



**Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"**

**Facoltà di Economia**

**Corso di laurea in**

**SCIENZE ECONOMICHE E SOCIALI – ECONOMIA INTERNAZIONALE  
E SVILUPPO**

**Tesi in Management Sanitario**

**La Rendicontazione sociale nelle Aziende Sanitarie: il caso  
della ASL di Matera**

Il Relatore

Chiar.mo Prof.ssa

Denita Cepiku

Il laureando

Paola di Vico

**Anno accademico 2013/2014**



<b>INTRODUZIONE</b> .....	5
<b>RENDICONTAZIONE SOCIALE NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE</b> .....	7
1.1 I REQUISITI E LE FINALITA' DELLA RENDICONTAZIONE SOCIALE .....	8
1.1.1 Le finalità della rendicontazione sociale .....	9
1.2 LE FORME DI RENDICONTAZIONE .....	9
1.3 GLI STANDARD DI RENDICONTAZIONE SOCIALE.....	10
1.4 USO EFFICACE DEL BILANCIO SOCIALE .....	11
1.4.1 Comunicazione interna e esterna .....	11
1.4.2 Processi di partecipazione dei cittadini.....	12
1.4.3 Processi di cambiamento organizzativo.....	13
1.4.4 Rendicontazione sociale come oggetto di politica pubblica.....	13
<b>RENDICONTAZIONE SOCIALE IN SANITA'</b> .....	14
2.1 NUOVE ESIGENZE DI RENDICONTAZIONE NEL SETTORE PUBBLICO .....	15
2.2 SPECIFICITÀ DELLA RENDICONTAZIONE SOCIALE IN AMBITO PUBBLICO .....	16
2.3 RENDICONTAZIONE SOCIALE DELLE AZIENDE SANITARIE .....	18
2.4 RAPPORTO TRA RENDICONTAZIONE SOCIALE IN SANITA' E GOVERNANCE REGIONALE.....	21
<b>RENDICONTAZIONE SOCIALE NEL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE BASILICATA</b> ....	23
3.1 INTRODURRE IL BILANCIO SOCIALE NEL SISTEMA SANITARIO DELLA BASILICATA....	24
3.2 ALCUNI REQUISITI PER UN UTILIZZO EFFICACE DEL BILANCIO SOCIALE NEL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE BASILICATA .....	25
3.3 LA RENDICONTAZIONE SOCIALE NELLA REGIONE BASILICATA .....	29
<b>RENDICONTAZIONE SOCIALE NELLA ASL DI MATERA</b> .....	33
4.1 IL BILANCIO SOCIALE DELLA ASL DI MATERA.....	34
4.2 CONTESTO GENERALE.....	34
4.3 MISSION, VISION ED I PRINCIPI.....	35
4.4 ASSETTO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE DELL'OFFERTA: CRITICITA' E PUNTI DI FORZA.....	35
4.5 RENDICONTO ECONOMICO: CRITICITA' E PUNTI DI FORZA.....	39
4.6 ANDAMENTO DELLA PRODUZIONE: CRITICITA' E PUNTI DI FORZA.....	43
4.7 AZIONI E PROGETTI .....	54

4.7.1 Centralità della persona .....	55
4.7.2 Integrazione .....	56
4.7.3 Apertura, Trasparenza e Collaborazione.....	57
4.7.4 Informazione, Comunicazione e Partecipazione.....	57
4.7.5 Qualità, Formazione e Ricerca .....	57
4.7.6 Innovazione .....	58
4.7.7 Valutazione.....	58
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>64</b>

# ***INTRODUZIONE***

La rendicontazione sociale nasce dall'esigenza di rendere trasparente e valutabile l'attività dell'amministrazione da parte dei cittadini. Negli anni si sono sperimentate diverse forme di rendicontazione e lo strumento più utilizzato è stato il bilancio sociale.

Attualmente le istituzioni sono sempre più oggetto di critiche per l'uso inefficiente delle risorse o per il non adeguato livello di soddisfazione dei bisogni collettivi. Per questo, il bilancio sociale vuole essere un mezzo della Pubblica Amministrazione per colmare deficit di trasparenza, finalità, strategie, risultati e comunicazione, esaltando il confronto tra chi è deputato a gestire la cosa pubblica e la popolazione.

Appare, pertanto, di peculiare interesse seguire l'evoluzione di tali impegni, senz'altro idonei a favorire la più vasta partecipazione all'azione programmatica e gestionale.

Di particolare interesse pubblico è l'attività di assistenza sanitaria, che deve essere garantita in modo universale. Attualmente è caratterizzata da una necessità di razionalizzazione delle risorse e dal contenimento dei costi.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, le Aziende Sanitarie svolgono una funzione di gestione ed erogazione dei servizi, rispettando vincoli regionali e garantendo efficienza nell'uso delle risorse. La volontarietà di "rendere conto", ha portato a diverse forme di rendicontazioni nelle Regioni italiane che hanno permesso di informare sul proprio operato.

La sperimentazione del bilancio sociale ha interessato anche la Regione Basilicata che lo ha considerato uno strumento utile per migliorare la qualità dell'assistenza e i processi di programmazione.

Il tema scelto della rendicontazione e il caso della ASL di Matera (ASM), sono stati studiati durante l'attività di tirocinio svolta presso il Centro per gli studi economici e internazionali (CEIS), dell'Università di Tor Vergata.

Il tirocinio ha previsto un'attività finalizzata prevalentemente alla ricerca ed approfondimento delle linee guida fornite a livello nazionale e internazionale in tema di rendicontazione sociale; ricognizione volta anche all' applicazione, a casi studio, di un modello per la redazione del bilancio sociale.

La sistematizzazione di documenti e fonti, finalizzata a delineare le caratteristiche e il funzionamento di una Azienda Sanitaria Locale partendo dalla descrizione del contesto in cui opera, fornendo informazioni economiche e di efficienza gestionale relative alle attività realizzate e ai principali progetti attivati all'Azienda, alle linee di sviluppo, alle iniziative attuate per lo sviluppo delle competenze connesse alla ricerca e all'innovazione. E' stata eseguita un'analisi della letteratura e dei modelli di bilancio sociale in ambito sanitario con particolare attenzione alle "*best practice*" nazionali. Tale analisi preliminare, ha permesso di individuare un modello per il processo di rendicontazione dell'Azienda Sanitaria Locale eletta a caso studio.

Nello specifico il modello di rendicontazione proposto prevede, oltre la presentazione dei dati e documenti rappresentativi della realtà aziendale, l'esplicitazione dei progetti e delle azioni strategiche sulla base dei principi definiti nella vision aziendale. Si è proceduto ad un'attenta estrapolazione dei documenti e dei dati più significativi, effettuando una rielaborazione dei dati aziendali e utilizzando adeguati strumenti informatici.

La tesi è stata sviluppata in quattro parti: la prima riguarda la rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche in modo da illustrare in via generale i requisiti e le finalità, le forme e gli standard di rendicontazione. La seconda parte si focalizza sulla rendicontazione in sanità e in particolare sul rapporto tra questa e la governance regionale. Nel terzo capitolo si è esaminata la rendicontazione sociale nella regione Basilicata e, in particolare, sono stati studiati i requisiti necessari per un uso efficace del bilancio sociale. Il quarto ed ultimo capitolo sviluppa il caso di studio del bilancio sociale di ASM considerando il contesto generale, la mission aziendale e l'assetto organizzativo e strutturale dell'offerta. Inoltre, viene analizzato l'andamento della produzione considerando i diversi indicatori di performance, rapportati con gli standard regionali e nazionali.

# ***CAPITOLO 1***

## ***RENDICONTAZIONE SOCIALE NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE***

## 1.1 I REQUISITI E LE FINALITÀ DELLA RENDICONTAZIONE SOCIALE

Volendo individuare, in un contesto di amministrazioni pubbliche, gli elementi tipici, caratterizzanti la rendicontazione sociale, in primo luogo è da considerarsi la volontarietà, intesa in senso lato.

Ogni amministrazione pubblica potrà discrezionalmente scegliere se realizzare un tale documento e, se del caso, con quali modalità e periodicità. Pur non esistendo metodologie univocamente riconosciute, esistono degli standard di riferimento (vedi successivo paragrafo 1.3) che attribuiscono una maggiore efficacia al bilancio sociale. Deve inoltre segnalarsi come una mancanza di periodicità caratterizzerebbe l'impegno solo come tentativo sperimentale ovvero come iniziativa di comunicazione. La rendicontazione sociale, poi, dovrà porre in evidenza quali siano stati gli impegni, quali i risultati e quali gli effetti prodotti.

Nel documento, pertanto, preliminarmente si riporteranno il programma e gli indirizzi strategici. Ciò che poi l'amministrazione ha realizzato andrà esposto in maniera misurabile dal punto di vista dei portatori d'interesse, sì da porre in risalto il valore sociale dell'attività svolta. In riferimento a quanto da ultimo precede, appare imprescindibile una corretta individuazione dei portatori di interesse ed un efficace sistema di relazioni.

Per quanto concerne, poi, la finalità del processo di rendicontazione sociale, cioè le ricadute attese nel sistema di relazioni, possono individuarsi variegati aspetti. Innanzitutto, una più marcata responsabilizzazione nella sostenibilità della spesa pubblica, rimodellando l'organizzazione del lavoro al miglioramento dei risultati per i destinatari, in un contesto di maggiore trasparenza e visibilità delle scelte politiche ed attraverso una valutazione condivisa delle stesse.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Di Filippo E., Tanese A., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.



### *1.1.1 Le finalità della rendicontazione sociale*

Il processo di rendicontazione sociale in un'amministrazione pubblica è connesso al sistema di programmazione e controllo (dalla relazione programmatica al bilancio di previsione, al rendiconto generale). Tali documenti sono ad alto contenuto tecnico-specialistico, difficilmente comprensibile dai cittadini e dagli stakeholder in genere.

Dare conto dell'azione amministrativa non può limitarsi a giustificare formalmente le decisioni assunte e le risorse impiegate. Occorre anche illustrare l'efficacia dell'azione ed i benefici generati. Per tali ragioni la necessità di una rendicontazione sociale, l'unica idonea a dare conto della responsabilità sociale dell'amministrazione pubblica.<sup>2</sup>

## **1.2 LE FORME DI RENDICONTAZIONE**

In base alle finalità e all'oggetto della rendicontazione, le amministrazioni pubbliche hanno utilizzato strumenti diversi che permettono di classificare le principali esperienze degli ultimi anni, secondo le specificità istituzionali, pur se con metodologie comuni.

Potremmo così distinguere:

- Il bilancio sociale annuale, collegato funzionalmente al bilancio d'esercizio, anche se con finalità di comunicazione differenti;
- Il bilancio sociale di mandato con il quale si rende conto dell'operato dell'amministrazione in rapporto agli impegni assunti con la richiesta di mandato politico;
- Il bilancio ambientale, riferito specificatamente allo stato dell'ambiente, con il quale vi è un'assunzione di responsabilità sulla qualità dell'ambiente da

---

<sup>2</sup> D'Alessio L., Panozzo F., Pezzani F., Bertola M., Ratti S., Lenzi I., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

parte dell'amministrazione, in rapporto alle politiche di settore, sociali e di sviluppo attuate o attuande;

- Il bilancio di settore, che presenta il vantaggio, specie nelle realtà di maggiori dimensioni, di meglio approfondire su talune aree di intervento delle politiche intraprese o attuate;
- Il bilancio di genere, attraverso il quale evidenziare le ricadute sul mondo femminile ovvero maschile di azioni poste in essere.

In ogni caso volendo definire in termini più teorici i requisiti necessari affinché si possa definire bilancio sociale un documento di rendicontazione, possiamo far riferimento ad un documento annuale, completo con tutte le attività dell'ente, finalizzato a leggere i risultati dal punto di vista esterno, basato su informazioni oggettive, e propositivo per gli obiettivi futuri.<sup>3</sup>

### **1.3 GLI STANDARD DI RENDICONTAZIONE SOCIALE**

Tra i molteplici standard elaborati a livello internazionale si è ritenuto di considerare, più nel particolare, il modello elaborato in Italia dal Gruppo Bilancio Sociale (GBS)<sup>4</sup>.

La struttura del bilancio si articola in :

- identità aziendale, nella quale si esamina l'assetto istituzionale, la scelta degli obiettivi, le modalità di realizzazione e il rapporto con gli stakeholder;
- la produzione e la distribuzione del valore aggiunto;
- la relazione sociale, nella quale vengono descritti i risultati attesi, i risultati conseguiti e quelli che gli stakeholder ritengono di aver ottenuto.

Il modello GBS ha trovato uno specifico adattamento per il settore pubblico. Per esso l'identità aziendale vede la descrizione del contesto di riferimento

---

<sup>3</sup> Tanese A., Vaccari A., Principato G., Bisio L., Catemario M.G., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

<sup>4</sup> Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale (GBS), *Il Bilancio Sociale. Documenti di ricerca n. 9. La rendicontazione sociale per le aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano, 2008.

(caratteristiche demografiche della popolazione, aree di intervento nelle quali si intende operare con l'indicazione delle risorse disponibili da impiegare, le attività programmate e svolte).

In questa parte viene descritto l'assetto istituzionale (organi di governo) e quello organizzativo (struttura gestionale e sistema delle responsabilità).

Il valore aggiunto, poi, indica il beneficio prodotto.

La relazione sociale, infine, deve offrire alle diverse categorie di stakeholder di misurare e valutare concretamente i risultati conseguiti, nonché l'impatto generato sul territorio e sul benessere della collettività di riferimento.<sup>5</sup>

## **1.4 USO EFFICACE DEL BILANCIO SOCIALE**

Per riuscire a realizzare un bilancio sociale in modo efficace, è necessario che il processo sia supportato da altri processi che possono essere sintetizzati come segue:

- ✓ Comunicazione all'interno e all'esterno dell'amministrazione;
- ✓ Partecipazione dei cittadini al processo di rendicontazione;
- ✓ Utilizzo del bilancio sociale come occasione di sviluppo organizzativo;
- ✓ Introduzione della rendicontazione sociale come oggetto di specifiche politiche pubbliche.

### ***1.4.1 Comunicazione interna e esterna***

Il coinvolgimento dei dipendenti nel processo, è necessario affinché sia efficace e utile per chi lo realizza. Infatti, permette di considerare la propria attività in una posizione di cittadino, considerando il punto di vista di chi produce e di chi riceve.

---

<sup>5</sup> Vermiglio F., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

Un'altra funzione riguarda la possibilità di acquisire una visione complessiva e maggiore consapevolezza, delle attività del proprio ente e garantire la divulgazione attraverso la partecipazione dei dipendenti.

Per quanto riguarda la comunicazione esterna, sapendo che il bilancio sociale nasce come strumento rivolto alla cittadinanza, è possibile divulgarlo in vario modo. Direttamente, è possibile organizzare riunioni, stampare opuscoli o attraverso internet, invece, in modo indiretto, può essere utilizzata la stampa locale.<sup>6</sup>

### *1.4.2 Processi di partecipazione dei cittadini*

Un bilancio sociale non necessariamente è un bilancio partecipato. E', comunque, auspicabile includere gli stakeholder nel processo. Ciò potrà avvenire attraverso l'utilizzo di svariati strumenti tra i quali i "focus group", i "work shop" ed i "Forum di Agenda 21".

Il "focus group" è una discussione pianificata tra 5/10 persone con un moderatore su un tema di interesse definito in un contesto libero e permissivo.

Il "work shop" è una discussione più strutturata con un tema ben definito e con almeno 15 persone ed un moderatore. I partecipanti vengono divisi in più gruppi, elaborano ciascuno una propria posizione, che viene poi discussa in sede plenaria per la definizione di una posizione di sintesi.

Il "Forum di Agenda 21" è uno strumento di "governance", un processo partecipato tra tutti i settori ed attori del territorio locale per elaborare un piano di azione per il 21° secolo.

---

<sup>6</sup> Di Filippo E., Tanese A., Falconi Muzi T., Cerana N., Bertola M., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

### *1.4.3 Processi di cambiamento organizzativo*

Il bilancio può diventare uno strumento efficace per accompagnare i processi di cambiamento organizzativo dell'amministrazione ma, a tal fine, è necessario che vengano creati determinati meccanismi di legame tra il bilancio e gli strumenti interni.

Tra gli elementi che permettono questo raccordo tra l'uso del bilancio e i processi di sviluppo organizzativo, abbiamo:

- ✓ Previsione di una periodicità che permette di avere credibilità e impegno;
- ✓ Esigenza di rendere conto;
- ✓ Formazione del personale sulle competenze specialistiche di rendicontazione;
- ✓ Sviluppo di tutti gli elementi che compongono il sistema di rendicontazione dell'amministrazione e la loro integrazione;
- ✓ Processo di pianificazione e controllo strategico;
- ✓ Collegamento con strumenti di valutazione della qualità dei servizi;
- ✓ Valutazione delle politiche pubbliche.

### *1.4.4 Rendicontazione sociale come oggetto di politica pubblica*

Il tema della rendicontazione sociale è anche un'occasione di scambio tra amministrazioni, sia per quanto riguarda le pratiche di rendicontazione, sia come indirizzo e diffusione di una cultura della rendicontazione.

La promozione di processi e forme di rendicontazione sociale può diventare oggetto di una specifica politica pubblica. E' da considerare, inoltre, una responsabilità dell'ente pubblico nel garantire e promuovere l'introduzione e lo sviluppo di strumenti per la responsabilità sociale delle imprese.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Tanese A. (a cura di), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

## ***CAPITOLO 2***

### ***RENDICONTAZIONE SOCIALE IN SANITA'***

## 2.1 NUOVE ESIGENZE DI RENDICONTAZIONE NEL SETTORE PUBBLICO

Il tema della rendicontazione sociale per le aziende sanitarie si colloca nel contesto più generale di rafforzamento dei meccanismi di “*accountability*” delle amministrazioni pubbliche.

L’esigenza di “rendere conto” del proprio operato, come già esposto, si lega alla necessità avvertita in diversi ambiti di intervento pubblico di rendere accessibile, trasparente e valutabile l’attività dell’amministrazione da parte dei cittadini. In questo modo si vuole dimostrare, in senso lato, il grado di affidabilità e di credibilità dell’amministrazione nello svolgimento del proprio mandato.

L’espressione “*to be accountable*” racchiude un duplice significato: da un lato, l’assunzione di impegni da parte di un soggetto in relazione ad un mandato conferito da altri; dall’altro lato, la capacità di rendicontare il grado di raggiungimento degli obiettivi attesi in relazione a quegli stessi impegni. Il grado di “*accountability*” di una amministrazione pubblica può essere considerato, pertanto, una misura della responsabilità con la quale l’ente, e in particolare il suo organo di governo, assume e interpreta il proprio mandato.

Se consideriamo la finalità istituzionale di un’amministrazione pubblica, la capacità di definire e attuare politiche oltre che erogare servizi nei confronti della comunità di riferimento, il concetto di responsabilità assume una dimensione “sociale” ovvero si esercita e si producono effetti all’interno di un dato sistema sociale.

In questo modo, il tema della rendicontazione appare strettamente connesso a quello della responsabilità e della capacità di perseguimento della mission. Infatti, l’amministrazione pubblica deve essere in grado di produrre “valore” per la collettività, attraverso la soddisfazione di bisogni individuali o collettivi.

Negli ultimi anni in modo più marcato, ma già a partire dalla fine dello scorso decennio, un gran numero di amministrazioni pubbliche, di differente livello territoriale e tipologia, si è impegnato nella sperimentazione di nuove forme di

rendicontazione, nel tentativo di superare i limiti informativi del solo rendiconto o bilancio di esercizio.

Lo strumento più utilizzato a tal fine è il bilancio sociale, considerato proprio come una forma innovativa di rendicontazione ai cittadini e ai diversi interlocutori dell'amministrazione.

## **2.2 SPECIFICITÀ DELLA RENDICONTAZIONE SOCIALE IN AMBITO PUBBLICO**

La rendicontazione sociale di un'amministrazione pubblica, nel suo significato intrinseco, ha portato alcuni autori a coniare un'espressione efficace connessa al perseguimento delle finalità istituzionale: "Rendere conto ai cittadini"<sup>8</sup>, ovvero ricostruire la "catena di senso" dell'amministrazione.

Questo, vuole riuscire a evidenziare il filo che lega la visione politica alla definizione di obiettivi strategici alla loro attuazione attraverso la gestione di risorse e la realizzazione di interventi e attività e infine alla valutazione dei risultati e degli effetti prodotti<sup>9</sup>.

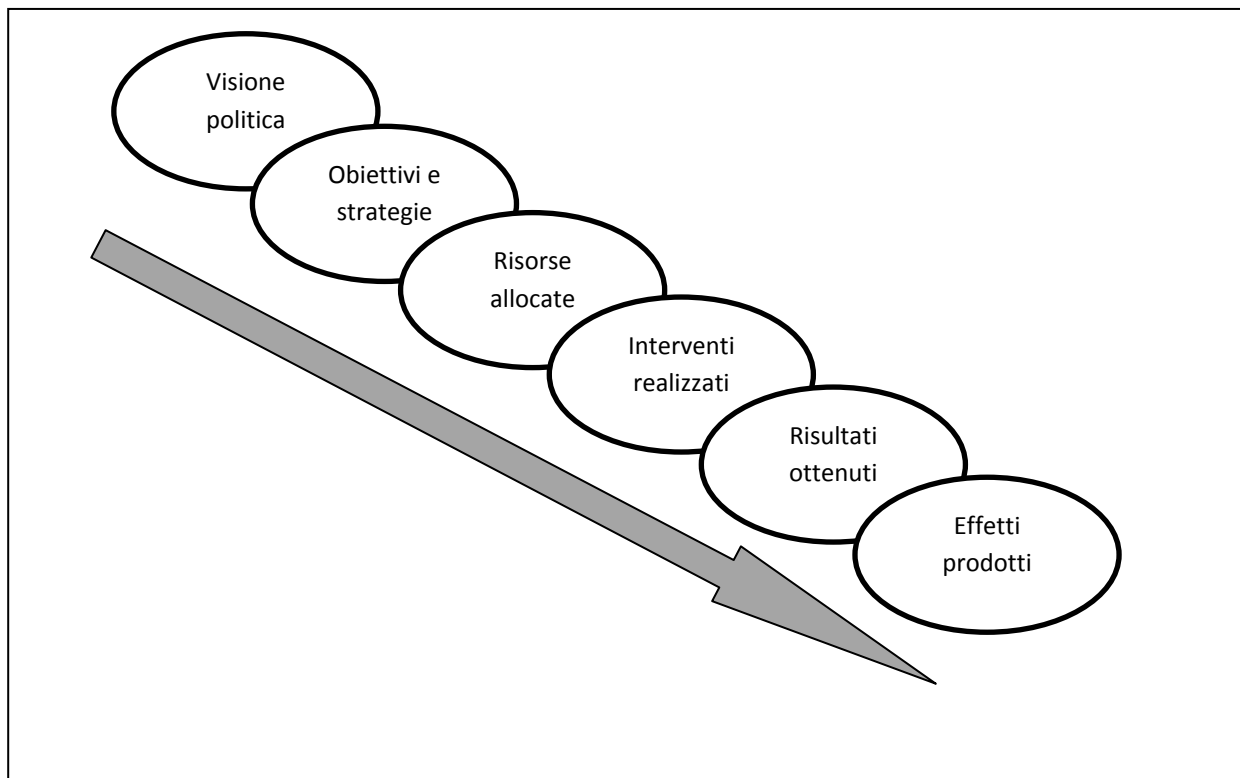
---

<sup>8</sup> Tanese A. (a cura di), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Collana *Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

<sup>9</sup> Rogate C., Tarquini T., *Il bilancio sociale negli Enti Locali*, Maggioli, Rimini, 2004.



**Figura 1** - La rendicontazione sociale dell'ente pubblico come ricostruzione della "catena di senso".



**Fonte:** Rogate C., Tarquini T. , (2004).

In un contesto di sempre maggiore crisi delle istituzioni e di quelle pubbliche in particolare, spesso oggetto di critiche per l'utilizzo inefficiente delle risorse o per la mancanza di utilità sociale, è di fondamentale importanza recuperare una capacità di leggere e rendicontare il senso e il valore del proprio operato.

Da questo punto di vista, l'introduzione del bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche può fornire una valida risposta ad alcuni deficit strutturali del settore pubblico, tra cui:

- un *deficit di trasparenza*, in quanto i cittadini non sono di norma messi in condizione di conoscere e valutare l'operato dell'amministrazione;
- un *deficit di esplicitazione delle finalità, delle politiche e delle strategie* perseguite e realizzate, essendo rara da parte delle amministrazioni la

definizione a priori di un “patto” con la propria comunità di riferimento in merito a obiettivi, priorità e programmi di intervento;

- un *deficit di misurazione dei risultati*, tradizionalmente più orientata alla rilevazione dei fenomeni contabili che alla valutazione della qualità dei servizi e dell’impatto delle politiche realizzate;
- un *deficit di comunicazione*, che non consente di dare visibilità a quei programmi e a quei risultati positivi pur raggiunti dall’amministrazione o quanto meno non in termini sistematici e verificabili da parte dei cittadini.

Questo insieme di esigenze può essere sinteticamente ricondotta nella necessità di rafforzare quel livello di “*accountability*” e di affidabilità delle amministrazioni pubbliche.

## **2.3 RENDICONTAZIONE SOCIALE DELLE AZIENDE SANITARIE**

Già nel 2006 il Ministro per la Funzione Pubblica ha definito principi generali e criteri metodologici per la redazione di un bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche. Nella direttiva<sup>10</sup> si afferma che “ *ogni istituzione è responsabile degli effetti che la propria azione produce nei confronti dei suoi interlocutori e della comunità. Tale responsabilità richiede di dar conto della propria azione ai diversi interlocutori, costruendo con essi un rapporto fiduciario e di dialogo permanente*”.<sup>11</sup>

Tale logica, che porta alla redazione del bilancio sociale, ben si adatta al Servizio Sanitario Nazionale per rafforzare la “*governance*” ed il grado di “*accountability*” dei sistemi sanitari regionali. Infatti, le Regioni svolgono una funzione di programmazione, indirizzo e controllo nell’assistenza sanitaria, rendendosi interpreti dei bisogni di salute della popolazione. Le Aziende Sanitarie, che svolgono una funzione di gestione ed erogazione dei servizi, devono rispettare i

---

<sup>10</sup> Gazzetta Ufficiale n. 53 del 16/03/06.

<sup>11</sup> I principi contenuti nella Direttiva sono validi per tutte le amministrazioni pubbliche; è compito di ciascuna l’adattamento delle linee guida al proprio specifico contesto.

vincoli e gli obiettivi regionali, garantendo efficacia degli interventi, efficienza dell'uso delle risorse ed economicità nella gestione.

In tale contesto di diffusa responsabilizzazione, con la contingente necessità di razionalizzazione della spesa e di contenimento del deficit pubblico, ne discende l'obbligatorietà innanzitutto morale di "rendere conto" del proprio operato.

In particolare, il rapporto tra azienda sanitaria e comunità di riferimento, in relazione alla reale capacità di risposta ai bisogni ed alle attese dei cittadini e di tutti gli altri portatori di interesse (enti locali, imprese, organizzazioni civiche, ecc.) deve necessariamente sostanziarsi in un documento di sintesi sociale, che significa responsabilità, informazione, partecipazione, contributo alla nuova programmazione, al miglioramento.

L'assistenza sanitaria rappresenta un ambito di attività sensibile riguardo l'applicazione della responsabilità sociale. E' sempre più evidente, all'interno del management sanitario, l'attenzione all'efficacia delle cure, l'appropriatezza delle prestazioni, e la qualità dei servizi erogati, superando l'approccio aziendale troppo centrato sulla razionalizzazione delle risorse e sul contenimento dei costi. Infatti, essendo un servizio pubblico, i cittadini hanno diritto ad un'assistenza sanitaria che garantisca l'universalità delle cure, un'informazione adeguata, la possibilità di accesso, e ogni altro elemento che promuova e favorisca la tutela della salute come "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività" (Art. 32 della Costituzione)<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Una buona esplicitazione del principio costituzionale in specifici diritti dei cittadini nei confronti dell'assistenza sanitarie è contenuta nella Carta Europea dei Diritti del Malato, che individua 14 punti.:

1. **Diritto a misure preventive**  
Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati per prevenire le malattie.
2. **Diritto all'accesso**  
Ogni individuo ha diritto ad accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire uguale accesso a ognuno, senza discriminazione in base a disponibilità finanziarie, luogo di residenza, tipo di malattia o momento di accesso al servizio.
3. **Diritto all'informazione**  
Ogni individuo ha diritto ad accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, oltre i servizi sanitari, il modo in cui utilizzarli e tutte le informazioni che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica rendono disponibili.
4. **Diritto di consenso**  
Ogni individuo ha diritto di accedere a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di

Infine, in sanità il concetto di “*accountability*” si collega a quello della “*clinical-governance*”. La definizione stessa di “*clinical-governance*”, infatti, incorpora il principio che le organizzazioni sanitarie “si rendono responsabili” del miglioramento continuo della qualità dei servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l’eccellenza clinica<sup>13</sup>

---

partecipare alle decisioni che riguardano la propria salute. Tali informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, compresa la partecipazione alle sperimentazioni.

5. **Diritto alla libera scelta**

Ogni individuo ha diritto a scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitarie, sulla base di adeguate informazioni.

6. **Diritto alla privacy e alla confidenzialità**

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche e terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l’attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.

7. **Diritto al rispetto del tempo dei pazienti**

Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in tempi brevi e predeterminati. Questo diritto si applica ad ogni fase del trattamento.

8. **Diritto al rispetto di standard di qualità**

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di standard ben precisi.

9. **Diritto alla sicurezza**

Ogni individuo ha il diritto di non subire danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari o da errori medici e ha il diritto di accedere a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

10. **Diritto all’innovazione**

Ogni individuo ha il diritto di accedere a procedure innovative in linea con gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

11. **Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari**

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della malattia.

12. **Diritto a un trattamento personalizzato**

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze.

13. **Diritto al reclamo**

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogniqualvolta abbia subito un danno e di ricevere risposta.

14. **Diritto al risarcimento**

Ogni individuo ha diritto di ricevere un risarcimento adeguato, in tempi ragionevolmente brevi, ogniqualvolta abbia subito un danno fisico, morale o psicologico causato dai servizi sanitari.

<sup>13</sup> Scally G, Donaldson L J, *BMJ*, 4 July 1998.

## **2.4 RAPPORTO TRA RENDICONTAZIONE SOCIALE IN SANITA' E GOVERNANCE REGIONALE**

Molto diverso è stato l'approccio al processo di rendicontazione sociale che si è avuto nelle Regioni italiane. Le prime esperienze ( Firenze, Milano, Roma, ecc.) si sono avute come iniziativa di singole aziende sanitarie, che avevano avvertito il bisogno di sperimentare una nuova forma di dialogo con le comunità di riferimento.

Del tutto diversa l'iniziativa della Regione Emilia Romagna, che sin dal 2004 ha promosso l'adozione di un bilancio di missione secondo modalità e criteri di rendicontazione comuni e predefiniti.

Pertanto, il bilancio sociale, più che uno strumento di comunicazione con interlocutori esterni, è stato visto come il mezzo per rendere conto al governo regionale del grado di attuazione del mandato conferito.

Ulteriore esperienza si è avuta nell'Umbria e nel Veneto prima, nel Piemonte poi, con un percorso più partecipato tra Regione ed aziende sanitarie, con un confronto preliminare per la definizione di un modello comune e condiviso.

Per la Regione Basilicata la redazione del bilancio sociale per le aziende sanitarie è un'opportunità di innovazione per rafforzare i valori fondamentali di cui alla L.833/78 (universalità dei destinatari e globalità delle prestazioni) , dando contestualmente attuazione al processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione sancito dal D.Lgs. 502/92 e dal D.Lgs.229/99.

Ma l'aspetto più importante è quello di rafforzare la legittimazione sociale dell'azienda sanitaria, come azienda pubblica di servizi alla persona ed alla collettività. Ciò vuol dire superare la mera logica di programmazione economica, recuperando una prospettiva di governo che ricerchi una qualità condivisa del sistema.

Occorrerà investire sulla costruzione di un rapporto di fiducia e sul dialogo tra istituzioni e cittadini, innalzando il livello di pressione sui servizi e sui risultati da

parte degli stakeholder ed investendo sulla competenza e sul merito, nonché sulla trasparenza e sull'accessibilità a dati e informazioni inerenti attività, risorse e risultati.

## ***CAPITOLO 3***

*RENDICONTAZIONE SOCIALE NEL SISTEMA  
SANITARIO DELLA REGIONE BASILICATA*

### **3.1 INTRODURRE IL BILANCIO SOCIALE NEL SISTEMA SANITARIO DELLA BASILICATA**

Le nuove forme di rendicontazione, censite nei diversi contesti territoriali, sono degne di merito, soprattutto considerando che negli ultimi anni sembra essere sempre più in aumento l'attenzione sul bilancio economico e finanziario e sul contenimento del deficit, come principale, se non unica, misura della performance. Il Servizio Sanitario Nazionale, è caratterizzato da una forte contrazione di risorse e da profondi processi di riorganizzazione dell'offerta dei servizi, che evidenzia l'esigenza di informare i principali interlocutori in modo chiaro e verificabile, riguardo il proprio impegno sul territorio in termini di efficienza e di efficacia: cittadini, opinione pubblica, associazioni, ecc.

In alcuni studi, è emerso un approccio multidimensionale per la valutazione dei sistemi sanitari, che mira a superare una visione esclusivamente economica, in modo da considerare l'efficacia delle cure attraverso indicatori di esito e di out come più adatti alla sfera dell'impatto sociale. Infatti, il bilancio sociale è stato considerato lo strumento più idoneo a "dar conto" del valore prodotto dal sistema sanitario, sia a livello locale che a livello regionale, e quello che più supporta il confronto con gli *stakeholder* sulla valutazione del grado di coerenza tra impegni assunti e risultati realmente ottenuti, valutabili anche secondo parametri non economici.

La sperimentazione del bilancio sociale è un' iniziativa di grande interesse anche per le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, soprattutto se inserita in una logica di rafforzamento della "governance" e del grado di "accountability" del sistema sanitario regionale nel suo complesso.



## **3.2 ALCUNI REQUISITI PER UN UTILIZZO EFFICACE DEL BILANCIO SOCIALE NEL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE BASILICATA**

Per riuscire a garantire una reale efficacia dell'iniziativa, è necessario che la realizzazione del bilancio sociale nelle aziende sanitarie della Regione Basilicata, rispetti alcuni requisiti.

Il primo requisito per introdurre un modello unico di rendicontazione sociale delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, è quello di non considerare il bilancio sociale un fenomeno passeggero, uno strumento fine a sé stesso, ma una risposta ad una rinnovata e più profonda esigenza di rendicontazione e di trasparenza sulle politiche e sui servizi sanitari messi in atto per migliorare la qualità dell'assistenza ai cittadini e i processi di programmazione regionale e locale.

La stessa definizione dello "schema tipo" di bilancio sociale dovrebbe essere oggetto di progettazione congiunta tra la Regione e le Aziende sanitarie, in modo da consentire una maggiore coerenza con il sistema di "accountability" e di "governance", e in particolare con:

- ✓ il sistema di programmazione regionale e delle singole aziende;
- ✓ il sistema di relazioni istituzionali con gli Enti Locali;
- ✓ il sistema di accreditamento e di regolazione degli erogatori pubblici e privati;
- ✓ il sistema di misurazione dei risultati e di valutazione dei direttori generali;
- ✓ il sistema di coinvolgimento e di partecipazione dei cittadini e degli altri *stakeholder*.

Il secondo requisito per l'adozione di un nuovo e ulteriore strumento di rendicontazione deve essere quello di orientare fortemente il processo alla costruzione di un dialogo permanente tra i diversi attori del sistema sanitario

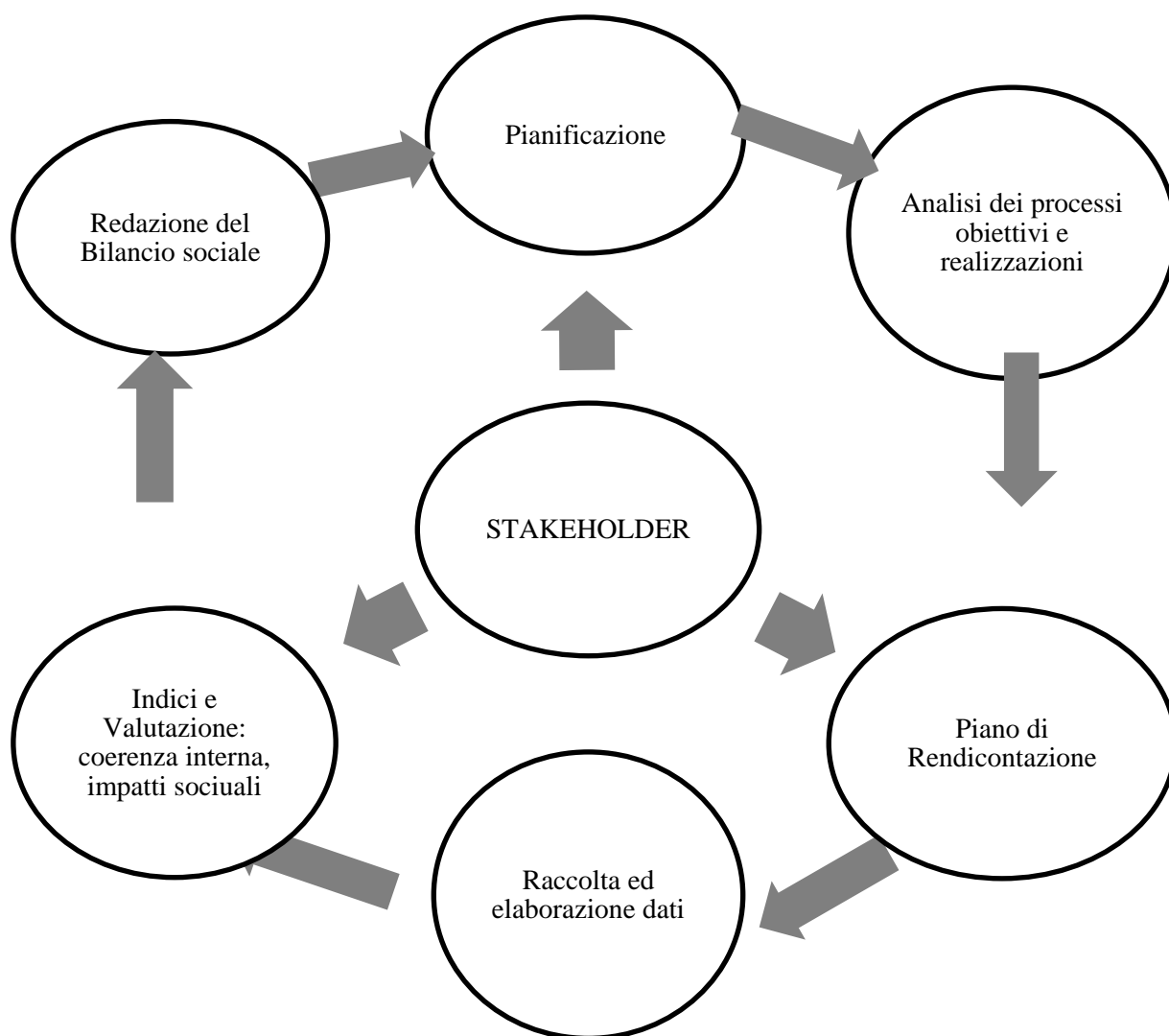
regionale. Dal momento che il bilancio sociale nasce essenzialmente come strumento di comunicazione, la sua efficacia deve essere misurata in funzione non della qualità del documento prodotto, ma del grado di conoscenza, di dialogo e di confronto che esso genera, sui programmi, sulle attività e sui risultati dell'azienda in un dato territorio.

Le aziende sanitarie dovrebbero pertanto associare al bilancio sociale adeguati piani e azioni di comunicazione non solo nel senso di una adeguata diffusione e pubblicizzazione del documento, ma soprattutto in quello di una promozione di forme di partecipazione al processo stesso di rendicontazione, nelle sue diverse fasi. Particolare attenzione dovrebbe rivestire il coinvolgimento dei cosiddetti *stakeholder* istituzionali, quali gli enti locali o le associazioni di tutela dei cittadini o di particolare categorie di utenti dei servizi.

Per quanto precedentemente detto, il processo dovrebbe prevedere espressamente il coinvolgimento degli *stakeholder*, enti locali, imprese, organizzazioni civiche e di volontariato, a partire dalla stessa progettazione del sistema di rendicontazione regionale, da misurare in base alle esigenze informative espresse dalla comunità di riferimento.

Un ulteriore requisito dovrebbe essere l'articolazione del lavoro in relazione a specifici ambiti territoriali (es. aree distrettuali) e settoriali (es. per tipologie di assistenza, di utenza, cronicità, fasce deboli, socio-sanitario).

**Figura 2** - Coinvolgimento degli *stakeholder* nel processo di rendicontazione sociale<sup>14</sup>



Fonte: Tanese, 2004.

Un terzo requisito di un corretto processo di rendicontazione sociale consiste nell'attribuire maggiore importanza al *processo* di rendicontazione che non al solo *prodotto* finale bilancio sociale. In questo ambito, non si vuole realizzare un sofisticato documento come già avviene per il bilancio di esercizio, da delegare a

<sup>14</sup> Tanese A. (a cura di), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Collana *Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

specifici servizi o a esperti e consulenti esterni, senza alcun investimento e coinvolgimento diffuso delle strutture e dei professionisti interni che invece dovrebbero essere titolari del processo di rendicontazione.

Questo duplice e integrato processo di consapevolezza appare particolarmente utile sia per coinvolgere i professionisti e le strutture interne delle aziende, sia per rafforzare il legame tra aziende sanitarie e Regione, all'interno di una strategia di coesione e di condivisione del processo di "*accountability*" del sistema sanitario regionale.

A tal fine è ipotizzabile che, anche in relazione alle dimensioni contenute della Regione Basilicata rispetto ad altre Regioni che hanno adottato linee guida regionali (in particolare Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte), il processo sia accompagnato da alcune importanti azioni di supporto coordinate a livello regionale e coinvolgendo da subito ciascuna delle quattro aziende sanitarie:

- ✓ costituzione di un gruppo guida regionale con referenti regionali e aziendali;
- ✓ attività di formazione diffusa a livello regionale e di singole aziende;
- ✓ costituzione di gruppi di lavoro tematici trasversali alle quattro aziende;
- ✓ individuazione di *stakeholder* di riferimento per ciascuna area tematica;
- ✓ definizione di un percorso guidato di sperimentazione del bilancio sociale;
- ✓ piano di comunicazione interno ed esterno, con l'attivazione di una sezione web dedicata;
- ✓ definizione del collegamento del bilancio sociale con gli strumenti di programmazione, valutazione e rendicontazione economico-finanziaria a livello regionale e aziendale;
- ✓ collegamento del bilancio sociale con gli strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini;

- ✓ inserimento del bilancio sociale nel piano per la trasparenza e nel sistema di “*accountability*” regionale.

### **3.3 LA RENDICONTAZIONE SOCIALE NELLA REGIONE BASILICATA**

Ogni amministrazione pubblica per sua natura, deve essere in grado di produrre “valore” per la collettività, attraverso la soddisfazione di bisogni individuali o collettivi. La rendicontazione quindi, deve dar conto ed evidenza, in modo misurabile e verificabile, del grado di produzione di questo valore.

Un sistema di rendicontazione sociale può essere implementato in un servizio sanitario come quello della Regione Basilicata, in una logica di rafforzamento della “*governance*” e del grado di “*accountability*” del sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Le ipotesi sono diverse e potrebbero dipendere dal grado di indirizzo e di coordinamento che la Regione intende svolgere ed al grado di autonomia che si intende lasciare alle quattro Aziende Sanitarie lucane:

- ✓ la Regione assume una iniziativa di direzione forte nell’attuazione del bilancio sociale o di missione, al pari dell’esperienza dell’Emilia-Romagna o del Piemonte, avviando un percorso strutturato di sperimentazione e messa a regime di un nuovo strumento di rendicontazione delle aziende, secondo criteri, tempi e contenuti predefiniti e comuni;<sup>15</sup>
- ✓ la Regione svolge un’ azione di sensibilizzazione nei confronti delle aziende sanitarie sul tema della rendicontazione sociale, facendosi portatrice di iniziative di formazione, informazione e diffusione di conoscenze, lasciando però alle singole aziende in base alle loro capacità, competenze e priorità, la scelta sul modello da adottare e, ancor prima, sulla decisione di avviare una sperimentazione del bilancio sociale;

---

<sup>15</sup> Per approfondimenti Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS) Regione Piemonte, Linee Guida. Il bilancio sociale e di missione nelle aziende sanitarie. Il edizione – anno 2010.

- ✓ la Regione promuove in modo condiviso e partecipato di definizione del percorso, prevedendo ad esempio la sperimentazione presso una singola azienda capofila, e a partire da questa esperienza definire possibili linee guida e indicazioni per un'adozione del bilancio sociale anche nelle altre aziende.

La Regione Basilicata ha posto in essere una serie di politiche sanitarie regionali:

- ✓ si è dotata di un Piano integrato della salute per avviare una “politica per la salute” che si realizza attraverso un processo di programmazione negoziata con le Aziende sanitarie;
- ✓ nel "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 Ammalarsi meno, curarsi meglio" <sup>16</sup> pone l'attenzione sulla necessità di rendere conto in maniera trasparente delle azioni svolte dalla sanità regionale;
- ✓ nel 2012 ha definito degli obiettivi puntuali per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie.<sup>17</sup> In particolare, l'obiettivo 4 è un obiettivo di *empowerment* e l'obiettivo 4.1.2, produzione del Bilancio Sociale, prevede che le Aziende Sanitarie predispongano il Bilancio Sociale entro il 28 Febbraio di ogni anno.

Le Aziende, seppur abbiamo dovuto operare in un contesto congiunturale caratterizzato da limitazioni economiche e da interventi di razionalizzazione dei servizi, sono riuscite ad indirizzare la propria mission verso obiettivi di sana ed equilibrata gestione economica al fine di mantenere invariata ovvero migliorare la qualità e quantità dell'offerta sanitaria.

---

<sup>16</sup> D.C.R. 24 luglio 2012 n. 317

<sup>17</sup> Patto della Salute 2010-2012 Obiettivi di Salute e di programmazione economico finanziaria, 14 Marzo 2012.

## Conclusioni

In conclusione, occorre sottolineare la grande opportunità e potenzialità di innovazione che può apportare al servizio sanitario della Regione Basilicata, il bilancio sociale. Infatti, si potrebbe riscoprire il senso originario e la finalità del SSN, recuperando il valore universalistico della Legge n. 833/78, che oggi però non può prescindere dalla piena attuazione del processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione sancito dal D.Lgs.vo 502/92 e dal D.Lgs.vo 229/99. Così, solo attraverso una piena responsabilizzazione degli attori locali, la costruzione di un rapporto vivo e costruttivo con la comunità e con gli enti locali in particolare, il coinvolgimento e la valorizzazione dei professionisti e degli operatori, la costruzione di sistemi di valutazione della qualità dei servizi e degli impatti delle azioni, la trasparenza delle informazioni e dei dati, si può recuperare e realizzare l'idea di tutela sottesa all'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale.

In tal senso, l'introduzione del bilancio sociale o di missione costituisce uno stimolo fortissimo per il ruolo e l'operato delle Aziende Sanitarie all'interno di un processo di "accountability". Infatti, ciò dovrebbe implicare la costruzione di una maggiore circolarità e coerenza tra i momenti della programmazione (Piano Sanitario Regionale, Piani Strategici e Piani Attuativi Locali delle aziende, Bilanci di previsione, processi di "budgeting") e momenti di rendicontazione (monitoraggio del Piano, bilanci di esercizio, valutazione delle performance), in un rapporto di confronto e dialogo permanente con il territorio e la comunità di riferimento.

Un altro aspetto molto importante è di ordine culturale in quanto, l'introduzione del bilancio sociale nella Regione Basilicata, vuole dare un significato alla mission e all'identità dell'Azienda per rafforzarne la legittimazione sociale.

Per garantire Aziende Sanitarie "socialmente responsabili" occorre non già ridurre il potere di intervento autonomo sul territorio, ma innalzare il livello di pressione sui servizi e sui risultati da parte degli *stakeholder* istituzionali. In questo senso, è necessario creare sistemi di programmazione e di valutazione a livello regionale e aziendale più partecipati, all'interno e all'esterno, più trasparenti e più evoluti in termini tecnici e metodologici.

L' introduzione del bilancio sociale all'interno del sistema sanitario è una grande occasione per evitare il rischio, presente in altri sistemi sanitari regionali, di chiudersi in una logica di programmazione economica a breve termine, evidenziando, invece, una prospettiva di governo e di ricerca di una qualità condivisa dei sistemi sanitari regionali. Tutto questo è possibile se chi riveste e interpreta le funzioni di governo, ai differenti livelli, è disposto a investire sulla costruzione di un rapporto di fiducia e sul dialogo tra istituzioni, imprese e cittadini, e a investire sulla competenza e sul merito dell'operato degli attori, oltre che sulla trasparenza e accessibilità a dati e informazioni inerenti attività e risultati.



## ***CAPITOLO 4***

### ***RENDICONTAZIONE SOCIALE NELLA ASL DI MATERA***

## **4.1 IL BILANCIO SOCIALE DELLA ASL DI MATERA**

Il lavoro di rendicontazione sociale per l'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in forma di bilancio di missione 2012-2013, ha avuto l'obiettivo di rendere conto delle attività svolte in modo da permettere agli stakeholder esterni e interni, di valutare i risultati raggiunti. In particolare gli stakeholder interni, hanno la possibilità di acquisire maggiore consapevolezza dei servizi offerti e gli stakeholder esterni, possono valutare i risultati raggiunti. L'obiettivo principale dell'ASM nel 2012 e 2013 è stato quello di consolidare il processo di riorganizzazione della rete dei servizi, mantenendo il paziente al centro del sistema.

## **4.2 CONTESTO GENERALE**

Il Servizio Sanitario Regionale si compone di:

- ✓ due Aziende sanitarie, corrispondenti ai rispettivi territori provinciali, la ASL di Potenza e la ASL di Matera;
- ✓ dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo";
- ✓ dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

In particolare, l'Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM o anche "Azienda"), è stata istituita con L.R. n. 12 del 01/07/2008, dalla fusione delle due preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera.

L'ambito territoriale comprende 31 Comuni e un elemento che caratterizza la struttura territoriale della provincia è rappresentato da un indice molto basso della densità della popolazione. Infatti, la media nazionale è pari circa a 252, e la provincia di Matera si attesta su un valore inferiore a 60. Questo dato spiega la sua posizione tra le province meno popolate d'Italia. La bassa densità della popolazione, influisce sulle dinamiche sanitarie sia per quanto riguarda la domanda assistenziale, sia per quanto riguarda l'offerta. Infatti, la struttura del territorio condiziona le scelte e le strategie sanitarie per far sì che sia garantita un'offerta uniforme per tutta la popolazione di riferimento. Un ruolo importante in questo modello è svolto dalla rete dell'Emergenza-Urgenza, che deve assicurare a

tutta la popolazione il primo soccorso e l'eventuale trasferimento nelle strutture idonee all'assistenza.

### **4.3 MISSION, VISION ED I PRINCIPI**

Nel considerare l'identità dell'Azienda in esame, si rende necessario specificare la *mission* aziendale ovvero il mantenimento in buona salute della popolazione di riferimento e di coloro che sono presenti sul territorio. A questo scopo è necessario conoscere lo stato di salute e i bisogni della popolazione in modo da assicurare i livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

Per quanto riguarda la *vision* strategica, l'Azienda ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta attraverso lo sviluppo di un sistema integrato di persone, tecnologie, strutture e processi. Lo scopo è quello di garantire una sicurezza per tutti gli interessati, efficienza nella gestione delle risorse umane e finanziarie, e equità di accesso ai servizi e alle prestazioni.

Infine, i principi seguiti dall'Azienda: efficacia, efficienza e equità del sistema fanno sì che le prestazioni siano erogate sulla base dei singoli bisogni e su quelli della comunità, attraverso il modello della presa a carico e dei percorsi clinico-assistenziali. Inoltre, l'Azienda favorisce la ricerca e le soluzioni innovative sia dal punto di vista concettuale che organizzativo e tecnologico.

### **4.4 ASSETTO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE DELL'OFFERTA: CRITICITA' E PUNTI DI FORZA**

L'attuale organizzazione aziendale della ASM si fonda sulla distinzione tra funzioni direzionali che riguardano il potere di indirizzo strategico e di governo e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni. L'impianto organizzativo è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- Assistenza distrettuale;

- Assistenza ospedaliera.

I principi a cui si ispira l'impianto organizzativo dell'Azienda sono così definibili:

- Separazione della funzione di committenza ovvero la definizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute in modo adeguato e la funzione di produzione delle prestazioni;
- Adozione dell'organizzazione dipartimentale per la gestione operativa delle attività aziendali con il fine di razionalizzare l'uso delle risorse, migliorare l'efficienza gestionale e gestire il budget.

### **Assistenza Ospedaliera**

L'Azienda gestisce 5 ospedali ognuno dei quali si differenzia tra assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale- distrettuale:

- il P.O. di Matera, per acuti, sede di DEA di I livello, posti letto totali 374;
- il P.O. di Policoro, per acuti, sede di Pronto Soccorso Attivo posti letto totali 104 ;
- l'Ospedale di Stigliano, ospedaliera di tipo territoriale- distrettuale, lungodegenza e sede di Hospice, posti letto totali 34;
- l'Ospedale di Tinchì, ospedaliera di tipo territoriale- distrettuale, riabilitazione e poliambulatorio multi-specialistico;
- l'Ospedale di Tricarico. ospedaliera di tipo territoriale- distrettuale, lungodegenza e riabilitazione, posti letto totali 99.

L'obiettivo prioritario dell'Azienda, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera nel 2012, ha riguardato il consolidamento del processo di riorganizzazione della propria rete ospedaliera, in conformità agli indirizzi programmatici definiti dal Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012-2015. Gli obiettivi prioritari sono stati:

- Completamento del processo di riconversione in senso distrettuale degli Ospedali di Stigliano, Tricarico e Tinchi, con la dismissione definitiva dei posti letto per acuti residuali;
- Perfezionamento della riqualificazione dell'offerta assistenziale degli ospedali per acuti.

Per il raggiungimento di essi, l'Azienda ha adottato un modello che pone al centro il paziente ed i suoi bisogni facendo sì che, i processi di diagnosi e cura seguano percorsi integrati, organizzati in modo "orizzontale" intersecando le diverse aree.<sup>18</sup>

### **Assistenza Territoriale**

L'assistenza territoriale è erogata sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate. Per quanto riguarda i primi, ci sono 5 Poliambulatori specialistici, 11 sedi distrettuali comunali, 2 Centri di salute mentale, 2 SERT, 2 Centri Diurni, 2 Consultori e 1 Hospice. Le strutture Convenzionate sono: 5 Centri Privati Accreditati con attività di diagnostica strumentale, 7 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio, 1 Medico singolo, 11 Case alloggio, e 6 Attività convenzionate per la riabilitazione.

La necessità di riorganizzare l'assistenza territoriale con il fine di attuare il modello distrettuale, ha portato all'individuazione di un dirigente medico di struttura complessa che gestisce e coordina le attività territoriali. Inoltre, sono stati attivati percorsi assistenziali integrati sia con le strutture operative aziendali, sia tra queste e i medici convenzionati.

Con il potenziamento dell'assistenza territoriale, si è raggiunto un decongestionamento delle attività ospedaliere che ha portato al contenimento del relativo tasso di ospedalizzazione nei parametri definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

L'Azienda ha mirato all'integrazione tra i punti della rete assistenziale ed è stato redatto un documento comune tra le direzioni dell'Ospedale di Matera e il Distretto

---

<sup>18</sup> Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011

riguardo la dismissione partecipata e concordata che prevede la presa in carico territoriale.

Inoltre, nel 2012, dopo una fase sperimentale, si è passati alla programmazione dei Punti Unici di Accesso, in cui si offre accoglienza ed orientamento ai cittadini e si effettua una prima valutazione integrata del bisogno espresso dalla cittadinanza.<sup>19</sup>

### **Prevenzione**

La ASL di Matera, eroga attività di prevenzione attraverso due Dipartimenti: il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale.

### **Gestione risorse umane**

L'andamento del personale ha subito una riduzione, soprattutto nel numero di personale dipendente, determinata dal blocco del turn over. Infatti, facendo un confronto del conto economico 2011 – 2012 del costo del personale, si è avuto un decremento pari ad oltre 5 milioni di euro. La nuova organizzazione ospedaliera, ispirata a modelli per intensità di cura, ha portato all'aggregazione di reparti con attività omogenee, in modo da razionalizzare le risorse.

### **Conclusioni: punti di forza e criticità**

La riorganizzazione della rete ospedaliera, che ha determinato la riconversione in senso distrettuale di talune strutture (Ospedali di Stigliano, Tinchi e Tricarico), ha indubbiamente determinato un beneficio nella realizzazione nell'uso delle risorse con una intuibile ricaduta nella qualità dell'assistenza.

Certo, il beneficio per il cittadino-utente non è da poco, ma da solo non può bastare per un miglior soddisfacimento del bisogno di salute.

Occorre, infatti, investire ulteriormente da un punto di vista qualitativo sul sistema delle cure primarie, filtro indispensabile per l'assistenza in regime di ricovero,

---

<sup>19</sup> Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011

nonché nell'ottimizzazione del sistema dell'emergenza, questione molto sentita dalla popolazione, sia in termini di accesso che per il livello qualitativo delle prestazioni.

## **4.5 RENDICONTO ECONOMICO: CRITICITA' E PUNTI DI FORZA**

Andando ad analizzare l'uso e la gestione delle risorse da parte dell'Azienda, si rende necessario considerare i dati contabili. L'esercizio 2012 si è chiuso evidenziando un disallineamento negativo tra ricavi e costi di 2,7 milioni di euro, dovuto ad una strategia molto rigida da parte dell'ASM. Infatti, si è sviluppata una razionalizzazione dei costi, soprattutto quelli per servizi non sanitari, e c'è stato un innalzamento dei livelli di appropriatezza per garantire maggiore qualità dell'assistenza sanitaria. Inoltre, le scelte sono state orientate a contrasto di ogni spesa, prestazione, e servizio a cui non corrispondeva un adeguato beneficio di salute.

### **Ricavi**

Il valore della produzione nel 2012, è stato di circa 379 milioni di euro, presentando un incremento di 4 milioni di euro rispetto all'anno precedente. La principale voce di ricavo è rappresentata dalla quota del Fondo sanitario ripartito dalla Regione Basilicata (FSR), che è pari al 89,72% del valore della produzione. L'incremento generale della produzione, è stato principalmente determinato da:

- Aumento della mobilità sanitaria attiva, in particolare per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che hanno fatto registrare un maggior ricavo per circa 1,5 milioni di euro e quelle ospedaliere che presentano un incremento di circa 0,5 milioni di euro;
- Aumento dei proventi per rimborsi dei costi effettuati dalla Fondazione Don Gnocchi, di circa 1 milione di euro, in ottemperanza al rapporto di convenzione per i servizi di convivenza, ristorazione da parte dell'Azienda e per le attività di riabilitazione svolte nel polo di Tricarico;

- Aumento dei ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi;
- Aumento della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie, determinato dall'introduzione del ticket sulle prescrizioni specialistiche ambulatoriali.

## **Costi**

I costi di produzione presentano un decremento di 10,7 milioni di euro che ha interessato quasi tutte le macro-voci in cui si articolano:

- Acquisti di beni;
- Acquisti di servizi;
- Costi del personale dipendente.

## **Mobilità attiva e passiva**

Nell'analisi della mobilità sanitaria extra ed intra regionale, vediamo che i costi della mobilità passiva sono peggiorati a causa di un aumento di essa, mentre la mobilità attiva ha registrato un aumento di circa 1,9 milioni di euro. Per quanto riguarda il saldo di mobilità intra-regionale, si è registrato un lieve peggioramento pari a 927 mila euro, dovuto all'aumento della migrazione passiva che ha assorbito l'incremento della mobilità attiva intra-regionale.

## **Rapporti con i fornitori**

L'approvvigionamento di beni e servizi viene fatto seguendo la normativa vigente (D.lgs. 163/2006) che prevede la libera concorrenza, la non discriminazione, e la parità di trattamento. Per quanto riguarda i lavori in economia, l'Azienda ha adottato un regolamento per la loro acquisizione ed esecuzione. Quest'ultima può avvenire in amministrazione diretta, a cottimo fiduciario, o con sistema misto.

In economia tra le varie opere, sono eseguibili:

- Le manutenzioni o le riparazioni di opere e impianti per eventi imprevedibili;



- Le manutenzioni di opere e impianti;
- Le manutenzioni o riparazioni di apparecchiature elettromedicali e non.

Infine, l'Azienda ha regolarizzato tutte le passività al 2012 e ha accelerato la tempistica dei pagamenti grazie all'approvazione di una Delibera del Direttore Generale<sup>20</sup> che riguarda le procedure amministrativo-contabili di acquisizione, registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture dei fornitori. Inoltre, sono individuati i relativi uffici responsabili e i tempi massimi per ogni fase del procedimento.

### **Spesa Farmaceutica**

Nel 2012, la spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è così composta:

- Spesa netta farmaceutica convenzionata;
- Distribuzione diretta farmaci fascia "A" in dimissione ospedaliera e a seguito di visita specialistica;
- Spesa di acquisto farmaci;
- Oneri nelle farmacie e ai distributori intermedi.

La spesa farmaceutica convenzionata, ai sensi della L. 222/2007, deve essere considerata al lordo dei ticket e da questo abbiamo che il totale della spesa territoriale, compreso il ticket rappresenta il 14,38% della quota del Fondo Sanitario Regionale assegnato alla ASM.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale pro-capite, sostenuta dalla ASM nel 2012, essa si discosta leggermente dal raggiungimento pieno del target stabilito dalla programmazione regionale.

---

<sup>20</sup> Delibera del Direttore Generale n. 678 del 2013- Procedure amministrativo-contabili per il pagamento dei fornitori.

## **Conclusioni: criticità e punti di forza, proposte per la copertura del debito**

La gestione dell'ASL di Matera si colloca in un quadro generale di una grave crisi finanziaria e economica della Nazione che presenta una crescita progressiva del debito pubblico che ha portato ad una riduzione selettiva della spesa cercando di non compromettere la qualità e la quantità di servizi garantiti costituzionalmente.

L'ASM nel 2012, grazie alla nuova Direzione Strategica, ha raggiunto apprezzabili risultati economici e finanziari, rispetto ai tre esercizi precedenti in cui ha chiuso il bilancio con perdite molto consistenti. Infatti, si è cercato di ridurre il più possibile il livello dei costi consolidato negli anni precedenti, in modo da contenere la perdita di esercizio nei limiti e giungere l'anno successivo al raggiungimento del pareggio di bilancio.

Appare più che meritevole l'attenzione e l'impegno profusi nell'uso delle risorse, specie sul piano dei costi che hanno prodotto una riduzione nell'esercizio di oltre 10 milioni di euro.

Positivamente interessante anche l'intervento sulle procedure di acquisizione di beni e servizi, nonché sulla registrazione, liquidazione e pagamento delle fatture ai fornitori, che ha consentito una significativa contrazione dei tempi.

La stessa spesa farmaceutica registra segnale di miglioramento, anche se il settore merita ulteriori iniziative nel controllo ovvero la sperimentazione di nuove procedure, quali, ad esempio, la vendita per conto. Nell'ambito delle prestazioni erogate, la presenza dei nuovi ambiti distrettuali deve necessariamente vedere incrementati i valori di produzione nelle attività a gestione diretta. Occorre, inoltre, e questo è senz'altro allo Stato l'elemento di maggior criticità, migliorare il saldo di mobilità extra regionale per i ricoveri. Ciò potrà avvenire solo monitorando e valutando il fenomeno, investendo sulle professionalità sanitarie ed innalzando l'indice di complessità delle prestazioni. E' di tutta evidenza che in tal caso al miglior risultato economico si correla anche un miglioramento della qualità dei servizi.

## **4.6 ANDAMENTO DELLA PRODUZIONE: CRITICITA' E PUNTI DI FORZA**

### **Assistenza Ospedaliera**

- ✓ Ospedale di Matera

La Regione, è caratterizzata da una scarsità di risorse e dalla necessità di razionalizzare le linee produttive.

L'attività ospedaliera di Matera ha evidenziato un'invarianza dei ricoveri ordinari e una riduzione sia nel numero di DH, del 43%, sia nel numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali del 6%, e una riduzione della mobilità ospedaliera attiva extra regionale dell'8% nel numero di ricoveri importati e del 6% nella valorizzazione economica.

Per quanto riguarda l'attività di Pronto Soccorso, si è registrato un lieve decremento del numero complessivo di accessi e in particolare si è passati da 93 accessi al giorno a 90.

Un altro dato importante, è l'incremento dell'indice di attrazione extraregionale, che è passata dal 13% nel 2011 al 14% nel 2012.

Per quanto riguarda l'attività di degenza, i posti letto ordinari dei vari reparti, sono rimasti quasi del tutto invariati rispetto al 2011 e i ricoveri ordinari, hanno subito un lieve decremento dell' 1%. La degenza media più alta si è avuta nel Dipartimento di Salute Mentale, seguito dal Dipartimento Medico.

L'indicatore dell'occupazione dei posti letto ordinari, fissato dalle linee nazionali e regionali, è su valori non inferiori al 70-75% e per il P.O. di Matera si attesta su un valore poco inferiore all'85%.

Sotto il profilo dell'attività di Day Hospital e Day Surgery, sono stati raggiunti gli obiettivi con una riduzione del 43% rispetto all'anno precedente.

Infatti, per i ricoveri di tipo diagnostico le prestazioni sono state trasferite in regime assistenziale ambulatoriale, con l'attivazione del Day Service.

Un ultimo aspetto è la mobilità ospedaliera da cui emerge che la Regione da cui proviene la maggior parte della mobilità è la Puglia (87%), seguita dalla Calabria (5%). Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2012, presentano una riduzione del 6% rispetto all'anno precedente.

Di seguito si fornisce l'analisi dei principali indicatori di performance dell'Ospedale di Matera nel corso del 2011, raffrontati con gli standard medi regionali e nazionali.

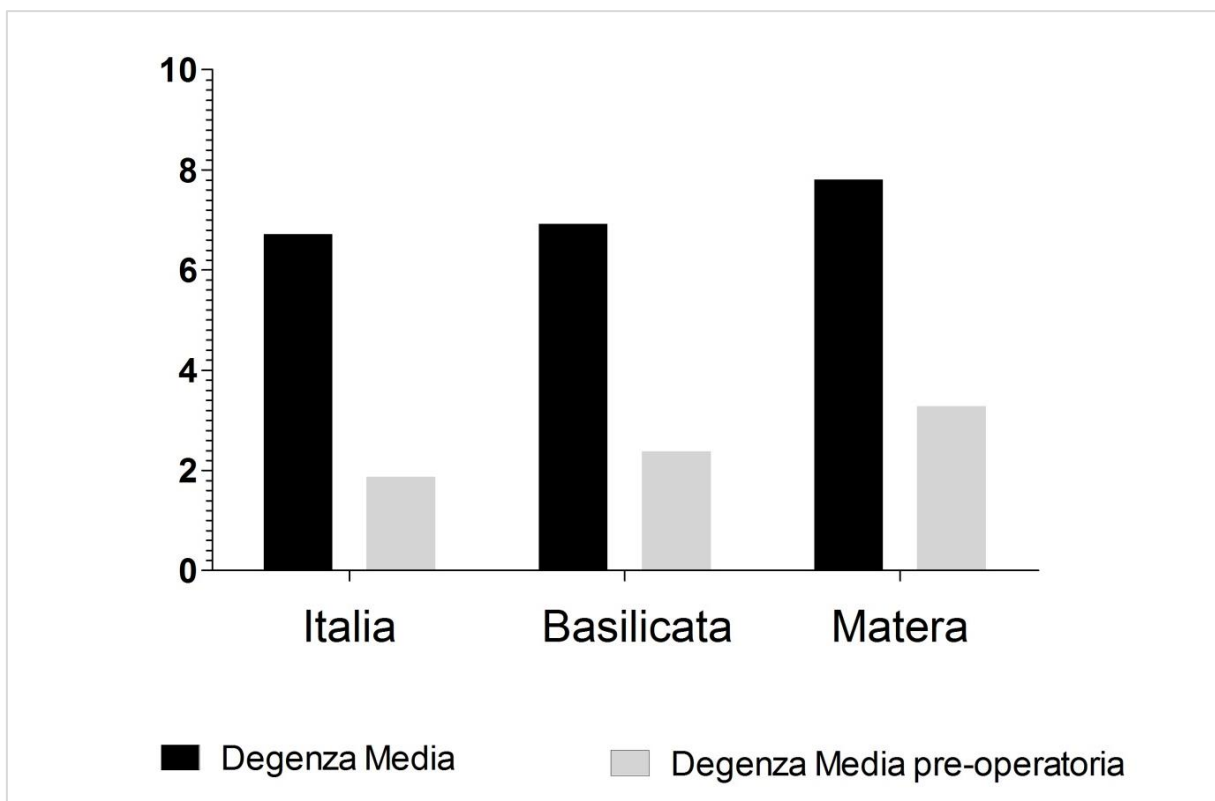
### **Indicatori di efficienza**

Gli indicatori di efficienza sono costituiti dalla degenza media (numero medio di giornate di permanenza dei pazienti presso i reparti ospedalieri) e dalla degenza media pre - operatoria. Come possiamo vedere dal grafico, la degenza media per Matera è un valore superiore rispetto alla media nazionale (+16%) e a quella regionale (+13%). Anche per quanto riguarda la degenza media pre-operatoria, notiamo una media più alta rispetto ai valori nazionali e regionali.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup>Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011

## Grafico 1: Indicatori Di Efficienza



Fonte: Relazione Sanitaria Aziendale ASM – anno 2011.

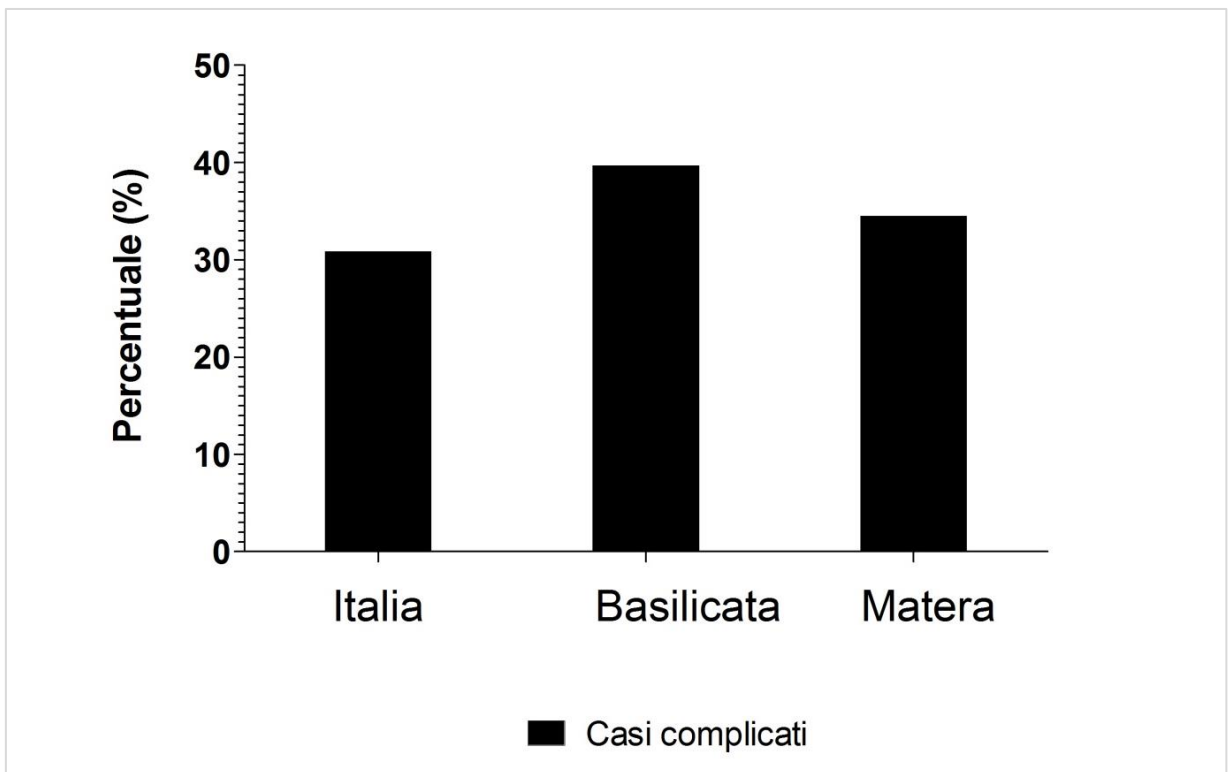
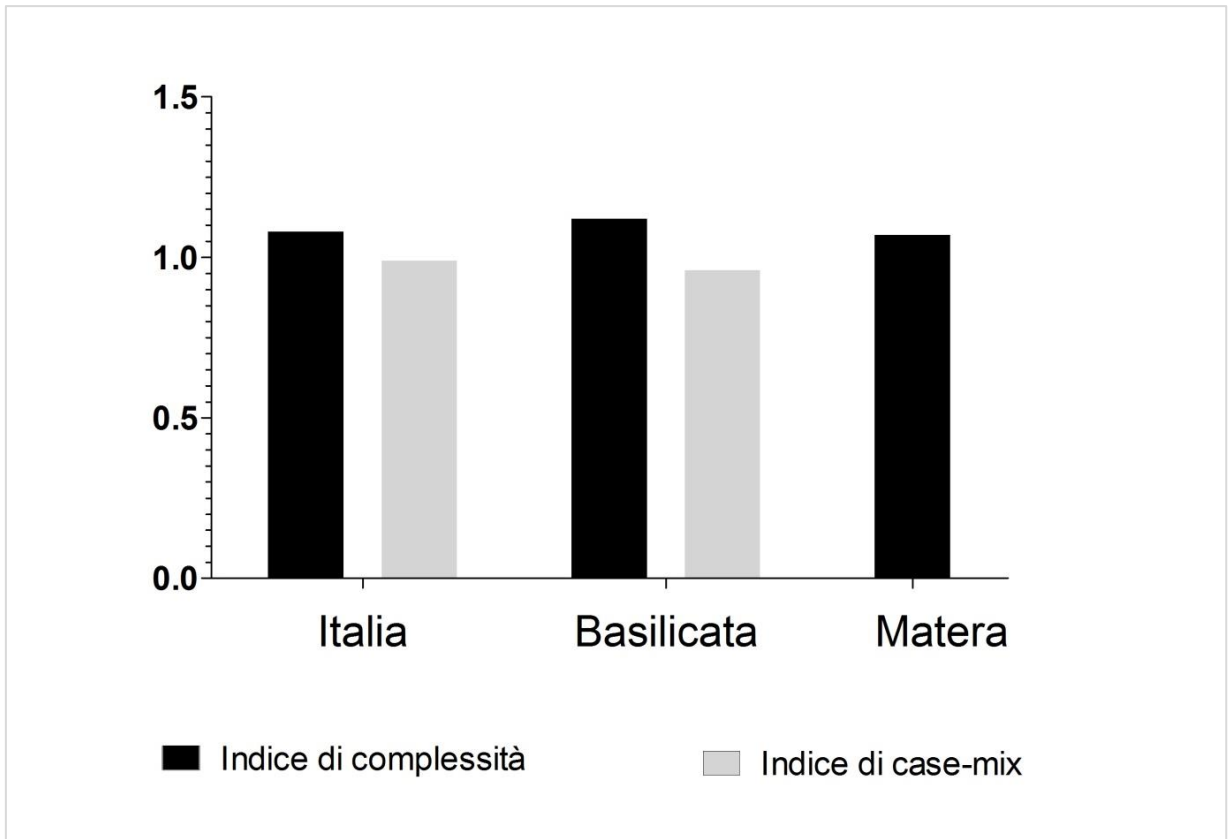
## Indicatori di Complessità

Gli indicatori di complessità sono costituiti dall'indice di complessità (peso medio dei ricoveri ordinari), dall'indice di case – mix (rapporto tra l'indice di complessità dell'Ospedale e quello medio Italiano), e dalla percentuale dei casi complicati.

Per quanto riguarda l'indice di complessità la media è in linea con il resto dei valori mentre, la percentuale di casi complicati è superiore al valore medio nazionale (+12%) e inferiore a quello regionale (-13%).<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011

**Grafico 2: Indicatori di Complessità**

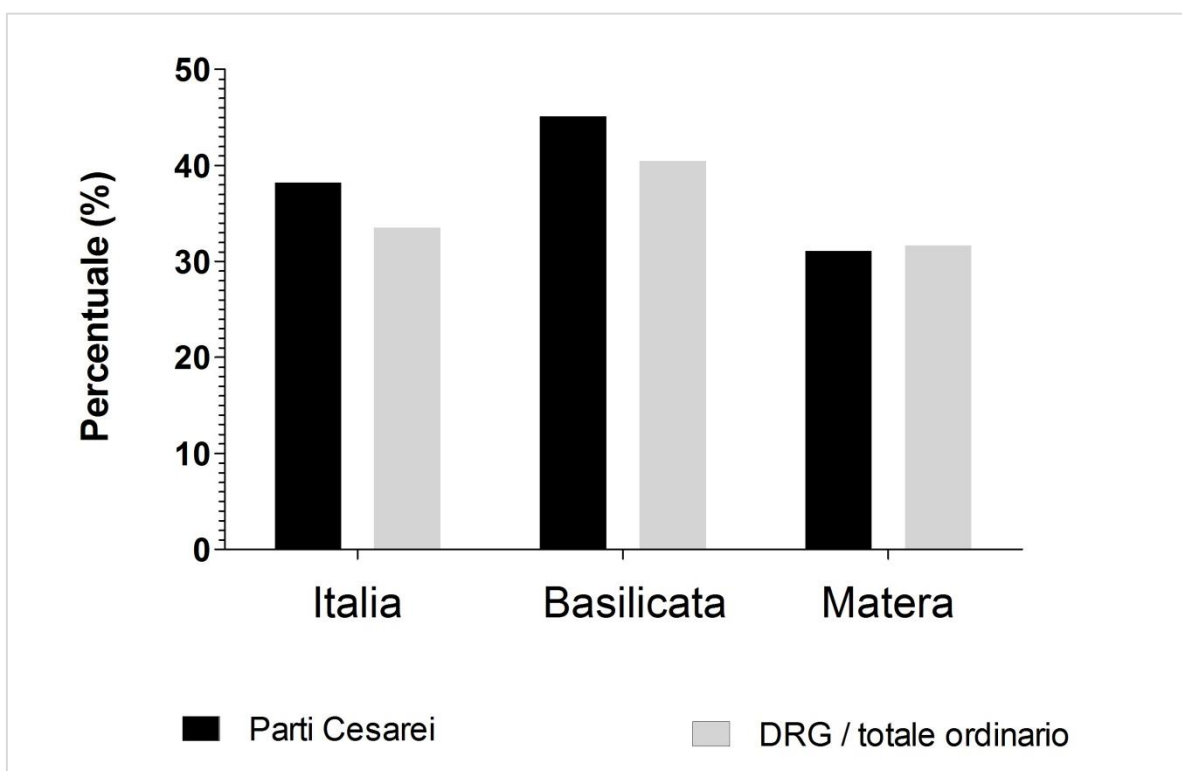


**Fonte: Relazione Sanitaria Aziendale ASM – anno 2011.**

### **Indicatori di Appropriatezza**

Gli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa sono costituiti dalla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti, e dalla percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici ( DRG / totale ordinario), che come dimostrano i valori, sono entrambi inferiori rispetto alla media nazionale e regionale.

### **Grafico 3: Indicatori Di Appropriatezza**



**Fonte: Relazione Sanitaria Aziendale ASM – anno 2011.**

L'analisi dei dati va contestualizzata in uno scenario normativo ed istituzionale caratterizzato dalla scarsità di risorse e dalla necessità di razionalizzare le linee produttive.<sup>23</sup>

- ✓ Presidio Ospedaliero Policoro

<sup>23</sup> Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011

L'attività del P.O. di Policoro mostra un'invarianza nei ricoveri ordinari, una riduzione del numero di Day Hospital del 14%, una riduzione del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali dell'1%, e un incremento della mobilità ospedaliera attiva extraregionale nel numero dei ricoveri importati del 7%.

Il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso, presenta un decremento rispetto al 2011, pari all'1% con 74 pazienti al giorno rispetto ai quasi 75 dell'anno precedente.

Nell'analisi dei posti letto ordinari dei vari reparti, pari a 90, vediamo che non si è attuata nessuna variazione rispetto al 2011 e anche i ricoveri ordinari sono in linea con l'anno precedente. Così come per l'Ospedale di Matera, il Dipartimento che mostra la degenza media più alta è quello di Salute Mentale seguito dal Dipartimento Medico.

L'indicatore dell'occupazione dei posti letto ordinari, presenta un valore pari all'81,2%, considerate le linee di indirizzo nazionali e regionali che fissano l'indicatore su valori non inferiori al 70-75%.

Come precedentemente detto per l'ospedale di Matera, l'Azienda ha voluto contenere i ricoveri in Day Hospital trasferendoli in regime assistenziale ambulatoriale, e il P.O. di Policoro presenta una riduzione del 14% rispetto al 2011.

Infine, la regione da cui proviene la maggior parte della mobilità ospedaliera attiva extra regionale è la Calabria (73%), seguita dalla Puglia (10%). Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2012, presentano una riduzione dell'1% rispetto al 2011.

Di seguito si fornisce l'analisi dei principali indicatori di performance dell'Ospedale di Policoro nel corso del 2011.

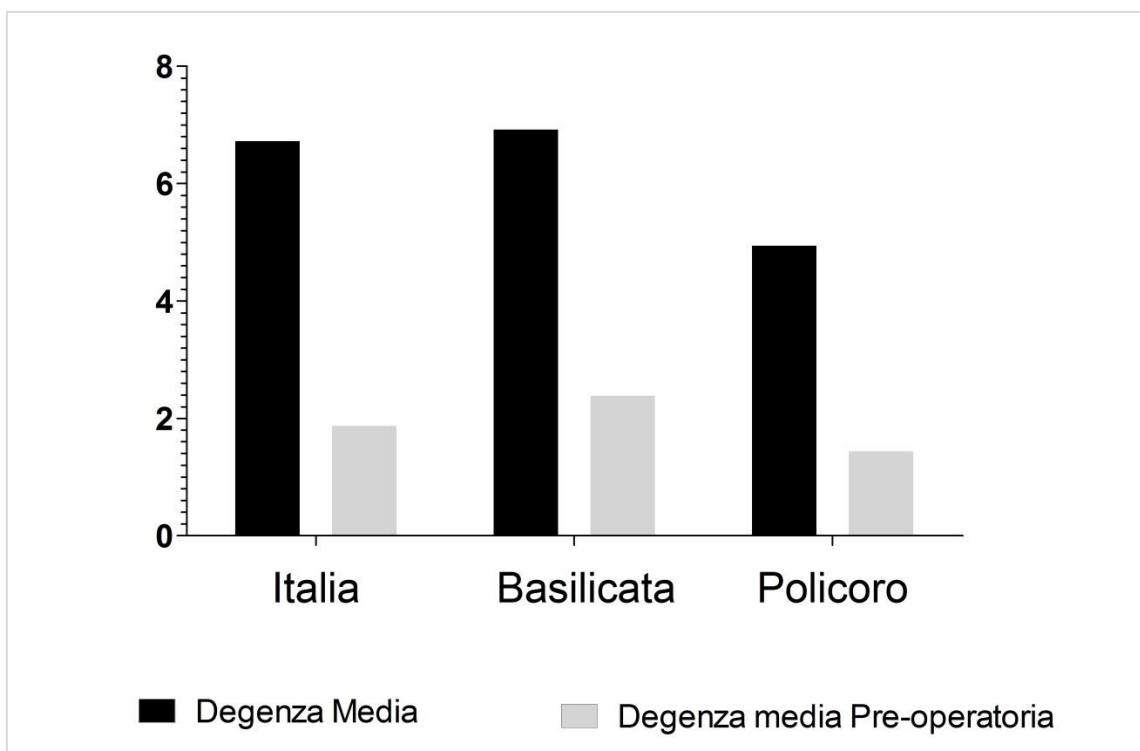
### **Indicatori di Efficienza**

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



2012 è stata pari a 4,94 giornate, valore che risulta inferiore sia a quello medio nazionale, sia a quello regionale. Bisogna precisare però, che il confronto non è omogeneo in quanto la complessità della casistica trattata nell'Ospedale di Policoro è significativamente inferiore sia a quella media nazionale che a quella media regionale. La degenza media pre-operatoria (vale a dire il numero medio di giornate di degenza effettuate prima di un intervento chirurgico) registrata nel 2012 è stato pari a 1,44 giorni, nettamente inferiore sia al valore medio nazionale (-23%) sia a quello regionale (-39%).<sup>24</sup>

#### Grafico 4: Indicatori di Efficienza



Fonte: Relazione Sanitaria Aziendale ASM – anno 2011.

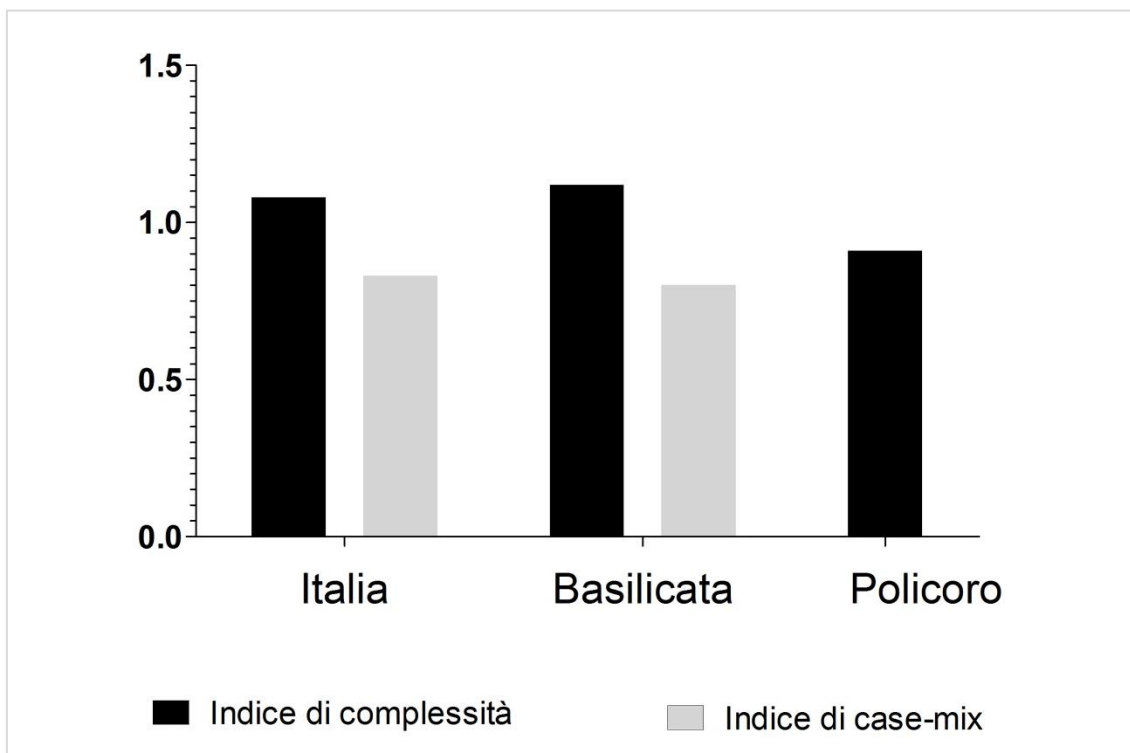
#### Indicatori di Complessità

Gli indicatori di complessità considerati in questa sede sono costituiti dall'indice di complessità, dall'indice di case – mix, dalla percentuale dei casi complicati e dai valori in tabella possiamo vedere come sono tutti inferiori sia al valore medio

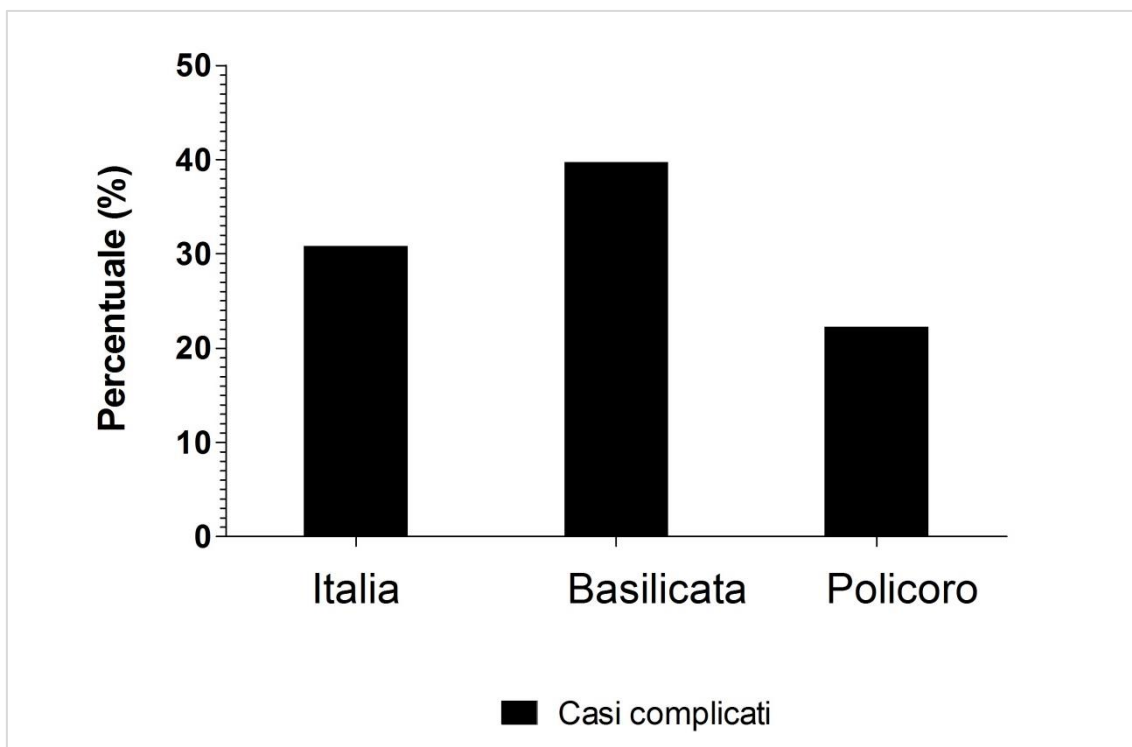
<sup>24</sup> Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011

nazionale che regionale E' necessario evidenziare l' assenza nel P.O. di UU.OO. specialistiche che condizionano non poco la complessità dei casi trattati.<sup>25</sup>

**Grafico 5: Indicatori di Complessità**



<sup>25</sup> Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011



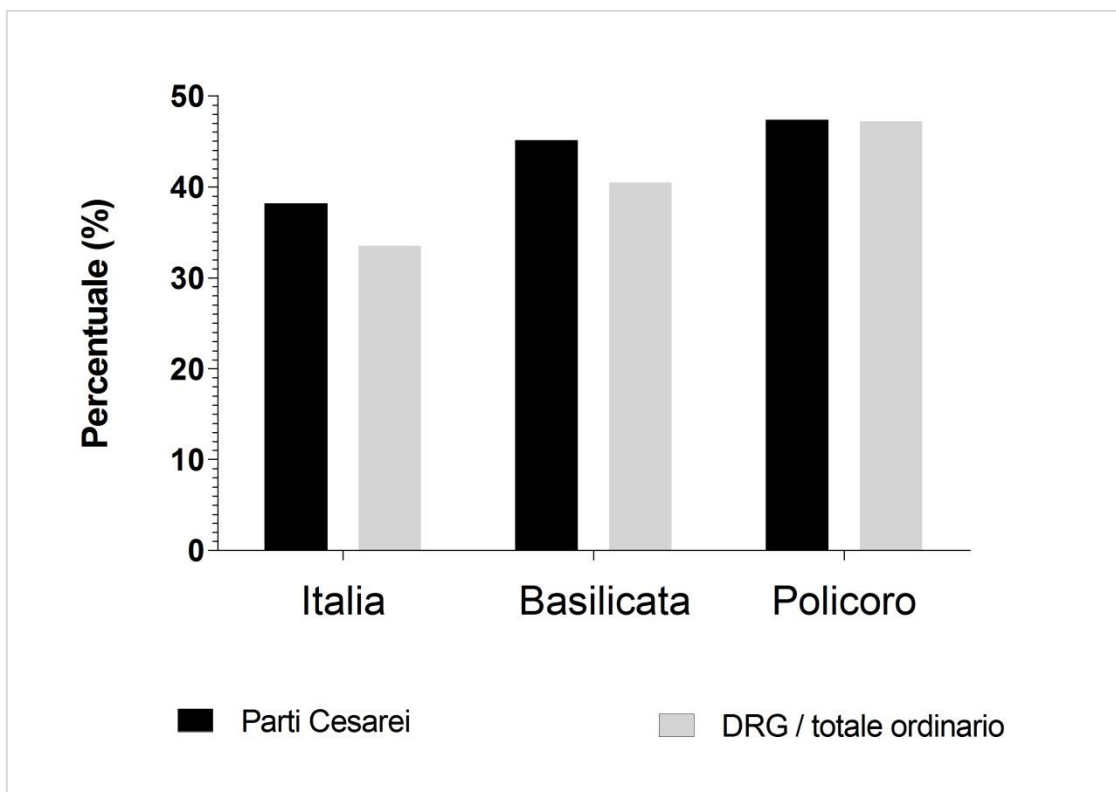
Fonte: Relazione Sanitaria Aziendale ASM – anno 2011.

### Indicatori di Appropriatezza

Gli indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa considerati in questa sede sono costituiti dalla percentuale di parti cesarei sul totale dei parti e dalla percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici ( DRG / totale ordinario), entrambi superiori alla media dei valori nazionali e regionali.<sup>26</sup>

### Grafico 6: Indicatori di Appropriatezza

<sup>26</sup> Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011



**Fonte: Relazione Sanitaria Aziendale ASM – anno 2011.**

### **Assistenza Ospedaliera**

- ✓ Ospedale di Tricarico

Nel triennio 2013-2016, è stata predisposta una sperimentazione sulla “Convenzione per l’utilizzo dei locali dell’Ospedale Distrettuale di Tricarico predisposti per l’attività dei Medici di Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta”.

Per quanto riguarda l’attività di Pronto Soccorso, nel 2012, si è registrato un incremento del numero complessivo di accessi del 5% rispetto al 2011.

L’Ospedale di Tricarico, gestisce la Riabilitazione attraverso il Polo gestito in convenzione con la Fondazione ONLUS Don Gnocchi e gestisce la Lungodegenza attraverso le UU.OO. di Medicina che operano in esso. I ricoveri ordinari presentano un lieve decremento pari all’8% e anche il tasso di occupazione dei posti letto ordinari è sceso dell’11%.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2012 hanno evidenziato una riduzione del 4% rispetto all'anno precedente.

✓ Ospedale di Stigliano

Il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso rileva una riduzione del 20% rispetto al 2011. Inoltre, il processo di riorganizzazione ha provveduto a dismettere del tutto i posti letto per acuti, riconvertendoli in posti letto di lungodegenza medica. In particolare la riduzione dei ricoveri ordinati è del 49%, mentre l'incremento dei ricoveri di lungodegenza medica è del 37%. Inoltre, per effetto della riorganizzazione, la degenza media registrata ha subito un incremento del 61%.

Infine, le prestazioni specialistiche ambulatoriali mostrano una riduzione del 4% rispetto a tutti i servizi e l'Hospice, con una dotazione di 8 posti letto, ha effettuato 225 ricoveri.

✓ Ospedale di Tinchi

Il processo di riconversione in senso distrettuale ha portato alla chiusura definitiva di tutti i posti letto per acuti. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali hanno evidenziato un incremento dell'1% rispetto all'anno precedente che ha riguardato quasi tutti i servizi.

Gli accessi al Pronto Soccorso sono diminuiti del 4%, dovuto alla riconversione dell'Ospedale di Stigliano come Punto Territoriale di Soccorso.

## **Prevenzione**

Le attività di prevenzione sono svolte, attraverso le UU.OO. che operano su tutto il territorio, dal Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e dal Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale. Per quanto riguarda il primo, ogni articolazione funzionale ha 2 Unità Operative Complesse, per un totale di 8 UU.OO.. Per quanto riguarda il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale, ogni articolazione funzionale ha 2 Unità Operative Complesse, per un totale di 6 UU.OO.CC.

## 4.7 AZIONI E PROGETTI

L' Azienda ha una visione strategica improntata al miglioramento continuo della qualità della propria offerta di salute. I valori su cui è fondata l'organizzazione e i relativi progetti sono:

- ✓ Centralità della persona: l' Azienda realizza le attività sulla base dei bisogni del singolo e della comunità. Tra i progetti segnaliamo:
  - Violenza di genere e stalking;
  - Sportello di informazione indipendente sul farmaco;
  - Progetto servizio civile per la realizzazione di interventi di sostegno anziani e disabili;
  
- ✓ Integrazione: l' Azienda sviluppa le attività in un sistema integrato e persegue una visione sistemica dell'organizzazione. Progetti:
  - Progetto Casa della Salute;
  - Salute mentale;
  - Progetto RAI DMM.
  
- ✓ Apertura, Trasparenza e Collaborazione: la struttura organizzativa è improntata sul confronto e sullo scambio di informazioni in modo da coinvolgere tutti gli operatori al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Progetti:
  - Spending Review e sanità;
  - Prevenzione della corruzione.
  
- ✓ Informazione, Comunicazione e Partecipazione: il sistema deve garantire lo scambio di informazioni e la comunicazione tra il paziente, i cittadini e i professionisti. Progetti:
  - Progetto estate sicura.

- ✓ Qualità, Formazione e Ricerca: l'Azienda cerca di migliorare continuamente la qualità assistenziale e considera la formazione uno strumento importante. Progetti:
  - Il Laboratorio Unico Logico;
  - Valutazione della qualità.
  
- ✓ Innovazione: l'Azienda favorisce la ricerca concettuale, organizzativa e tecnologica. Progetti:
  - Laboratorio analisi HI-TECH al PO di Matera, risultati in rete e firma digitale dei referti.
  
- ✓ Valutazione: l'Azienda, attraverso degli indicatori specifici, valuta i risultati delle attività assistenziali. Progetti:
  - Sistema di misurazione e valutazione della Performance.

#### *4.7.1 Centralità della persona*

##### **Violenza di genere e stalking: Progetto ALBA**

Il progetto ALBA è stato approvato dal Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ed ha l'obiettivo di sensibilizzare gli operatori sanitari sui temi della violenza di genere e stalking, implementando una procedura nei Pronto Soccorso per la cura e l'assistenza alle vittime.

##### **Sportello di informazione indipendente sul farmaco**

Lo Sportello è stato attivato a seguito di una convenzione con l'Università degli studi di Foggia e grazie ad esso è possibile ricevere informazioni su specifico quesito in materia di farmacologia. Esso, inoltre, offre conoscenze mirate e vuole essere uno strumento di diffusione e promozione della conoscenza dei problemi farmaco-correlati.

## **Progetto servizio civile per la realizzazione di interventi di sostegno anziani e disabili**

Questo progetto è rivolto all'assistenza ai minori che vivono in situazioni di disagio per motivi di disabilità. In particolare sono stati impegnati 20 volontari, quattro per ogni sede e sono state diverse le associazioni di volontariato che hanno sostenuto il Progetto.

### ***4.7.2 Integrazione***

#### **Progetto Casa della Salute**

Il Progetto è stato avviato nel 2013 e prevede una sperimentazione della Medicina di Gruppo/ Pediatria di Libera Scelta di Tricarico e l'integrazione con Attività Distrettuali/Ospedale Distrettuale- Casa della Salute. Alcuni dei compiti previsti per i medici sono:

- Rendere disponibile le attrezzature e il personale di studio per svolgere le attività previste;
- Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso in base ai criteri concordati con il Direttore del Distretto.

#### **Salute Mentale**

E' stato attivato un percorso di collaborazione "Dopo di noi", che ha l'obiettivo di fornire cure e assistenza alle persone con problemi psichici senza famiglia.

#### **Progetto Rete Assistenziale Integrata per il Diabete Mellito E le Malattie Metaboliche**

Sono stati gerarchizzati i livelli di assistenza in modo da rendere possibile la continuità di cura tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, e i centri Diabetologici. Inoltre, si cerca di aumentare i livelli di prevenzione delle malattie metaboliche.



### *4.7.3 Apertura, Trasparenza e Collaborazione*

#### **Spending review e sanità**

E' stato istituito un tavolo permanente di confronto sull'appropriatezza allo scopo di trovare misure di risparmio e contenimento dei costi e cercando di migliorare i tempi e la qualità dei servizi. Particolare attenzione ha la gestione delle liste d'attesa attraverso l'introduzione di classi di priorità per patologia.

#### **Prevenzione della corruzione**

Il sistema introdotto si fonda sul ruolo attivo del cittadino ed implica un rapporto costante tra Azienda e cittadini. Infatti questo è possibile attraverso un'efficace comunicazione attraverso la quale il cittadino partecipa al controllo della Pubblica Amministrazione. E' stato introdotto un Piano Triennale di prevenzione e corruzione che disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio di corruzione e illegalità.

### *4.7.4 Informazione, Comunicazione e Partecipazione*

#### **Progetto estate sicura**

L'Azienda in collaborazione con l'Associazione Gian Franco Lupo " Un sorriso alla vita" – ONLUS, ha predisposto il progetto "Estate sicura", una campagna informativa per la prevenzione del melanoma.

### *4.7.5 Qualità, Formazione e Ricerca*

#### **Il Laboratorio Unico Logico**

E' un modello aziendale unificato ed omogeneo che garantisce un miglioramento della qualità del servizio erogato contenendo i relativi costi di gestione. In particolare, il modello:

- Definisce una strategia di reingegnerizzazione della Medicina di Laboratorio attraverso un'elevata condivisione delle attività;

- Individua strutture e attività aziendali.

### **Valutazione della qualità : ambulatorio di Endocrinologia di Matera**

L'ambulatorio di endocrinologia di Matera è stato attivato nel 2011 e ha partecipato all'indagine di valutazione della qualità dei servizi diagnostici ed ambulatoriali evidenziando giudizi positivi o molto positivi sulla qualità delle prestazioni erogate.

#### *4.7.6 Innovazione*

### **Laboratorio analisi HI-TECH al PO di Matera**

Sono state accorpate in unica area tutte le attività di laboratorio e la completa informatizzazione del processo di validazione e diffusione dei referti. Infatti, il Laboratorio è collegato in rete con tutti i reparti ospedalieri e con le strutture territoriali dell'Azienda in modo da rendere immediata la consultazione dei referti da remoto in tempo reale. In questo modo è stato possibile ridurre i tempi di risposta, evitando la consegna manuale e i costi di consegna dei referti. Infine, è stata introdotta la firma digitale dei referti, che completa l'informatizzazione dei servizi.

#### *4.7.7 Valutazione*

### **Sistema di misurazione e valutazione della Performance**

Il sistema è orientato al cittadino e agli operatori al fine di favorire i processi di miglioramento e innovazione. La misurazione, permette di migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture in modo da ridurre le inefficienze. In particolare, la misurazione delle performance può far sì che l'organizzazione sia capace di migliorare il sistema di individuazione dei propri obiettivi, verificare il conseguimento di essi, gestire in modo più efficace le risorse e i processi organizzativi.

## Conclusioni

Sono state analizzate ed evidenziate in positivo le azioni intraprese, volte a ricondurre il sistema ad un livello di sostenibilità ed equilibrio finanziario. Questo non è poco nel momento storico in cui le risorse sono sempre più contenute e non può ipotizzarsi nel breve periodo una inversione di tendenza. Le scelte assunte hanno indubbiamente comportato riflessi negativi sul consenso locale, specie per la chiusura/riconversione di ospedali ovvero per l'innalzamento delle quote di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini ma questa fase, dolorosa che sia, non poteva che essere l'obbligatorio avvio di un percorso che dovrà concludersi con l'innalzamento della qualità dei servizi, oltre che nella auspicata efficienza del sistema. Occorre, però, che senza indugi si provveda ad investimenti in tecnologie e professionalità, a partire da quei settori che mostrano maggiori carenze ed inefficienza. L'esempio del Laboratorio Unico Logico dimostra come si possano innalzare gli standard di qualità, pur contenendo i costi di gestione. Appunto la reingegnerizzazione, specie nel settore dei Servizi, è la via giusta per il raggiungimento dell'obiettivo principale: miglioramento dei servizi ed equilibrio di bilancio.

La diffusione della telemedicina ed, in genere, delle nuove tecnologie potrà favorire il processo ed avvicinare il risultato auspicato. Tutto questo deve essere affiancato da costanti interventi formativi e di riqualificazione del personale, unitamente all'acquisizione di professionalità di elevata capacità nei settori che dovessero presentare carenze ed evidenti deficit di apprezzamento. A tale riguardo l'allentamento della rigidità del blocco del turn over produrrà effetti benefici nel brevissimo periodo. E' chiaro che ogni azione dovrà essere attentamente monitorata ed adeguata alle indicazioni che ne deriveranno.

Tale processo considerato complessivamente, dovrà essere sostenuto da un adeguato sistema di misurazione delle performance, finalizzato, oltre che all'individuazione di sprechi ed inefficienze, al giusto premio per le strutture virtuose. E' da evidenziare, da ultimo, come il percorso prescritto possa trovare trasferibilità in quasi tutte le realtà del Sud d'Italia, caratterizzate ancora oggi da

gravi ritardi nel processo di aziendalizzazione della sanità pubblica, determinati da retaggi culturali ed inadeguatezza della classe dirigente, più attenta ai consensi di clientela che all'effettivo bisogno di salute della popolazione tutta.

## **CONCLUSIONI**

L'introduzione del bilancio sociale nelle Aziende Sanitarie può essere una grande opportunità per una responsabilizzazione degli attori locali e per il coinvolgimento della comunità di riferimento. Infatti, si riuscirebbe a creare un rapporto di confronto permanente con il territorio e verrebbero a crearsi sistemi di valutazione sulla qualità dei servizi. Inoltre, si riuscirebbe ad evitare una mera programmazione economica andando a considerare le competenze degli operatori e l'accessibilità ai dati di attività.

In particolare, nel considerare il Bilancio sociale della Azienda Sanitaria di Matera, abbiamo visto come, nel 2012, si sono realizzati risultati economici e finanziari positivi rispetto agli anni precedenti, grazie alla riduzione dei costi attraverso una buona razionalizzazione delle risorse. Dall'altra parte, una criticità emersa riguarda la mobilità extra regionale per i ricoveri che potrà migliorare monitorando il fenomeno e innalzando l'indice di complessità delle prestazioni.

La scelta di campo della chiusura o della riconversione di strutture ospedaliere a favore dell'assistenza territoriale ha comportato risposte tendenzialmente negative della collettività, spesso ancorata a concezioni ospedalocentriche, oltre l'effettivo bisogno.

Ripartire il sistema in equilibrio comporta necessariamente innalzare il livello dell'assistenza territoriale anche da un punto di vista qualitativo, costituendo essa, l'indispensabile filtro per l'accesso alle prestazioni ospedaliere di ricovero, senz'altro più costose. Parallelamente il miglioramento del sistema delle cure primarie e dell'emergenza, necessariamente capillare sul territorio e qualitativamente elevato, potrà ulteriormente offrire quella garanzia di salute che la popolazione giustamente pretende.

Occorrerà accompagnare tale processo in adeguati investimenti in professionalità e tecnologie, indispensabili per fermare quell'emorragia di risorse causata dalla elevata mobilità passiva extra regionale.

E' una rivoluzione culturale per la Basilicata, indispensabile per riportare il sistema in equilibrio che, però, necessita di un sempre maggiore coinvolgimento della popolazione, attraverso un' informazione ed una presa di coscienza, per le quali il bilancio sociale costituisce il primo tassello.

La realtà lucana appare molto simile a quella di altre regioni del Sud d'Italia tutte caratterizzate da un eccesso di offerta e assistenza ospedaliera con macroscopiche perdite finanziarie e grave abbassamento della qualità dei servizi.

Molte analogie vengono a trovarsi, ad esempio, con il Molise, terra dalla quale provengo, che presenta caratteristiche simili per la contenuta dimensione territoriale ed abitativa, la dispersione della popolazione in centinaia di piccole comunità comunali, il basso livello socio-economico della vita.

La Regione Molise è da diversi anni in una situazione di estrema criticità nella sanità, con una posizione debitoria pari quasi ad una annualità dei trasferimenti dal Fondo Sanitario Nazionale, con la presenza di ben dieci strutture di ricovero (sei pubbliche e quattro private) con un evidente surplus di posti letto, uno scadente livello di qualità delle prestazioni ed una sempre crescente imposizione fiscale.

L'aver a suo tempo aderito al " Piano di Rientro" convenuto con il governo nazionale non ha sortito effetti positivi, anzi ha aggravato la situazione complessiva sia dal punto di vista qualitativo che finanziario. Ciò è stato determinato dall' incapacità di avviare percorsi virtuosi primo fra tutti la completa rivisitazione della rete di assistenza ospedaliera, l'unica in grado di liberare risorse da investire nella qualità del servizio.

La Regione Basilicata, invece, ha mostrato coraggio nel ridisegnare il modello di offerta, dimostrando lungimiranza e capacità di buon governo.

Certo, non è facile percorrere tale strada, ma solo attraverso un diverso rapporto con la popolazione servita, potrà aversi una adeguata presa di coscienza della bontà della scelta.

Un contributo sostanziale a tanto, potrà essere dato dalla predisposizione del bilancio sociale, strumento indispensabile di formazione e di partecipazione.

## **BIBLIOGRAFIA**

*Bilancio sociale in forma di bilancio di missione, 2012-2013.* Azienda Sanitaria Locale di Matera.

D'Alessio L., Panozzo F., Pezzani F., Bertola M., Ratti S., Lenzi I., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

Di Filippo E., Tanese A., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

Di Filippo E., Tanese A., Falconi Muzi T., Cerana N., Bertola M., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

*Gazzetta Ufficiale n. 53 del 16/03/06.*

Grasso P., Goletti M., Tanese A., Gumirato G., Di Filippo E., *Rendicontazione sociale e apprendimento organizzativo: il bilancio sociale di mandato della ASL Roma E*, in *Mecosan*, n. 79, 2011.

Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale (GBS), *Il Bilancio Sociale. Documenti di ricerca n. 9. La rendicontazione sociale per le aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano, 2008.

*Linee Guida. Il bilancio sociale e di missione nelle aziende sanitarie. Il edizione – anno 2010.* Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS) Regione Piemonte.

Meneguzzo M., *Gli attori del Sistema Sanitario Regionale: dalla catena del valore al sistema sanitario allargato*, in Frey M., Meneguzzo M., Fiorani G. (a cura di), *La sanità come volano dello sviluppo economico*, Ets, Pisa, 2010.



*Relazione Sanitaria Aziendale - ANNO 2011 ASM - Azienda Sanitaria Matera Art. 41 L.R. 39/2001, Dati Di Attività 2011.*

Rogate C., Tarquini T., *Il bilancio sociale negli Enti Locali*, Maggioli, Rimini, 2004.

Sally G, Donaldson L J, *BMJ*, 4 July 1998.

Tanese A., Vaccari A., Principato G., Bisio L., Catemario M.G., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

Tanese A. (a cura di), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.

Tanese A., *“Interessi in gioco, strategie degli attori e responsabilità sociale. La centralità dei sistemi locali nel governo della sanità.”*, Mecosan n. 58, 2006.

Vermiglio F., *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004.