi che l'Azienda dovrà perseguire per l'anno 2007, sono contenute negli atti deliberati dalla Regione Basilicata e di seguito indicati:

- D.G.R. n. 1147 del 27-28 Giugno 20053: "Nomina Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 5 di Montalbano Jonico (MT)";
- D.G.R. n. 1713 del 13 Novembre 2006 ad oggetto: "obiettivi di salute e di programmazione Economica Finanziaria per le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata - Anno 2006 - 2007"

In particolare la DGR n. 1713 del 13 Novembre 2006 notificata ai Direttori di Dipartimento con nota prot. 242244 del 27 Novembre, definisce per gli anni 2006 - 2007 e per ciascun livello di assistenza/attività specifici obiettivi di salute e di programmazione economico - finanziaria che vengono di seguito indicati:



1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

1. *Posti letto*
2. *Tasso di ospedalizzazione*
3. *Ricoveri ordinari e DH per DRG dei LEA ad alto rischio di inappropriatezza*
4. *Prestazioni di ricovero – Liste di Attesa*
5. *Mobilità Sanitaria*
6. *Ricoveri Ordinari Lungodegenza*
7. *Farmaceutica Ospedaliera*

2. ASSISTENZA TERRITORIALE

1. *Farmaceutica Convenzionata esterna*
2. *Sviluppo e Implementazione di Percorsi Diagnostici e Terapeutici*
3. *Attività Ambulatoriale*
4. *Sistema di Emergenza-Urgenza 118*
5. *Raccordo tra Aziende Sanitarie e MMG/PLS*
6. *Assistenza Domiciliata Integrata (ADI)*
7. *Il dolore nei percorsi di cura*
8. *La rete assistenziale delle cure palliative*

3. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

1. *Prevenzione attiva del rischio cardiovascolare (prevenzione primaria)*
2. *Prevenzione di recidive di eventi cardiovascolari acuti*
3. *Prevenzione sovrappeso e obesità*
4. *Diagnosi-prevenzione obesità per la prevenzione delle complicanze*
5. *Prevenzione incidenti domestici, stradali e sul lavoro*
6. *Prevenzione tabagismo e alcolismo*
7. *Medicina del Lavoro*
8. *Piano Vaccini – Coperture Vaccinali*

4. CUSTOMER SATISFACTION

1. *Piano di Qualità Aziendale (Piano di qualità aziendale nel corso del 2006 e la sua attivazione nel 2007.)*
2. *Qualità dei servizi resi e soddisfazione dell'utenza*
3. *Requisiti e caratteristiche della Customer Satisfaction*
4. *Conduzione delle indagini e diffusione dei risultati*
5. *Analisi di posizionamento e trasferimento delle buone pratiche*

6. PROGETTI SPECIFICI DERIVANTI DA DIRETTIVE VINCOLANTI

7. PROGRAMMAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

8. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO E SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Gli obiettivi previsti da ciascuno dei livelli sopra indicati saranno assegnati ai Dipartimenti, che a loro volta dovranno attivare tutte le azioni necessarie a garantire il raggiungimento degli obiettivi fissati.



7. OBIETTIVI INTERDIPARTIMENTALI

Il piano delle attività interdipartimentali dovrà riguardare prioritariamente le seguenti integrazioni:

- il Dipartimento di Medicina con il Dipartimento di Assistenza Sanitaria, Socio-Sanitaria e Riabilitazione per la verifica e valutazione dei percorsi assistenziali di numerose patologie croniche che possono trovare adeguata risposta sul territorio.
- Il Dipartimento di Salute Mentale con le strutture territoriali del Dipartimento di Assistenza Sanitaria, Socio-Sanitaria e Riabilitazione nell'ambito della prevenzione di numerose condizioni relative al disagio giovanile.
- Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza per la individuazione di percorsi finalizzati alla prevenzione primaria della Cardiopatia Ischemica.
- Il Dipartimento di Prevenzione con il Dipartimento di Chirurgia per la individuazione di percorsi finalizzati alla prevenzione primaria ed alla diagnosi precoce di alcune patologie tumorali.
- Il Dipartimento Materno infantile con le strutture territoriali (consultori materno infantile e pediatri di libera scelta) per la tutela del percorso nascita.
- Il Dipartimento Amministrativo, in particolare la Direzione Amministrativa del POU, con gli operatori sanitari ospedalieri al fine di garantire nei processi clinico/assistenziali l'efficacia delle prestazioni e l'efficienza organizzativa e gestionale.

8. OBIETTIVI SPECIFICI:

Tra gli obiettivi specifici vengono individuati quali prioritari quelli relativi a:

- *Mobilità sanitaria passiva:* per tale settore l'Azienda intende ripetere anche per l'anno 2007 le azioni già poste in essere, in quanto le stesse hanno consentito un incremento significativo di attività in branche specialistiche per le quali si registra una forte migrazione sanitaria fuori regione. In l'Azienda intende individuare ulteriori azioni finalizzate a potenziare adeguatamente i settori di attività di Chirurgia Generale, di Ortopedia, di Endocrinochirurgia ed Urologia.
- *Appropriatezza dei ricoveri:* Per quanto attiene l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero, l'Azienda nell'anno 2007 intende continuare l'azione di monitoraggio e verifica già avviate. In particolare, al fine di contenere i ricoveri impropri entro i valori soglia stabiliti dalla DGR 1713/06, i gruppi di lavoro istituiti con delibera n. 418 del 18-06-2004, composti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e dirigenti medici di presidi, dovranno continuare il monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri nel Presidio Ospedaliero Unificato.
- *Farmaceutica convenzionata esterna:* Per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna, oltre alle consolidate attività di controllo sull'attività prescrittiva dei medici, effettuate dall'apposita commissione composta da dirigenti del servizio farmaceutico e delle strutture distrettuali aziendali, l'Azienda, intende nel 2007 procedere all'istituzione del Comitato per la definizione e applicazione del Budget per la Medicina Generale. Tale percorso dovrà consentire, attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, una attenta azione di monitoraggio e valutazione dei consumi di farmaci nonché l'analisi degli scostamenti realizzati rispetto al budget assegnato. Risultati significativi saranno possibili anche sui ricoveri ospedalieri e sulle richieste di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali. Qualora all'atto della verifica dei risultati dovessero emergere comportamenti difforni rispetto a quelli concordati in sede di budget, questi saranno oggetto di specifiche contestazioni, così come meccanismi incentivanti verranno individuati per coloro che avranno ottenuto il pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati.



- *Attività ambulatoriale e tempi di attesa:* Nel 2007 l'azienda intende garantire il mantenimento dei volumi di prestazioni erogate nel 2006 tenendo conto delle disposizioni impartite con la D.G.R. n. 907 del 19 Giugno 2006.

9. PROGETTI SPECIFICI - Anno 2007

Di seguito vengono riportati i progetti specifici da realizzare nel 2007:

- avvio delle attività dell'Hospice per il trattamento di malati terminali e della Lungodegenza Riabilitativa presso l'ospedale di Stigliano,
- Avvio delle attività di riabilitazione cardiologia presso l'ospedale di Policoro;
- Avvio della seconda fase dei lavori di ristrutturazione ospedale di Policoro;
- Avvio della seconda fase dei lavori di ristrutturazione ospedale di Tinchì;
- Potenziamento lungodegenza semplice (da 12 a 24 posti letto) e avvio delle attività del primo modulo di 6 posti letto di Lungodegenza riabilitativa presso ospedale di Stigliano;

10. RISORSE

Le risorse da assegnare per la realizzazione delle azioni programmatiche sopra richiamate potranno essere definite solo successivamente all'assegnazione definitiva del F.S.R. 2007, non ancora avvenuta, atteso comunque che dal prossimo anno, alla luce del nuovo Patto per la Salute, sarà garantita la certezza del finanziamento medesimo per il prossimo triennio 2007-2009, garantendo così la necessaria continuità alle azioni programmate.

11. PROCESSO DI BUDGETING

La negoziazione e assegnazione degli obiettivi di attività per l'anno 2007 avverrà tenendo conto dei dati consuntivi di attività di seguito indicati:

1. Tassi di ospedalizzazione;
2. Attività ospedaliera (degenza media, tasso di occupazione posti letto, indice operatorio);
3. Tipologia e numero dei DRG prodotti dalle UU.OO. di degenza sia in regime ordinario che di day hospital e day surgery;
4. Casistica ambulatoriale e valore economico della produzione per le singole UU.OO.;
5. Analisi dei tempi di attesa rilevati per le singole attività ambulatoriali;
6. Andamento della mobilità sanitaria attiva fuori ASL e fuori Regione;
7. Andamento della mobilità sanitaria passiva fuori ASL e fuori Regione;
8. Analisi dei costi delle prestazioni intermedie (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia)
9. Andamento della spesa farmaceutica convenzionata esterna
10. Attività svolte dalle strutture distrettuali ;
11. Attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione;
12. Attività svolte dalle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo e dalle strutture di staff della Direzione Strategica.

Montalbano Jonico, 14 Dicembre 2006.

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Antonio COLASURDO)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. Rocco IERONE)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Pietro QUINTO)