

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE BASILICATA



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE PIAO 2026 -2028



ANNO 2026

Sommario

PREMESSA	3
1. SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA	5
1.2 MISSIONE, VISIONE STRATEGICA E VALORI FONDANTI	6
1.3 ANALISI DEL CONTESTO	7
1.3.1 Il contesto territoriale	7
1.3.2 Il contesto demografico	8
1.4 LE RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE	16
1.5. ASSETTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONAMENTO OPERATIVO	18
1.5.1 Gli organi	18
1.5.2 Gli strumenti operativi aziendali e di governance	18
1.5.3 Il Sistema dell'offerta assistenziale	19
SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	30
PREMESSA	30
2.1 VALORE PUBBLICO	30
2.1.1 Obiettivo 1 – Rafforzamento della prevenzione primaria attraverso l'incremento delle coperture vaccinali	30
2.1.2 Obiettivo 2 – Riduzione della mobilità passiva extraregionale	32
2.1.3 Obiettivo 3 – Incremento dell'assistenza domiciliare agli anziani	34
2.2 LA PERFORMANCE	36
2.2.1 Introduzione	36
2.2.2 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	36
2.2.3 La Performance Organizzativa	37
2.2.4. La Performance individuale	40
2.2.5 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della sottosezione della Performance	42
2.2.6 Linee di indirizzo strategico e programmazione aziendale	43
2.2.7 Obiettivi strategici per il triennio 2026 - 2028	47
2.2.8 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	55
2.2.9 Obiettivi operativi, indicatori e target per il triennio 2026 - 2028	55
2.2.10 – Piano delle Azioni a supporto degli obiettivi strategici del PIAO	66
2.2.11 Investimenti e fonti di finanziamento	67
2.2.12 Azioni di miglioramento del ciclo della performance	71
2.2.13 Sistemi di benchmarking - Analisi e valutazione della performance nel comparto sanitario	72
2.2.14 Monitoraggio e stato di attuazione anno 2025	73
2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	74
2.3.1 Introduzione	74
2.3.2. Compiti, Responsabilità e Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e gestione del rischio	74
2.3.3. Procedure di raccordo e coordinamento tra i Soggetti della strategia di prevenzione a livello decentrato	80
2.3.4. Processo e modalità di predisposizione della sottosezione del PIAO "rischi corruttivi e trasparenza"	81
2.3.5. Obiettivi strategici 2026/2028	81
2.3.6. Coerenza con Piano Performance	82
2.3.7. Analisi del contesto	82
2.3.8. Misure generali di prevenzione della corruzione	85
2.3.9. Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione	85
2.3.10. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	86
2.3.11. Sistemi di controllo e monitoraggi	86
2.3.12. Modalità per operare l'aggiornamento della sottosezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O.	87
2.3.13. Monitoraggio/stato di attuazione della sottosezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO nel 2025	87
2.3.14 Programmazione dell'attuazione della trasparenza	90
2.4 PIANO DI AZIONI POSITIVE (PAP) 2026-2028	99
2.4.1 Obiettivi strategici ed azioni positive	100
2.4.2 Monitoraggio azioni 2026	104

3. SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	107
3.1. PREMESSA.....	107
3.2 LE RISORSE UMANE.....	107
3.2.1 <i>La programmazione dei fabbisogni di personale per il triennio 2026-2028</i>	<i>109</i>
3.2.2 <i>Le stabilizzazioni</i>	<i>111</i>
3.2.3 <i>La mobilità interaziendale</i>	<i>112</i>
3.2.4 <i>Attuazione DM 77/2022 - DGR 948/2022.....</i>	<i>112</i>
3.3 L'ASSETTO ORGANIZZATIVO.....	112
3.3.1 <i>Organigramma aziendale attuale vigente fino a nuovo Atto Aziendale</i>	<i>115</i>
3.4 PIANO DELLA FORMAZIONE	121
3.4.1 <i>Attività ECM.....</i>	<i>121</i>
3.4.2 <i>Strumenti e metodologia</i>	<i>134</i>
3.4.3 <i>Formazione obbligatoria</i>	<i>134</i>
3.4.4 <i>La valutazione.....</i>	<i>135</i>
3.5 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	136
3.5.1. <i>Premessa</i>	<i>136</i>
3.5.2 <i>Il lavoro agile</i>	<i>136</i>
3.5.3 <i>Accesso al lavoro agile – Condizionalità</i>	<i>136</i>
3.5.4 <i>Articolazione della prestazione lavorativa in modalità agile.....</i>	<i>137</i>
3.5.5 <i>Diritto alla disconnessione.....</i>	<i>137</i>
3.5.6 <i>Dotazione tecnologica</i>	<i>137</i>
3.5.7 <i>Obiettivi - contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia</i>	<i>138</i>
3.5.8 <i>Sicurezza sul lavoro.....</i>	<i>138</i>
3.5.9 <i>Riservatezza dei dati trattati dal lavoratore agile.</i>	<i>139</i>
3.5.10 <i>Livello di attuazione del lavoro agile.</i>	<i>139</i>
3.5.11 <i>Circolare “Attivazione lavoro agile”.....</i>	<i>139</i>
4.SEZIONE IV. MONITORAGGI	140

PREMESSA

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera costituisce lo strumento unitario di programmazione attraverso il quale l'Azienda definisce, in coerenza con gli indirizzi strategici regionali e nazionali, gli obiettivi, le attività e gli assetti organizzativi funzionali al perseguimento della propria missione istituzionale nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Il PIAO è adottato ai sensi dell'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 e ss.mm.ii., che ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione quale strumento di semplificazione e razionalizzazione dei processi di pianificazione delle pubbliche amministrazioni, volto a superare la frammentazione dei documenti programmatori e a garantire una visione integrata dell'azione amministrativa.

In attuazione della citata disposizione normativa, il decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 30 giugno 2022, n. 132, ha definito la struttura, i contenuti e le modalità di adozione del PIAO, prevedendo l'integrazione, in un unico documento, dei principali strumenti di programmazione dell'ente, tra cui il Piano della performance, il Piano triennale dei fabbisogni del personale, il Piano organizzativo del lavoro agile, nonché le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, pari opportunità e benessere organizzativo.

Il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81, vigente al 15 luglio 2022, ha previsto l'individuazione e la soppressione degli adempimenti di programmazione relativi ai Piani assorbiti dal PIAO, in attuazione di quanto previsto dal su richiamato art. 6, comma 5, d.l. 80/2021, convertito con modificazioni, dalla legge 113/2021, di cui alle disposizioni di seguito riportate:

- a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
- c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
- d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
- e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
- f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive).

Il presente Piano è redatto nel rispetto delle linee guida e degli indirizzi applicativi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, secondo un approccio integrato e orientato alla gestione del rischio.

In quanto Azienda Sanitaria Locale della Regione Basilicata, il PIAO tiene conto delle specificità organizzative, gestionali e territoriali del Servizio Sanitario Regionale lucano, nonché degli obiettivi di salute, qualità dei servizi, equità di accesso, efficienza e sostenibilità definiti dalla programmazione sanitaria regionale. Il Piano si colloca pertanto in coerenza con gli atti di indirizzo e di programmazione adottati dalla Regione Basilicata in materia di tutela della salute e organizzazione dei servizi sanitari, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dei vincoli di finanza pubblica.

Il PIAO è finalizzato ad assicurare il coordinamento tra le politiche di gestione delle risorse umane, l'assetto organizzativo aziendale, la prevenzione dei rischi corruttivi, la trasparenza amministrativa e il miglioramento continuo delle performance, quale condizione essenziale per il rafforzamento dell'efficacia dell'azione amministrativa e della qualità dei servizi sanitari erogati alla collettività.

Il Piano ha durata triennale ed è aggiornato annualmente, anche in relazione all'evoluzione del quadro normativo, agli indirizzi regionali e agli esiti delle attività di monitoraggio e valutazione delle performance aziendali.

Alla luce della richiamata normativa e in conformità alle indicazioni contenute nel su menzionato Decreto Interministeriale, il gruppo di lavoro composto dal personale dirigente e del comparto delle Unità Operative a vario titolo coinvolte, come di seguito indicate, ha provveduto alla predisposizione del presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASM:

- U.O.C. Gestione Risorse Umane
- U.O.C. Innovazioni Tecnologiche e Attività Informatiche
- U.O.S.D. U.R.P. - Comunicazione - Ufficio Stampa – Privacy
- U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico e Formazione E.C.M e Tirocini
- RPCT

Coerentemente allo schema definito nel Piano Tipo di cui al già richiamato Decreto Interministeriale, il PIAO dell'ASM relativo al triennio 2026 – 2027 - 2028 – Anno 2026, risulta così articolato:

- SEZIONE 1 - Scheda Anagrafica dell'Amministrazione, in cui sono riportati i dati identificativi dell'Azienda;
- SEZIONE 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, articolata a sua volta nelle seguenti sottosezioni
 - Valore pubblico: in cui sono esplicitati i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, definiti in conformità con i documenti di programmazione economico finanziaria, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni. In particolare costituiscono sottosezioni della presente sezione:
 - Performance: in cui, coerentemente a quanto disposto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009, e nell'ambito della cornice programmatica regionale vigente, sono individuati gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo;
 - Rischi corruttivi e trasparenza: predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, definiti ai sensi della legge n. 190 del 2012, in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.
- SEZIONE 3 - Organizzazione e capitale umano, articolata nelle seguenti sotto sezioni:
 - struttura organizzativa, in cui è riportato il modello organizzativo adottato dall'Azienda, l'organigramma con la classificazione dei livelli di responsabilità organizzativa, la consistenza dell'organico in servizio;
 - organizzazione del lavoro agile, in cui sono indicate la strategia perseguita dall'Azienda e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro), in coerenza con quanto definito dai contratti vigenti;
 - piano triennale dei fabbisogni di personale, in cui sono riportati la rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente, la programmazione strategica delle risorse umane, gli obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse, la strategia di copertura del fabbisogno, il Piano di formazione aziendale.
- SEZIONE 4 – Monitoraggio, in cui sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

1. SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Dati identificativi dell'Azienda

L'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera, nata il 1° gennaio 2009 dall'accorpamento delle ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, in ottemperanza alla Legge Regionale n. 12/2008, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.lgs. 229/99, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione è disciplinata con atto aziendale di diritto privato.

L'Atto Aziendale dell'ASM attualmente vigente è quello adottato con deliberazione aziendale n. 760 del 10/07/2025, così come modificata da successiva deliberazione aziendale n. 893 approvata dalla Giunta della regione Basilicata con DGR n. 799 del 17/12/2025.

La sede legale dell'Azienda è Matera, in via Montescaglioso snc 75100 Matera - tel. 0835 2531 - Partita Iva e C.F. 01178540777.

L'albo dell'Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nel sito dove è fissata la sede legale.

Il Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale ASM è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al Bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della L.R. 12/2008, a decorrere dal 1° gennaio 2009, l'Azienda è subentrata nella titolarità dei beni patrimoniali e nei rapporti di lavoro e contrattuali in essere a decorrere dalla data della loro entrata in funzione. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili ed immobili preesistenti al 1° gennaio 2009 nelle due Aziende confluite (ex ASL n. 4 di Matera e ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico) e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità, risultanti nello Stato Patrimoniale dell'ultimo bilancio d'esercizio approvato dall'Azienda.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera espleta la sua attività istituzionale attraverso le strutture operative dislocate sul territorio di riferimento.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.asmbasilicata.it

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



L'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera ha un territorio coincidente con quello della Provincia di Matera, che si estende su una superficie di 3446 Km², ripartita tra i 31 Comuni che ne definiscono l'estensione amministrativa.



1.2 Missione, visione strategica e valori fondanti

Missione

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio di riferimento.

La missione dell'ASM, quale parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, è quella di soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione di riferimento e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza, mediante la erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali. L'Azienda, quale ente strumentale della Regione Basilicata, assume come obiettivo prioritario, inteso come risultato concreto della propria missione in un arco temporale dato, l'assicurazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, oltre ad altri obiettivi di salute ed economico-finanziari così come definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

L'Azienda Sanitaria, nel suo insieme e in ciascuna delle proprie articolazioni operative, assume il modello di sistema di rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso.

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

- Appropriately tecnico-professionale, organizzativa e gestionale, per erogare prestazioni congrue con il bisogno di salute da soddisfare;
- Efficacia per gli esiti di salute dell'individuo e della collettività, basando le attività cliniche ed organizzative sul metodo scientifico;
- Sicurezza per il paziente, intesa come "libertà da danni non necessari o danni potenziali associati alle cure sanitarie", e per gli operatori coinvolti nella pratica assistenziale;
- Efficienza nella gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, utilizzando con responsabilità le risorse disponibili;
- Equità per garantire a tutti e a ciascun cittadino l'opportunità di accesso a servizi e prestazioni di uguale qualità.

I valori fondanti cui si ispira l'azione dell'ASM sono

- Centralità della persona
- Integrazione
- Apertura, Trasparenza e Collaborazione
- Informazione, Comunicazione e Partecipazione
- Qualità, Formazione e Ricerca
- Innovazione
- Valutazione
- Sviluppo sostenibile
- Ospitalità
- Rendicontazione sociale

Tali valori, d'altro canto riportati sinteticamente ed ampiamente descritti nell'Atto Aziendale, si calano nell'operatività aziendale attraverso un modello di gestione ed organizzazione improntato a criteri di semplificazione, trasparenza, integrazione multiprofessionale, decentramento e partecipazione ai processi decisionali, al fine di realizzare un'efficiente allocazione delle risorse in funzione di una tempestiva ed appropriata erogazione dei servizi. In altre parole, i suddetti valori guidano la pratica professionale, a tutti i livelli, orientata al cittadino/fruitore sia esso esterno o interno al sistema sanitario regionale.

1.3 Analisi del contesto

Il contesto aziendale, sia nella dimensione esterna che in quella interna viene indagato attraverso specifiche prospettive di analisi finalizzate a fornire una rappresentazione delle dinamiche esterne ed interne all'Azienda che ne condizionano l'operato in termini di scelte strategiche effettuate. Nello specifico il contesto esterno viene rappresentato attraverso l'analisi del contesto territoriale e dal contesto demografico, mentre la rappresentazione del contesto interno è effettuata attraverso l'analisi del personale dipendente, della situazione economico – finanziaria, dell'articolazione organizzativa, e del sistema dell'offerta sanitaria.

1.3.1 Il contesto territoriale

I Comuni facenti parte del comprensorio dell'ASM di Matera, come detto, sono in tutto 31 per una superficie complessiva pari a kmq 3.479, circa il 34,5% del territorio regionale (pari a 10.073 Km²), con una densità media di 54,4 abitanti per kmq, Leggermente inferiore al valore medio regionale (56,3).

Il territorio della provincia di Matera, per il 5% montuoso, il 72% collinare e il 23% pianeggiante, può essere suddiviso in quattro zone, delimitate da linee di spartiacque, o da dorsali più o meno significative e da quelli elementi storico-geografici che ne definiscono e ne rappresentano lo spazio fisico attraverso ambiti omogenei. Questi ambiti territoriali possono coincidere, per ulteriore semplificazione, con quelli dei limiti amministrativi dei comuni così aggregati:

a) Area di Matera

Comprende il solo comune di Matera che, come capoluogo di Provincia, rappresenta un fenomeno del tutto atipico nelle dinamiche territoriali, sia per dimensioni che per le problematiche emergenti.

b) Area del Metapontino

Comprende i comuni gravitanti sulla costa Ionica, includendo oltre quelli costieri (Bernalda, Pisticci, Scanzano Ionico, Policoro, Rotondella e Nova Siri) anche quelli che vi gravitano intorno (Montalbano Ionico, Tursi, Colobraro, Valsinni e San Giorgio Lucano).

c) Area del Medio Basento e della Collina Materana

Comprende i comuni della collina interna posti tra i fiumi Basento e Agri (Calciano, Garaguso, Oliveto e Salandra a Nord, Accettura, S. Mauro Forte e Ferrandina al centro, Gorgoglione, Cirigliano, Stigliano, Craco ed Aliano a Sud).

d) Area del Materano

Comprende infine i Comuni posti intorno all'asse Bradanica (Irsina, Tricarico, Grassano, Grottole, Miglionico, Pomarico e Montescaglioso).

Da tale articolazione emerge la realtà di un territorio (quello della provincia di Matera) assai eterogeneo sia nelle componenti geomorfologiche, sia in quelle naturalistiche, sia in quelle socio-economiche e storico-culturali. Il suo paesaggio, infatti, mostra, in una superficie relativamente poco estesa, aspetti naturalistici molto vari.

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che si attesta su un valore inferiore a 55 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia. La bassa densità della popolazione costituisce di fatto un fattore che condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento alla offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. Tale struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti. A tal proposito si sottolinea come il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale. Tale assetto del territorio di fatto influenza le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento.

1.3.2 Il contesto demografico

La programmazione dell'offerta sanitaria e sociale dell'ASM non può prescindere dall'analisi della domanda della popolazione residente, su cui un ruolo determinante è rappresentato dalle variabili demografiche, le cui dinamiche influenzano l'evoluzione dei fabbisogni assistenziali.

Nella tabella successiva si riporta la popolazione della provincia di Matera aggiornata con i dati ISTAT al 01/01/2025 (ultimi dati disponibili), distinta per sesso e classi di età.

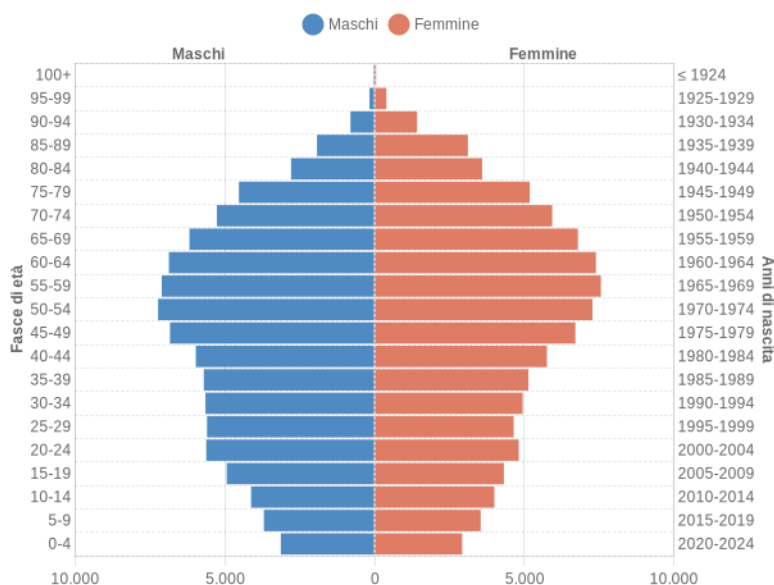
Numero di abitanti al 01/01/2025 distinti per sesso e fasce di età decennali – Fonte dati ISTAT

ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	%
0 - 9 a.	6.801	6.441	13.242	7,00%
10 - 19 a.	9.034	8.293	17.327	9,16%
20 - 29 a.	11.187	9.434	20.621	10,91%
30 - 39 a.	11.323	10.057	21.380	11,31%
40 - 49 a.	12.774	12.436	25.210	13,33%
50 - 59 a.	14.310	14.810	29.120	15,40%
60 - 69 a.	13.024	14.158	27.182	14,37%
70 - 79 a.	9.768	11.091	20.859	11,03%
89 - 89 a.	4.681	6.683	11.364	6,01%
90 - 99 a.	944	1.788	2.732	1,44%
> 99	21	37	58	0,03%
TOTALE	93.867	95.228	189.095	100,00%

Nella tabella successiva si riporta la popolazione della provincia di Matera distinta per Comune di residenza degli abitanti.

L'attuale composizione della popolazione della provincia di Matera è plasticamente raffigurata dalla piramide dell'età di seguito riportata, in cui è rappresentata la popolazione per classi quinquennali di età.

Piramide dell'età della popolazione della Provincia di Matera al 01/01/2025



Popolazione per età e sesso - 2025
PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT 1° gennaio 2025 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Di seguito si riporta la popolazione della Provincia di Matera al 01/01/2025, distinta per comune di residenza.
Numero di abitanti al 01/01/2025 distinti per comune di residenza – Fonte dati ISTAT

Comune	Popolazione	Superficie kmq	Densità Abitanti per kmq	Altezza m.s.l.m
Matera	59.628	392,08	152,08	401
Policoro	17.682	67,66	261,34	25
Pisticci	16.600	233,67	71,04	364
Bernalda	11.906	126,2	94,34	126
Montescaglioso	9.241	175,8	52,57	352
Ferrandina	7.908	218,11	36,26	497
Scanzano Jonico	7.471	72,18	103,51	21
Nova Siri	6.886	52,75	130,54	355
Montalbano Jonico	6.555	136	48,20	288
Tursi	4.709	159,93	29,44	210
Tricarico	4.693	178,16	26,34	698
Grassano	4.578	41,63	109,97	576
Irsina	4.369	263,45	16,58	548
Pomarico	3.727	129,67	28,74	454
Stigliano	3.449	211,14	16,34	909
Salandra	2.450	77,44	31,64	552
Miglionico	2.376	88,84	26,74	461
Rotondella	2.352	76,72	30,66	576
Grottole	1.958	117,15	16,71	482
Accettura	1.575	90,37	17,43	770
Valsinni	1.309	32,22	40,63	250
San Mauro Forte	1.208	87,06	13,88	540
Colobraro	1.036	66,61	15,55	630
San Giorgio Lucano	1.004	39,26	25,57	416
Garaguso	903	38,61	23,39	492
Aliano	836	98,41	8,50	555
Gorgoglione	836	34,93	23,93	800
Calciano	642	49,69	12,92	420
Craco	587	77,04	7,62	391
Oliveto Lucano	349	31,18	11,19	546
Cirigliano	272	14,9	18,26	656
TOTALE	189.095	3.478,86	54,36	

Negli ultimi 20 anni il quadro demografico della Provincia materana, ha fatto registrare in maniera inequivocabile un trend progressivamente decrescente della popolazione residente, con l'eccezione degli anni 2004, 2007, 2010, 2013 e 2014, in cui si sono verificate momentanee quanto transitorie battute d'arresto. In particolare, nel 2001 il numero totale dei residenti nella provincia di Matera era superiore a 204.000 unità e da allora la popolazione è andata via via riducendosi fino a toccare il livello più basso nel 2024 (ultimo dato disponibile), in cui il numero dei residenti è di 189.095, con una riduzione pari a circa 15.000 unità.

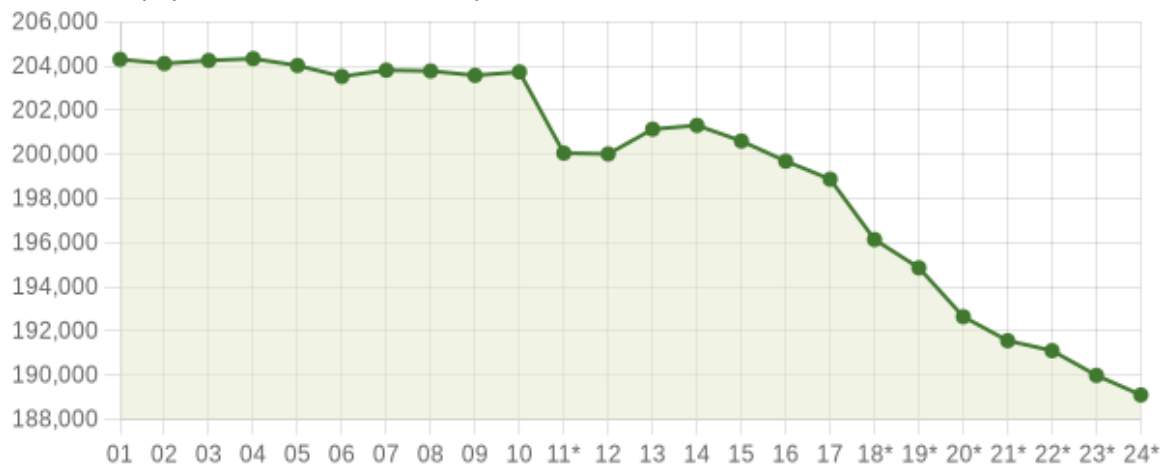
Dall'analisi dei dati, aggiornati al 31/12/2024 (fonte Istat), emerge che:

- il Comune più popoloso è il Capoluogo di Provincia con 59.628 abitanti, seguito da Policoro con 17.682 abitanti, mentre il Comune con il minor numero di abitanti è Cirigliano con 272 abitanti;
- il Comune con la maggiore densità di popolazione è Policoro con 261 ab/ kmq, mentre quello con la densità più bassa è Craco con 7,62 abitanti per kmq
- il Comune con la superficie più estesa è Matera con 392 kmq, mentre quello con la superficie meno estesa è Cirigliano con 14,9 kmq;

- il Comune più alto è Stigliano con un'altezza di 909 metri sul livello del mare, mentre il più basso è Scanzano Jonico con un'altezza di 21 metri sul livello del mare.

Si fornisce di seguito la rappresentazione grafica dell'andamento della popolazione della provincia di Matera nell'arco temporale 2001 – 2024.

Andamento della popolazione residente nella provincia di Matera



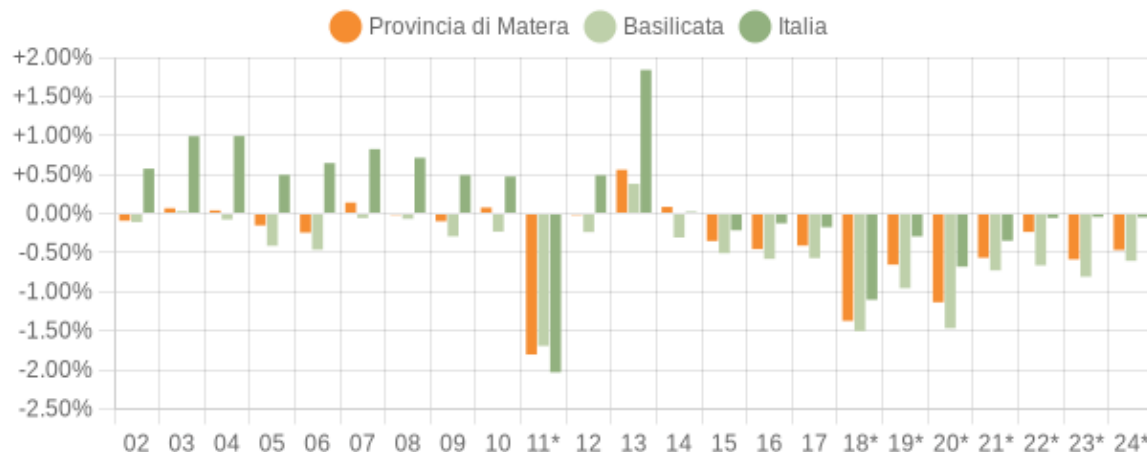
Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Nel grafico sottostante sono riportate le variazioni percentuali della popolazione della provincia di Matera nel periodo 2002 – 2023, raffrontate con quelle della regione Basilicata e dell'Italia, da cui emerge in maniera inequivocabile il trend regressivo dianzi rappresentato.

Variazioni percentuali della popolazione della provincia di Matera nel periodo 2001 - 2024



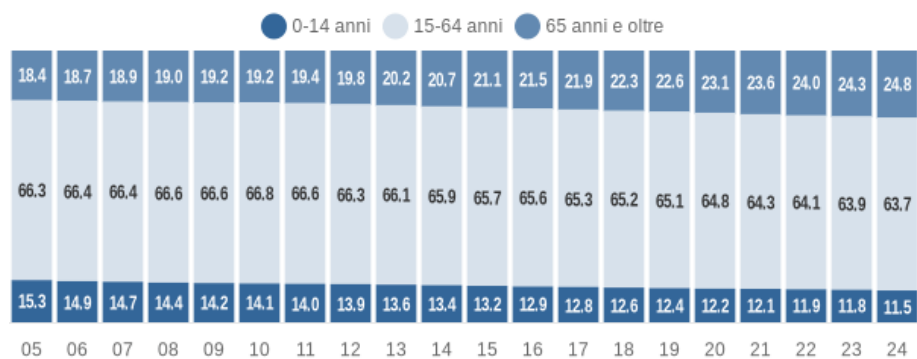
Variazione percentuale della popolazione

PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Accanto al costante decremento del numero degli abitanti, il fenomeno che ha caratterizzato il trend demografico della provincia di Matera è stato il progressivo invecchiamento della popolazione, con un aumento costante dell'età media. Nel grafico seguente viene riportato, con riferimento al ventennio 2005-2024, l'andamento della popolazione residente in Provincia di Matera suddivisa per classi di età.

Struttura per età della popolazione della provincia di Matera nel periodo 2005 - 2024



Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Come si evince dalla rappresentazione grafica su riportata, la popolazione della provincia di Matera ha una struttura regressiva, caratterizzata dalla prevalenza della popolazione anziana rispetto a quella giovane, con un trend costantemente crescente della prima e decrescente della seconda. In particolare la classe di età con maggiore numerosità è rappresentata da quella dai 15 a 64 anni; mentre per le altre due classi rimanenti 0-14 anni e 65 anni si nota, da un lato, una continua riduzione nel corso del tempo della numerosità della popolazione giovane da 0 a 14 anni, e, dall'altro, un aumento della numerosità della fascia di popolazione anziana oltre i 65 anni di età. Questa distribuzione delle classi di età è importante per comprendere la tipologia del fabbisogno assistenziale e conseguentemente la tipologia di servizi sanitari da assicurare alla popolazione. La struttura regressiva della popolazione della provincia di Matera è confermata dal trend storico dei principali indici demografici di seguito riportati

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione della provincia di Matera nel periodo 2002 - 2024

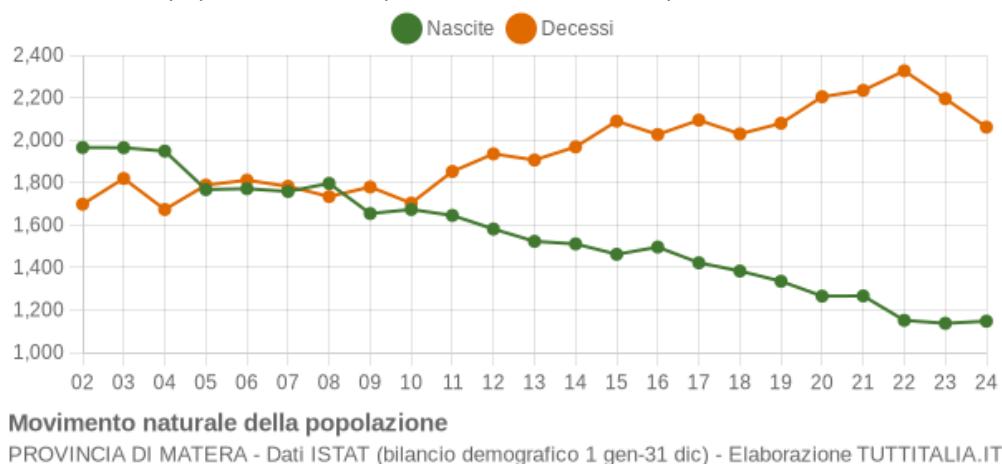
Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gen	1° gen	1° gen	1° gen	1° gen	gen-dic	gen-dic
2002	107,6	49,9	84,0	82,7	19,4	9,6	8,3
2003	112,4	50,3	82,5	84,4	19,3	9,6	8,9
2004	115,8	50,4	80,7	86,0	19,4	9,5	8,2
2005	120,1	50,8	78,4	88,3	19,5	8,7	8,8
2006	124,9	50,6	75,9	91,0	19,0	8,7	8,9
2007	128,6	50,6	79,6	93,7	18,9	8,6	8,7
2008	132,4	50,2	85,9	96,8	18,6	8,8	8,5
2009	135,2	50,2	95,4	100,1	18,5	8,1	8,7
2010	136,3	49,8	103,8	103,0	18,0	8,2	8,4
2011	139,3	50,1	113,8	106,4	18,2	8,1	9,2
2012	143,1	50,8	117,8	109,0	18,1	7,9	9,7
2013	148,2	51,2	120,6	111,8	18,1	7,6	9,5
2014	154,0	51,8	120,1	114,3	17,6	7,5	9,8
2015	159,7	52,2	119,6	116,4	17,7	7,3	10,4
2016	165,8	52,5	120,1	118,7	17,5	7,5	10,1
2017	170,7	53,1	125,2	122,5	17,6	7,1	10,5
2018	176,9	53,4	127,7	124,4	17,5	7,0	10,3
2019	182,8	53,7	130,9	127,1	17,3	6,8	10,6
2020	189,4	54,4	133,7	129,0	17,3	6,5	11,4
2021	194,5	55,5	137,2	130,8	17,6	6,6	11,6
2022	201,3	56,1	140,3	132,6	17,4	6,0	12,2
2023	206,6	56,4	145,0	133,1	17,1	6,0	11,5
2024	215,4	57,0	148,0	133,8	16,8	6,1	10,9
2025	224,8	57,8	154,2	133,8	16,6	-	-

Nello specifico:

- l'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2025 l'indice di vecchiaia per la provincia di Matera dice che ci sono 224,8 anziani ogni 100 giovani;
- l'indice di dipendenza strutturale rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, in provincia di Matera nel 2025 ci sono 57,8 individui a carico, ogni 100 che lavorano;
- l'indice di ricambio della popolazione attiva rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, in provincia di Matera nel 2025 l'indice di ricambio è 154,2 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana;
- l'indice di struttura della popolazione attiva rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni);
- carico di figli per donna feconda è il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici;
- l'indice di natalità rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti;
- l'indice di mortalità rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti;
- l'età media è la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente.

Altra importante indicazione riveniente dal trend demografico è quella relativa al movimento naturale della popolazione della provincia di Matera, che nell'ultimo ventennio è stato caratterizzato da una progressiva riduzione del numero delle nascite ed un contestuale incremento del numero dei decessi, come evidenziato nel grafico seguente:

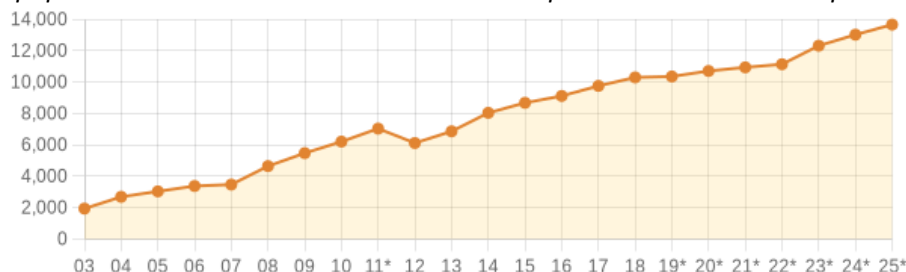
Movimento naturale della popolazione della provincia di Matera nel periodo 2005 - 2024



Il miglioramento dei servizi e dell'offerta sanitaria e sociale dell'ASM, in relazione anche alle aspettative e risultati attesi dalla popolazione, è un obiettivo che deve necessariamente tener conto dell'analisi dei cambiamenti dei fabbisogni assistenziali della popolazione residente nell'ambito territoriale in cui opera l'Azienda.

Al riguardo non può trascurarsi la circostanza che nell'ultimo ventennio il numero dei cittadini stranieri aventi dimora abituale nella Provincia di Matera è passato da poco più di 2.000 a oltre 13.670, rappresentando, ad oggi, il 7,2% della popolazione residente nel territorio materano. Di seguito si riporta il trend della popolazione con cittadinanza straniera presente nella provincia di Matera.

Andamento della popolazione con cittadinanza straniera della provincia di Matera nel periodo 2003 - 2025

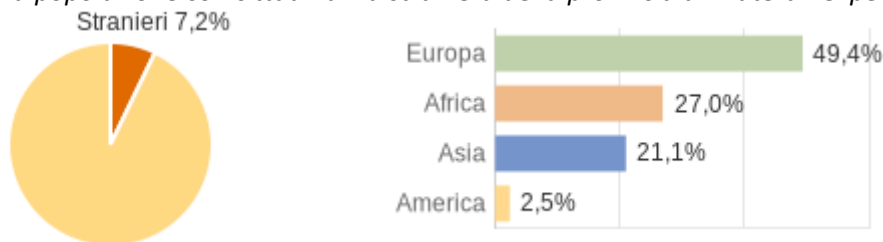


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera

PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

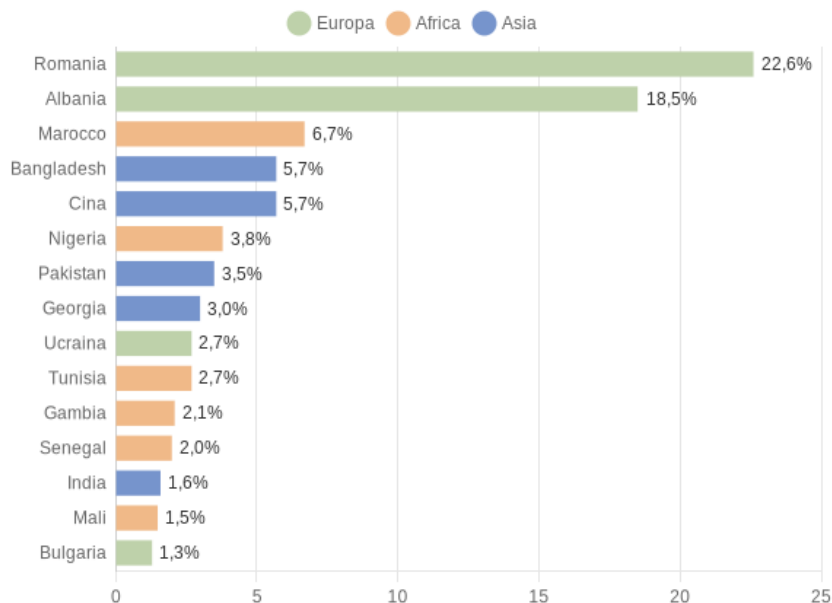
(*) post-censimento

Percentuali della popolazione con cittadinanza straniera della provincia di Matera nel periodo 2003 - 2025



Come evidenziato dal successivo grafico, la comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 22,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (18,5%) e dal Marocco (6,7%).

Cittadini stranieri residenti nella provincia di Matera per cittadinanza – Anno 2025



Cittadini Stranieri per Cittadinanza - 2025

PROVINCIA DI MATERA - Dati ISTAT 1° gennaio 2025 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Si forniscono di seguito le previsioni sull'andamento della popolazione della Regione Basilicata per il periodo 2026/2031 (fonte ISTAT) che, sebbene riferite all'ambito regionale, ben rappresentano le dinamiche demografiche della provincia di Matera rappresentando uno strumento importante a supporto delle strategie e delle politiche attinenti alla salute dei cittadini. Come si evince dalle tabelle seguenti viene confermato il trend di riduzione della popolazione residente nella Regione Basilicata.

Previsione andamento della popolazione Regione Basilicata – Anni 2026/2031

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Popolazione inizio anno - Anni 2026/2031 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2026	526.202	526.338	526.534	526.750	526.969	527.161	527.302
2027	522.363	522.583	522.906	523.265	523.627	523.940	524.170
2028	518.322	518.636	519.102	519.624	520.141	520.600	520.932
2029	514.080	514.498	515.119	515.823	516.518	517.136	517.583
2030	509.643	510.178	510.971	511.868	512.761	513.545	514.115
2031	505.060	505.734	506.701	507.814	508.921	509.872	510.582

Anche le proiezioni degli indicatori di natalità, di vecchiaia e dell'età media della popolazione lucana, rappresentate nelle tabelle seguenti, ne confermano la struttura regressiva, evidenziando:

- un trend decrescente dell'indice di natalità, che passa da un valore mediano di 5,6 nati ogni mille abitanti nel 2026 a 5,3 nel 2031
- un trend crescente dell'indice di vecchiaia, che passa da un valore mediano di 250 anziani ogni 100 giovani nel 2026 a 304 nel 2031
- l'età media della popolazione, che passa da un valore mediano di 47,9 anni nel 2026 a 49,4 anni nel 2031.

Previsione Tasso di natalità della popolazione Regione Basilicata – Anni 2026/2031

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Tasso di natalità - Anni 2026/2031 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2026	5,5	5,5	5,6	5,7	5,8	5,8	5,9
2027	5,4	5,4	5,5	5,6	5,8	5,8	5,9
2028	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9
2029	5,2	5,3	5,4	5,5	5,7	5,8	5,9
2030	5,1	5,2	5,3	5,5	5,6	5,8	5,8
2031	5,1	5,1	5,3	5,4	5,6	5,7	5,8

Previsione Indice di vecchiaia della popolazione Regione Basilicata – Anni 2026/2031

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Indice di vecchiaia (%) - Anni 2026/2031 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2026	249	249	249	250	250	251	251
2027	258	259	259	260	261	261	262
2028	269	269	270	271	272	273	274
2029	278	278	280	281	283	284	285
2030	288	289	291	293	295	297	298
2031	298	300	302	304	307	309	311

Previsione età media della popolazione Regione Basilicata – Anni 2026/2031

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Età media della popolazione - Anni 2026/2031 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2026	47,9	47,9	47,9	47,9	48,0	48,0	48,0
2027	48,2	48,2	48,2	48,2	48,3	48,3	48,3
2028	48,5	48,5	48,5	48,5	48,6	48,6	48,6
2029	48,7	48,8	48,8	48,8	48,9	48,9	48,9
2030	49,0	49,0	49,1	49,1	49,2	49,2	49,2
2031	49,3	49,3	49,4	49,4	49,5	49,5	49,6

Previsioni della popolazione

Previsioni regionali della popolazione residente Indice di dipendenza strutturale (%) - Anni 2026/2031 - Regione: Basilicata

Anno	Limite inferiore intervallo di confidenza al 90% (5° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza all'80% (10° percentile)	Limite inferiore intervallo di confidenza al 50% (25° percentile)	Scenario mediano	Limite superiore intervallo di confidenza al 50% (75° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza all'80% (90° percentile)	Limite superiore intervallo di confidenza al 90% (95° percentile)
2026	59	59	59	59	59	59	59
2027	60	60	60	60	61	61	61
2028	62	62	62	62	62	62	62
2029	63	63	63	63	63	63	64
2030	64	65	65	65	65	65	65
2031	66	66	66	66	67	67	67

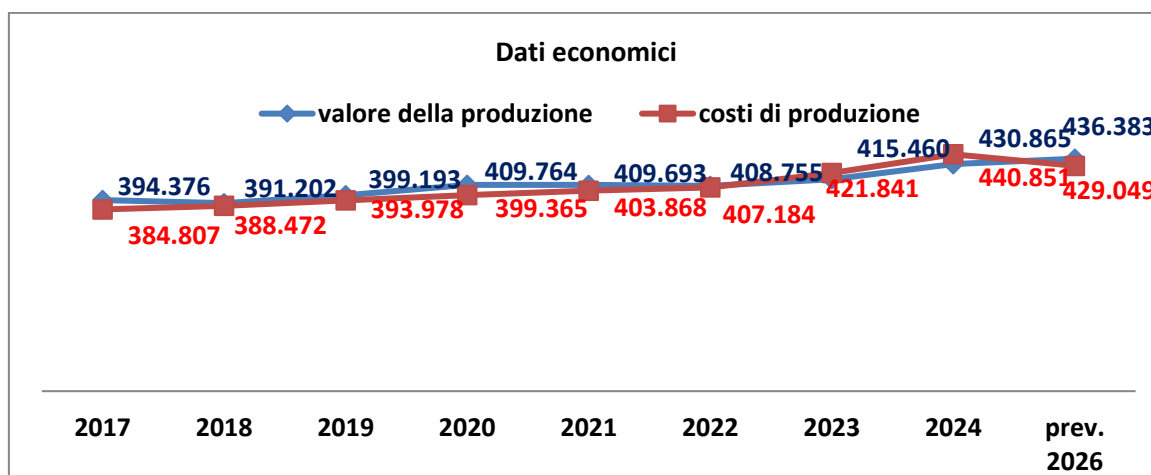
1.4 Le risorse economico - finanziarie

L'Azienda Sanitaria locale di Matera, con deliberazione del Direttore Generale n. 1260 del 10/11/2025, ha adottato il Bilancio di Previsione per l'anno 2026 e Triennale 2026-2028, formulato secondo i nuovi schemi del D. Lgs n. 118/2011 che prevede un equilibrio di gestione per tutto il triennio.

La previsione economica per l'anno 2026, è stata formulata nell'ambito delle risorse provvisoriamente assegnate dalla Regione Basilicata, con una stima dei costi e dei ricavi coerente ed in continuità con il complesso di azioni previste nel Piano di Rientro appositamente predisposto da quest'Azienda ed inoltrato alla Regione Basilicata con nota n. 29851 del 22/07/2024, tenendo, tuttavia, presenti le attuali condizioni di contesto dell'Azienda, oltre che in considerazione dell'andamento consolidato dei costi e ricavi opportunamente rimodulati in funzione delle nuove dinamiche conseguenti alle esigenze programmatiche aziendali.

Di seguito, si fornisce, in forma tabellare e grafica, la rappresentazione del trend dei principali dati economici relativi ai bilanci di esercizio degli anni 2018 – 2024 (ultimo bilancio d'esercizio approvato), nonché del Bilancio di previsione relativo al 2026.

€/000	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	prev. 2026	Δ % prev 26 - 24
valore della produzione	391.202	399.193	409.764	409.693	408.755	415.460	430.865	436.383	1,3%
quota F.S.R.	340.783	342.781	357.896	354.998	352.030	364.536	379.602	392.320	3,4%
costi di produzione	388.472	393.978	399.365	403.868	407.184	421.841	440.851	429.049	-2,7%
marginale operativo	2.730	5.215	10.399	5.825	1.571	-6.381	7.889	7.334	-7,0%
risultato d'esercizio	-3.346	3.841	1.241	249	-3.628	-12.768	-17.271	0	



Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "mission" appaiono fondamentali, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'utenza sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi.

L'ammontare provvisorio della quota corrente del F.S.R. prevista per la ASM per l'anno 2026, che è la componente principale dei contributi in c/esercizio, rappresenta circa il 90% del totale del valore della produzione esposto in bilancio, evidenziando un incremento di circa 12,7 milioni di euro (+3%). Essa, tuttavia,

rimane suscettibile di variazioni in relazione alla ripartizione definitiva tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano delle disponibilità finanziarie del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 2026.

Le altre risorse che alimentano il finanziamento delle attività dell'Azienda, sono costituite:

- dai ricavi derivanti dalla mobilità sanitaria attiva, vale a dire dalle prestazioni effettuate in favore di utenza residente al di fuori della provincia di Matera, che rappresentano il 6% circa del totale dei ricavi previsti per l'anno 2026,
- dai concorsi, recuperi e rimborsi, che rappresentano l'1,5% del totale dei ricavi previsti per il 2026,
- dai ticket sanitari, vale a dire dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie, che rappresentano lo 0,7% dei ricavi previsti per l'anno 2026,
- dai contributi c/capitale imputata all'esercizio, vale a dire le quote previste per la sterilizzazione degli ammortamenti delle immobilizzazioni finanziate con fondi regionali, che rappresentano l'1,6% del totale dei ricavi previsti per l'anno 2026,
- altri ricavi e proventi, per un importo residuale che costituisce lo 0,1% del totale dei ricavi previsti per l'anno 2026

Nella successiva tabella sono riepilogate le previsioni relative al 2026 delle singole voci di ricavo riportate nel bilancio di previsione 2026 dell'ASM.

RICAVI	IMPORTO	% SUL TOTALE
Contributi in c/esercizio	393.186.558	90,1%
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	26.427.372	6,1%
Concorsi, recuperi e rimborsi	6.438.526	1,5%
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.133.128	0,7%
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	6.959.944	1,6%
Altri ricavi e proventi	237.623	0,1%
TOTALE	436.383.149	100,0%

Il bilancio economico preventivo dell'ASM per il 2026 ed il triennio 2026 – 2028, è stato formulato, tenuto conto delle risorse assegnate dalla Regione con nota prot. n. 280769 del 06/11/2025, acquisita al protocollo aziendale n. 51644/2025, in una prospettiva di raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, necessario a garantire la sostenibilità economica e finanziaria del sistema sanitario locale, tenendo in debita considerazione le attuali condizioni di contesto locale e le esigenze rivenienti dai nuovi scenari in cui si proietta la sanità nazionale, nel pieno rispetto ed in totale aderenza agli indirizzi programmatici regionali che nella fase attuale impongono l'adozione di una nuova e importante manovra di riconduzione della gestione aziendale all'equilibrio economico, in continuità con le azioni indicate nel su menzionato Piano di rientro aziendale.

A fronte delle impellenti esigenze economiche, che richiedono un notevole sforzo nella direzione del contenimento dei costi, infatti, non si può, tuttavia, fare a meno di considerare il livello quali – quantitativo delle prestazioni sanitarie da erogare ai cittadini della provincia di Matera e la conseguente necessità di assicurare il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, che costituisce la mission aziendale e la sua ragione d'essere.

Il sistema sanitario locale, così come si presenta oggi, a seguito delle gravi criticità conseguenti, da un lato, al superamento dello stato emergenziale determinato dalla diffusione della pandemia da COVID e, dall'altro, alla grave crisi finanziaria che ha investito il Paese negli anni precedenti, è impegnato in una transizione strutturale volta a garantire risposte più efficaci alla crescente domanda di salute, che impongono la necessità di ripensare il sistema aziendale dell'offerta di servizi sanitari, adeguandolo alle nuove necessità emerse dalla gestione della fase emergenziale oltre che ai nuovi modelli assistenziali delineati dal PNRR, attraverso l'implementazione delle nuove strutture oltre al potenziamento di quei settori, quelle aree, quei percorsi assistenziali che oggi versano in condizioni di grande sofferenza.

Dunque, alla luce delle su esposte considerazioni, la sfida che attende l'ASM per il 2026 e gli anni futuri è quella di coniugare le esigenze di sostenibilità economica cui sottende un'azione di grande rigore sotto il profilo della riduzione della spesa, in grado di ricondurre la gestione aziendale in equilibrio, con gli obiettivi di miglioramento del livello quali – quantitativo dell'assistenza da erogare alla popolazione di riferimento, da conseguire attraverso una strategia di sviluppo e di crescita che consenta all'Azienda innanzitutto di riposizionarsi strategicamente, collocandosi in una nuova e più congrua dimensione.

In conformità a queste direttrici di azione la ASM, per il 2026, intende, da un lato, dare attuazione al complesso di azioni di razionalizzazione della spesa, in continuità con quelle previste nel piano di rientro più volte menzionato e, dall'altro, avviare un processo di riorganizzazione finalizzato al potenziamento delle proprie linee produttive in coerenza con le traiettorie di sviluppo tracciate dalla programmazione nazionale/regionale e, nello specifico, dal PNRR.

1.5. Assetto organizzativo e funzionamento operativo

1.5.1 Gli organi

Sono organi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera: il Direttore Generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione, le cui rispettive funzioni sono declinate nell'Atto Aziendale.

L'attuale Direttore Generale dell'ASM è stato nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale di Basilicata – D.P.G.R. n. 263 dell'8.11.2024, su conforme Deliberazione della Giunta Regionale di Basilicata n. 667 del 08.11.2024, recepita con delibera aziendale n. 1050 del 09/11/2024.

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, entrambi nominati con deliberazione n. 230 del 24/02/2025; tutti e tre che costituiscono la Direzione Strategica Aziendale.

L'attuale Collegio Sindacale dell'ASM, insediato nel mese di gennaio 2026, ai sensi dell'art. 19 del D.lgs n. 123/2011, è stato nominato dalla Giunta Regionale di Basilicata con DGR n. 858 del 30/12/2025, recepita da quest'Azienda con propria deliberazione n. 10 del 12/01/2026.

L'Atto Aziendale vigente dell'ASM, che ne disciplina l'organizzazione ed il funzionamento, è stato adottato con deliberazione aziendale n. 760 del 10/07/2025, così come modificato ed integrato da successiva deliberazione aziendale n. 893 del 08/08/2025, approvato dalla Regione Basilicata con DGR n. 799 del 17/12/2025, recepita da quest'Azienda con propria deliberazione n. 102 del 27/01/2026.

1.5.2 Gli strumenti operativi aziendali e di governance

L'Azienda sanitaria esercita le proprie funzioni istituzionali e realizza gli obiettivi di salute assegnati attraverso un sistema integrato di strumenti operativi e di governance, finalizzati ad assicurare coerenza tra indirizzo strategico, programmazione, gestione operativa e controllo dei risultati.

Tale sistema è improntato ai principi di legalità, trasparenza, responsabilizzazione dei livelli decisionali e orientamento al risultato, in coerenza con il quadro normativo nazionale e regionale di riferimento e con le linee di indirizzo della programmazione sanitaria.

Tra gli strumenti fondamentali di governance rientra, in primo luogo, l'Atto aziendale, che definisce l'assetto organizzativo dell'Azienda, l'articolazione delle strutture, le funzioni attribuite ai diversi livelli organizzativi e le relazioni tra le componenti gestionali, professionali e operative. L'Atto aziendale costituisce il riferimento strutturale per l'organizzazione dei servizi e per l'esercizio delle responsabilità dirigenziali. L'Azienda si è recentemente dotata di un nuovo Atto aziendale, approvato con deliberazione n. ____ del ____, che definisce l'assetto organizzativo, le strutture e le funzioni aziendali, costituendo il principale strumento di governo dell'organizzazione.

L'Atto aziendale rappresenta il riferimento per l'attuazione delle politiche organizzative e di gestione del personale, come sviluppate nella Sezione III del presente PIAO

Accanto ad esso, l'Azienda si dota di strumenti di programmazione strategica e operativa, finalizzati a tradurre gli indirizzi regionali e aziendali in obiettivi concreti e misurabili. In tale ambito si collocano i documenti di

pianificazione aziendale, tra cui il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che rappresenta lo strumento unitario di integrazione tra performance, organizzazione, risorse umane, prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il PIAO consente di assicurare una visione complessiva e coordinata delle politiche aziendali, favorendo l'allineamento tra obiettivi strategici, azioni operative e risorse disponibili, nonché la misurabilità dei risultati e la valutazione delle performance organizzative e individuali.

Rilevante è altresì il sistema degli strumenti economico-finanziari, che comprende il bilancio preventivo economico, il bilancio di esercizio e gli strumenti di controllo di gestione. Tali strumenti permettono di monitorare l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda, di verificare la sostenibilità delle scelte organizzative e di supportare i processi decisionali attraverso l'analisi dei costi, dei volumi di attività e degli esiti assistenziali.

A supporto dell'azione amministrativa e sanitaria, l'Azienda utilizza un articolato insieme di regolamenti interni, procedure e linee operative, finalizzati a garantire uniformità di comportamento, certezza delle regole e corretta applicazione della normativa vigente. Tali strumenti disciplinano, tra l'altro, i processi amministrativi, la gestione del personale, l'attività contrattuale, i percorsi clinico-assistenziali e i processi di integrazione tra ospedale e territorio.

Un ruolo centrale nel sistema di governance è svolto dagli strumenti di controllo e valutazione, che includono il sistema di misurazione e valutazione della performance, il controllo interno, il monitoraggio degli obiettivi e la valutazione dei risultati. Tali strumenti consentono di verificare il grado di attuazione della programmazione aziendale, di individuare eventuali scostamenti e di attivare azioni correttive, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi.

L'Azienda è inoltre dotata di strumenti specifici per la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza, che si integrano nel PIAO e orientano l'azione amministrativa verso comportamenti improntati a correttezza, integrità e responsabilità. In tale ambito assumono rilievo le misure organizzative, procedurali e formative volte a ridurre i rischi corruttivi e a rafforzare la cultura della legalità.

Completano il sistema di governance gli strumenti informativi e digitali, che supportano la gestione dei processi amministrativi e sanitari, la raccolta e l'analisi dei dati, nonché la tracciabilità delle decisioni e delle attività svolte. La digitalizzazione rappresenta un fattore abilitante per il miglioramento dell'efficienza organizzativa, della trasparenza e della qualità dei servizi erogati.

Nel loro complesso, gli strumenti operativi e di governance costituiscono l'ossatura attraverso cui l'Azienda sanitaria assicura il governo unitario dei processi, la coerenza tra indirizzi strategici e attività operative e il perseguimento degli obiettivi di salute, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa.

1.5.3 Il Sistema dell'offerta assistenziale

Struttura dell'offerta ospedaliera

L'attuale modello organizzativo dell'assistenza ospedaliera per acuti dell'ASM prevede un unico ospedale per acuti dotato di 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

- P.O. Matera: Ospedale sede di DEA di I livello
- P.O. Policoro: Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.)

L'assistenza ospedaliera non per acuti dell'ASM è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:

- Ospedale di Stigliano deputato alla lungodegenza e sede di Hospice,
- Ospedale di Tinchì deputato alla riabilitazione e poliambulatorio multispecialistico, con un servizio di Dialisi
- Ospedale di Tricarico deputato alla lungodegenza e alla riabilitazione gestita in forma diretta con riferimento alle attività di Lungodegenza e attraverso la sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi con riferimento alle attività di riabilitazione.

La programmazione aziendale ha previsto di riconvertire gli Ospedali di Tinchi e di Stigliano in Ospedali di Comunità, in attuazione degli obiettivi previsti dal PNRR.

I posti letto delle strutture ospedaliere dell'ASM nel corso dell'ultimo triennio hanno subito continui "riaggiustamenti" a seguito delle evoluzioni del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, anche in aderenza e nel rispetto degli standard definiti a livello nazionale e recepiti dalla Regione Basilicata.

Al 31/12/2026, i posti letto effettivi complessivi (mod.HSP22bis) degli Ospedali per acuti della ASM ammontano a 463, di cui 384 ordinari e 79 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella.

OSPEDALI PER ACUTI	P.L. ORDINARI	P.L. DH/DS	P.L. TOTALI
Presidio Ospedaliero Matera	292	62	354
Presidio Ospedaliero Policoro	92	17	109
TOTALE	384	79	463

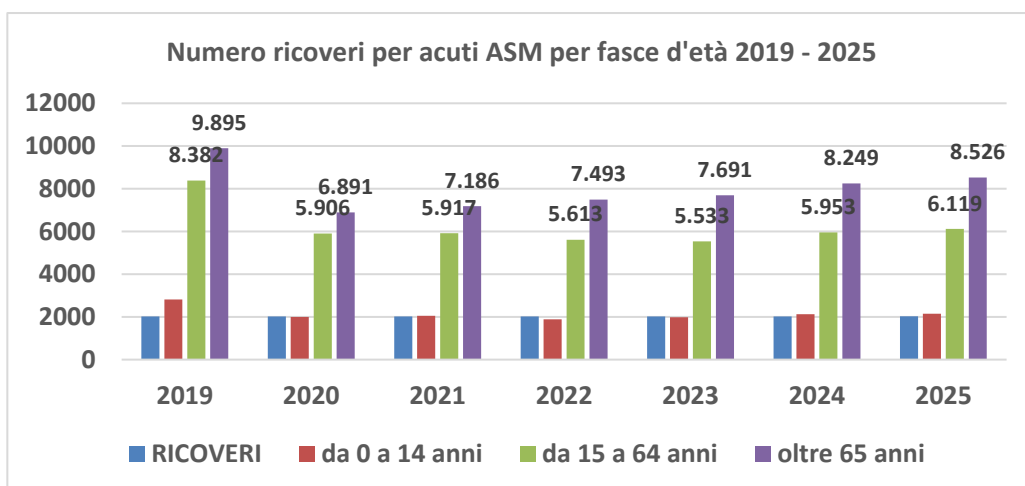
Al 31/12/2025, i posti letto complessivi effettivi degli Ospedali distrettuali della ASM ammontano a 113 posti letto ordinari, così distribuiti:

OSPEDALI DISTRETTUALI	P.L. ORDINARI
Ospedale Tricarico	99
Ospedale Stigliano (Lungodegenza)*	14
Ospedale Stigliano (HOSPICE)	7
Ospedale Tinchi	-
TOTALE	120

Al fine di fornire un quadro sintetico dell'evoluzione dell'attività ospedaliera e di contestualizzare l'attuale assetto dell'offerta per acuti, di seguito sono riportati i trend dei ricoveri nel periodo 2019–2025, distinti per tipologia di attività.

RICOVERI OSPEDALI PER ACUTI

RICOVERI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SCOSTAMENTO	
OSPEDALE MATERA	14.018	10.116	9.729	9.582	9.661	10.758	11.408	650	6%
da 0 a 14 anni	1.949	1.385	1.415	1.287	1.287	1.409	1.337	-72	-5%
da 15 a 64 anni	5.780	4.094	3.858	3.672	3.631	4.116	4.419	303	7%
oltre 65 anni	6.289	4.637	4.456	4.623	4.743	5.233	5.652	419	8%
OSPEDALE	6.134	4.127	4.774	4.710	4.743	4.694	4.570	-124	-3%
da 0 a 14 anni	866	612	628	601	692	719	807	88	12%
da 15 a 64 anni	2.445	1.696	1.940	1.818	1.764	1.679	1.566	-113	-7%
oltre 65 anni	2.823	1.819	2.206	2.291	2.287	2.296	2.197	-99	-4%
TOTALE OSPEDALI	20.152	14.243	14.503	14.292	14.404	15.452	15.978	526	3%
da 0 a 14 anni	2.815	1.997	2.043	1.888	1.979	2.128	2.144	16	1%
da 15 a 64 anni	8.225	5.790	5.798	5.490	5.395	5.795	5.985	190	3%
oltre 65 anni	9.112	6.456	6.662	6.914	7.030	7.529	7.849	320	4%

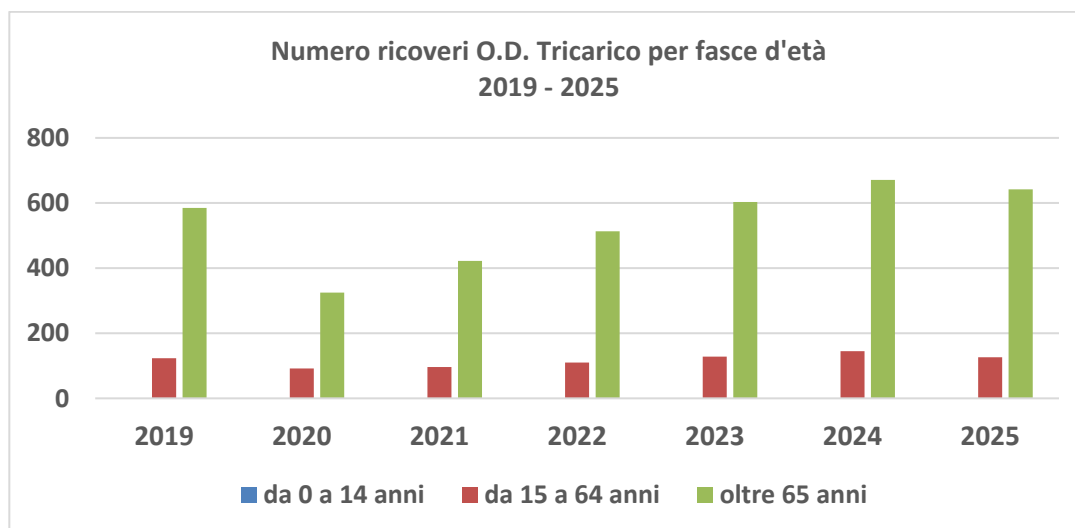


Come emerge dall'analisi dei quadri sinottici dianzi riportati, i primi dati relativi al 2025 evidenziano un consolidamento della crescita complessiva dei livelli di produzione, con un numero di ricoveri per acuti totali pari a 15.978 ed un incremento pari al +3% rispetto al 2024 che conferma l'inversione di tendenza già avviata nel 2023. L'incremento dei volumi di produzione ospedaliera riguarda specificatamente il P.O. di Matera, con un aumento dei ricoveri pari al +6% rispetto all'anno precedente. L'Ospedale di Policoro ha fatto invece registrare una lieve battuta d'arresto, con una riduzione dei ricoveri pari al -3%.

Dall'analisi dei dati, che è stata articolata per fasce d'età, emerge che il maggior numero di ricoveri ha riguardato la popolazione anziana (> 65 anni).

RICOVERI OSPEDALI DISTRETTUALI

RICOVERI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SCOSTAMENTO	
OSPEDALE TRICARICO	708	417	519	623	731	816	768	-48	-6%
da 0 a 14 anni	0	0	1	0	0	0	0	0	0%
da 15 a 64 anni	123	92	96	110	128	145	126	-19	-13%
oltre 65 anni	585	325	422	513	603	671	642	-29	-4%



Con riferimento all'Ospedale di Tricarico dopo la ripresa delle attività a seguito della pandemia, con una crescita costante dal 2021 fino al 2024, nel 2025 si è registrata una battuta d'arresto nel 2025, con una leggera riduzione del numero dei ricoveri, pari al -3%.

Con riferimento all'Ospedale di Stigliano, invece, a partire dal 2020, con l'avvento della pandemia, vi è stata la sospensione delle attività di ricovero di lungodegenza medica che si è protratta anche nel 2025, in attesa del ripristino delle condizioni strutturali necessarie all'erogazione delle prestazioni in sicurezza.

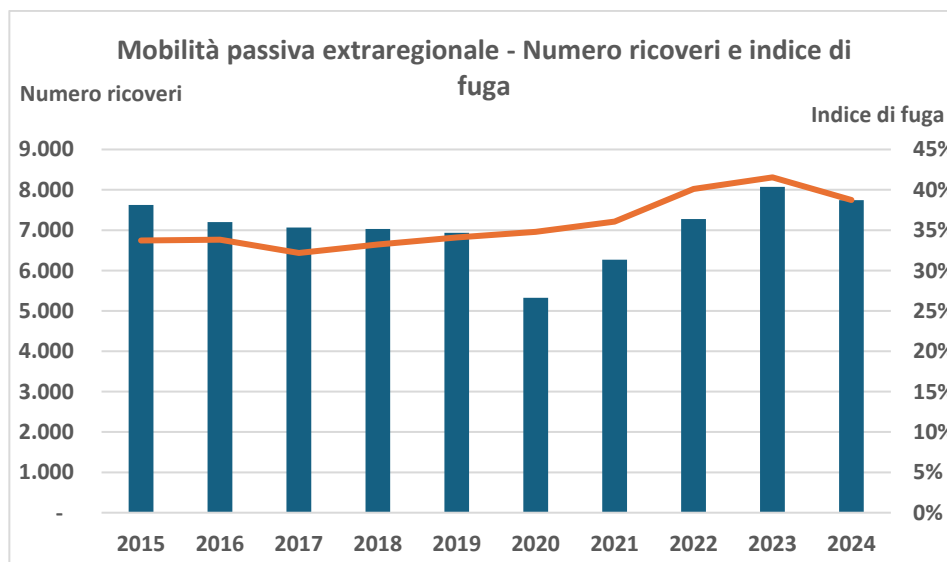
In particolare, per l'Ospedale di Stigliano negli anni 2020 e 2021 i posti letto della lungodegenza sono stati disattivati e sono stati utilizzati 14 posti letto per i ricoveri dei pazienti affetti da covid paucisintomatici.

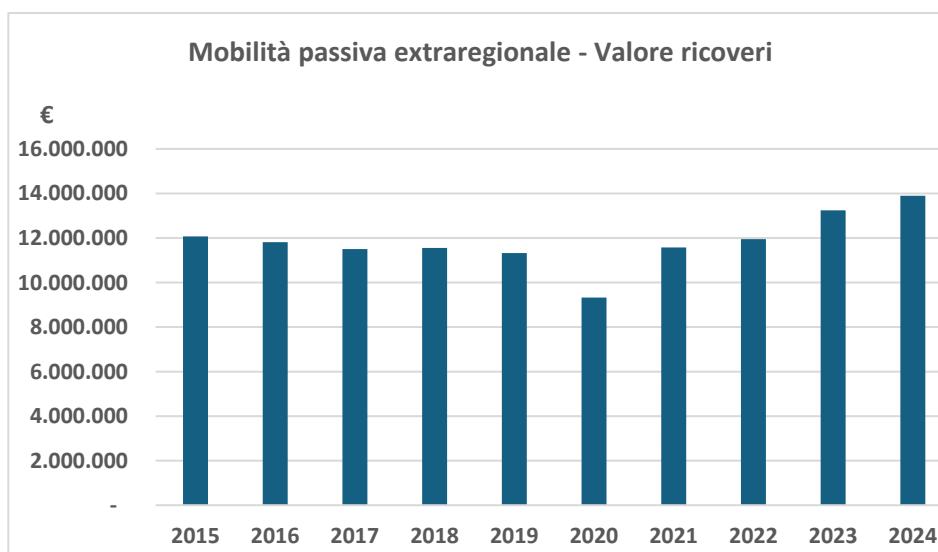
Obiettivo prioritario per il 2026 e gli anni successivi rimane quello di riprendere le attività di lungodegenza nell'Ospedale di Stigliano ed avviare contestualmente la riqualificazione degli Ospedali Distrettuali di Tinchì e Stigliano con una riconfigurazione degli assetti organizzativi e funzionali coerente con il modello dell'Ospedale di Comunità, in attuazione della programmazione prevista dal PNRR.

La programmazione delle attività deve prevedere anche una redistribuzione dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza tra gli ospedali distrettuali aziendali coerente con l'andamento della domanda, nel rispetto comunque del tetto di posti letto stabilito dalla Regione. A tal proposito l'Azienda oltre agli attuali 123 posti letto per post acuzie già attivati negli ospedali distrettuali di Tricarico e Stigliano, può contare su ulteriori 21 posti letto da destinare alla riabilitazione (cod. 56 e cod. 60), in conformità a quanto stabilito dalla programmazione regionale che, con DGR n. 1479/2016 ha definito un numero massimo di posti letto post acuti per l'ASM pari a 144.

Al fine di fornire un ulteriore elemento di contesto per la lettura dell'offerta ospedaliera aziendale, di seguito si riportano i trend della mobilità ospedaliera attiva e passiva extraregionale nel periodo 2019–2025, quale elemento rilevante per la valutazione complessiva dell'attrattività e della capacità di risposta dell'offerta aziendale.

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Scostamento 2024- 2023	
Numero ricoveri	7.032	6.934	5.323	6.268	7.277	8.073	7.745	-328	-4%
Valore ricoveri €	30.552.780	31.186.079	24.366.755	28.376.041	33.920.994	36.636.216	36.228.246	-407.971	-1%
Indice di fuga	33%	34%	35%	36%	40%	42%	39%	-0	-7%

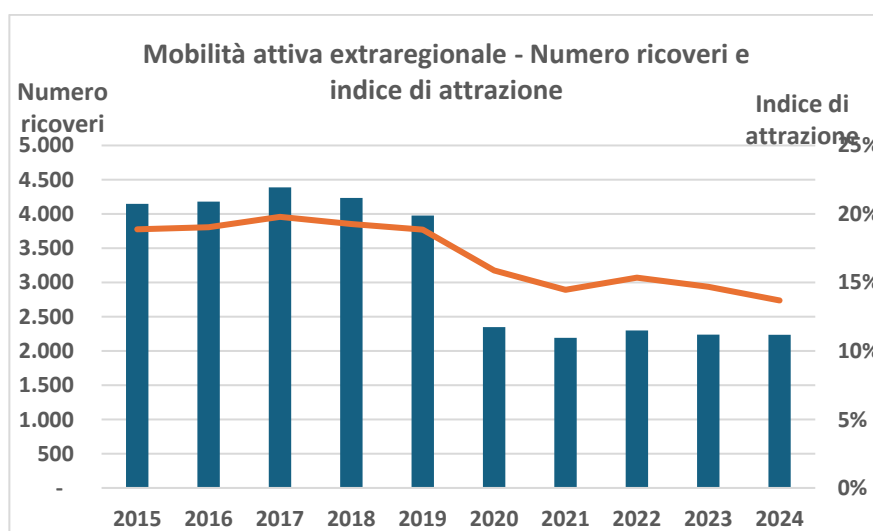


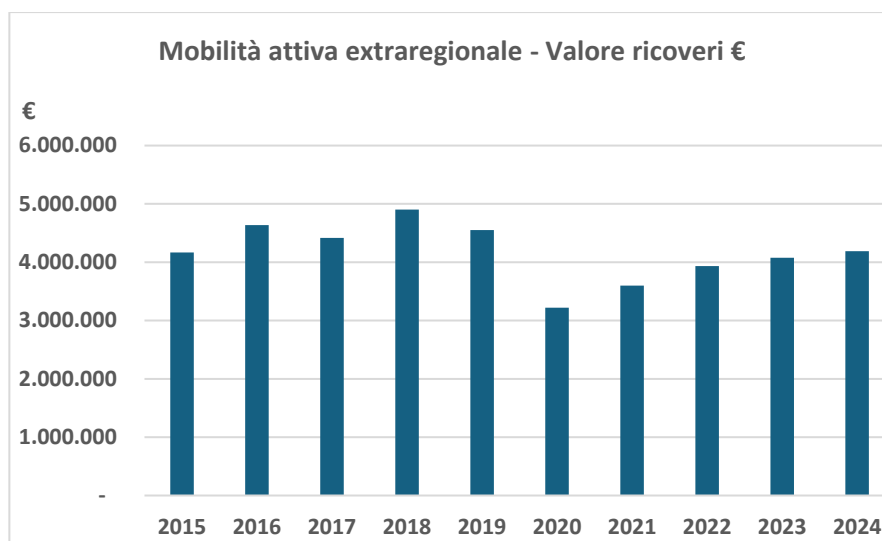


L'analisi dei dati evidenzia come, dopo il periodo pandemico, che non è confrontabile con gli altri anni in considerazione delle dinamiche straordinarie imposte dall'emergenza da COVID 19, vi sia stata una crescita del numero di ricoveri esportati (pazienti residenti ricoverati presso strutture fuori regione) e del relativo costo nel 2022 e 2023, con una sostanziale stabilizzazione nel 2024. Nello specifico, dai dati comunicati dal competente Dipartimento Regionale, nel 2024 risulta siano stati effettuati 7.745 ricoveri fuori regione, con oltre 300 ricoveri in meno rispetto all'anno precedente, per un valore economico pari a oltre 36 milioni di euro, sostanzialmente in linea rispetto al 2024. L'indice di fuga, che nel 2024 è stato pari al 39%, sebbene in riduzione rispetto agli anni precedenti, fa emergere in maniera chiara come la migrazione sanitaria sia una criticità importante, cui l'Azienda.

L'elevata incidenza della mobilità ospedaliera passiva extraregionale, così come rappresentata, costituisce un elemento di contesto rilevante ai fini della definizione delle priorità strategiche e delle azioni orientate alla creazione di Valore Pubblico, così come illustrate nella sezione dedicata.

MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Scostamento 2024- 2023	
Numero ricoveri	4.235	3.978	2.349	2.191	2.299	2.238	2.235	-3	0%
Valore ricoveri €	11.869.467	10.629.373	6.446.509	6.393.846	6.789.986	6.269.477	6.273.947	4.471	0%
Indice di fuga	19%	19%	16%	14%	15%	15%	14%	-0	-7%





L'analisi dei dati evidenzia come, dopo il periodo pandemico, che non è confrontabile con gli altri anni in considerazione delle dinamiche straordinarie imposte dall'emergenza da COVID 19, vi sia stata una sostanziale stabilizzazione del numero e dei ricavi dei ricoveri importati (pazienti residenti fuori regione ricoverati presso le strutture aziendali), che tuttavia, rimangono abbastanza distanti dai valori prepandemici.

Nello specifico nel 2024 gli ospedali aziendali hanno effettuato 2.235 ricoveri di pazienti residenti fuori regione, sostanzialmente gli stessi dell'anno precedente, con 2.000 ricoveri in meno rispetto al 2018, per un ricavo pari a 6,3 milioni di euro, in linea con i valori dell'anno precedente, ma con oltre 5 milioni in meno rispetto al 2018.

Struttura dell'offerta distrettuale

L'assistenza territoriale dell'ASM, viene erogata, per le varie branche di prestazioni, sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate.

L'articolazione strutturale dell'assistenza territoriale dell'ASM si uniforma al modello definito dalla Regione Basilicata con delibera del 30 dicembre 2022, n.948 recante: "D.M. Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022- G.U. n. 144 del 22.6.2022 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel servizio sanitario nazionale", che istituisce n. 2 ambiti territoriali distrettuali per la Provincia di Matera:

- DISTRETTO 5 MATERA-MEDIO BASENTO (ATD Tricarico) composto dai Comuni di Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Matera, Montescaglioso, Miglionico, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra, Tricarico, con sede in MATERA in Via Montescaglioso snc;
- DISTRETTO 6 METAPONTO-COLLINA MATERANA composto dai Comuni di Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Gorgoglione, Montalbano Jonico, Nova Siri, Pisticci, Policoro, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tursi, Valsinni con sede in POLICORO in Via Moncenisio n.1.

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

- a) cure primarie;
- b) farmaceutica;
- c) domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- d) specialistica ambulatoriale e protesica;
- e) riabilitativa;
- f) consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- g) sociosanitaria;
- h) dipendenze patologiche;
- i) residenziale e semiresidenziale socio sanitaria territoriale.

Il Distretto rappresenta l'articolazione aziendale deputata all'integrazione tra diversi servizi e strutture presenti sul territorio al fine di garantire un'efficace risposta ai bisogni di salute espressi dalla popolazione. Esso perde la sua funzione di coordinamento delle reti di servizi territoriali e dei terzi convenzionati, ma diviene "agenzia di salute" in grado di affermare e implementare un modello di "Medicina d'Iniziativa" in quanto "modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche" orientato alla promozione della salute, che non aspetta il cittadino in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo assiste "in modo proattivo" già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.

Nello specifico con riferimento alle strutture a gestione diretta dell'ASM si riporta il numero di strutture erogatrici per singola branca di attività assistenziale:

- N. 5 Poliambulatori specialistici all'interno dei 5 plessi Ospedalieri aziendali che erogano attività clinica, diagnostica strumentale e per immagini ed attività di laboratorio;
- N. 14 sedi distrettuali comunali che erogano attività specialistiche ambulatoriali Tricarico, Grassano, Irsina, Ferrandina, Bernalda, Montescaglioso, Pomarico, Miglionico, Grottole, Tursi, Pistici, Stigliano, Policoro, Tinchì;
- N. 2 CSM, 1 a Matera e 1 a Policoro, che erogano attività di assistenza ai disabili psichici;
- N. 2 SERT, 1 a Matera e 1 a Policoro che erogano attività di assistenza ai tossicodipendenti;
- N. 2 Centri Diurni, 1 a Matera e 1 a Policoro, che erogano attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici;
- N. 2 consultori, Matera e Policoro, con 7 sedi territoriali che erogano attività di consultorio familiare all'interno delle sedi distrettuali;
- N. 1 Hospice che eroga assistenza ai malati terminali, situato nell'Ospedale di Stigliano.

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

- N. 4 Centri Privati Accreditati che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini (ex art. 25 L. 833/78);
- N. 6 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio (ex art. 25 L. 833/78);
- N. 8 Centri Privati accreditati che erogano attività di Fisiokinesiterapia (ex art. 25 L. 833/78);
- N. 1 Medico convenzionato che eroga attività clinica della branca cardiologica (ex art. 25 L. 833/78);
- N. 1 Centro Dialisi che eroga prestazioni di dialisi (ex art. 25 L. 833/78)
- N. 4 Centri di Riabilitazione che erogano attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale/domiciliare (ex art. 26 L. 833/78);
- N. 3 Strutture RSA per anziani non autosufficienti con le seguenti tipologie R3 (66 posti letto contrattualizzati), R2D – Nucleo Alzheimer (46 posti letto), R2 (10 posti letto).

Inoltre, vi sono:

- N. 14 Residenze Psichiatriche (Case Alloggio e/o Gruppi Appartamento) che erogano attività residenziale di assistenza ai disabili psichici;

Presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico si concentrano le attività del Polo Riabilitativo, consistenti in:

- 48 posti letto per riabilitazione (cod. 56);
- 16 posti letto per lungodegenza riabilitativa (cod. 60);
- attività ambulatoriali per disabilità importanti e con esiti permanenti nonché per disabilità minimali e transitorie.
- 20 posti letto per R.S.A. per anziani non autosufficienti e con prevalenza di problematiche neurodegenerative e dementigene. A partire dal 2014 vi è stata la riconversione di 10 dei posti letto dal codice R3 medio-bassa intensità al codice R2 elevata intensità (deliberazione aziendale n. 838/2014), in ottemperanza alle linee di indirizzo programmatiche regionali.

Oltre al Polo Riabilitativo di Tricarico, altro centro di riabilitazione gestito direttamente dall'Azienda è l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile Territoriale che eroga attività di riabilitazione neuropsichiatrica infantile in regime ambulatoriale ex art. 26 L. 833/78.

Dai primi mesi del 2015, prima tra le Aziende Sanitarie meridionali, l'ASM di Matera ha avviato le attività della R.E.M.S. (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) presso Tinchì, portando a compimento in soli 100 giorni, un importante investimento finanziato dalla Regione Basilicata. Tale intervento che ha consentito

alla Regione Basilicata di essere la prima Regione del meridione ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

L'architettura territoriale dell'ASL di Matera si fonda sul ruolo centrale della medicina convenzionata (MMG, PLS e MCA), integrata nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) per garantire capillarità, continuità assistenziale e una gestione coordinata della salute dei cittadini.

Nello specifico, la medicina territoriale dell'ASL di Matera si articola attraverso l'azione sinergica di MMG, PLS MCA e Specialisti Ambulatoriali Interni che, integrati nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), rappresentano il pilastro fondamentale per la continuità delle cure e il governo dei percorsi assistenziali di prossimità.

Nello specifico, ad oggi nell'Azienda ad operano mediamente 138 Medici di Medicina Generale e 19 Pediatri di Libera Scelta, mentre gli Specialisti Ambulatoriali Interni in convenzione con l'Azienda sono 76, di cui 13 veterinari.

Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale, tra cui sono ricomprese le postazioni di guardia medica turistica, con 102 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda (di cui 28 titolari e 74 sostituti con incarico a tempo determinato).

Nel corso del 2025 sono state istituite presso la ASM le seguenti AFT:

CATEGORIA	DISTRETTI ASM	AMBITO TERRITORIALE AFT	COMUNI
MMG	Distretto di Matera Distretto Matera – Medio Basento	Ambito N. 1	Matera
		Ambito N. 2	Calciano, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Oliveto Lucano, Tricarico
		Ambito N. 3	Ferrandina, Miglionico, Pomarico, Salandra
		Ambito N. 4	Bernalda, Montescaglioso
	Distretto Metaponto – Collina Materana	Ambito N. 1	Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Gorgoglione, Novasiri, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Stigliano, Tursi, Valsinni,
		Ambito N. 2	Craco, Montalbano Jonico, Pisticci
		Ambito N. 3	Policoro, Scanzano
PLS	Distretto di Matera Distretto Matera – Medio Basento	Ambito Distrettuale	Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Matera, Miglionico, Montescaglioso, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra, Tricarico
	Distretto Metaponto – Collina Materana	Ambito Distrettuale	Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Gorgoglione, Montalbano Jonico, Novasiri, Pisticci, Policoro, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano, Stigliano, Tursi, Valsinni,
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Distretto di Matera Distretto Matera – Medio Basento	Ambito N. 1	Matera
		Ambito N. 2	Calciano, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Oliveto Lucano, Tricarico
		Ambito N. 3	Ferrandina, Miglionico, Pomarico, Salandra
		Ambito N. 4	Bernalda, Montescaglioso
	Distretto Metaponto – Collina Materana	Ambito N. 1	Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Gorgoglione, Novasiri, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Stigliano, Tursi, Valsinni,
		Ambito N. 2	Craco, Montalbano Jonico, Pisticci
		Ambito N. 3	Policoro, Scanzano

Sul territorio aziendale, inoltre, sono dislocate in punti geografici strategici, 14 postazioni di 118, con medici dedicati all'Emergenza Territoriale, la cui gestione è passata all'ASP a far data dal 01/01/2017, ai sensi della L.R. n. 2/2017.

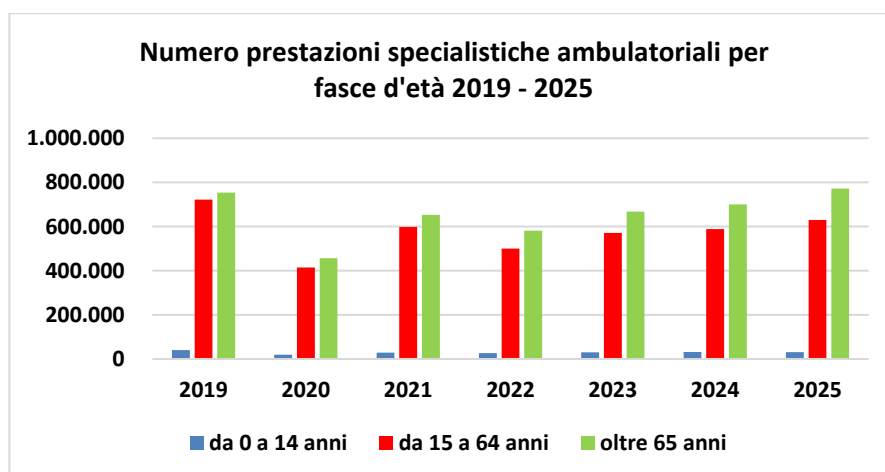
Nel territorio dell'ASM hanno operato n. 69 farmacie convenzionate aperte al pubblico, di cui 17 nel Capoluogo di Provincia.

A completamento della descrizione dell'assetto strutturale dell'offerta territoriale, di seguito si riporta l'andamento delle prestazioni ambulatoriali erogate nel periodo 2019–2025, al fine di rappresentare in modo sintetico l'evoluzione dei volumi di attività a supporto dell'assistenza territoriale che l'Azienda sta potenziando in questi anni nel tentativo di fornire risposte adeguate al fabbisogno dell'utenza.

NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Scostamento 2025 - 2024	
da 0 a 14 anni	40.658	19.218	29.182	26.752	30.586	31.751	31.201	-550	-1,7%
da 15 a 64 anni	721.587	414.351	597.967	499.921	571.181	588.717	630.067	41.350	7,0%
oltre 65 anni	753.917	456.780	653.020	581.348	667.574	700.310	771.658	71.348	10,2%
TOTALE	1.516.162	890.349	1.280.169	1.108.021	1.269.341	1.320.778	1.432.926	112.148	8,5%

L'analisi dei dati relativi alla specialistica ambulatoriale evidenzia un trend quantitativo delle prestazioni in costante crescita nel periodo 2019-2025.

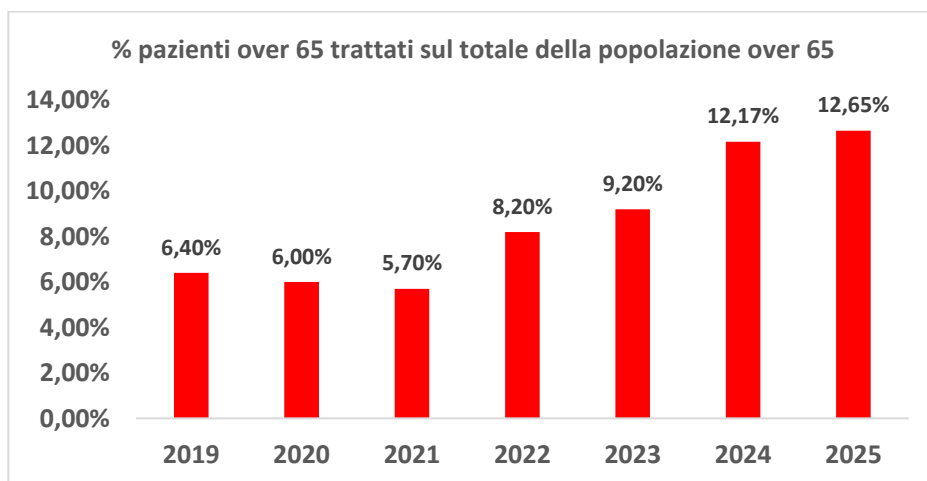
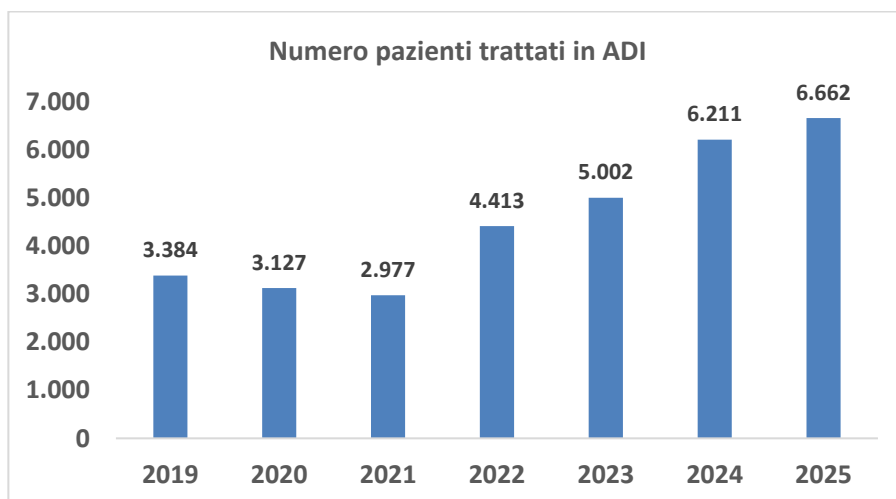
Nello specifico, nel 2025 il numero complessivo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture dell'ASM è stato superiore a 1,4 milioni, facendo registrare un ulteriore incremento di oltre 112.000 prestazioni rispetto al 2024, pari al +8,5%. Il grafico che segue, in cui è riportato il trend del numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali nel periodo 2019 – 2025 distinte per classe d'età, evidenzia che la fascia d'età che fa registrare il maggior numero di prestazioni erogate è quella relativa alla popolazione anziana (>65 anni).



Altro settore dell'assistenza territoriale in cui l'Azienda in questi anni ha avviato una strategia di potenziamento è quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

In coerenza con il rafforzamento dei modelli di presa in carico territoriale e domiciliare, viene di seguito riportato il trend relativo alle attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nel periodo 2019–2025, quale componente qualificante dell'offerta territoriale dell'Azienda.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SCOSTAMENTO	
Numero pazienti trattati	3.384	3.127	2.977	4.413	5.002	6.211	6.662	451	13%
Numero pazienti over 65 trattati	2.859	2.734	2.627	3.795	4.316	5.726	6.069	343	14%
Popolazione over 65 anni	44.284	44.917	45.388	45.968	46.442	47.061	47.960	899	1%
% pazienti over 65 trattati sul totale della popolazione over 65	6,40%	6,00%	5,70%	8,20%	9,20%	12,17%	12,65%	0,00	4%

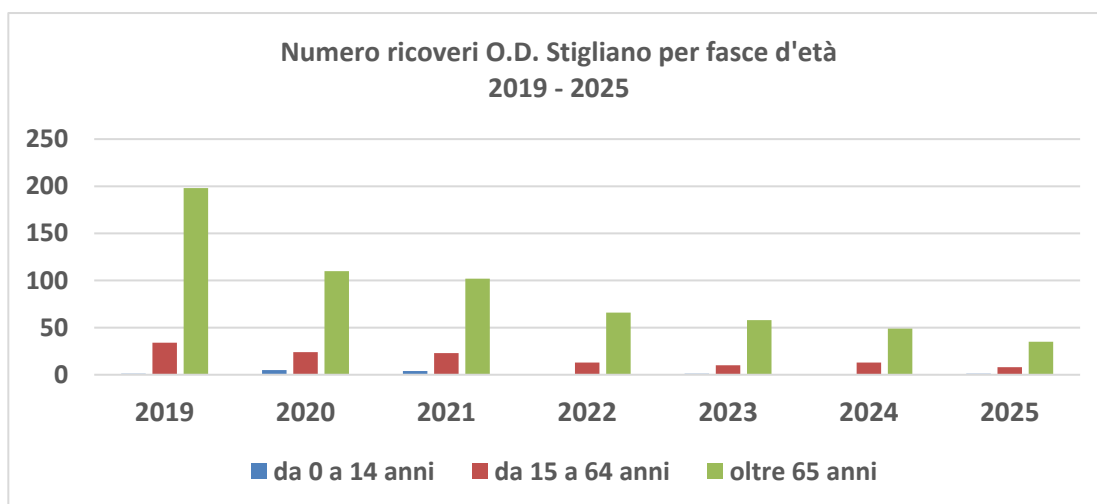


I dati relativi all'anno 2025 consolidano il trend di crescita delle attività di assistenza domiciliare integrato, avviato immediatamente dopo la pandemia e proseguito negli anni successivi, facendo registrare un significativo ulteriore incremento del numero di soggetti presi in carico, con particolare riferimento ai pazienti con età ≥ 65 anni, che, nell'anno suddetto, hanno rappresentato il 12,65% del totale della popolazione anziana, superando il target del 10% fissato dalla programmazione nazionale e regionale. Nello specifico il numero dei pazienti presi in carico nel 2025 è stato pari ad 6.662, di cui 6.069 anziani, facendo registrare il valore più alto di sempre.

Nell'ambito dell'offerta territoriale, un ruolo significativo è svolto dalle attività di Hospice, garantite dall'Azienda tramite l'Hospice di Stigliano; a tal fine si riportano di seguito i dati di attività relativi al periodo 2019–2025.

RICOVERI HOSPICE STIGLIANO

RICOVERI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	SCOSTAMENTO	
HOSPICE STIGLIANO	233	139	129	79	69	62	44	-18	-29%
da 0 a 14 anni	1	5	4	0	1	0	1	1	0%
da 15 a 64 anni	34	24	23	13	10	13	8	-5	-38%
oltre 65 anni	198	110	102	66	58	49	35	-14	-29%



Il trend dell'Hospice di Stigliano fa registrare un progressivo decremento delle attività negli ultimi anni. Nello specifico, i dati relativi al 2025 evidenziano rispetto al 2024, una ulteriore riduzione del numero complessivo dei ricoveri erogati, che si aggiunge a quelle registrate negli anni precedenti.

Obiettivo per l'anno 2025 è il consolidamento dei ricoveri di Hospice, da realizzare anche attraverso un ripensamento del modello organizzativo di utilizzo dei relativi posti letto.

A tal proposito si fa presente che oltre agli 8 posti letto attivati presso l'Ospedale di Stigliano, l'Azienda ha una disponibilità di ulteriori 10 posti letto di Hospice che potrebbe collocare presso altre strutture aziendali, situate in posizioni più funzionali rispetto alle esigenze dell'utenza.

SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Premessa

La presente Sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è dedicata alla definizione e al coordinamento delle politiche aziendali in materia di valore pubblico, performance organizzativa e individuale e prevenzione della corruzione e trasparenza, in una prospettiva di integrazione sostanziale e non meramente formale degli strumenti di programmazione.

In conformità a quanto previsto dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, e dal decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 30 giugno 2022, n. 132, la Sezione II del PIAO accorpa e rende coerenti, all'interno di un unico quadro strategico, gli obiettivi di creazione di valore pubblico, la misurazione e valutazione della performance e le misure di prevenzione dei rischi corruttivi e di promozione della trasparenza.

Tale impostazione risponde all'esigenza di superare una visione settoriale e frammentata della programmazione, favorendo un approccio integrato che consenta di orientare l'azione amministrativa al perseguimento di risultati misurabili, sostenibili e coerenti con i bisogni della collettività, assicurando al contempo il rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e responsabilità.

Per l'Azienda Sanitaria Locale di Matera, tale Sezione assume una rilevanza strategica particolare, in quanto il valore pubblico prodotto si traduce direttamente nella tutela della salute, nella qualità e appropriatezza dei servizi sanitari erogati, nell'equità di accesso alle prestazioni e nella sostenibilità complessiva del Servizio Sanitario Locale, in coerenza con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale e nazionale.

2.1 Valore Pubblico

Il valore pubblico prodotto dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera si concretizza nella capacità di generare miglioramenti misurabili e sostenibili delle condizioni di salute della popolazione, di ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi, di garantire l'appropriatezza delle cure e di assicurare un utilizzo efficiente delle risorse pubbliche, con effetti positivi anche sul piano ambientale e sociale.

In coerenza con tale impostazione, l'Azienda ha individuato alcuni obiettivi strategici prioritari, fortemente orientati alla creazione di valore pubblico in quanto capaci di incidere in modo significativo:

- sull'impatto sanitario (esiti di salute, prevenzione delle patologie, qualità dell'assistenza);
- sull'impatto organizzativo ed economico;
- sull'impatto ambientale, attraverso la riduzione di spostamenti impropri e il rafforzamento dell'assistenza di prossimità.

Tali obiettivi, che interessano in modo integrato i tre macro-livelli assistenziali della Prevenzione, dell'Assistenza Ospedaliera e dell'Assistenza Territoriale, sono i seguenti:

- Rafforzamento della prevenzione primaria attraverso l'incremento delle coperture vaccinali
- Riduzione della mobilità passiva extraregionale
- Incremento dell'assistenza domiciliare agli anziani

2.1.1 Obiettivo 1 – Rafforzamento della prevenzione primaria attraverso l'incremento delle coperture vaccinali

Razionale

La prevenzione primaria rappresenta uno degli strumenti più efficaci per la tutela della salute collettiva, in quanto consente di prevenire l'insorgenza di patologie infettive, ridurre la mortalità e la morbidità evitabili e limitare la pressione sui servizi ospedalieri e territoriali. L'incremento delle coperture vaccinali costituisce pertanto un fattore chiave di creazione di valore pubblico, con benefici diretti e indiretti sull'intero sistema sanitario.

Analisi del contesto

Il contesto epidemiologico e demografico evidenzia la necessità di mantenere e rafforzare elevati livelli di copertura vaccinale, in particolare:

- nella popolazione pediatrica;
- nella popolazione anziana;
- nei gruppi target individuati dai programmi di prevenzione nazionale e regionale.

Persistono tuttavia criticità legate a fenomeni di esitazione vaccinale, disomogeneità territoriali e difficoltà di accesso ai servizi, che richiedono interventi mirati e coordinati.

Strategie

L'Azienda orienta la propria azione verso:

- il potenziamento delle attività di informazione e sensibilizzazione;
- il rafforzamento dell'offerta vaccinale attiva;
- l'integrazione tra servizi di prevenzione, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale;
- il miglioramento dell'accessibilità ai servizi vaccinali.

Indicatori di impatto

- Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza: il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.
- Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi: il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. È spesso presente in gola senza dare alcun disturbo, ma, se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come la malattia "meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni
- Copertura vaccinale antipneumococcica a 24 mesi: lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel naso di molti soggetti sani, senza dare alcun sintomo; può succedere però che arrivi nel sangue e provochi la cosiddetta "malattia pneumococcica invasiva". Questa grave infezione può colpire soggetti di ogni età, anche se sono più a rischio i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, e soprattutto i bambini affetti da una patologia cronica. La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace rappresenta il più importante strumento di prevenzione contro le più gravi patologie da pneumococco nel bambino. Questa vaccinazione è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.
- Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi: Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da *Haemophilus Influenzae* di tipo B (HIB, una forma influenzale). L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.
- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione anziana: la vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc.. I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono, comunque, considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore,

quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT.

Valore pubblico atteso (target)

Incremento stabile delle coperture vaccinali fino al raggiungimento e mantenimento dei livelli raccomandati, con conseguente riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili, miglioramento degli esiti di salute e diminuzione del ricorso improprio ai servizi ospedalieri.

Raggiungimento del target:

La valutazione degli indicatori viene effettuata secondo le seguenti modalità, indicate dalla Regione Basilicata con la DGR n. 661/2025 di assegnazione degli obiettivi di programmazione sanitaria alle Aziende del SSR:

- Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza:
 - o MENO DI 90%: TARGET NON RAGGIUNTO 0%
 - o TRA 90% E 95%: TARGET RAGGIUNTO PARZIALMENTE 50%
 - o PIÙ DI 95%: TARGET RAGGIUNTO PIENAMENTE 100%
- Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi:
 - o MENO DI 90%: TARGET NON RAGGIUNTO 0%
 - o TRA 90% E 95%: TARGET RAGGIUNTO PARZIALMENTE 50%
 - o PIÙ DI 95%: TARGET RAGGIUNTO PIENAMENTE 100%
- Copertura vaccinale antipneumococcica a 24 mesi
 - o MENO DI 90%: TARGET NON RAGGIUNTO 0%
 - o TRA 90% E 95%: TARGET RAGGIUNTO PARZIALMENTE 50%
 - o PIÙ DI 95%: TARGET RAGGIUNTO PIENAMENTE 100%
- Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi
 - o MENO DI 90%: TARGET NON RAGGIUNTO 0%
 - o TRA 90% E 95%: TARGET RAGGIUNTO PARZIALMENTE 50%
 - o PIÙ DI 95%: TARGET RAGGIUNTO PIENAMENTE 100%
- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione anziana
 - o MENO DI 60%: TARGET NON RAGGIUNTO 0%
 - o TRA 60% E 75%: TARGET RAGGIUNTO PARZIALMENTE 50%
 - o PIÙ DI 75%: TARGET RAGGIUNTO PIENAMENTE 100%

2.1.2 Obiettivo 2 – Riduzione della mobilità passiva extraregionale

Razionale

La mobilità passiva extraregionale rappresenta un indicatore rilevante della capacità del sistema sanitario di rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione residente. La sua riduzione è funzionale al miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria locale, al contenimento dei costi e alla riduzione degli impatti ambientali legati agli spostamenti dei pazienti.

La Regione Basilicata e la ASM, nello specifico, presentano una mobilità passiva in termini percentuali non giustificabili considerata l'offerta sanitaria ospedaliera complessiva pur accettando una discreta numerosità di residenti virtuali in quanto domiciliati in altre regioni, oltre alla cosiddetta "mobilità di confine", espressione con la quale si vuole intendere lo spostamento degli utenti da una regione all'altra confinante legato ad esigenze di prossimità di servizio. Pertanto, dell'offerta in essere. Le aziende, quindi, devono concorrere in maniera concertata all'abbattimento selettivo delle voci maggiori di spesa per ricoveri in mobilità passiva.

Analisi del contesto

L'analisi dei flussi di mobilità evidenzia come una quota significativa di prestazioni possa essere potenzialmente erogata all'interno del territorio aziendale, a condizione di un rafforzamento dell'offerta, dell'organizzazione dei servizi e della fiducia dei cittadini nel sistema sanitario locale.

Strategie

L'Azienda persegue tale obiettivo attraverso:

- il potenziamento delle strutture e delle competenze professionali;
- il miglioramento dell'appropriatezza clinico-organizzativa;
- il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio;
- la riduzione dei tempi di attesa e il miglioramento della qualità percepita.

Indicatori di impatto

- Tasso di mobilità passiva extraregionale;
- Valore economico della mobilità passiva;
- Numero di prestazioni recuperate sul territorio aziendale.

Valore pubblico atteso (target)

Riduzione progressiva e strutturale della mobilità passiva extraregionale, con miglioramento della continuità assistenziale, rafforzamento della fiducia dei cittadini e maggiore sostenibilità economica e ambientale del sistema sanitario locale.

La previsione per il recupero della spesa sostenuta dal sistema sanitario lucano per i ricoveri eseguiti in mobilità passiva dai propri residenti è basata sulle informazioni ricavate dall'anno 2023 (ultimo anno disponibile). In particolare, sono stati selezionati alcuni DRG che costituiscono ad oggi la maggiore spesa, su cui fondare il miglioramento dell'attuale situazione debitoria.

Raggiungimento del target:

La valutazione dell'indicatore viene effettuata secondo le seguenti modalità, indicate dalla Regione Basilicata con la DGR n. 661/2025 di assegnazione degli obiettivi di programmazione sanitaria alle Aziende del SSR: per ogni DRG selezionato viene attribuito un tetto di valorizzazione annua massima ammissibile (valore dell'anno 2024) per il 2025 e per i successivi una riduzione del 5% dell'anno precedente, in base alla politica di recupero della spesa prevista. L'Azienda risponde nel raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa per il DRG selezionato su cui ha la capacità di intervenire, nella misura percentuale indicata nella successiva tabella, calcolata in base al numero di posti letto assegnati a ciascuna Azienda (sono stati considerati i posti letto di tutti i reparti di ciascuna Azienda nei quali si produce il DRG). L'indicatore annuale è il numero dei DRG per i quali non si è superata la soglia massima ammissibile.

DRG	Descrizione DRG	ASM	Tetto 2026	Tetto 2027
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	510.127	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	832.896	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
35	Altre malattie del sistema nervoso m senza cc	142.869	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	730.999	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	477.567	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
225	Interventi sul piede	337.043	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026

DRG	Descrizione DRG	ASM	Tetto 2026	Tetto 2027
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo	212.824	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
256	Altre diagnosi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo	497.579	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
290	Interventi sulla tiroide	259.271	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	472.189	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	122.856	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	309.539	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	768.178	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	259.504	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	160.586	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stend nell'arteria coronarica senza IMA	359.248	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	3.723.735	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
545	Revisione di di sostituzione dell'anca o del ginocchio	438.051	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	335.000	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	217.419	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026
	TOTALE	11.167.481	meno 5% del 2025	meno 5% del 2026

2.1.3 Obiettivo 3 – Incremento dell'assistenza domiciliare agli anziani

Razionale

L'assistenza domiciliare rappresenta uno strumento fondamentale per garantire la presa in carico della popolazione anziana, favorendo la continuità delle cure, la deospedalizzazione e il miglioramento della qualità della vita, in coerenza con i principi dell'assistenza di prossimità.

Analisi del contesto

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della prevalenza delle patologie croniche determinano una crescente domanda di servizi territoriali e domiciliari. In tale contesto, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare costituisce una risposta strategica ai bisogni assistenziali emergenti.

Strategie

L'Azienda orienta la propria azione verso:

- l'ampliamento dell'offerta di assistenza domiciliare integrata;
- il rafforzamento del coordinamento tra servizi sanitari e sociosanitari;
- l'integrazione multiprofessionale;
- l'utilizzo di modelli assistenziali orientati alla presa in carico continuativa.

Indicatori di impatto

- Numero di pazienti anziani assistiti a domicilio;
- Tasso di copertura dell'assistenza domiciliare nella popolazione anziana;

Valore pubblico atteso (target)

Incremento significativo e stabile dell'assistenza domiciliare agli anziani, con miglioramento della qualità della vita, riduzione della pressione sui servizi ospedalieri, rafforzamento dell'assistenza territoriale e maggiore sostenibilità del sistema.

Raggiungimento del target

La valutazione dell'indicatore viene effettuata secondo le seguenti modalità, indicate dalla Regione Basilicata con la DGR n. 661/2025 di assegnazione degli obiettivi di programmazione sanitaria alle Aziende del SSR:

Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni):

- $< 10\%$: TARGET NON RAGGIUNTO 0%
- $\geq 10\%$: TARGET RAGGIUNTO PIENAMENTE 100%

2.2 LA PERFORMANCE

2.2.1 Introduzione

La sottosezione “Performance” è predisposta, in base a quanto stabilito dal citato Decreto Legge n. 80 del 2021 (cosiddetto “Decreto Reclutamento”) convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e ss.mm.ii., e delle direttive emanate dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Questa sottosezione rappresenta la parte strategico-programmatica con la quale l’ASM dà avvio al Ciclo di gestione della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si basa la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

Nello specifico, gli obiettivi aziendali per l’anno 2026 rinvengono dalle seguenti fonti:

- *Obiettivi di Salute e di Programmazione Sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende ASP, ASM e AOR San Carlo di Potenza e per la Direzione Generale dell’IRCCS CROB di Rionero in Vulture – Anni 2025 - 2027*, aggiornati da ultimo con DGR n. 661 del 03/11/2025;
- *Obiettivi di mandato del Direttore Generale dell’ASM*, assegnati a seguito dell’incarico affidatogli con Decreto del Presidente della Giunta Regionale di Basilicata – D.P.G.R. n. 263 dell’8.11.2024, su conforme Deliberazione della Giunta Regionale di Basilicata n. 667 del 08.11.2024, recepita con delibera aziendale n. 1050 del 09/11/2024
- *Obiettivi strategici aziendali di efficientamento energetico, accessibilità digitale, fisica, di benessere equo e sostenibile*.

2.2.2 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

Il Sistema di misurazione della performance è uno strumento essenziale per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppato e implementato, può svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell’allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e performance organizzative.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell’Azienda attualmente vigente è quello formalizzato con delibera aziendale n. 1089 del 12/12/2019, adeguato alle novità introdotte dalla riforma della pubblica amministrazione (L. 124/2015 cd “riforma Madia”) e alle modifiche apportate al D.lgs. 150/2009 dal D.lgs. n.74 del 25 maggio 2017, oltre che secondo le indicazioni contenute dalle Linee Guida n. 2 /2017 della Funzione Pubblica.

Il SMVP, che si caratterizza per uno spiccato orientamento alla soddisfazione e al coinvolgimento del cittadino, si prefigge lo scopo di disciplinare le attività e le modalità di monitoraggio, verifica dei risultati e valutazione della Performance dell’Azienda nel suo complesso oltre che del personale dell’ASM, nel rispetto dei vigenti CC.NN.LL. e della normativa di riferimento.

Il SMVP adottato con la su menzionata deliberazione aziendale n. 1089/2019, è attualmente in fase di aggiornamento per adeguarlo alle novità normative e ai nuovi indirizzi in materia di misurazione della Performance individuale indicate nella Direttiva del Ministro Zangrillo del 28 novembre 2023.

Il SMVP costituisce un importante tassello del processo di crescita e miglioramento avviato dall’Azienda, finalizzato, da un lato, a dare concreta attuazione ai principi della meritocrazia e della trasparenza, cui si ispira l’intero impianto della “Riforma Brunetta”, dall’altro, a favorire processi di innalzamento quali-quantitativo dei livelli di assistenza da erogare alla popolazione.

Nello specifico, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della ASM ha per oggetto la misurazione e valutazione delle Performance intesa come il contributo che ciascun soggetto (unità organizzativa, team o singolo individuo), apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell’Azienda ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita.

In tale prospettiva, si distingue tra:

- **Performance dell'Azienda** nel suo complesso, rilevabile nella sottosezione programmatica del PIAO dedicata alla Performance, strettamente collegata alle strategie aziendali, declinato annualmente in sede di definizione del budget;
- **Performance Organizzativa**, riferita a ciascuna delle unità operative in cui è articolata l'Azienda;
- **Performance Individuale**, riferita a ciascun dipendente, integrata con quella Organizzativa, e finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze manageriali/professionali, trasversali/tecniche di ogni risorsa.

2.2.3 La Performance Organizzativa

La Performance organizzativa attiene all'Azienda nel suo complesso, alle unità organizzative in cui la stessa si articola, nonché a processi e progetti, con riferimento alle attività programmate, ai relativi indicatori e target di misurazione nonché ai risultati attesi e raggiunti.

Oggetto della valutazione della componente organizzativa della performance è la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati alla Azienda nel suo complesso, esplicitati nella sottosezione del PIAO dedicata alla Performance, così come declinati alle varie articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali) nell'ambito del Processo di Budgeting. Coerentemente a tale impianto, la performance organizzativa si sviluppa attraverso tre momenti fondamentali:

- **la pianificazione**: che consiste nella definizione degli indirizzi strategici che l'Azienda intende perseguire in attuazione delle linee programmatiche regionali, esplicitati all'interno sottosezione del PIAO dedicata alla Performance, in cui vengono definiti gli obiettivi che l'Azienda intende raggiungere, gli indicatori di misurazione e i risultati attesi, sia a livello complessivo aziendale, sia nella declinazione alle singole articolazioni organizzative aziendali, esplicitata nelle schede di budget alle stesse assegnate;
- **il monitoraggio**: che consiste nella misurazione periodica dei risultati conseguiti nel periodo considerato, finalizzata ad individuare eventuali scostamenti dagli obiettivi prestabiliti e a porre in essere azioni per il riallineamento;
- **la valutazione dell'attività svolta e dei relativi risultati**, tenendo conto degli elementi del contesto, interno ed esterno, che hanno contribuito alla completa, parziale o mancata realizzazione.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa rientra quindi nell'ambito del più ampio Ciclo di gestione della performance, articolato nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
2. collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico - amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

Il percorso "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi che le vengono assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali ai Dipartimenti, previa negoziazione con i rispettivi Direttori e Responsabili di Incarichi di Funzione (Comparto) dipartimentale.

I Direttori dei Dipartimenti, assegnano, previa opportuna negoziazione, gli obiettivi ai dirigenti delle strutture complesse e semplici dipartimentali e comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale nonché le modalità previste per il raggiungimento degli stessi, inoltre informano sui criteri e le modalità di valutazione della performance individuale.

Ciò premesso, le fasi del ciclo della performance si articolano, in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., come segue:

- **Fase 1: Definizione indirizzi strategici e condivisione con il Collegio di Direzione aziendale.**

In questa fase la Direzione Aziendale procede alla individuazione delle priorità e degli indirizzi strategici sui quali fondare le proprie scelte programmatiche, tenendo conto degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati annualmente dalla Giunta Regione, solitamente con un orizzonte temporale triennale, oltre che dei vincoli e dei limiti di ordine finanziario, che trova una prima esplicitazione nel Bilancio economico di previsione annuale e triennale, predisposto, di norma entro il 10 novembre dell'anno precedente a quello considerato sulla base del Piano provvisorio di riparto delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione. Il Bilancio preventivo 2026 e triennale 2026/2028 è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1260 del 10/11/2025.

A seguito della individuazione degli indirizzi strategici vengono poi definiti gli obiettivi operativi da inserire nel Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione, che sono declinati in obiettivi operativi annuali con i corrispondenti indicatori e target, in condivisione con il Collegio di Direzione Aziendale.

- **Fase 2. Redazione del PIAO**

In questa fase il gruppo di lavoro costituito dal personale delle UU.OO. Gestione Risorse Umane, Innovazioni Tecnologiche e Attività Informatiche, U.R.P. - Comunicazione - Ufficio Stampa, Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico e Formazione E.C.M e Tirocini e RPCT, CUG, Attività tecniche e gestione del Patrimonio, provvede alla predisposizione della proposta del PIAO da sottoporre al Direttore Generale affinché lo approvi con propria deliberazione, entro il 31 gennaio dell'anno considerato.

- **Fase 3. Assegnazione degli obiettivi mediante condivisione e formalizzazione documenti di budget**

In questa fase il Comitato di Budget Aziendale, per il tramite dell'U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione, a seguito di un processo di negoziazione e condivisione con i Direttori di Dipartimento e Direttori di Strutture Complesse/Semplici Dipartimentali, compreso il Dirigente delle Professioni Sanitarie, predispone le proposte di budget per ogni singola articolazione organizzativa aziendale.

Le suddette proposte di budget, contenenti gli obiettivi assegnati alle articolazioni organizzative aziendali, con i relativi indicatori e valori attesi, sono adottate dal Direttore Generale con propria deliberazione.

L'adozione dei documenti di budget, con la conseguente assegnazione degli obiettivi ai vari dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative aziendali, può avvenire anche contestualmente alla adozione del PIAO, descritto nel punto precedente.

I dirigenti assegnatari delle schede di budget, a loro volta condividono gli obiettivi assegnati alla propria articolazione organizzativa ed individuano gli obiettivi per la valutazione annuale individuale della dirigenza e del comparto, secondo le modalità definite nei rispettivi regolamenti allegati al presente documento.

L'Organismo Indipendente di Valutazione potrà effettuare verifiche a campione dell'avvenuta condivisione.

- **Fase 4. Verifica in corso d'anno**

Il Direttore Generale effettua, nel corso dell'anno, la verifica relativa al grado di attuazione degli obiettivi, avvalendosi dei dati elaborati dal Controllo di Gestione. La verifica è finalizzata a misurare i risultati riferibili alle attività oggetto degli obiettivi strategici e operativi, conseguiti nel lasso di tempo considerato, e a verificare cause di eventuali scostamenti individuando i conseguenti interventi correttivi, compresa l'ipotesi di riprogrammazione degli obiettivi. La riprogrammazione

degli obiettivi potrà avvenire secondo la stessa procedura di approvazione indicata alle precedenti fasi. Dell'attività di eventuale riprogrammazione degli obiettivi deve essere data informazione tempestiva all'Organismo Indipendente di Valutazione.

- **Fase 5. Valutazione finale**

Il ciclo di gestione relativo alla performance organizzativa si conclude, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 150/2009, con la redazione della relazione sulla performance relativa all'attività svolta durante l'anno precedente. Quest'ultima viene redatta a cura dell'U.O.S.D. Programmazione e controllo di gestione, sulla scorta dei report e dei documenti che i direttori delle singole articolazioni organizzative devono fornire, attestando le attività svolte e il grado di raggiungimento degli obiettivi. I singoli Direttori assegnatari delle schede di budget sono tenuti a fornire le relazioni relative al raggiungimento degli obiettivi entro e non oltre il 15 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento. L'omessa presentazione della relazione, comporta l'esclusione dall'accesso alla retribuzione di risultato. Il ritardo nella presentazione della relazione, qualora sia ingiustificato e/o determinato da un comportamento poco collaborativo e non conforme alle regole dell'Azienda, comporta una riduzione del 20% della retribuzione di risultato spettante.

La proposta di Relazione sulla performance è sottoposta all'esame della Direzione Strategica ed inviata all'Organismo Indipendente di Valutazione entro il 15 giugno di ciascun anno al fine di consentirne una prima valutazione. Successivamente, entro il 30 giugno di ogni anno, il Direttore Generale approva la relazione de quo con propria deliberazione e la trasmette all'Organismo Indipendente di Valutazione per la successiva validazione ai sensi dell'art. 14 comma 4 lett. c) del D.Lgs. n. 150/2009.

Ai sensi dell'art. 8 del Decreto 150/2009, il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne anche:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi e dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La rilevazione della soddisfazione dei cittadini/utenti del servizio sanitario nazionale è un'attività fondamentale per migliorare le performance delle organizzazioni sanitarie in riferimento alla qualità delle prestazioni erogate e fornisce indicazioni operative utili per implementare azioni tese al miglioramento continuo della qualità dei servizi prestati.

Il report per la misurazione del grado di soddisfazione degli utenti è predisposto dall'URP, con il supporto di un programma informatico appositamente creato, e viene inviato alla Direzione Strategica e ai Dipartimenti aziendali con il compito di darne ampia diffusione all'interno dell'Azienda.

La misurazione della qualità percepita avviene con cadenza annuale. I risultati della misurazione vengono sottoposti all'attenzione della Direzione Strategica e costituiscono oggetto delle azioni di miglioramento messe in atto per ottimizzare la qualità delle prestazioni erogate.

Inoltre, annualmente, si organizzano riunioni tematiche destinate a tutti gli operatori per comunicare gli esiti delle indagini e individuare gli ambiti e le azioni di miglioramento della qualità per aree specifiche di intervento.

Il tema delle pari opportunità costituisce un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane destinato all'incremento delle performance di qualsiasi tipo di organizzazione, e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della

missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo.

Le pari opportunità rappresentano, quindi, uno strumento per incrementare la produttività e conseguentemente migliorare la qualità dei servizi resi.

La ASM, sulla base dell'art. 21 della Legge n. 183/2010, con Deliberazione n.1202 del 2/11/2011, integrata con Deliberazione n. 277 del 22.03.2012, ha istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, così come, da ultimo, ricomposto Deliberazione n. 937 del 25/08/2025.

Il CUG, unificando le competenze del Comitato per le pari opportunità e del Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing, assume tutte le funzioni previste dalla Legge, dai contratti collettivi o da altre disposizioni normative.

Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna organizzazione sindacale maggiormente rappresentativa a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione nonché da altrettanti componenti supplenti, assicurando nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi.

Il CUG propone gli interventi da mettere in campo attraverso dei Piani triennali di *azioni positive*.

Con il Piano delle Azioni Positive (v. specifico paragrafo del PIAO) l'ASM intende promuovere l'adozione di una serie di misure in materia di pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nella realtà aziendale.

2.2.4. La Performance individuale

La performance individuale riguarda tutto il personale dipendente dell'ASM, distinto nelle due aree contrattuali della dirigenza e del comparto.

Il sistema annuale di misurazione e valutazione della performance individuale persegue i seguenti obiettivi strategici:

- **Valorizzazione del contributo:** evidenziare l'apporto del singolo agli obiettivi aziendali e di struttura, in base al ruolo ricoperto e alle competenze professionali o manageriali espresse.
- **Chiarezza e orientamento:** definire le aspettative circa risultati e comportamenti, utilizzando indicatori e strumenti di misurazione trasparenti che il valutatore è tenuto a illustrare preventivamente.
- **Sviluppo e allineamento:** supportare il personale nel miglioramento continuo, garantendo la coerenza tra l'operato individuale e la missione aziendale.
- **Comunicazione e Feedback:** informare il dipendente circa gli esiti della valutazione e le prospettive future di crescita.
- **Benessere Organizzativo:** promuovere un clima di lavoro positivo e collaborativo.
- **Meritocrazia:** riconoscere e premiare l'eccellenza attraverso sistemi premianti legati ai risultati raggiunti.
- **Gestione Risorse Umane:** favorire una conduzione efficace e corretta del capitale umano.

La valutazione dei dipendenti è diretta alla verifica dei comportamenti individuali, della professionalità espressa nell'espletamento del servizio, alla verifica dei risultati raggiunti a fronte degli obiettivi assegnati. È inoltre finalizzata, per i responsabili di struttura (semplice o complessa) alla valutazione delle capacità di governo e di gestione assegnate anche in funzione degli obiettivi da perseguire.

I soggetti coinvolti nel percorso valutativo annuale sono:

- il dipendente da valutare;
- il valutatore;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

La disciplina attinente la misurazione e la valutazione della performance annuale individuale della dirigenza e del comparto è contenuta in specifici Regolamenti: Regolamento del personale della dirigenza e Regolamento del personale del comparto, adottati con Delibera n. 1089/2019 "SMVP della ASM".

Accanto alla valutazione annuale individuale, i CC.CC.NN.LL. prevedono anche una valutazione pluriennale da parte dei Collegi Tecnici appositamente costituiti. Tale valutazione viene effettuata in corrispondenza della scadenza dell'incarico, al termine del primo quinquennio di servizio, al termine dei primi quindici anni, (in questi ultimi due casi in relazione all'indennità di esclusività) e tutte le volte che la Direzione aziendale ne ravvisi la necessità. In particolare, il Collegio Tecnico (CT) procede alla verifica della regolarità della procedura di valutazione.

La disciplina della valutazione pluriennale afferente ai Collegi Tecnici è contenuta nell'apposito "Regolamento per la disciplina ed il funzionamento del Collegio tecnico per le verifiche del personale dirigenziale dell'ASM", adottato con deliberazione aziendale n. 285/2013 e s.m.i.

L'attuazione del Sistema è sintetizzata nel grafico seguente:



Si fa presente che il 28 Novembre 2023 il Ministro della Pubblica amministrazione ha approvato la Direttiva "Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale" che fornisce indicazioni con riguardo alle modalità operative da adottare per la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale delle amministrazioni pubbliche, di livello dirigenziale e non, al fine di integrare e adeguare ai nuovi indirizzi di efficacia ed efficienza l'attività delle amministrazioni pubbliche con particolare riferimento, fra l'altro, a:

- l'adozione di modalità di valutazione che vadano oltre - soprattutto per il personale dirigenziale - la sola valutazione effettuata dal superiore gerarchico e che coinvolgano una pluralità di soggetti, interni o esterni all'organizzazione, per arrivare gradualmente alla valutazione a 360° (valutazione dal basso, nella quale sono i collaboratori ad esprimere, in forma rigorosamente anonima, un giudizio sul proprio superiore; valutazione fra pari, la valutazione collegiale; la valutazione, con riguardo alla *performance* organizzativa di strutture complesse o meno, da parte di stakeholder esterni,...)
- la corretta definizione della correlazione fra *performance* individuale e *performance* organizzativa;
- la necessità che i Sistemi di misurazione e valutazione delle *performance* (SMVP) siano in grado di assicurare un'adeguata differenziazione delle valutazioni (alle quale la contrattazione collettiva deve adeguarsi) quale leva essenziale per l'efficace gestione delle risorse umane, utilizzando strumenti quali momenti di confronto, *feedback*, omogeneizzazione, che sono in grado di agire sul livello di equità percepita da parte dei soggetti valutati;
- la definizione, all'interno del SMVP, di cosa l'amministrazione intenda per valutazione negativa, definendo, ad esempio, una soglia di punteggio minima (all'interno della scala di valutazione definita nel Sistema stesso) al di sotto della quale la valutazione deve intendersi negativa;

- l'introduzione di forme di *rewarding* per chi ha contribuito maggiormente al miglioramento della *performance* dell'amministrazione;
- favorire l'individuazione di nuove forme di premialità, in relazione al conseguimento di elevate *performance* individuali e organizzative, valorizzando in questo modo il merito e riconoscendo il valore aggiunto che ciascuno può rappresentare all'interno di ogni amministrazione;

La direttiva, con riferimento alla valorizzazione del merito vuole essere una “bussola” per i dirigenti delle amministrazioni pubbliche con l'obiettivo di valorizzare le nostre persone nel loro contesto organizzativo. Qualsiasi SMVP deve essere innanzitutto improntato alla massima attenzione verso i dipendenti pubblici, che sono il fulcro delle amministrazioni pubbliche. Per questo motivo è necessario partire dalle persone: ogni organizzazione, pubblica o privata, misura il suo successo in ragione della capacità di valorizzare il capitale umano. I dirigenti assumono un ruolo cruciale nel processo di trasformazione che sta coinvolgendo anche le amministrazioni, centrali e territoriali. È proprio al Dirigente che spetta la responsabilità non soltanto del presidio tecnico delle attività di sua competenza, ma soprattutto della valorizzazione del capitale umano che gli è assegnato. Valorizzare significa, innanzitutto, conoscere le persone che sono assegnate, il loro profilo di competenza, i punti di forza e di debolezza; significa stimarne il potenziale, assegnare gli obiettivi e valutare la *performance*. Significa, innanzitutto, guidare le persone verso il cambiamento con senso di responsabilità in un contesto capace di innescare meccanismi virtuosi alla cui base deve esserci un unico principio: il merito. Si tratta di un valore strettamente legato al raggiungimento degli obiettivi e, prim'ancora, a sistemi di misurazione che devono essere sviluppati non in ottica punitiva, bensì conoscitiva per accrescere il valore delle persone, non solo a livello individuale ma anche nel più ampio contesto organizzativo. In tale contesto, la configurazione delle *performance* individuali deve avvenire tenendo sempre ben presente la più ampia *performance* collettiva dell'Azienda e il valore pubblico finale da perseguire.

2.2.5 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione della sottosezione della Performance

La sottosezione della **Performance**, parte integrante del **PIAO**, esplicita gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi dell'azienda, in conformità al D. Lgs. n. 150/2009. Funge da strumento integrato per:

- Migliorare il **coordinamento** tra funzioni;
- Aumentare l'**efficacia** della comunicazione interna ed esterna;
- Incorporare le attese degli **stakeholder**;
- Favorire **accountability** e **trasparenza**.

Il processo è gestito dalla **U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione**, sotto la guida della **Direzione Strategica** e con il coinvolgimento di vari attori interni.

Soggetti Coinvolti

I principali soggetti coinvolti nella redazione e condivisione del documento includono:

- **Direzione Strategica**;
- **Programmazione e Controllo di Gestione (CdG)**;
- **OIV aziendale** (Organismo Indipendente di Valutazione)
- **Responsabile Anticorruzione e Trasparenza**;
- **URP** (Ufficio Relazioni con il Pubblico);
- **Comitato Unico di Garanzia**;
- **Collegio di Direzione**;
- **Organizzazioni Sindacali**;
- Altre unità organizzative come la U.O.C. Direzione Gestione delle Risorse Umane e la U.O.C. Direzione Economico Finanziaria, UOSD Formazione.

Fasi e Tempistiche

Il processo, segue le seguenti fasi e tempistiche:

N.	FASI DEL PROCESSO						
		Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile
1	Avvio del processo di elaborazione della sottosezione della Performance						
2	Definizione degli obiettivi di Performance						
3	Redazione del documento						
4	Condivisione del Piano con OIV e a livello aziendale						
5	Approvazione e adozione del PIAO						
6	Comunicazione del Piano all'interno della ASM e all'esterno						

2.2.6 Linee di indirizzo strategico e programmazione aziendale

Per l'esercizio 2026 l'Azienda Sanitaria Locale di Matera orienta la propria programmazione strategica e operativa al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione, nel rispetto dei principi di equità, appropriatezza, qualità e sostenibilità economico-finanziaria, in coerenza con gli indirizzi della programmazione nazionale e regionale.

In continuità con i precedenti cicli di programmazione, la strategia aziendale si fonda sulla necessità di coniugare il miglioramento dei livelli di assistenza con il riequilibrio della gestione economica, attraverso interventi mirati di riorganizzazione dell'offerta, di valorizzazione della produzione interna e di governo della spesa.

In tale quadro, l'Azienda individua per l'anno 2026 le seguenti priorità strategiche:

- la riqualificazione e l'integrazione della rete ospedaliera per acuti;
- il rafforzamento dell'assistenza territoriale e dei modelli di sanità di prossimità;
- il governo della domanda, appropriatezza e sostenibilità economica.

Le suddette priorità costituiscono il riferimento unitario per la definizione degli obiettivi di performance organizzativa e individuale, assicurando coerenza tra indirizzi strategici, programmazione operativa e sistema di misurazione e valutazione della performance.

2.2.6.1 Riqualificazione e integrazione della rete ospedaliera per acuti

In conformità alla normativa nazionale e regionale vigente (D.M. 70/2015, L.R. n. 2/2017), l'assetto dell'assistenza ospedaliera per acuti dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera è organizzato secondo il modello di Presidio Ospedaliero unico di I livello, articolato nei plessi di Matera e Policoro, gestiti in modo unitario e integrato.

La strategia aziendale per il triennio 2026-2028 è orientata alla riqualificazione e al rafforzamento dell'offerta ospedaliera per acuti, con particolare riferimento alle attività a maggiore complessità clinica e tecnologica, attraverso interventi mirati di riorganizzazione, innovazione e valorizzazione della produzione interna.

In tale ambito, presso il Presidio Ospedaliero di Matera è stata recentemente implementata la piattaforma di chirurgia robotica, che rappresenta un elemento strategico di innovazione dell'offerta chirurgica aziendale. L'introduzione della chirurgia robotica consente di avviare un percorso di progressiva riqualificazione delle attività chirurgiche ad elevata specializzazione, con effetti attesi in termini di:

- miglioramento degli esiti clinici e della qualità delle cure;
- riduzione della degenza post-operatoria;
- incremento dell'attrattività dell'offerta e contenimento della mobilità sanitaria passiva.

Parallelamente, l'Azienda prevede l'avvio del servizio di radioterapia all'interno della rete regionale oncologica, a seguito del completamento delle opere strutturali dedicate (bunker) e dell'acquisizione delle necessarie tecnologie, al fine di garantire una presa in carico del paziente oncologico più completa e integrata sul territorio provinciale, riducendo il ricorso a strutture extra-regionali.

La riqualificazione della rete ospedaliera si accompagna al potenziamento delle funzioni di governo della produzione, con particolare riferimento:

- all'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie;
- al rafforzamento delle aree di terapia intensiva e semintensiva;
- alla riorganizzazione dei percorsi di emergenza-urgenza.

In coerenza con l'evoluzione dei bisogni assistenziali e con gli obiettivi di efficienza e appropriatezza, l'Azienda orienta il proprio modello organizzativo allo sviluppo di sistemi di bed management e di gestione dinamica dei posti letto, finalizzati a garantire:

- una maggiore flessibilità nell'allocazione delle risorse di degenza;
- una migliore risposta alle variazioni della domanda assistenziale;
- l'ottimizzazione dei percorsi clinico-assistenziali e dei tempi di ricovero.

Tale approccio consente una gestione più funzionale della capacità ricettiva ospedaliera, favorendo l'integrazione tra discipline, la continuità dei percorsi di cura e un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili, in coerenza con gli obiettivi di qualità, sostenibilità e centralità del paziente.

All'interno di questo assetto integrato:

- il plesso di Matera concentra le attività a maggiore complessità clinica, tecnologica e specialistica, assumendo un ruolo di riferimento anche in termini di attrattività extra-regionale;
- il plesso di Policoro è prevalentemente orientato alle attività a minore complessità e intensità di cura, sperimentando modelli organizzativi flessibili quali la chirurgia a degenza breve, il day e week surgery, anche in funzione delle variazioni stagionali della domanda.

La gestione unitaria dei due plessi è supportata da politiche di integrazione organizzativa e professionale, finalizzate allo sviluppo delle competenze, alla continuità assistenziale e al miglioramento complessivo delle performance cliniche e gestionali.

2.2.6.2 Sviluppo dell'assistenza territoriale e sanità di prossimità

Il rafforzamento e la riorganizzazione dell'assistenza territoriale costituiscono una direttrice strategica prioritaria dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in coerenza con il D.M. n. 77/2022 e con gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6, finalizzati alla realizzazione di un modello di sanità di prossimità orientato alla presa in carico continuativa della persona.

Il nuovo assetto dell'assistenza territoriale aziendale è fondato su un modello integrato, multiprofessionale e multidisciplinare, che assume il Distretto quale ambito organizzativo centrale per il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, garantendo continuità assistenziale, appropriatezza e riduzione della pressione impropria sull'ospedale per acuti.

Gli elementi chiave della riorganizzazione territoriale sono costituiti da:

- Case della Comunità
- Ospedali di Comunità
- Centrale Operativa Territoriale (COT)
- Infermiere di Famiglia
- Telemedicina
- Assistenza Domiciliare

Case della Comunità

Elemento qualificante del modello territoriale è rappresentato dallo sviluppo della rete delle Case della Comunità, articolate secondo una configurazione Hub e Spoke, in funzione delle caratteristiche demografiche, geografiche e di accessibilità del territorio.

In particolare:

- le Case della Comunità Hub, localizzate presso i Comuni di Irsina, Montescaglioso, Montalbano Jonico, sono destinate a garantire un'offerta strutturata e continuativa di cure primarie, specialistica ambulatoriale, servizi infermieristici, attività di prevenzione e integrazione sociosanitaria, con la presenza organizzata dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e delle altre professionalità sanitarie;
- le Case della Comunità Spoke, localizzate presso i Comuni di Ferrandina, Tursi, Garaguso, assicurano servizi di prossimità, assistenza infermieristica, supporto alla gestione della cronicità e collegamento funzionale con le strutture Hub, anche attraverso strumenti digitali e di telemedicina.

La rete delle Case della Comunità rappresenta il punto di accesso privilegiato ai servizi territoriali e il fulcro della presa in carico dei pazienti cronici, fragili e complessi.

Centrale Operativa Territoriale (COT)

Il modello territoriale è supportato dal pieno funzionamento della Centrale Operativa Territoriale (COT), quale struttura di coordinamento dei percorsi assistenziali e delle transizioni tra i diversi setting di cura (ospedale, territorio, domicilio).

Nell'ASM presso la sede centrale è stata inaugurata la COT che svolge un ruolo strategico nella:

- gestione delle dimissioni protette;
- continuità assistenziale post-acuzie;
- integrazione tra servizi distrettuali, ospedalieri e sociali;
- raccordo con le Case della Comunità e l'assistenza domiciliare.

Ospedali di Comunità

Altro tassello fondamentale nel nuovo modello assistenziale territoriale previsto dal DM 77/2022 è costituito dagli Ospedali di Comunità, che costituiscono delle strutture residenziali sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Tale tipologia di struttura, la cui dimensione viene prevista in 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come, ad esempio, quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

L'Ospedale di Comunità si propone, inoltre, di facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Nello specifico, gli Ospedali di Comunità che si prevede di attivare nel 2026 sono:

- l'ospedale di Tinchì
- l'Ospedale di Stigliano

Infermiere di Famiglia e di Comunità

Elemento strutturale del nuovo modello di sanità di prossimità è lo sviluppo della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, quale professionista di riferimento per:

- la medicina di iniziativa;
- la prevenzione e l'educazione sanitaria;
- la gestione proattiva della cronicità;
- il supporto ai pazienti fragili e alle loro famiglie.

L'Infermiere di Famiglia opera in stretta integrazione con i Medici di Medicina Generale, le Case della Comunità e la COT, contribuendo alla riduzione degli accessi impropri ai servizi ospedalieri.

Telemedicina e innovazione digitale

In coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali, l'Azienda promuove lo sviluppo della telemedicina quale strumento abilitante per:

- il monitoraggio a distanza dei pazienti cronici;
- il supporto alla presa in carico territoriale;
- l'integrazione funzionale tra strutture Hub e Spoke;
- il miglioramento dell'accessibilità ai servizi nelle aree interne.

La telemedicina si configura come componente strutturale del modello territoriale e non come soluzione occasionale o emergenziale.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Il nuovo assetto territoriale è completato dal consolidamento e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), finalizzata a garantire la continuità delle cure al domicilio per i pazienti non autosufficienti, cronici e in condizioni di fragilità.

L'ADI è integrata funzionalmente con le Case della Comunità, la COT e l'Infermiere di Famiglia, con l'obiettivo di:

- ridurre ricoveri e ri-ricoveri evitabili;
- favorire la permanenza al domicilio;
- migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei caregiver.

Nel modello assistenziale territoriale adottato in conformità alle linee di indirizzo programmatico definite dalla Regione Basilicata ed attualmente vigenti, è previsto:

- per l'*Ospedale di Stigliano*, il mantenimento delle attività di lungodegenza medica per la cura delle patologie cronico – degenerative, da ripristinarsi con l'implementazione della dotazione organica, dopo l'interruzione occorsa negli anni passati a causa della pandemia, oltre al mantenimento delle attività dell'Hospice, destinate alla presa in carico dei malati terminali. Per tale ospedale si prevede, inoltre, di avviare la riconversione in ospedale di comunità, secondo le modalità e le tempistiche previste nell'ambito della programmazione relativa al PNRR;
- per l'*Ospedale di Tricarico*, la gestione diretta delle attività di lungodegenza medica e quella in convenzione con la Fondazione Don Gnocchi per le attività di Riabilitazione cod. 56 e cod. 60 oltre che per la Residenza Sanitaria Assistita (R.S.A.), con la promozione di forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte dagli specialisti operanti nel suddetto ospedale;
- per l'*Ospedale di Tinchì*, accanto al potenziamento delle attività di tipo territoriale tradizionalmente erogate, si consolideranno ulteriormente le attività del Centro Dialisi, realizzato con progetto di finanza, finalizzato a migliorare la qualità delle prestazioni di dialisi erogate ai pazienti a condizioni finanziarie vantaggiose per l'Azienda.

Inoltre, nella suddetta struttura, dopo aver ultimato i lavori di consolidamento strutturale, è allo studio l'ipotesi di avviare un servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologica e cardiologica, anche in considerazione della attuale disponibilità ulteriore di 21 posti letto post acuzie cod. 56 rispetto a quelli già attivati presso gli Ospedali Distrettuali di Tricarico e Stigliano, ai sensi della D.G.R. n. 1479/2016. Anche l'Ospedale di Tinchì al pari di quello di Stigliano è destinato a diventare sede di Ospedale di Comunità nell'ambito della programmazione PNRR.

Altro tassello fondamentale nell'attuazione del nuovo assetto organizzativo dell'assistenza territoriale dell'ASM è lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) istituite tra i Medici di Medicina Generale (MMG), tra i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e tra gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), con lo scopo di

garantire la continuità assistenziale h12/h24, favorire la presa in carico multidisciplinare delle cronicità e ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva attraverso il coordinamento clinico tra i diversi livelli di cura.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) rappresentano l'evoluzione organizzativa della Medicina Generale, progettate per superare il modello del singolo studio medico isolato e favorire una gestione integrata della salute, diventando il perno operativo per la medicina di prossimità definita dal DM 77/2022.

Le AFT, che aggregano i MMG, i PLS, i SAI operanti in uno specifico bacino territoriale hanno i seguenti obiettivi:

- Continuità Assistenziale H12/H24: Garantiscono l'apertura degli studi o delle sedi di riferimento per l'intera giornata (tipicamente 8:00-20:00), assicurando che i cittadini possano accedere a prestazioni non rinviabili e consulti anche se il proprio medico curante non è in turno.
- Medicina d'Iniziativa: Passano da una medicina "d'attesa" a una presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili attraverso percorsi assistenziali (PDTA) condivisi.
- Integrazione Informatica (Rete Clinica): Utilizzano una piattaforma comune per la condivisione delle schede cliniche e il collegamento con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), permettendo a ogni medico dell'aggregazione di conoscere la storia clinica del paziente.
- Riduzione degli Accessi al Pronto Soccorso: Fornendo risposte tempestive sul territorio per i codici bianchi e verdi, le AFT mirano a decongestionare le strutture ospedaliere.

Nel nuovo assetto che quest'Azienda intende promuovere le AFT non agiscono in isolamento ma sono integrate nella rete distrettuale:

- Rapporto con le Case della Comunità: Le AFT costituiscono la base operativa dei servizi di cure primarie. Le sedi principali delle AFT sono spesso allocate all'interno delle Case della Comunità (CdC) Hub, mentre gli studi dei singoli medici fungono da nodi Spoke.
- Integrazione con il Distretto: L'AFT afferisce direttamente al Distretto Sanitario. Un Referente di AFT coordina le attività, gestisce i turni e si interfaccia con il Direttore di Distretto per il raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.
- Team Multiprofessionali: Il nuovo modello organizzativo (rafforzato dagli accordi nazionali del gennaio 2026) prevede che i medici delle AFT collaborino stabilmente con infermieri di famiglia e comunità (IFoC) e specialisti ambulatoriali per garantire una presa in carico multidimensionale.

2.2.6.3 Governo della domanda, appropriatezza e sostenibilità economica

Il governo della domanda e dell'appropriatezza rappresenta una leva strategica essenziale per il miglioramento della qualità dei servizi e per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

In tale ambito, l'Azienda intende orientare la propria azione a:

- promuovere l'appropriatezza prescrittiva e terapeutica, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica e ai dispositivi medici, attraverso l'adozione di linee guida, il monitoraggio dei consumi e il ricorso a strumenti di business intelligence;
- razionalizzare l'offerta di specialistica ambulatoriale, assicurando la coerenza con i budget regionali, il rispetto dei tetti di spesa e l'applicazione dei criteri di regolazione del privato accreditato;
- adottare modelli organizzativi innovativi, inclusa la telemedicina, per la gestione delle prestazioni a minore valore aggiunto e per il rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio;
- partecipare alle procedure di acquisto centralizzate e alle negoziazioni consortili regionali, al fine di conseguire economie di scala e maggiore efficienza negli approvvigionamenti.

Il sistema di controllo di gestione e di audit clinico-gestionale è orientato al monitoraggio continuo delle performance, mediante indicatori chiave (KPI) relativi a produzione, mobilità sanitaria, tempi di attesa e sostenibilità della spesa.

2.2.7 Obiettivi strategici per il triennio 2026 - 2028

Gli obiettivi strategici aziendali per il triennio 2026-2028 traggono il proprio fondamento da:

- obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale a seguito dell'incarico affidatogli con Decreto del Presidente della Giunta Regionale di Basilicata – D.P.G.R. n. 263 dell'8.11.2024, su conforme

Deliberazione della Giunta Regionale di Basilicata n. 667 del 08.11.2024, recepita con delibera aziendale n. 1050 del 09/11/2024

- dagli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria assegnati dalla Regione alla Direzione Generale, con DGR n. 324/2025 così come modificata e integrata con DGR n. 661/2025;

Tali obiettivi sono poi integrati con alcune priorità strategiche aziendali trasversali di efficientamento energetico, accessibilità digitale, accessibilità fisica reingegnerizzazione e semplificazione dei sistemi informativi, oltre che obiettivi di benessere equo e sostenibile.

Alla luce dei suddetti riferimenti programmatori l'ASM individua per il triennio 2026-2028 i seguenti obiettivi strategici aziendali, articolati in aree omogenee di intervento.

Tali obiettivi costituiscono il riferimento per la programmazione operativa, il ciclo di budget e il sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale.

1. Tutela della salute

L'area della tutela della salute rappresenta l'asse portante dell'azione strategica aziendale ed è orientata al miglioramento dello stato di salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione, promozione e protezione.

In tale ambito, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- **Prevenzione primaria**, finalizzata all'implementazione del Piano Regionale della Prevenzione e, nello specifico, all'incremento delle coperture vaccinali nelle diverse fasce di età e categorie di rischio, in coerenza con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e gli indirizzi regionali.
- **Promozione di stili di vita sani**, mediante interventi di educazione sanitaria e promozione della salute, con particolare attenzione alla prevenzione delle malattie croniche e dei principali fattori di rischio.
- **Rafforzamento dei programmi di screening oncologici**, volto finalizzato alla definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico, aumentando l'adesione della popolazione target e garantendo appropriatezza, tempestività e continuità dei percorsi diagnostico-assistenziali.
- **Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**, attraverso attività di vigilanza, prevenzione e controllo, in coerenza con la normativa vigente e con gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione.
- **Sanità veterinaria e sicurezza alimentare**, finalizzata alla tutela della salute pubblica mediante il controllo delle zoonosi, della filiera alimentare e del benessere animale.

2. Performance organizzative e cliniche aziendali

Quest'area è finalizzata al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'assistenza sanitaria erogata, attraverso il rafforzamento dei modelli organizzativi e dei processi clinico-assistenziali.

Gli obiettivi strategici individuati sono:

- **Appropriatezza dell'area clinica**, orientata alla riduzione delle prestazioni inappropriate e al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.
- **Appropriatezza organizzativa**, finalizzata all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche, anche attraverso la razionalizzazione dei processi assistenziali.
- **Efficacia dell'assistenza territoriale**, con particolare riferimento allo sviluppo della presa in carico dei pazienti cronici e fragili e all'integrazione ospedale-territorio.
- **Efficacia del percorso emergenza-urgenza**, volta a garantire tempestività, continuità e appropriatezza dell'assistenza nei percorsi di urgenza ed emergenza.

3. Gestione economico-finanziaria

L'area della gestione economico-finanziaria è finalizzata a garantire la sostenibilità complessiva dell'Azienda, attraverso il governo della spesa sanitaria e l'utilizzo appropriato delle risorse, in coerenza con gli obiettivi di programmazione economico-finanziaria assegnati dalla Regione.

In tale ambito, l'Azienda individua i seguenti obiettivi strategici:

- **Efficienza ed appropriatezza prescrittiva farmaceutica**, orientata al contenimento della spesa farmaceutica, alla promozione dell'uso appropriato dei farmaci e all'incremento dell'utilizzo di farmaci equivalenti e biosimilari, nel rispetto delle indicazioni cliniche e terapeutiche.
- **Appropriatezza prescrittiva diagnostica**, finalizzata al governo della domanda di prestazioni diagnostiche, alla riduzione delle prescrizioni inappropriate e al miglioramento dell'efficienza dei percorsi assistenziali.
- **Recupero della mobilità passiva ospedaliera**, attraverso il rafforzamento dell'offerta assistenziale aziendale e l'incremento della capacità produttiva delle strutture ospedaliere, con l'obiettivo di ridurre il ricorso a prestazioni erogate fuori regione o fuori Azienda.

4. Conseguimento degli obiettivi strategici regionali

Quest'area comprende gli obiettivi che l'Azienda persegue in coerenza con gli indirizzi e le priorità definiti a livello regionale, anche ai fini della sostenibilità complessiva del sistema sanitario.

In particolare, l'ASM individua i seguenti obiettivi:

- **Sviluppo e consolidamento delle cure palliative**, con particolare attenzione alla presa in carico dei pazienti in fase avanzata di malattia e al supporto alle famiglie.
- **Utilizzo appropriato e tempestivo dei flussi informativi sanitari**, quale strumento di governo clinico, monitoraggio delle attività e supporto ai processi decisionali.
- **Rafforzamento delle attività di risk management**, orientate alla prevenzione degli eventi avversi e al miglioramento della sicurezza delle cure.
- **Controllo e qualità della documentazione clinica**, attraverso il monitoraggio e la verifica delle cartelle cliniche, anche ai fini della correttezza dei flussi informativi e della rendicontazione.
- **Monitoraggio e controllo della spesa del personale**, in coerenza con i vincoli normativi e gli obiettivi di sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario regionale.
- **Rispetto dei tempi di pagamento** stabiliti dalla legislazione vigente per gli Enti del Servizio Sanitario.
- **Rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali**, attraverso l'attuazione delle misure di propria competenza contenute nel DL n.73 del 7/6/2024 coordinato con la legge di conversione n. 107 del 29/7/2024: "Misure urgenti per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie". Piena attuazione degli indirizzi regionali contenuti nei piani regionali annuali che verranno adottati ai sensi dell'art. 2 co. 5 del citato DL.

5. Attuazione PNRR

Quest'area comprende gli obiettivi che l'Azienda persegue in attuazione del PNRR, attraverso il supporto alla programmazione Regionale, esecuzione e attuazione degli interventi ricadenti nella propria competenza territoriale di cui al Piano Operativo approvato con DGR 313/2022 come richiamato nella DGR 486/2022 di approvazione della delega alle singole aziende ed enti del SSR di Basilicata (allegato 1) per l'attuazione degli interventi meglio specificati nell'allegato 2 riferiti rispettivamente a ciascun investimento e a ciascuna misura, come riportati nei Piani Operativi regionali e negli Action Plan integrati. Rispetto assoluto delle tempistiche previste dai Piani e dagli eventuali altri Atti di programmazione Regionale.

In particolare, l'ASM individua i seguenti obiettivi:

- **Attuazione interventi** da realizzare con le risorse finanziarie assegnate dalla Regione Basilicata nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR – **Missione 6 "Salute"** – Componenti n. 1 e n. 2,
- **Attuazione interventi** da realizzare con le risorse finanziarie assegnate con **D.L. 34/2020 "Piano di Riordino della rete ospedaliera"** opportunamente rimodulati ed approvati con DGR 103 del 14/03/2022.

6. Obiettivi strategici aziendali di efficientamento energetico (triennio 2026-2028)

Nel contesto degli indirizzi nazionali ed europei in materia di sostenibilità ambientale e razionalizzazione della spesa pubblica, l'Azienda individua l'efficientamento energetico quale ambito strategico per il miglioramento della performance complessiva e per il mantenimento degli equilibri economico-finanziari.

Considerata l'elevata incidenza dei consumi energetici nelle strutture sanitarie, in particolare ospedaliere, l'Azienda persegue un approccio integrato orientato alla riduzione dei consumi e dei costi, al miglioramento dell'efficienza degli impianti e degli edifici, al rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e al coinvolgimento del personale nell'uso razionale dell'energia, garantendo al contempo la continuità e la qualità dei servizi assistenziali.

Gli obiettivi strategici di efficientamento energetico sono definiti in coerenza con le risultanze della relazione dell'energy manager e si inseriscono nel più ampio quadro della programmazione aziendale, quale leva di sostenibilità, innovazione e governo delle risorse.

Tali obiettivi, per la loro natura strutturale e pluriennale, sono rappresentati nel presente PIAO a livello strategico; la loro eventuale declinazione in obiettivi operativi sarà effettuata in coerenza con l'evoluzione del quadro tecnico-programmatorio e degli strumenti di attuazione.

Si riportano di seguito gli obiettivi strategici di efficientamento energetico per il triennio 2026 – 2028

- **Miglioramento dell'efficienza energetica del patrimonio immobiliare e impiantistico aziendale**
Rafforzare l'efficienza energetica delle strutture ospedaliere e distrettuali aziendali attraverso interventi di riqualificazione impiantistica ed edilizia, la riduzione dei consumi energetici e l'ottimizzazione delle condizioni di esercizio, garantendo al contempo la continuità e l'affidabilità dei servizi sanitari.
- **Sostenibilità economica e riduzione dei costi energetici**
Conseguire una progressiva riduzione dei costi di approvvigionamento e gestione dell'energia mediante il contenimento dei consumi, il ricorso a strumenti di partenariato pubblico-privato e l'utilizzo di soluzioni tecnologiche efficienti e sostenibili, anche in un'ottica di decarbonizzazione.
- **Rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e governo dei consumi energetici**
Sviluppare un sistema strutturato di monitoraggio, misurazione e controllo dei consumi energetici, basato sulla raccolta sistematica dei dati e sull'utilizzo di strumenti di supervisione, al fine di supportare le decisioni strategiche e il miglioramento continuo delle performance energetiche.
- **Diffusione della cultura dell'uso razionale dell'energia**
Promuovere comportamenti consapevoli e responsabili nell'utilizzo dell'energia da parte del personale, attraverso attività di sensibilizzazione, informazione e formazione, integrando le misure tecnologiche con azioni organizzative e gestionali.

7. Obiettivi strategici aziendali di accessibilità digitale

Nell'ambito di una visione aziendale centrata sulle persone ed all'interno di un ecosistema digitale in continua evoluzione, l'accessibilità digitale non rappresenta più solo un requisito tecnico, ma un pilastro fondamentale della strategia di crescita e innovazione che quest'Azienda sta portando avanti, rappresentando un'espressione imprescindibile della sua responsabilità sociale. Garantire che i servizi aziendali siano fruibili da chiunque, abbattendo le barriere digitali significa garantire pari opportunità di accesso e partecipazione a tutti gli utenti. Attraverso gli obiettivi strategici di seguito esplicitati si intende, dunque, promuovere una cultura digitale che sia davvero inclusiva:

- **FSE 2.0 – Fascicolo sanitario elettronico:** puntuale alimentazione del FSE per la parte di propria competenza, anche al fine del raggiungimento dei target previsti dalla specifica linea di intervento PNRR. L'obiettivo è quello di consentire l'accesso alle informazioni sanitarie personali, quali referti, certificati e prescrizioni diagnostiche o specialistiche e farmaceutiche, immagini diagnostiche in maniera rapida e immediata. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), rientra oramai nei livelli minimi da garantire nonché obbligatori. Come si evince dalle Tabelle successive, l'ASM si è

adeguata alle nuove disposizioni ministeriali pubblicando i dati secondo quanto previsto dal FSE 2.0, nel rispetto delle “Linee guida di attuazione”, approvate dalla Conferenza Stato - Regioni il 28 aprile 2022 ed emanate con Decreto del Ministro della salute del 20 maggio 2022.

Anno	Tipologia di documento	Numero di documenti CDA+PFD (FSE 2.0) pubblicati in FSE
2025	Referto specialistico	103.064
2025	Referto di Laboratorio	81.209
2025	Lettera di dimissione ospedaliera	9.349
2025	Verbale di pronto soccorso	12.509
2025	Referto Radiologia	50.949
	TOTALE Documenti	257.080

Gennaio	Tipologia di documento	Numero di documenti CDA+PFD (FSE 2.0) pubblicati in FSE
2026	Referto specialistico	9.948
2026	Referto di Laboratorio	7.368
2026	Lettera di dimissione ospedaliera	851
2026	Verbale di pronto soccorso	1.614
2026	Referto Radiologia	2.536
	TOTALE Documenti	22.317

Il confronto con il solo mese di gennaio 2026 evidenzia chiaramente come l'alimentazione del FSE è ormai a regime. Nel mese di febbraio 2026 è previsto sul FSE il “Referto di anatomia patologica” secondo le specifiche 2.0.

- **Interoperabilità:** Adottare tecnologie e standard nella realizzazione dei sistemi informatici, al fine di permettere il coordinamento informativo e informatico dei dati tra le amministrazioni centrali, regionali e locali.

L'ASM ha avviato nel 2025 una serie di progetti relativi all'interoperabilità quali a mero titolo esemplificativo:

- o Digitalizzazione delle procedure (SUAP e SUE);
- o Piattaforma Digitale Nazionale Dati
- **Adesione alla strategia Cloud PA - AGID - Dipartimento per la trasformazione digitale:** Implementazione di un Piano di migrazione dei sistemi, applicativi e dati relativi ai servizi dell'amministrazione e la migrazione degli stessi verso il PSN.

Il Piano di migrazione ASM verso PSN prevede:

- 1) comunicazione istituzionale web e open data
- 2) protocollo
- 3) gestione documentale
- 4) conservazione digitale

Nel corso del 2025 è avvenuta la migrazione dei servizi di cui ai punti 2) e 4) nel corso del 2026 si procederà con i restanti servizi.

Nel 2026 seguendo le indicazioni Regionali si avvierà la migrazione di altri servizi o verso il PSN o verso data center regionale qualificato.

- **Adozione di APP.IO - AGID : Erogare servizi in modalità digitale, rendendo più efficaci e veloci i processi** di interazione con cittadini. L'interazione implica un reciproco scambio di informazioni.

A tal riguardo è opportuno rappresentare come, in data 09.09.2022, l'ASM si sia candidata, sul Portale "PA Digitale 2026", all'avviso pubblico "Avviso Misura "1.4.3 – app IO - Altri Enti – Maggio 2022" – CUP D11C22001200001– ed ha ricevuto in data 14.03.2025 un finanziamento di €. 17.712.

La realizzazione di "App IO" permette ai cittadini di ricevere informazioni relativamente a:

- Documenti e Referti (avviso su nuovo documento e referto sul Fascicolo Sanitario Elettronico e procedere, così, alla consultazione online e/o lo scaricamento del documento);
- Televisite (ricevere avvisi relativi agli appuntamenti in Televisita);
- Visite ed esami (prenotazione, spostamento/disdetta e promemoria di un appuntamento).

A titolo indicativo e non esaustivo si forniscono i dati relativi all'invio delle notifiche su App IO e App Salute Basilicata per i seguenti servizi (arco temporale dal 08.01.2026 al 27.01.2026):

- Documenti e referti suddivisi per:

nuova ricetta	206.636
nuovo documento	9.296

- Visite ed esami:

Conferma creazione appuntamento	30.207
Spostamento appuntamento avvenuto con successo	4.114
Conferma disdetta appuntamento	3.125
Totale Invii	37.446

All'interno del dettaglio della notifica viene riportato il link che permette al cittadino di consultare il dato sul Fascicolo Sanitario Elettronico o sull'App Salute Basilicata.

Relativamente, invece, al nuovo servizio dell'"Archivio Sanitario - Richiesta copia cartella clinica" attivato dall'ASM vengono inviate su App IO le seguenti tipologie di notifiche:

- Richiesta di copia cartella clinica e pagamento avvenuto con successo (n. 71);
- Richiesta di integrazione pagamento per la copia (n.14);
- Ricevuta di integrazione pagamento (n. 15);
- Documentazione copia cartella clinica pronta al ritiro allo sportello (n. 19);
- Documentazione copia cartella clinica spedita (n. 7).

Per un totale - arco temporale gennaio 2026 - di circa 126

In data 08.05.2025 sempre sul Portale "PA Digitale 2026" l'ASM ha partecipato all'avviso pubblico "Avviso Misura "1.4.3 – app IO - Altri Enti – Maggio 2022" per un finanziamento di €. 47.232 candidando i seguenti servizi:

- 1) Assistenza domiciliare Attività in itinere;
 - 2) Bandi di concorso Attività in itinere;
 - 3) Idoneità rinnovo patenti Attività in itinere;
 - 4) Medicina dello sport Attività in itinere;
 - 5) Medico di base e pediatria Attività in itinere;
 - 6) Percorsi di diagnosi e cura Attività in itinere;
 - 7) Prevenzione Attività in itinere;
 - 8) Vaccinazioni Attività in itinere.
- **Revisione ed aggiornamento costante delle news e delle informazioni sul sito web aziendale:**
L'Ufficio Comunicazione dell'ASM per garantire trasparenza e immediatezza delle informazioni pubbliche, nella sezione notizie dell'home page del sito aziendale, pubblica comunicati stampa, iniziative, convegni e verifica, inoltre, settimanalmente l'aggiornamento costante delle news, degli avvisi pubblici e di tutte le informazioni di pubblica utilità.
 - **Verifica e monitoraggio del funzionamento della piattaforma on line per la prenotazione, consultazione e gestione di appuntamenti sanitari, attivata dall'ASM:** Mensilmente l'ufficio Relazioni

con il pubblico dell'ASM provvede a verificare il funzionamento della piattaforma on line di prenotazione, consultazione e gestione degli appuntamenti sanitari, attivata dall'Azienda e presente sulla home page del portale istituzionale, segnalando le eventuali disfunzioni. Nel corso del 2025, l'Urp non ha segnalato alcuna disfunzione.

- **Consolidamento e sviluppo dell'utilizzo della ricetta dematerializzata:** Il 99,20% dei medici utilizza la ricetta dematerializzata.

8. Obiettivi strategici aziendali di accessibilità fisica

L'ASM riconosce nell'accessibilità fisica una componente essenziale del diritto universale alla salute e un pilastro della propria strategia di Valore Pubblico. Questo obiettivo mira a trasformare le strutture sanitarie in ecosistemi inclusivi, capaci di accogliere ogni cittadino — indipendentemente dalle proprie abilità motorie, sensoriali o cognitive — in condizioni di massima autonomia, sicurezza e dignità. Attraverso una programmazione integrata che unisce interventi infrastrutturali e soluzioni organizzative, l'ASL si impegna a superare non solo le barriere architettoniche visibili, ma anche gli ostacoli logistici che limitano la piena fruizione dei servizi, garantendo percorsi di cura realmente equi e centrati sulla persona.

Coerentemente con questa visione, costituisce obiettivo strategico aziendale per il 2026 quello di **garantire e agevolare l'accessibilità fisica degli spazi e dei servizi aziendali, così come declinato nel successivo paragrafo del presente documento.**

In questa sede pare opportuno riepilogare le fasi attuative dello specifico obiettivo operativo relativo alla realizzazione del blocco parto, ricompreso all'interno del presente obiettivo strategico, che hanno visto l'aggiudicazione definitiva della gara nel 2023, l'inizio dei lavori nel mese di settembre del 2024, sottolineando come gli stessi sono in fase di avanzato completamento. La fine dei lavori è prevista per la fine del mese di aprile 2026.

9. Obiettivi strategici aziendali di reingegnerizzazione e semplificazione dei sistemi informativi

I sistemi informativi della Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM si inseriscono nel più ampio ambito tecnologico del SISIR Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale della Regione Basilicata che trova il suo fondamento normativo nell'art. 49 Legge Regionale 31 ottobre 2001, n. 39.

Considerando l'innovazione delle tecnologie una condizione permanente di sviluppo e miglioramento dei servizi ai cittadini e del funzionamento della struttura aziendale, l'ASM Matera impronta la propria organizzazione secondo una logica innovativa finalizzata alla costruzione di una nuova identità pubblica in grado di gestire problemi di salute della popolazione residente, intercettandone attivamente i bisogni, espressi e inespressi, traducendoli in domanda appropriata e riequilibrando di conseguenza l'offerta di servizi. A tal fine è indispensabile promuovere una organizzazione dei servizi pensata in un'ottica di processo in grado di attivare percorsi di assistenza e di presa in carico strutturati, coordinati e integrati con una costante verifica delle attività realizzate e sviluppare l'innovazione sia nei processi clinico-assistenziali che organizzativo-gestionali.

Il raggiungimento di un obiettivo generale come quello della semplificazione e dell'innovazione digitale in ambito sanitario è possibile se le componenti delle piattaforme costituenti lo stesso Sistema Informativo Sanitario possono essere maggiormente diffuse in modo da:

L'ASM intende portare avanti anche nel 2026 la strategia di potenziamento della possibilità di approvvigionarsi di servizi per lo sviluppo e la manutenzione di moduli software per la gestione dei processi sanitari, in grado di garantire la piena interoperabilità e cooperazione applicativa delle piattaforme integrate nell'architettura tecnologica in uso. In tale direzione l'Azienda, con i fondi PNRR, ha avviato negli anni precedenti un'azione importante, aderendo agli AQ "Affidamento di servizi applicativi e di servizi di supporto in ambito Sanità digitale - Sistemi Informativi Sanitari e servizi al cittadino per le PA del SSN", - ID 2365 - Lotto2 e Lotto4 con aggiudicazione rispettivamente in data 05.06.2023 e 11.05.2023., nell'ambito del PNRR M6.C2 – 1.1.1. "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II))", di cui si è già fatta menzione a proposito dell'attuazione del PNRR.

Nello specifico, si riepilogano di seguito gli obiettivi già presenti negli anni precedenti che in continuità con gli anni precedenti, la cui declinazione operativa è contenuta nell'ambito dell'area strategica relativa all'attuazione del PNRR.

1. introdurre nuovi sistemi clinici e gestionali nel sistema informativo dell'ASM. Nello specifico:
 - un software per la gestione della Protesica e l'integrazione con l'App IO per la gestione delle notifiche;
 - una soluzione per la gestione della Cartella Clinica Neonatale
 - un sistema di Visual Bed Management
 - uno strumento per l'Analisi e il Controllo Qualitativo del flusso dei ricoveri
2. introdurre nuovi servizi digitali specifici per il cittadino:
 - un applicativo web per la Richiesta della Cartella Clinica e l'integrazione con l'App IO per la gestione delle notifiche
 - un ChatBot per il portale Web istituzionale
 - un'App per la comunicazione in videochiamata tra familiare e medico
 - un'App per il tracciamento del paziente in Pronto Soccorso da parte del familiare
3. miglioramento analitico informativo dei dati relativi alla qualità delle cure e dei servizi erogati anche ai fini dell'efficientamento dei costi;
4. maggiore diffusione del dato clinico – sanitario a favore dei soggetti interessati;
5. introduzione di strumenti di BI parametrizzati e personalizzati secondo le specifiche esigenze dell'ASM;
6. mantenere i sistemi adottati, in una logica evolutiva volta a rendere efficienti ed efficaci i servizi
7. erogati dalle piattaforme informatiche sopra descritte e di quelle già in uso presso l'Amministrazione.

Altro obiettivo importante per l'Azienda è quello del Miglioramento della sicurezza dei sistemi informatici e protezione dei dati sensibili, rispetto al quale è prevista la realizzazione di un progetto di revisione strutturale dell'architettura informatica Hw e Sw.

Nello specifico, nell'ambito delle risorse per il PNRR M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)) l'ASM ha aderito all'AQ "ORDINE ACCORDO QUADRO CYBERSECURITY 2 LOTTO 3" per il rafforzamento della propria sicurezza informatica, in un momento storico nel quale la minaccia cibernetica cresce continuamente in quantità e qualità e i servizi informatici e telematici erogati dalla Pubblica Amministrazione diventano sempre più cruciali per il funzionamento del sistema Paese.

In tale direzione, l'ASM ha pertanto presentato un "Piano Operativo", relativamente alla richiesta di fornitura di prodotti e servizi per la sicurezza perimetrale, protezione degli EndPoint e anti-APT per l'Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM MATERA. Sulla base dello specifico scenario infrastrutturale analizzato è stata proposta una soluzione in grado di innalzare il livello operativo di sicurezza informatica a garanzia della Cybersecurity dei presidi ospedalieri coinvolti e più in generale dell'intera rete aziendale.

Costituiscono, pertanto, obiettivi strategici aziendali per l'anno 2026:

- **Prosecuzione del processo di informatizzazione**
- **Reingegnerizzazione dell'infrastruttura IT**, in conformità ai principi stabiliti nell'Agenda Digitale e nel Piano Triennale per informatizzazione delle PPAA, così come confermati nel PNRR

10. Obiettivi di Benessere Equo e Sostenibile

L'Azienda pone il Benessere Equo e Sostenibile (BES) al centro della propria visione strategica, interpretando la salute come un valore da tutelare attraverso la prossimità e l'equità di accesso. Nel quadro del presente PIAO, l'impegno istituzionale si focalizza sul superamento del divario geografico e sociale, portando le cure direttamente nel contesto di vita del paziente. Attraverso il potenziamento della tecnologia digitale e il

decentramento delle terapie croniche, l'ASM mira a ridurre l'impatto ambientale e logistico degli spostamenti, migliorando al contempo l'autonomia del cittadino e l'efficacia dei percorsi clinici. Questo approccio non solo garantisce una distribuzione più omogenea delle risorse, ma trasforma il domicilio in un luogo primario di cura, rendendo il sistema sanitario resiliente e orientato al futuro.

In tale contesto continuano a costituire obiettivi strategici i seguenti interventi, già avviati precedentemente, la cui implementazione abbraccia un arco temporale triennale:

- **Implementazione del servizio dialitico domiciliare**
- **Attivazione di una piattaforma di Telemedicina**

Gli obiettivi strategici aziendali sopra individuati sono declinati, nei paragrafi successivi del PIAO, in obiettivi operativi, indicatori e target, oltre che nel Piano delle azioni, in coerenza con il ciclo della performance e con gli strumenti di programmazione e controllo dell'Azienda.

2.2.8 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli obiettivi strategici individuati nel presente Piano orientano l'azione dell'Azienda nel medio-lungo periodo e costituiscono il riferimento per la definizione degli obiettivi operativi annuali, nell'ambito del ciclo della programmazione e in coerenza con il processo di budgeting e con le risorse disponibili.

Il processo di budgeting si sviluppa, immediatamente dopo l'adozione del PIAO attraverso una prima fase di proposta degli obiettivi operativi da parte della Direzione Strategica e una successiva fase di negoziazione, condotta per il tramite dei Direttori di Dipartimento, con le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, al fine di assicurare l'allineamento tra indirizzi strategici, capacità operative e responsabilità gestionali. Ogni obiettivo operativo è associato a specifici indicatori di efficacia e efficienza, ponderati per rilevanza.

Nel corso dell'anno è effettuato, con cadenza periodica, il monitoraggio dello stato di attuazione degli obiettivi assegnati, finalizzato alla verifica degli scostamenti rispetto ai risultati attesi e all'eventuale adozione di azioni correttive, nonché, ove necessario, alla rimodulazione degli obiettivi in presenza di sopravvenute esigenze o vincoli.

La coerenza del sistema e il grado di raggiungimento dei risultati aziendali sono soggetti a verifica finale da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Tale processo garantisce l'integrazione tra la performance organizzativa e quella individuale, assicurando la trasparenza e l'orientamento ai risultati dell'azione amministrativa e sanitaria.

2.2.9 Obiettivi operativi, indicatori e target per il triennio 2026 - 2028

Gli obiettivi strategici aziendali individuati per il triennio 2026-2028 sono declinati, nel rispetto del ciclo della performance, in obiettivi operativi, indicatori di risultato e target di riferimento, al fine di garantire la misurabilità, la verificabilità e il monitoraggio sistematico dei risultati conseguiti.

La declinazione operativa consente di tradurre gli indirizzi strategici in azioni concrete e misurabili, assicurando il raccordo tra programmazione strategica, programmazione operativa e sistemi di valutazione della performance organizzativa e individuale.

Gli obiettivi operativi definiscono gli ambiti specifici di intervento e le responsabilità organizzative; gli indicatori consentono di misurare il livello di conseguimento degli obiettivi, mentre i target individuano i risultati attesi nel periodo di riferimento, in coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali e con le risorse disponibili.

La tabella che segue riporta, per ciascun obiettivo strategico aziendale e ciascuna rispettiva area di afferenza, la relativa declinazione in obiettivi operativi, indicatori associati e target di riferimento per il triennio 2026-2028, costituendo la base per il monitoraggio periodico e la valutazione dei risultati aziendali.

OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI		
			0%	50%	100%
TUTELA DELLA SALUTE - 24					
Prevenzione primaria	Governance Piano Regionale della Prevenzione: rendicontazione analitica delle attività e raggiungimento degli obiettivi previsti per ciascun programma	<i>Predisposizione relazione con rendicontazione analitica delle attività e raggiungimento degli obiettivi previsti per ciascun programma</i>	SI		NO
	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell’anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	<i>Numeratore: Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose) Denominatore: N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell’anno di rilevazione</i>	< 90	tra 90 e 95	> 95
	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)	<i>Numeratore: Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni Denominatore: Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente</i>	< 60	tra 60 a 75	> 75
	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio	<i>Numeratore: Cicli vaccinali completati (2° dose registrata entro l’anno) entro 31 dicembre dell’anno di rilevazione nella coorte di riferimento Denominatore: Numero bambine e bambini residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età</i>	< 70	tra 70 e 80	> 80
	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	<i>Numeratore: Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l’anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica Denominatore: Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre</i>	< 90	tra 90 e 95	> 95
	Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi	<i>Numeratore: Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica Denominatore: N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre</i>	< 90	tra 90 e 95	> 95
	Copertura vaccinale esavalente 24 mesi per bambini residenti nel territorio di competenza	<i>Numeratore: Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per esavalente Denominatore: Numero bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi</i>	< 90	tra 90 e 95	> 95

Promozione stili di vita sani	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	Numeratore: N. totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni. Denominatore: Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	< 23	tra 23 e 33	> 33
	% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	Numeratore: N. totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni. Denominatore: Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica nei tre anni.	< 25	tra 25 e 45	> 45
	% di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	Numeratore: N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nei tre anni. Denominatore: Sommatoria dei bevitori a maggior rischio nei tre anni	< 3	tra 3 e 9	> 9
	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	N. fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare nei tre anni. Denominatore: N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni.	< 35	tra 35 e 55	> 55
Screening oncologici	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina Denominatore: Donne residenti (25-34) / 3 (anni) + Donne residenti (35-64) / 5 (anni)	< 25	tra 25 e 50	> 50
	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per mammella	Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per carcinoma mammella Denominatore: Donne residenti (45-49) + Donne residenti (50-74) / 2 (anni)	< 35	tra 35 e 60	> 60
	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per colon retto	Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per tumore colon retto Denominatore: Persone residenti (50-70) / 2 (anni)	< 25	tra 25 e 50	> 50

Sicurezza sul lavoro	Numero aziende ispezionate / numero aziende con dipendenti	<i>Numeratore: Numero aziende ispezionate</i> <i>Denominatore: Numero aziende con dipendenti</i>	< 5	tra 5 e 10	>10
	Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati	<i>Numeratore: Numero cantieri ispezionati</i> <i>Denominatore: Numero cantieri notificati</i>	< 20	tra 20 e 30	> 30
	Numero aziende ispezionate / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	<i>Numeratore: Numero aziende ispezionate</i> <i>Denominatore: Numero personale UPG ponderato SPSAL</i>	< 40	tra 40 e 50	> 50
	Numero sopralluoghi / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	<i>Numeratore: Numero sopralluoghi (voce 2.4 D scheda di attività)</i> <i>Denominatore: Numero personale UPG SPSAL</i>	< 70	tra 70 e 90	> 90
Sanità veterinaria	Raggiungimento della copertura % dei campioni effettuati per ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	<i>Numeratore: numero di campioni effettuati inseriti in NSIS</i> <i>Denominatore: numero di campioni assegnati</i>	< 100%		100%
	Raggiungimento e o mantenimento dello status di territorio indenne per brucellosi tubercolosi nei bovini e bufalini e per brucellosi negli ovini-caprini	<i>Numeratore: numero di allevamenti ed animali da sottoporre a controllo</i> <i>Denominatore: numero di allevamenti ed animali controllati</i>	< 100%		100%
	Raggiungimento della copertura % di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	<i>Numeratore: numero di campioni effettuati</i> <i>Denominatore il numero di campioni programmati</i>	< 100%		100%

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 14					
Appropriatezza area clinica	Tasso di ricovero diurno di tipo medico diagnostico in rapporto alla popolazione - residente	Numeratore: N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica Denominatore: N. residenti	> 3	da 1,5 a 3	<1,5
	Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici	Numeratore: N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici Denominatore: N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici	< 45	da 45 a 75	> 75
	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 gg. a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (+65)	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente (anni 65+) e sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni) Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	< 50	da 50 a 60	> 60
	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 90 minuti.	Numeratore: Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti Denominatore: Numero di episodi di IMA	<40	da 40 a 60	> 60
	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	Numeratore: Numero di episodi di IMA, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del ricovero indice Denominatore: Numero di episodi di IMA	>8,0	TRA 6,0 E 8,0	< 6,0
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a 3 giorni Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	> 50	da 50 a 60	> 60
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Numeratore: Numero di parti cesarei primari Denominatore: Numero totale di parti	> 15		<15
	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche	Numeratore: N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica Denominatore: N. di ricoveri per acuti in DH	> 20	da 15 a 20	< 15
Efficacia assistenziale territoriale	Percentuale di anziani trattati in Cure Domiciliari sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)	Numeratore: Persone ≥ 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione Denominatore: Popolazione residente ≥ 65 anni	< 10%		> o = 10%

Efficacia percorso emergenza - urgenza	% di accessi in P.Soccorso con codice ARANCIONE visitati entro 15 minuti	Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice arancione visitati entro 15 minuti Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice arancione Fonte: Flusso EMUR Parole chiave: Pronto Soccorso, tempo di attesa	< 80	da 80 e 93	>93
	% di accessi in P. Soccorso con codice AZZURRO visitati entro 1 ora	Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice azzurro visitati entro 1 ora Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice azzurro	< 50	da 50 a 70	>70
	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE non inviati al ricovero con tempi di perm. entro le 2 ore	Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 2 ore Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero	< 70	da 70 a 80	> 80
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA – 10					
Efficienza prescrittiva farmaceutica	Percentuale di utilizzo di farmaci biosimilari	Numeratore: Totale unità posologiche solo biosimilari Denominatore: Totale unità posologiche (biosimilari + originator)	<70	da 70 a 94	>94
	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio	Numeratore: DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo (diretta e convenzionata) Denominatore: Popolazione pesata x 365	> 15	TRA 15 E 12	< 12
Appropriatezza prescrittiva diagnostica	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	Numeratore: Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni, relativi ai residenti Denominatore: Popolazione residente >= 65 anni	> 30	da 20 a 30	< 20
Efficienza mobilità ospedaliera	Recupero della mobilità passiva ospedaliera per alcuni ricoveri (indicati nell'allegato alla DGR n. 661/2025)	Numero dei DRG per i quali non si è superata la soglia massima ammissibile	< 6	> o=6 e <17	> o =17
	Soddisfacimento del bisogno interno	Numeratore: Valore economico della mobilità passiva ospedaliera Denominatore: Valore economico del fabbisogno (somma della mobilità passiva ospedaliera e produttività aziendale per i residenti)	>39,24	da 39,24 a >37,24	<o=37,24
	Miglioramento della mobilità ospedaliera attiva in rapporto alla produttività aziendale	Numeratore: Valore economico della mobilità attiva ospedaliera Denominatore: Valore economico della produttività aziendale	<11%	tra 13% e 11%	> o=13%

OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI					
Cure Palliative	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	<i>Numeratore: DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno</i> <i>Denominatore: N. residenti x 365</i>	MENO DI 2,1	TRA 2,1 E 4,0	PIU' DI 4,0
Utilizzo dei flussi informativi	Trasmissione dei flussi informativi indicati nell'allegato alla DGR n. 661/2025 inviati in maniera tempestiva e completa	<i>Invio al Dipartimento Politiche della Persona di tutti i flussi informativi che costituiscono debito informativo secondo le modalità ed i termini previsti</i>	NO		SI
	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	<i>Numeratore: Numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti</i> <i>Denominatore: Numeri di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi</i>	<1 5	da 15 a 25	>25
	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	<i>Numeratore: Consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal "flusso consumi" ministeriale NSIS</i> <i>Denominatore: Costi rilevati dal Modello di conto economico</i>	< 70	TRA 70 E 80	>80
Risk Management	Adozione / attualiz. del Piano aziendale per la prev. del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in Regione entro il 30 giugno di ogni anno	<i>Adozione del Piano aziendale per la prev. del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in Regione entro il 30 giugno di ogni anno</i>	NO		SI
	Relazione annuale stato di attuazione del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico. Trasmissione della relazione annuale entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento	<i>Trasmissione della Relazione annuale stato di attuazione del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico. entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento</i>	NO		SI
Controllo cartelle cliniche	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche e trasmissione in regione degli esiti nei tempi previsti	<i>realizzazione del programma di controllo definito dalla Regione Basilicata e trasmissione degli esiti secondo le modalità e i termini specificati dello stesso programma</i>	NO		SI
Tempi di pagamento	Rispetto dei tempi di pagamento stabiliti dalla legislazione vigente per gli Enti del Servizio Sanitario	<i>ritardo > 60 gg. o mancata riduzione del 10% del debito commerciale</i>	0%		
		<i>ritardi tra 31 e 60 gg.</i>		50%	
		<i>ritardi tra 11 e 30 gg.</i>		75%	
		<i>ritardi tra 1 e 10 gg.</i>		90%	
		<i>ritardo > o = a 60 gg</i>			100%

Monitoraggio della spesa del personale sanitario	Contenimento della spesa del personale sanitario	Rispetto del limite di spesa annuale per il personale, fissato dalla DGR 06.09.2024, n. 521	NO		SI
	Adozione e approvazione del Piano triennale fabbisogno di personale 2026-2028	Adozione e approvazione del Piano triennale fabbisogno di personale 2026-2028 entro il 15 ottobre anno precedente	NO		SI
	Attuazione del Piano Stralcio di fabbisogno di personale territoriale 2025 - 2027	Numeratore: Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell'anno. Denominatore: Numero totale delle assunzioni previste dal PTFP stralcio territoriale 2025-2027 relativamente a ciascun anno di riferimento.	> 40%		>= 40%
	Attuazione Accordi integrativi Regionali e conseguenti Accordi Attuativi Aziendali	Numeratore: Risorse economiche impiegate per la realizzazione dei programmi e progetti finalizzati. Denominatore: Totale fondi di parte variabile.	< 50%	tra 50% e 75%	>75%
	Comunicazione entro il 31 Gennaio di ogni anno dei dati per la pubblicazione degli incarichi vacanti (Ruolo Unico Pediatri Libera Scelta e MMG)	Comunicazione entro il 31 Gennaio di ogni anno dei dati per la pubblicazione degli incarichi vacanti (Ruolo Unico Pediatri Libera Scelta e MMG)	NO		SI
	Attuazione Piano Straordinario di qualificazione delle competenze del personale sanitario	Numeratore: Numero dei corsi espletati dalle Aziende Sanitarie in ciascun anno di riferimento. Denominatore: Numero totale dei corsi presenti nel Catalogo /Piano attribuiti a ciascuna Az.	> 40%		>= 40%
Governo dei tempi di attesa	Attuazione delle misure di propria competenza contenute nel DL n.73 del 7/6/2024 coordinato con la legge di conversione n. 107 del 29/7/2024: "Misure urgenti per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie". Piena attuazione degli indirizzi regionali contenuti nei piani regionali annuali che verranno adottati ai sensi dell'art. 2 co. 5 del citato DL.	Attuazione delle misure di propria competenza contenute nel DL n.73 del 7/6/2024 coordinato con la legge di conversione n. 107 del 29/7/2024. Piena attuazione degli indirizzi regionali contenuti nei piani regionali annuali che verranno adottati ai sensi dell'art. 2 co. 5 del citato DL.	NO		SI

Con riferimento agli obiettivi strategici connessi agli interventi da realizzare con le risorse finanziarie assegnate dalla Regione Basilicata nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR – Missione 6 "Salute" –

Componenti n. 1 e n. 2, si esplicitano nelle successive tabelle gli interventi, la cui realizzazione costituisce obiettivo operativo aziendale, con i relativi importi:

Comp.	Intervento	Descrizione intervento	Importo ASM
1	M6C1 1.1	Case della Comunità e presa in carico della persona	€ 8.839.869,70
	M6C1 1.2.2	COT (importo globale), suddivisi come di seguito indicato:	€ 681.725,26
		1) COT	€ 346.150,00
		2) Interconnessione Aziendale	€ 142.142,90
		3) Device	€ 193.432,36
	M6C1 1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità	€ 4.452.747,10
2	M6C2 1.1.1	Ammodernamento parco digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello)	€ 7.864.112,75
	M6C2 1.1.2	Ammodernamento parco tecnologico ospedaliero (nuovi progetti e FSC)	€ 6.560.534,78
	M6C2 1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	€ 4.060.957 Stigliano
			€ 3.050.533 Tricarico

Nello specifico, in virtù della suddetta programmazione, l'ASM intende attuare gli obiettivi previsti dal PNRR attraverso:

- la realizzazione degli Ospedali di Comunità presso Stigliano (20 posti letto) e Tinchì (20 posti letto), la realizzazione delle Case di Comunità Hub presso Irsina, Montescaglioso e Montalbano Jonico,
- la realizzazione delle Case di Comunità Spoke presso: Ferrandina, Tursi e Garaguso.
- la realizzazione di 2 COT Centrali operative territoriali di Matera e Policoro.

Con riferimento agli obiettivi strategici connessi all'attuazione degli interventi da realizzare con gli investimenti strutturali di cui alla misura M6C 2 1.1.3 - Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020 "Piano di Riordino della rete ospedaliera" opportunamente rimodulati ed approvati con DGR 103 del 14/03/2022), nello schema di seguito riportato sono riepilogati gli interventi da realizzare con i relativi importi

Intervento	Descrizione interventi strutturali	Importo intervento
TAB 2- rigo 6	Realizzazione opere per n. 11 posti letto presso l'U.O.C. Rianimazione e Terapia Intensiva, mediante lavori edili all'interno del medesimo reparto	€ 447.788,00
TAB. 2 rigo 7	Interventi impiantistici da realizzare per l'implementazione degli 11 posti letto di Terapia Intensiva	€ 167.813,62
TAB. 2 rigo 8	Interventi di revamping impiantistico da realizzare presso il reparto di Malattie Infettive al fine di assicurare agli operatori le condizioni di sicurezza, consentendo la continuità di funzionamento dell'assetto impiantistico esistente	€ 472.127,04
TAB. 2 rigo 10	Integrazione sistema di regolazione centralizzato per adeguamento a modifiche apportate agli impianti aeraulici	€ 231.824,58
TAB. 2 rigo 11	Implementazione di n. 3 impianti elevatori asettici (1 ascensore / montalettighe per ciascun corpo di fabbrica)	€ 259.505,13
TAB. 3 rigo 6	Realizzazione lavori edili ed impiantistici per ristrutturazione ed adeguamento Pronto Soccorso (delibera aziendale n. 550/2020)	€ 2.366.100,72
TAB. 3 rigo 7	Realizzazione opere accessorie per consolidamento della separazione degli accessi dei pazienti Covid al P.S., che consentiranno di collegare il P.S. all'area di osservazione dedicata ai pazienti immunodepressi o affetti da patologie infettive direttamente nell'area agli stessi dedicata, attraverso la realizzazione di un percorso coperto	€ 189.555,39
TAB. 3 rigo 8	Interventi impiantistici da realizzare presso il Pronto Soccorso per la modifica della distribuzione aeraulica per creare pressioni negative	€ 31.140,62

Con riferimento agli obiettivi strategici relativi alla accessibilità digitale, nella tabella successiva si riporta per ciascuno di essi gli obiettivi operativi, con i relativi indicatori di misurazione del grado di raggiungimento, oltre alla tempistica prevista

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	TEMPISTICA
FSE 2.0 - Consentire l'accesso alle informazioni sanitarie personali, quali referti, certificati e prescrizioni diagnostiche o specialistiche e farmaceutiche, immagini diagnostiche in maniera rapida e immediata.	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) – Rientra oramai nei livelli mini da garantire.	Effettiva alimentazione del FSE con lettere di dimissioni, prestazioni di pronto soccorso e referti delle prestazioni ambulatoriali ed inserimento di un link diretto sul sito web aziendale alla Piattaforma FSE nazionale.	31/12/2026
Interoperabilità	Adottare tecnologie e standard nella realizzazione dei sistemi informatici, al fine di permettere il coordinamento informativo e informatico dei dati tra le amministrazioni centrali, regionali e locali.	Verifica di stato avanzamento alle diverse adesione: ANPR, ANA, PDND, ecc.	31/12/2026
AGID - Dipartimento per la trasformazione digitale - Adesione alla strategia CLOUD PA	Implementazione di un Piano di migrazione dei sistemi, applicativi e dati relativi ai servizi dell'amministrazione e la migrazione degli stessi verso il PSN.	Verifica di stato avanzamento alle diverse candidature	31/12/2026
AGID – Adozione di APP.IO	Erogare servizi in modalità digitale, rendendo più efficaci e veloci i processi di interazione con cittadini. L'interazione implica un reciproco scambio di informazioni.	Report sullo scambio/invii di notifiche da/verso i cittadini	31/12/2026
Facilitare l'accesso alle informazioni da parte dei cittadini/utenti	Revisione ed aggiornamento costante delle news e delle informazioni sul sito web aziendale	Verifica da parte dall'Ufficio Comunicazione dell'effettivo aggiornamento dei banner	(settimanale/bi-settimanale)
Facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini/utenti	Verifica e monitoraggio del funzionamento della piattaforma on line per la prenotazione, consultazione e gestione di appuntamenti sanitari, attivata dall'ASM	Verifica da parte dall'Urp del corretto funzionamento del sito web aziendale	(mensile)

Con riferimento agli **obiettivi strategici relativi alla accessibilità fisica**, nella tabella successiva si riporta per ciascuno di essi gli obiettivi operativi, con i relativi indicatori di misurazione del grado di raggiungimento, oltre alla tempistica prevista.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	TEMPISTICA
Garantire e agevolare l'accessibilità fisica degli spazi e dei servizi aziendali	Progetto Sala Parto	Realizzazione nuovo blocco parto	31/12/2026
	Verifica annuale del permanere delle condizioni di adeguata fruibilità dei servizi e degli spazi aziendali	Almeno 2 sopralluoghi annuali presso le strutture aziendali	31/12/2026
	Studio di fattibilità per rendere i percorsi sempre più chiari e intuitivi anche attraverso la revisione della cartellonistica	Studio di fattibilità	31/12/2026

Con riferimento agli **Obiettivi strategici aziendali di reingegnerizzazione e semplificazione dei sistemi informativi**, nella tabella successiva si riporta per ciascuno di essi gli obiettivi operativi, con i relativi indicatori di misurazione del grado di raggiungimento, oltre alla tempistica prevista.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	TEMPISTICA
Prosecuzione del processo di informatizzazione	Implementazione cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISIR) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio (Dimissione Protetta).	Implementazione cartella clinica informatizzata (Terminata il 31.12.2025)	In continua evoluzione 31.12.2026
	Miglioramento della sicurezza dei sistemi informatici e protezione dei dati sensibili	Implementazione della cyber security e migrazione verso il Polo Strategico Nazionale/Regionale	Triennio 2024-2026
Reingegnerizzazione dell'infrastruttura IT, in conformità ai principi stabiliti nell'Agenda Digitale e nel Piano Triennale per informatizzazione delle PPAA, così come confermati nel PNRR	Realizzazione progetto di revisione strutturale dell'architettura informatica hardware e software da rendere adatta a supportare i processi di trasformazione digitale presenti e futuri	Predisposizione del progetto ed implementazione	Triennio 2024-2026

Con riferimento agli **Obiettivi di Benessere Equo e Sostenibile**, nella tabella successiva si riporta per ciascuno di essi gli obiettivi operativi, con i relativi indicatori di misurazione del grado di raggiungimento, oltre alla tempistica prevista.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	TEMPISTICA
Implementazione del servizio dialitico domiciliare	Verifica pazienti ammissibili a dialisi domiciliare. Attivazione del servizio per il maggior numero di pazienti dializzati con requisiti idonei	Incremento dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare	Triennio 2024-2026
Monitoraggio da remoto e/o con visite periodiche a domicilio di pazienti cronici ed anziani	Attivazione di una piattaforma di Telemedicina	Effettiva attivazione della piattaforma di Telemedicina	Triennio 2024-2026

2.2.10 – Piano delle Azioni a supporto degli obiettivi strategici del PIAO

Il presente paragrafo descrive le azioni operative attraverso cui l'ASM assicura l'attuazione degli obiettivi strategici e di performance del PIAO. Tale articolazione non costituisce un piano autonomo, ma rappresenta uno strumento di raccordo tra indirizzi strategici, programmazione sanitaria regionale, ciclo di budget, organizzazione aziendale e sistemi di monitoraggio.

Le azioni qui riportate derivano direttamente:

- dagli obiettivi strategici aziendali;
- dagli atti di programmazione regionale;
- dagli interventi finanziati dal PNRR;
- dal Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale;
- dagli strumenti ordinari di governo clinico e controllo di gestione.

2.2.10.1 Aree di intervento prioritario

Le azioni aziendali si sviluppano lungo le seguenti direttrici strategiche:

1. incremento del valore della produzione sanitaria;
2. contenimento della mobilità sanitaria passiva extraregionale;
3. abbattimento delle liste di attesa;
4. miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
5. sostenibilità della spesa farmaceutica e per specialistica ambulatoriale;
6. rafforzamento dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio.

Si descrivono di seguito, per ciascuna area di intervento, le azioni che l'Azienda intende porre in essere

1. Incremento della produzione ospedaliera e riduzione delle liste d'attesa

L'ASM persegue il potenziamento dell'offerta ospedaliera, con particolare riferimento alle attività chirurgiche, quale leva prioritaria per il contenimento della mobilità passiva e la riduzione delle liste d'attesa.

In tale ambito sono previste:

- o la riorganizzazione funzionale dei Dipartimenti e delle UU.OO.;
- o l'ottimizzazione del turnover delle sale operatorie;
- o il pieno utilizzo degli spazi destinati alla chirurgia ambulatoriale, alla day e alla week surgery.

In coerenza con gli indirizzi regionali, è previsto il ripristino della piena operatività dei blocchi operatori secondo i seguenti standard:

- o P.O. di Matera: almeno 4 sale operatorie attive in regime feriale h12 (08:00–20:00);
- o P.O. di Policoro: almeno 2 sale operatorie attive in regime feriale h6 (08:00–14:00).

Tali obiettivi sono oggetto di negoziazione nel ciclo di budget e assegnazione alle strutture competenti.

2. Governo della specialistica ambulatoriale e delle liste d'attesa

L'Azienda attua un complesso di azioni finalizzate al governo della domanda e dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, in coerenza con la normativa nazionale e regionale in materia di liste d'attesa.

In particolare:

- o adozione del Piano Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa (PAGLA);
- o estensione delle agende ambulatoriali alle fasce serali e prefestive, con priorità alla diagnostica per immagini e alle prestazioni critiche;
- o garanzia di agende sempre aperte con orizzonte dinamico di almeno 365 giorni;
- o introduzione di strumenti di gestione della domanda (preliste) per il rispetto delle classi di priorità;
- o contrasto al fenomeno del no-show secondo la normativa vigente.
- o Le azioni sono finalizzate a migliorare l'accessibilità, l'equità e la tempestività delle prestazioni.

3. Appropriatezza prescrittiva e governo della spesa farmaceutica

Il governo della spesa farmaceutica costituisce una leva strategica per il raggiungimento dell'equilibrio gestionale.

Le principali azioni riguardano:

- promozione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari, con target aziendale non inferiore al 95%;
- incentivazione dell'uso dei farmaci equivalenti;
- monitoraggio degli scostamenti prescrittivi e dello shift terapeutico;
- rafforzamento dei sistemi di controllo dei consumi e di rendicontazione verso la Regione.

Particolare attenzione è rivolta alle UU.OO. a maggiore intensità prescrittiva, nell'ambito della negoziazione di budget.

4. **Rafforzamento dell'organico e valorizzazione delle competenze**

L'ASM attua il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2025-2027, coerente con i tetti di spesa regionali, con priorità a:

- copertura delle posizioni di responsabilità vacanti;
- rafforzamento delle dotazioni professionali carenti;
- valorizzazione delle competenze attraverso il Piano Aziendale della Formazione.

Il rafforzamento del capitale umano è funzionale all'incremento della capacità produttiva e alla qualità dell'assistenza.

5. **Riorganizzazione della rete ospedaliera per acuti**

In coerenza con la programmazione regionale, l'ASM consolida il modello di **Presidio Ospedaliero unico di I livello**, integrando funzionalmente i plessi di Matera e Policoro.

Le azioni previste includono:

- sviluppo di modelli organizzativi per aree assistenziali integrate;
- razionalizzazione dei posti letto mediante pool funzionali;
- concentrazione delle attività ad alta complessità su Matera;
- sperimentazione di modelli a bassa intensità di cura su Policoro.

6. **Potenziamento dell'assistenza territoriale e attuazione del PNRR**

L'Azienda prosegue il processo di rifunionalizzazione territoriale dei Presidi Distrettuali di Stigliano, Tinchì e Tricarico e l'attuazione degli interventi PNRR, con particolare riferimento a:

- Ospedali di Comunità;
- Case della Comunità;
- Centrali Operative Territoriali;
- Assistenza Domiciliare Integrata;
- sviluppo della telemedicina.

Le azioni sono finalizzate al rafforzamento della presa in carico dei pazienti cronici e fragili e alla riduzione degli accessi impropri all'ospedale.

7. **Monitoraggio e integrazione nel ciclo della performance**

L'attuazione delle azioni è monitorata attraverso:

- il ciclo di budget;
- il sistema di controllo di gestione;
- indicatori di performance clinica, organizzativa ed economico-finanziaria.

Il monitoraggio periodico consente di valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi del PIAO e di adottare eventuali misure correttive.

2.2.11 Investimenti e fonti di finanziamento

La realizzazione delle strategie aziendali è strettamente connessa al rafforzamento del capitale umano, considerato fattore abilitante per il miglioramento delle performance organizzative.

In tale ambito, l'Azienda:

- attua il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, in coerenza con i vincoli normativi e finanziari regionali, finalizzato al superamento delle carenze strutturali nelle aree sanitarie e nella tecnostruttura;
- promuove l'ammodernamento del parco tecnologico aziendale, attraverso investimenti in attrezzature sanitarie innovative, in linea con la programmazione regionale degli investimenti;

- valorizza la formazione continua quale leva strategica per l'aggiornamento delle competenze professionali e per il supporto ai processi di riorganizzazione e innovazione.

Accanto al finanziamento ordinario riveniente dal proprio bilancio, per il raggiungimento degli obiettivi strategici, l'Azienda dà attuazione ad un significativo programma di investimenti opportunamente finanziati, che si sviluppano fondamentalmente su 4 assi:

- Lavori di ristrutturazione degli immobili aziendali;
- Acquisizione di beni e servizi informativi/informatici;
- Acquisizioni di tecnologie biomediche;
- Acquisizione di risorse umane per l'erogazione di servizi sanitari innovativi.

Si riportano per ciascuno dei suddetti assi il programma degli investimenti distinti per singola fonte di finanziamento.

2.2.11.1 Lavori di ristrutturazione degli immobili aziendali

Il primo asse, relativo ai lavori di ristrutturazione aziendali, vede investimenti per l'importo totale di 48.905.895 €, finanziati con:

- Fondi europei per 34.876.913 €
 - o PNRR per 22.291.378 €
 - o PNRR – EX ART 2 D.L. 34/2020 per 3.475.535 €
 - o FONDI FESR 2014-2020 per 210.000 €
 - o FONDI FESR FSE 2021-2027 per 8.900.000 €
- Fondi statali per 7.890.230
 - o L. 67/88 (art. 20 – ADP) per 7.000.000 €
 - o FONDI STRUTTURALI DI COESIONE 2014/2020 per € 1.890.230 €
- Fondi regionali per 4.538.752 €

Nella seguente tabella si riepiloga, per ciascuna fonte di finanziamento, gli interventi programmati con il relativo ammontare.

Descrizione intervento	Importo
Fondi europei	34.876.913 €
PNRR	22.291.378 €
N. 6 CASE DELLA COMUNITÀ	9.429.675 €
N. 2 OSPEDALI DI COMUNITÀ	4.795.413 €
N. 2 OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE	7.720.140 €
N. 2 COT (LAVORI)	346.150 €
POTENZIAMENTO RETE OSPEDALIERA EX ART. 2 D.L. 34/2020	3.475.535 €
Implementazione n. 11 posti letto presso l'U.O.C. Rianimazione e Terapia Intensiva del P.O. di Matera – lavori edili ed impiantistici	1.209.293 €
Interventi di revamping impiantistico presso il reparto di Malattie Infettive del P.O. di Matera	833.080 €
Integrazione sistema di regolazione centralizzato per adeguamento a modifiche apportate agli impianti aeraulici ospedalieri del P.O. di Matera	480.285 €
Implementazione di n. 3 impianti elevatori asettici (1 ascensore / montalettighe per ciascun corpo di fabbrica) presso il P.O. di Matera	480.327 €
Opere di regimentazione esterna per accesso al Pronto Soccorso del P.O. di Matera	143.000 €
Opere di riqualificazione degli spazi del Pronto Soccorso del P.O. di Matera	172.000 €
Opere di separazione degli accessi al Pronto Soccorso del P.O. di Matera per pazienti infettivi	157.550 €
FONDI FESR 2014-2020 – Area Interna Montagna Materana - Lavori di ristrutturazione del Centro diurno per le patologie neurodegenerative	210.000 €
FONDI FESR FSE 2021-2027	8.900.000 €
Opere accessorie per la realizzazione di un sistema di radioterapia presso il P.O. di Matera	1.000.000 €
Lavori di completamento delle opere interne ed impiantistiche presso l'ex dispensario ubicato in via Laura Battista di Matera da destinare ad "Attività del DSM"	1.400.000 €
Ampliamento ed adeguamento funzionale Pronto Soccorso Ospedale Madonna delle Grazie	3.850.000 €
Consolidamento ed adeguamento sismico Pronto soccorso Ospedale Madonna delle Grazie	2.650.000 €

Fondi statali	8.890.230 €
L. 67/88 (art. 20 - ADP)	7.000.000 €
Ristrutturazione edile ed impiantistica, interventi di riqualificazione energetica, interventi adeguamento antincendio del P.O. di Matera	4.400.000 €
Ristrutturazione edile ed impiantistica, interventi di riqualificazione energetica, interventi adeguamento antincendio del presidio di Tricarico	800.000 €
Lavori di adeguamento e messa a norma del piano seminterrato e rialzato, completamento lavori di ristrutturazione del P.O. di Policoro	1.400.000 €
Completamento e adeguamento alle norme di sicurezza di Stigliano e Tinchì di Pisticci con interventi di adeguamento antincendio	400.000 €
F.S.C. (FONDI STRUTTURALI DI COESIONE) 2014/2020	1.890.230 €
Realizzazione del nuovo blocco parto del P.O. di Matera (€1.000.000 fondi FSC 2014-2020. Cofinanziamento € 600.000 fondi aziendali, € 290.130 economie altri finanziamenti, art. 6 del D.L. 50/2022 – DECRETO AIUTI)	1.890.230 €
Fondi Regionali	4.538.752 €
Adeguamento tecnologico – Radioterapia (€ 3.025.000,00 fondi regionali. Cofinanz. € 500.000,00 fondi statali - Delibera CIPE n. 32 del 21/03/2018, art. 50, c. 1, lettera c), Leggi finanziarie e di stabilità anni 1998-2020, e restante parte fondi di bilancio)	4.188.752 €
Fondi Programma Operativo Val D'Agri - Ospedale di Stigliano - Ristrutturazione dei locali da destinare a Punto di Primo Intervento	950.000 €
Totale complessivo	48.905.895 €

Il Piano Strategico Regionale 2021-2030, in linea con la Missione 6 del PNRR, punta a riorganizzare la sanità territoriale della Basilicata superando la frammentazione dei servizi. L'obiettivo è creare una rete di assistenza capillare e digitale che metta al centro la "casa come primo luogo di cura".

I punti chiave dell'intervento sono:

- Componente 1 (Reti di prossimità): Creazione di strutture intermedie come le Case della Comunità (presidio multidisciplinare per malati cronici), le Centrali Operative Territoriali (COT) (coordinamento tra domicilio e ospedale) e gli Ospedali di Comunità (ricoveri brevi a gestione infermieristica).
- Componente 2 (Innovazione e Digitalizzazione): Ammodernamento tecnologico degli ospedali, diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e potenziamento della telemedicina.

Nello specifico dell'ASM (Azienda Sanitaria di Matera), sono in fase di realizzazione (con completamento previsto entro giugno 2026) interventi per oltre 21 milioni di euro (fondi PNRR integrati dal fondo FOI per l'aumento dei costi). I cantieri principali riguardano:

Ospedali di Comunità: Stigliano e Tinchì.

Case della Comunità Hub: Irsina, Montescaglioso e Montalbano Jonico.

Case della Comunità Spoke: Ferrandina, Tursi e Garaguso.

Sicurezza: Adeguamento antisismico dei presidi di Stigliano e Tricarico.

Questa riorganizzazione mira a garantire equità di accesso alle cure e una gestione efficiente delle cronicità su tutto il territorio regionale.

2.2.11.2 Acquisizione di beni e servizi informativi/informatici

Il secondo asse, relativo invece a investimenti in beni e servizi informativi/informatici, vede investimenti per l'importo totale di € 7.864.113, tutti finanziati con i fondi europei del PNRR, suddivisi come di seguito indicato:

Descrizione intervento	Importo
Fondi europei PNRR	7.864.113 €
Upgrade sistemi di storage HW/SW e sistemi di disaster recovery	291.035 €
Rifacimento rete lan attiva e sistemi di monitoraggio e logging	1.524.969 €
Dematerializzazione documenti clinico medico	3.164.817 €
Rifacimento lan Passiva	291.943 €
Cloud esterno per portale istituzione, servizi on-line e posta elettronica	0 €
Postazioni desk top	390.310 €
Postazioni Laptop	110.228 €
Adeguamento alle norme di sicurezza AGID del data center, monitoraggio, e sistemi sicurezza on-premise	2.090.811 €

2.2.11.3 Acquisizione di tecnologie biomediche

Il terzo asse, relativo invece a investimenti in tecnologie biomediche, vede investimenti per l'importo totale di € 37.301.933, finanziati con:

- Fondi europei per 15.073.220 €
 - o PNRR per 6.753.967 €
 - o PNRR – EX ART 2 D.L. 34/2020 per 3.138.783 €
 - o PNES per 1.280.470 €
 - o FONDI FESR FSE 2021-2027 per 3.900.000 €
- Fondi statali per 7.890.230
 - o L. 67/88 (art. 20 – ADP) per 9.000.000 €
 - o FONDI STRUTTURALI DI COESIONE 2007/2013 per € 4.824.000 €
 - o FONDI STRUTTURALI DI COESIONE 2021/2027 per € 500.000 €
- Fondi regionali per 6.285.000 €

Nella seguente tabella si riepiloga, per ciascuna fonte di finanziamento, gli interventi programmati con il relativo importo e stato di attuazione.

Descrizione intervento	Importo	Stato
Fondi europei	15.073.220 €	
PNRR – Grandi apparecchiature	6.560.535 €	Completato
PNRR – Device COT	193.432 €	
Potenziamento rete ospedaliera ex art. 2 D.L. 34/2020 di cui:	3.138.783 €	
N. 1 Ambulanza	160.000 €	Completato
Pronto Soccorso	1.001.803 €	Gare in corso
Terapia Intensiva (implementazione n. 11 posti letto)	1.176.355 €	Gare in corso
Terapia Semintensiva (riconversione n. 14 posti letto)	800.625 €	Gare in corso
PNES Screening oncologici	650.000 €	Gare in corso
PNES Medicina di genere	120.000 €	Progettazione
PNES INMP – Motorhome	510.470 €	In attesa di consegna
FESR-FSE+ - Oculistica	1.500.000 €	Gare in corso
FESR-FSE+ - Robot chirurgico	2.400.000 €	Concluso
Fondi statali	15.943.000 €	
L. 67/88 (art. 20 – ADP), di cui:	9.000.000 €	
Accordo di Programma integrativo Sanità - P.O. Matera	7.050.074 €	Completato, da rimodulare economie
Accordo di Programma integrativo Sanità - P.O. Policoro e territ	1.949.926 €	Completato, da rimodulare economie
F.S.C. (FONDI STRUTTURALI DI COESIONE) 2007/2013, di cui:	4.824.000 €	
Servizi di cura per gli anziani – ADI	183.500 €	Gare in corso
Servizi di cura per gli anziani – HOSPICE	290.000 €	Gare in corso
Servizi di cura per gli anziani - PUA ADI	1.150.500 €	Gare in corso
Rinnovo Tecnologie (TAC per radioterapia, sistema radiologico, apparecchi per anestesia, percorso nascita, pneumologia territoriale, UTIC, ORL, sale operatorie)	3.200.000 €	Completato
F.S.C. (FONDI STRUTTURALI DI COESIONE) 2021/2027 – Sistema cardiologico informatizzato	500.000 €	Collaudo in corso
Fondi SNAI - Centri di raccordo territoriali per la salute - Servizio territoriale – Acquisto attrezzature	120.000 €	Progettazione
Bilancio di previsione dello Stato - Disegno di legge di bilancio 2020 (fondi triennio 2020-2022)	1.499.000 €	Gare in corso
Fondi Regionali	6.285.713 €	
Adeguamento tecnologico	725.000 €	Gare in corso
Fibrosi cistica	250.000 €	Completato
Fondi Programma Operativo Val D'Agri - Ospedale di Stigliano	50.000 €	Completato
Fondi SIT	122.511 €	Gare in corso
Pronto Soccorso Territoriale	4.100.202 €	Completato, da rimodulare economie
PSC Basilicata	1.004.000 €	Gare in corso
Struttura penitenziaria	34.000 €	Gare in corso
Totale complessivo	37.301.933 €	

2.2.11.4 Acquisizione di risorse umane

Il quarto e ultimo capitolo, relativo ad acquisizione di risorse umane per l'erogazione di servizi sanitari innovativi, vede investimenti per l'importo totale di **€ 4.764.032**, finanziati con:

- Fondi europei per 2.634.032 €
- Fondi statali per 2.130.000 €

Nella seguente tabella si riepiloga, per ciascuna fonte di finanziamento, gli interventi programmati con il relativo ammontare.

Descrizione intervento	Importo	Stato
Fondi europei	2.634.032 €	
PNES INMP EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	855.344 €	In corso di realizzazione
PNES INMP PROGETTAZIONE ETS A	35.604 €	In corso di realizzazione
PNES INMP MEDIAZIONE DI SISTEMA	8.200 €	In corso di realizzazione
PNES Screening oncologici – Colon retto	345.000 €	Avvisi da bandire
PNES Screening oncologici – Cervice uterina	515.260 €	Avvisi da bandire
PNES Medicina di genere	515.000 €	Avvisi da bandire
PNES Salute Mentale	359.624 €	Avvisi da bandire
Fondi statali	€ 2.130.000	
FONDI SNAI - Bilancio di previsione dello Stato, di cui:	2.130.000 €	
Centri di raccordo territoriali per la salute - Servizio territoriale	1.080.000 €	In corso di realizzazione
Centro diurno per le patologie neurodegenerative - Gestione	1.050.000 €	Avvisi da bandire
Totale complessivo	4.764.032 €	

2.2.12 Azioni di miglioramento del ciclo della performance

L'Azienda assicura il progressivo miglioramento del ciclo della performance attraverso la verifica periodica dell'efficacia dei processi di programmazione, misurazione, monitoraggio e valutazione, anche sulla base delle evidenze emerse in sede di rendicontazione e valutazione degli esiti. Le eventuali azioni di miglioramento sono orientate a rafforzare l'integrazione tra programmazione strategica e operativa, il raccordo con il processo di budgeting e la chiarezza degli obiettivi e degli indicatori, in un'ottica di semplificazione, trasparenza e miglioramento continuo.

Al fine di consolidare il Ciclo della Performance quale strumento cardine di governo, trasparenza e responsabilizzazione (*accountability*), si delineano di seguito le azioni intraprese e gli obiettivi programmati:

- **Revisione Dinamica:** La sottosezione relativa alla Performance deve essere periodicamente revisionata in coerenza con gli aggiornamenti degli obiettivi regionali, gli esiti del confronto con gli *stakeholder* e l'insorgenza di eventuali contingenze straordinarie.
- **Rafforzamento dell'integrazione programmatica:** L'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) deve garantire la massima sinergia tra i diversi strumenti di programmazione aziendale, in piena osservanza delle linee guida ministeriali.
- **Allineamento Strategico-Finanziario:** Il Ciclo della Performance risulta pienamente integrato con i cicli di programmazione economico-finanziaria e strategica dell'Ente.
- **Trasparenza e Relazione con l'Utenza:** Si intende definire le aree chiave per la misurazione del rapporto con i cittadini, finalizzate a garantire l'accessibilità e la massima leggibilità delle informazioni a beneficio di tutti i portatori di interesse.
- **Sistemi di Monitoraggio e Valutazione:** Si procede all'analisi e all'affinamento delle procedure di verifica della performance, sia organizzativa sia individuale. Tale processo prevede un piano di attuazione condiviso con i diversi attori aziendali, volto a valorizzare il capitale umano e promuovere la crescita professionale.
- **Aggiornamento Metodologico:** In collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), l'Azienda intende aggiornare il "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" (quello attuale risale alla deliberazione n. 1089 del 12/12/2019), per aggiornarlo rispetto alla normativa vigente e rafforzare la cultura del merito e la responsabilizzazione sui risultati.

- **Evoluzione dei Sistemi Informativi e del Monitoraggio Clinico-Assistenziale**

L'Azienda è impegnata nel potenziamento del Sistema Informativo Direzionale attraverso l'integrazione dei gestionali aziendali in un unico *Data Warehouse*. Tale architettura è finalizzata alla produzione di reportistica avanzata e indicatori a supporto del governo delle attività assistenziali.

In particolare, è in fase di implementazione una versione evoluta delle procedure di monitoraggio che, integrando gli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE) e le metodologie della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, permette:

1. **Reportistica Periodica:** La generazione di report di gestione basati sugli indicatori del PNE, condivisi con i Direttori e i Dirigenti delle strutture per il monitoraggio e la revisione delle attività programmate;
2. **Accesso Decentralizzato:** La consultazione diretta degli applicativi da parte dei Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa, per un controllo puntuale delle attività svolte e delle risorse impiegate (personale, farmaci, presidi);
3. **Analisi Comparativa:** La predisposizione di reportistica dedicata per i singoli medici, Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), con analisi statistiche di carattere clinico ed economico parametrizzate rispetto ai gruppi di aggregazione, al Distretto di riferimento e alla media aziendale.

2.2.13 Sistemi di benchmarking - Analisi e valutazione della performance nel comparto sanitario

La valutazione della performance organizzativa dell'Azienda è effettuata anche mediante l'analisi comparativa dei risultati conseguiti rispetto ai principali sistemi di benchmarking del comparto sanitario, con particolare riferimento agli indicatori e agli strumenti di monitoraggio a livello regionale e nazionale. Tale approccio consente di contestualizzare i risultati aziendali all'interno del sistema sanitario di riferimento, supportando l'analisi degli scostamenti, l'individuazione delle aree di miglioramento e l'orientamento delle successive scelte strategiche e programmatiche.

La valutazione della performance si configura quale processo sistematico di monitoraggio dei risultati conseguiti, finalizzato alla comparazione con standard di riferimento predefiniti per l'attribuzione di sistemi premianti (*rewarding*) o l'adozione di misure correttive. Nel contesto sanitario, tale attività assume una rilevanza strategica in ragione della complessità intrinseca della missione istituzionale, caratterizzata da una marcata asimmetria informativa nei confronti dell'utenza e da un ingente assorbimento di risorse pubbliche. Tali peculiarità hanno reso imprescindibile l'implementazione di articolati sistemi di governance e strumenti di controllo della gestione.

Misurare la performance in ambito sanitario implica non solo la valutazione della qualità clinico-assistenziale, ma anche l'individuazione di eventuali carenze nell'offerta o inefficienze nell'allocazione delle risorse. In tale scenario, il *benchmarking* si pone come strumento metodologico essenziale per contrastare l'autoreferenzialità e promuovere processi di apprendimento basati sulle *best practice*.

Il confronto trasparente e pubblico tra le istituzioni del sistema – su scala regionale, nazionale e internazionale – assolve al duplice compito di garantire l'*accountability* verso la cittadinanza e di fornire i dati necessari al superamento delle criticità rilevate.

A livello nazionale, tra i principali sistemi di monitoraggio si annoverano il Programma Nazionale Esiti (PNE), il Rapporto Sanità del consorzio CREA e il Sistema di valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è stato sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute e fornisce, dal 2013 a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario italiano. Un altro importante obiettivo di PNE è l'individuazione dei fattori che determinano gli esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività, ma anche ai potenziali fattori confondenti e modificatori d'effetto. È quindi uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del SSN. I risultati di PNE derivano dal

calcolo centrale di indicatori, elaborati partendo dai flussi informativi nazionali obbligatori e sulla base di protocolli specifici, e sono pubblicati annualmente sul sito web dedicato.

Il Rapporto Sanità, giunto alla XX edizione, è il risultato di una partnership fra il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) e alcune Aziende sensibili all'importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie. Il progetto si basa sull'opportunità di supportare le politiche socio-sanitarie fornendo elementi di riflessione sull'andamento e sulle tendenze in atto in Italia e in Europa, basate su evidenze scientifiche quantificabili.

Il Rapporto Sanità, inoltre, fornisce elementi che possano supportare la valutazione delle performance del sistema sanitario italiano a livello regionale, rivolgendosi anche ai cittadini e alle loro associazioni, al mondo industriale e, più in generale, a tutti gli stakeholder del sistema sanitario.

Il Sistema di valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) rappresenta un modello di *benchmarking* volontario che permette alle Regioni aderenti – tra cui la Regione Basilicata – di valutare i risultati conseguiti dalle singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere-Universitarie secondo una prospettiva multidimensionale. I dati raccolti vengono sintetizzati graficamente attraverso il modello del “Bersaglio”, dove il posizionamento dei parametri in cinque fasce cromatiche indica il livello di performance (con risultati ottimali in prossimità del centro), e attraverso i “Pentagrammi”, volti a illustrare l'andamento dei principali percorsi assistenziali.

2.2.14 Monitoraggio e stato di attuazione anno 2025

Come già indicato nel paragrafo dedicato alla “La Performance Organizzativa”, le risultanze del monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi avvengono secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150 e nello specifico sono rappresentate e rendicontate nella “Relazione annuale sulla performance”, che è approvata dalla Direzione Strategica e validata dall'Organismo di valutazione e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

In merito all'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2025, a seguito dell'approvazione della DGR 324 del 27/6/2025, la Direzione Amministrativa con nota prot. n. 41083 del 10.09.2025 e lettera prot. n. 43047 del 23.09.2025, ha inviato ai Direttori di Dipartimento le proposte di budget per l'anno 2025 e ha provveduto a convocare i singoli Dipartimenti aziendali al fine di negoziare gli obiettivi da inserire nelle Schede di Budget 2025 da assegnare alle Unità Operative Complesse ed alle Strutture Semplici Dipartimentali.

Nei suddetti incontri si è, altresì, stabilito di fissare periodicamente, nel rispetto dell'intero processo di Budget, altre riunioni/incontri con ciascun Dipartimento da dedicare alle attività di monitoraggio degli obiettivi assegnati con eventuale rimodulazione degli stessi se si dovessero verificare fatti od accadimenti esterni non dipendenti dall'Azienda Sanitaria di Matera, quali Determinazioni Regionali, Leggi, Decreti Ministeriali, Decreti Legge, Linee Guida, Circolari Esplicative, ecc.

Il processo di budgeting con i singoli Dipartimenti aziendali si è concluso nella prima decade di Ottobre 2025, con la condivisione degli obiettivi riportati nelle singole schede di budget che sono state approvate e gli obiettivi assegnati con Delibera del Direttore Generale n. 1181 del 27/10/2025.

Nell'ambito delle attività di monitoraggio l'azienda nel corso del 2025 con nota prot. 59956 del 17/12/2025 ha trasmesso ai direttori di Dipartimento i report di monitoraggio dello stato di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alle strutture operative complesse e semplici dipartimentali di rispettiva afferenza. L'azienda intende rendere sistematico il processo di monitoraggio degli obiettivi assegnati anche attraverso una gestione informatizzata della compilazione, monitoraggio e rendicontazione delle schede di budget.

2.3. Rischi corruttivi e Trasparenza

2.3.1 Introduzione

La presente sottosezione è redatta in conformità alle disposizioni di legge e nel rispetto dei principi contenuti nel Decreto n. 132 del Ministro della Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze del 30 giugno 2022, nonché dai PNA deliberati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, con particolare riferimento ai PNA 2015, 2016, 2019, 2022 e, da ultimo al PNA 2025, approvato dal Consiglio dell'Anac.

La sottosezione del PIAO "Rischi corruttivi e trasparenza" risponde all'obiettivo di protezione del valore pubblico creato/atteso dall'amministrazione quale "miglioramento del livello di benessere economico, sociale, ambientale, culturale di una comunità amministrativa".

Di fatti il testo della sezione del PIAO "Rischi corruttivi e trasparenza" mira a focalizzare i rischi che potrebbero impedire il raggiungimento dell'obiettivo individuato e le misure necessarie al contenimento dei rischi stessi o alla promozione della trasparenza, in coerenza con le altre sezioni del PIAO, con particolare riferimento alla sottosezione relativa alla Performance.

- **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**

Il Dirigente dell'Azienda Achille Spada è stato nominato, dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza con deliberazione n. 20/2023. In caso di assenza e/o impedimento, il RPCT sostituto è individuato nella persona della dott.ssa Angela Divincenzo, dipendente di categoria D, assegnata alla U.O.S.D. U.R.P., Comunicazione, Ufficio Stampa, Privacy, come da PIAO approvato da giusta Delibera n. 222 del 28.03.2023 - Approvazione del Piano Integrato di attività e Organizzazione PIAO – Triennio 2023 – 2025, e confermata con il presente atto provvedimentale.

- **Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)**

Ai sensi dell'art. 33-ter, Decreto Legge n. 179/2012 conv. con Legge n. 221/2012, le Pubbliche Amministrazioni devono nominare un Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA), al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (ex AUSA).

Le funzioni di RASA sono svolte dal Direttore p.t. della UOC Innovazioni tecnologiche e attività informatica.

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

- **Gestore segnalazioni riciclaggio o finanziamenti del terrorismo (DM 25 settembre 2015 Ministero Interno)**

In base alla normativa vigente, il Direttore Generale procede alla individuazione e nomina del "gestore" delegato alla valutazione e trasmissione alla UIF delle segnalazioni che riguardano ipotesi sospette di riciclaggio o finanziamenti del terrorismo, nonché all'adozione di specifico Regolamento aziendale per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo.

Con Delibera 225 del 17 marzo 2021, il Gestore è stato individuato nella figura del Direttore Amministrativo pro tempore.

Contestualmente, con la medesima Delibera, è stato approvato il "regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo".

2.3.2. Compiti, Responsabilità e Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e gestione del rischio

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione e alla gestione del rischio corruttivo all'interno dell'A.S.M. sono:

- il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- il RPCT;
- i Direttori di Dipartimento e di UOC e UOSD., quali referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza per l'area di rispettiva competenza;
- tutti i dirigenti per le attività di rispettiva competenza;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;

- Tutti i dipendenti dell'Amministrazione;
- I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione.
- Il RPCT definisce le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito delle attività di prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Il Direttore Generale (Direzione Strategica)

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, quale autorità ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 502/1992, al vertice della gestione e amministrazione nonché legale rappresentante dell'Azienda:

- designa il RPCT;
- adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e strumentali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione attraverso percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale,

Il RPCT

Il Responsabile predispone la sottosezione del PIAO relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza che trasmette al Direttore Generale in bozza, per eventuali osservazioni. Il Direttore Generale delibera l'adozione del PIAO, contenente anche la sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che viene pubblicata nel sito web istituzionale dell'Azienda, nella sezione Amministrazione Trasparente.

Al Responsabile competono le seguenti attività/funzioni:

- elaborare la proposta della sottosezione del PIAO in tema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verificare e sollecitare l'efficace attuazione del contenuto della presente sottosezione da parte di tutti i destinatari;
- verificare e sollecitare l'adeguamento agli obblighi di pubblicazione dei referenti e degli Editor anche attraverso audit o incontri mirati;
- proporre modifiche in caso di indicazione da parte degli organismi competenti di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- sollecitare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- verificare annualmente l'attuazione delle misure in tema di anticorruzione e trasparenza attraverso audit o incontri mirati con almeno tre Unità Operative definite a rischio corruttivo;
- pubblicare ogni anno sul sito web aziendale e sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell'ANAC una relazione recante i risultati dell'attività, secondo le indicazioni ANAC;
- segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e indicare all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di cui sopra.

I poteri di vigilanza e controllo del RPCT devono, comunque, rimanere connessi al ruolo principale che il legislatore assegna a tale figura a cui è affidata la predisposizione e la verifica dell'attuazione e dell'idoneità del sistema di prevenzione della corruzione, prevista nella sezione apposita del PIAO.

Resta ferma che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali – qualunque natura esse abbiano – né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione.

I Referenti del RPCT (Direttori di Dipartimento, UOC e UOSD)

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, individua quali Referenti del RPCT tutti i dirigenti, a qualsiasi titolo, responsabili delle articolazioni aziendali, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al RPCT, fermi restando i compiti e le responsabilità che attengono direttamente al Responsabile.

Ogni referente assolve a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione, sia in materia di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con il RPCT nell'ottica dell'attuazione di un sistema di controllo efficace.

Funzioni dei Referenti del RPCT

I Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, un'azione coordinata delle attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità e della trasparenza nella Azienda, concorrono con il RPCT a definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il RPCT sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, nell'esercizio delle funzioni di Referenti del RPCT, sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione del rischio, nonché di proposta, definizione e continuo monitoraggio delle misure del piano di prevenzione della corruzione. In particolare concorrono a predisporre per l'area di competenza, il documento di mappatura dei processi e di valutazione del rischio che individua i rischi per ogni area e propongono e monitorano le misure di prevenzione della corruzione.

I Referenti del RPCT, per l'area di rispettiva competenza, svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti e dipendenti assegnati agli uffici di riferimento, anche relativamente agli obblighi di rotazione del personale.

I Referenti del RPCT osservano le misure contenute nella sottosezione del PIAO relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

I Referenti del RPCT concorrono con il Responsabile del Piano Anticorruzione a curare che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni del decreto legislativo n. 39/2013 sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi.

A tal fine:

a) segnalano alla Direzione Aziendale e al Responsabile del Piano Anticorruzione l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al decreto, affinché il Responsabile proceda alla relativa, dovuta contestazione;

b) segnalano, altresì, alla Direzione Aziendale e al Responsabile del Piano Anticorruzione i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto, per le seguenti dovute segnalazioni: all'OIV, all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

I Referenti del Responsabile concorrono con il RPCT a curare la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, vigilano sull'applicazione del Codice Etico e del Codice di Comportamento e provvedono al monitoraggio annuale sulla loro attuazione, eventualmente in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, dandone comunicazione alla Direzione Strategica e al RPCT.

A titolo non esaustivo sono compiti dei referenti:

- vigilanza sulla tempestiva e idonea attuazione/applicazione/rispetto del Codice di Comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto d'interessi, nonché della misura del divieto di pantouflage di cui all'art. 53, c. 16 ter, D. Lgs. 165/2001;
- individuazione dei dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- verifica dello svolgimento periodico di attività finalizzata alla informazione e sensibilizzazione del personale circa i doveri giuridici e i principi etici cui sui deve costantemente ispirare il loro operato;
- informative periodiche al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate, nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare;
- segnalazione al RPCT di casi di fenomeni corruttivi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- in materia di trasparenza, compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura;
- applicazione e vigilanza sulle misure generali della prevenzione della corruzione nonché delle misure ulteriori indicate nei processi di propria competenza;
- monitoraggio dei tempi procedurali ed eliminazione delle anomalie;
- applicazione delle misure di rotazione del personale, dirigenziale e non, afferente all'unità operativa di competenza;
- corrispondere specifiche audizioni da parte al RPCT sull'adeguamento, verifica e applicazione delle misure relative ai processi di propria competenza;
- controllo sulla rilevazione delle presenze/assenze e relative autorizzazioni nonché sul corretto utilizzo dei beni aziendali da parte del personale afferente la propria unità operativa.
- Le verifiche di monitoraggio sulle attività svolte dai referenti saranno effettuate attraverso audit programmati a campione dal RPCT a ciclo rotatorio.

Nucleo Ispettivo Interno

L'Azienda si è dotata di Nucleo Ispettivo Interno, come da Regolamento di organizzazione e funzionamento, approvato con Delibera 1278/2014, il quale opera alle dirette dipendenze della Direzione Generale e la relativa attività rientra nei compiti istituzionali dell'ASM.

La sua istituzione non elimina o sostituisce compiti e funzioni di responsabilità e controllo già previsti da disposizioni normative o regolamentari in capo a singole strutture o altri organismi aziendali, nei confronti dei quali il Nucleo Ispettivo Interno può essere chiamato a svolgere attività di consulenza o di supporto. Può avvalersi della collaborazione di Direttori o dipendenti di altre strutture aziendali e provvede sia ad una attività ordinaria (consistente in una attività di verifica a campione, previo sorteggio), sia ad una eventuale attività straordinaria (su specifica richiesta della Direzione Generale o del RPCT), nei confronti sia del personale dipendente dei diversi ruoli che del personale convenzionato.

I dirigenti per l'area di rispettiva competenza

Tutti i dirigenti, a qualsiasi titolo dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e del Codice Etico e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari;
- assicurano la rotazione ordinaria del personale loro assegnato;
- segnalano al RPCT i casi di fenomeni corruttivi;
- vigilano sulle misure generali della prevenzione della corruzione nonché sulle misure ulteriori indicate nei processi di propria competenza;

- favoriscono la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione attraverso la formazione e gli interventi di sensibilizzazione sulle tematiche dell'etica e della legalità, rivolti sia a loro stessi sia ai dipendenti assegnati ai propri uffici;
- promuovono specifiche misure di prevenzione, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati dall'ANAC e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma;
- danno attuazione alle misure di propria competenza programmate relative alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO, operando in modo tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tengono conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- monitorano i tempi procedurali e provvedono all'eliminazione delle eventuali anomalie;
- controllano la rilevazione delle presenze/assenze e relative autorizzazioni nonché sul corretto utilizzo dei beni aziendali da parte del personale afferente la propria unità operativa;
- assicurano gli adempimenti in ordine agli obblighi di pubblicazione dei dati e delle informazioni sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

Gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Al riguardo si rinvia al d.p.r. del 9 maggio 2016, n. 105 «Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche» e, in particolare all'art. 6.

Gli OIV validano la relazione sulle performance, di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propongono all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 1, lett. g), d.lgs. 150/2009).

Gli OIV devono "verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, valutando l'adeguatezza dei relativi indicatori (art. 44 Dlgs 33/2013). L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 D. Lgs. 33/2013). Resta fermo il compito degli OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.

Il legislatore ha rafforzato le funzioni affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

L'OIV verifica che quanto previsto nella parte relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico- gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che alla Direzione Aziendale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012.

Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

- L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), inoltre:
- offre, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (L. 190/2012, art. 1 c. 7, art. 1 c. 8 bis, PNA 2022);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.
- L'OIV nominato dalla Direzione Strategica dell'ASM è dotato di struttura logistica e organizzativa per l'espletamento delle proprie funzioni. All'Oiv è stata, inoltre, assegnata una stanza a piano terra della sede centrale Asm, dotata di strumentazione informatica. L'Organismo si avvale della collaborazione del personale della UOSD Programmazione e Controllo di Gestione
- Centro di Controllo Strategico e Formazione E.C.M e Tirocini.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari - U.P.D.

L'UPD dell'Azienda ha competenza a valutare le infrazioni commesse da tutto il personale aziendale, sia dirigenziale che del comparto, così come previsto dal Regolamento in materia di Responsabilità e Sanzioni Disciplinari, approvato con Delibera 641/2020, che ne ha indicato le funzioni. In particolare, l'UPD:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- condivide con il RPCT l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- comunica al RPCT i dati relativi ai procedimenti disciplinari instaurati, inerenti reati corruttivi e violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali.
- Secondo il Regolamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.), è costituito in forma collegiale ed è composto da un Presidente e da due componenti effettivi nominati con apposita deliberazione del Direttore Generale dell'ASM di Matera. Con la medesima deliberazione vengono altresì indicati un Presidente e due componenti supplenti i quali interverranno nei casi di astensione, ricusazione o impedimento dei rispettivi membri effettivi, nonché di procedimenti disciplinari a carico degli stessi. La composizione dell'U.P.D. deve garantire la partecipazione di soggetti che, in ragione della specifica qualifica e professionalità posseduta, abbiano competenza in materia sanitaria, giuridica ed amministrativa.

Tutti i dipendenti dell'Azienda

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure ivi contenute, segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D., segnalano casi di personale conflitto di interessi. Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'Amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni deliberate in tema di prevenzione della corruzione, prestano la loro collaborazione al RPCT e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Amministrazione di cui siano venuti a conoscenza. I dipendenti sono tenuti a comunicare tempestivamente all'Azienda gli eventuali procedimenti penali che dovessero intervenire a loro carico.

Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del comparto che dalla dirigenza (Capitolo 8 Codice di comportamento).

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure deliberate in tema di Prevenzione della Corruzione e segnalano le situazioni di illecito.

2.3.3. Procedure di raccordo e coordinamento tra i Soggetti della strategia di prevenzione a livello decentrato

Per approntare un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto delle possibili negative interferenze tra sfera pubblica e sfera privata dei pubblici agenti, è adottato un percorso secondo il seguente modello operativo e funzionale:

1. i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del RPCT, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti;
2. il RPCT sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità, alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tese alla concreta attuazione dell'ineludibile obiettivo di introdurre un contributo esterno di controllo da parte degli utenti sullo svolgimento delle attività aziendali;
3. tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure adottate in tema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza contenute nel PIAO, segnalano le situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al RPCT.

Il RPCT, nell'esercizio delle sue attribuzioni, può in ogni momento, motivatamente, chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dirigenti e dipendenti su procedimenti, nonché su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità.

A tali richieste scritte del RPCT, i dirigenti ed i dipendenti interessati sono tenuti a fornire una tempestiva risposta scritta.

Di tali iniziative il RPCT darà sollecita informativa al Direttore Generale dell'Azienda.

Obblighi di informazione nei confronti del RPCT.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria e della pluralità di attività esercitate dalle proprie molteplici articolazioni, sia a livello centrale che periferico, dislocate peraltro in un'ampia area geografica, per assicurare l'effettivo e concreto funzionamento dell'intero meccanismo di prevenzione approntato in modo diffuso con il presente piano, assicura, con particolare riguardo alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, che siano fornite le dovute informazioni nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano. Gli obblighi di informazione nei confronti del RPCT sono, infatti, assicurati anche ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, che disciplina le funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale, prevedendo che gli stessi concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti, forniscono tutte le informazioni utili al soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo, provvedono al monitoraggio dei processi o delle fasi di essi nell'ambito dei quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti.

2.3.4. Processo e modalità di predisposizione della sottosezione del PIAO “rischi corruttivi e trasparenza”

In via generale il Processo di adozione della presente sottosezione del PIAO si sostanzia nelle seguenti fasi:

- Invito ai Responsabili delle UU.OO. delle Aree a Rischio di eventuali proposte di variazione ed aggiornamento della mappatura del rischio e/o delle misure ritenute necessarie e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex D.lgs. 33/2013 e s.m.i. con le Aree di Rischio anche attraverso sessioni di audizioni;
- Predisposizione di una bozza della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO che, nella versione definitiva, dopo le consultazioni interne, è trasmessa al Direttore Generale per un processo condiviso di formazione della sottosezione specifica all'interno del PIAO;
- Consultazione pubblica ai fini del coinvolgimento della struttura organizzativa e degli Stakeholder;
- Adozione del PIAO, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale;
- Pubblicazione del PIAO sul sito dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera in una apposita sezione;
- Pubblicazione sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO, in uno con il documento complessivo (salvo diverse indicazioni da parte dell'ANAC).

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, informano i rispettivi dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo, al momento dell'assunzione in servizio e successivamente con cadenza periodica, in specie allorché si sia proceduto a modifiche dello stesso, della pubblicazione del PIAO sul sito web e sulla intranet aziendale, al fine del rispetto delle misure anticorruptive e di trasparenza ivi indicate.

Attesa la valenza programmatica, che si articola in un triennio, anche la sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO è soggetta a modifica, aggiornamento, revisione a fronte di specifiche emergenti necessità.

In ordine alla Gestione del rischio, è opportuno sottolineare la seguente procedura:

- Indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, "aree di rischio"; l'Azienda - in aggiunta alle aree di rischio “generalì” per tutte le amministrazioni - prevede ulteriori aree di rischio individuate in base alle proprie specificità;
- Indicazione della metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio;
- Schede di programmazione delle misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, in riferimento a ciascuna area di rischio, con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione, in relazione alle misure di carattere generale nonché alle misure ulteriori.

Con riferimento all'annualità 2025, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012 il RPCT dell'Azienda, entro il 15 dicembre, data differita, su disposizione ANAC, per il 2025, al 31 gennaio 2026, giusta comunicazione dell'ANAC del 10 dicembre 2025, dovrà redigere una relazione annuale, in allegato al PIAO 2026-2028, che renderà conto dell'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PIAO 2025-2027, pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda, quale parte integrante del PIAO.

2.3.5. Obiettivi strategici 2026/2028

La parte relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO è lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e analizza un processo articolato in fasi, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e di illegalità, in funzione di protezione del valore pubblico creato dall'Amministrazione.

Gli obiettivi strategici specifici in materia di anticorruzione e trasparenza, individuati dalla Direzione Strategica con Delibera Aziendale n. 1415 del 12.12.2025, riportati in allegato alla sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” a cui è fatto esplicito rinvio, sono stati elaborati in una logica di integrazione con quelli funzionali alla creazione di valore, generando le condizioni per la tutela e protezione del valore creato.

I suddetti obiettivi costituiscono obiettivo di performance per i Dirigenti referenti del RPCT, ai fini della valutazione della performance individuale.

2.3.6. Coerenza con Piano Performance

L'integrazione in termini di coerenza tra la sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e la sottosezione relativa alla Performance si esplicita sotto un duplice profilo:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione e trasparenza;
- b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Ciò al fine di individuare le misure ben definite in termini di obiettivi, in modo da renderle più efficaci e verificabili; ciò conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

Il rispetto delle misure qui stabilite, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce, pertanto, obiettivo di performance organizzativa e individuale per i Dirigenti interessati, ai fini della valutazione della performance, in quanto la creazione di valore pubblico deve essere protetta dall'eventuale offuscamento derivante dal verificarsi di eventi corruttivi.

2.3.7. Analisi del contesto

Il contesto aziendale, sia nella dimensione esterna che in quella interna viene indagato attraverso specifiche prospettive di analisi finalizzate a fornire una rappresentazione delle dinamiche esterne ed interne all'Azienda che ne condizionano l'operato in termini di scelte strategiche effettuate.

Nello specifico il contesto esterno viene rappresentato attraverso l'analisi del contesto territoriale e dal contesto demografico, mentre la rappresentazione del contesto interno è effettuata attraverso l'analisi del personale dipendente, della situazione economico – finanziaria, dell'articolazione organizzativa, e del sistema dell'offerta sanitaria.

2.3.7.1. Il contesto esterno

L'assetto organizzativo interno dell'ASM di Matera è analiticamente descritto nella sezione Performance del presente PIAO a cui si fa esplicito rinvio.

Attraverso l'analisi del contesto esterno si possono ricavare delle informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione, per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, sia in termini di condizioni sociali, economiche e culturali che in termini di indice di criminalità. In proposito si può evidenziare che la provincia di Matera si colloca al 90° posto della classifica generale delle 106 province italiane. L'indagine condotta dal "Sole 24 Ore" è stata elaborata su dati forniti dal Dipartimento Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno e sono relativi ai delitti "emersi" in seguito alle segnalazioni delle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Carabinieri Forestali, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, DIA, Polizia Municipale, Guardia Costiera) sui seguenti reati: omicidi volontari consumati, infanticidi, tentati omicidi, furti con strappo, furti con destrezza, furti in abitazioni, furti in esercizi commerciali, furti di autovetture, rapine, estorsioni, usura, associazioni per delinquere, associazioni di tipo mafioso, riciclaggio e impiego di denaro, truffe e frodi informatiche, incendi, stupefacenti, violenze sessuali (<https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/classifica/>)

Ulteriori dati sono contenuti nell'indagine sulla corruzione in Italia (CPI 2024) condotta dall'ANAC (<https://transparency.it/stampa/cpi-2024-italia-inverte-tendenza>)

Riferimenti in merito si possono estrapolare dalle schede di sintesi del Rapporto SVIMEZ 2025 (<https://www.svimez.it/rapporto-svimez-2025/>).

Il territorio della provincia di Matera, ed in particolare l'area jonica, favorisce l'interesse di elementi criminali provenienti dalle vicine regioni Puglia e Calabria. Con riferimento ai reati corruttivi l'attività investigativa ha riscontrato tentativi di condizionamenti dell'amministrazione pubblica da parte di locali consorterie. Non si registrano evidenti interferenze della criminalità in ambito sanitario.

Le attività delinquenziali perseguite appaiono circoscritte allo spaccio degli stupefacenti, alle estorsioni di media rilevanza e al gioco d'azzardo.

Il panorama delinquenziale è così sintetizzabile:

- nel capoluogo, con zona di influenza nei comuni di Montescaglioso, Bernalda e dintorni, e nei comuni pugliesi di Laterza e Castellaneta, si rileva attività delinquenziale nei settori degli stupefacenti, delle armi e degli esplosivi, delle estorsioni e delle minacce;
- nel territorio jonico-metapontino, cerniera ed arteria obbligata dei transiti illeciti tra il tarantino e la Calabria, vi è attività nel traffico di sostanze stupefacenti, armi ed esplosivi, estorsioni, attentati dinamitardi e intimidatori nei confronti di operatori economici e commerciali;

Il caporalato, con la sua incidenza in particolare nel comparto agricolo, continua ad avere una certa rilevanza soprattutto nel metapontino, dove numerosi stranieri sono avviati al lavoro nei campi. Si registra infatti, il coinvolgimento di imprenditori locali, in collegamento con soggetti extracomunitari, nel favoreggiamento dell'immigrazione clandestina e nello sfruttamento quale manodopera in nero di cittadini di origine maghrebina, pakistana e bengalese.

2.3.7.2. Il contesto Interno - l'assetto organizzativo

L'assetto organizzativo interno dell'ASM di Matera è analiticamente descritto nella sezione Personale del presente PIAO a cui si fa esplicito rinvio.

Tale assetto organizzativo diffuso potrebbe generare in particolari aree, quelle non centralizzate, e in particolari circostanze, situazioni di interferenza con eventi corruttivi. Per tale ragione, con particolare riferimento alle aree a rischio è stata accentuata l'attenzione sulle misure specifiche, tra cui merita menzione la rigida applicazione della cosiddetta segregazione delle funzioni che facilita il sistema di controlli, evitando la concentrazione di "potere" in capo ai singoli.

Le attività formative obbligatorie in tema di anticorruzione e trasparenza, sia generali, rivolte a tutti i dipendenti, che specifiche, rivolte al personale afferente le aree a maggior rischio corruttivo, sono inserite nella sezione formazione del PIAO.

2.3.7.3. Il contesto interno – mappatura dei processi e gestione del rischio

Nell'analisi del contesto interno, di rilievo, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa dell'Azienda, è la mappatura dei processi consistente nella individuazione e nell'analisi degli stessi con particolare attenzione a quelli connotati da livelli di discrezionalità per i quali è da considerarsi elevato il rischio corruttivo. In tal modo si è pervenuto alla valutazione dell'impatto del contesto interno in termini di condizionamenti impropri che potrebbero esserci sulle attività aziendali.

I condizionamenti possono rappresentare intanto eventi rischiosi che favoriscono dinamiche improprie nella gestione delle istruttorie con conseguente influenza sull'esito finale. Infatti, gli eventi rischiosi si possono concretizzare in varie forme di condizionamento della fase istruttoria per pressioni esterne, come per la presenza di eventuali interessi privati, ovvero nella non corretta e adeguata valutazione ai fini istruttori delle condizioni di ammissibilità, dei requisiti di legittimazione, come nel caso di sottesi legami tra utente/istante e dipendente/responsabile del procedimento aziendale, o infine tali condizionamenti si possono manifestare nel caso dell'elevata discrezionalità da parte del dipendente/responsabile del procedimento. Ogni singolo condizionamento improprio che può concretizzarsi in un evento rischioso per l'attività aziendale è stato descritto e analizzato nella mappatura dei singoli processi alla colonna "eventi rischiosi" di cui all'Allegato "Catalogo dei processi".

Nel rispetto delle nuove indicazioni metodologiche, si è proceduto all'aggiornamento dei processi afferenti tutte le aree di rischio relative all'attività aziendale attraverso la richiesta ai Referenti del RPCT di voler confermare ovvero integrare o modificare quanto già descritto ai fini dell'aggiornamento del precedente Piao.

In primo luogo, la mappatura dei processi ha preso le mosse dalla analisi dei fattori abilitanti il rischio corruttivo, ossia di quei fattori di contesto che possono, in qualsiasi modo, indurre o agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti corruttivi.

Per la valutazione del rischio, poi, si è adottato un approccio di tipo qualitativo e non quantitativo. Pertanto tutte le schede di mappatura presentano dei valori qualitativi e non numerici, che tengono conto del livello di esposizione al rischio di un evento di corruzione. Una compiuta valutazione qualitativa del rischio, per tutti i processi mappati, è avvenuto di concerto con i responsabili delle strutture durante la fase di analisi dei processi e valutazione del rischio corruttivo. Pertanto tutte le schede di mappatura presentano dei valori qualitativi e non numerici, che tengono conto del livello di esposizione al rischio di un evento di corruzione.

Partendo da suddetta mappatura, quindi, per ogni processo è stato identificato, analizzato e valutato il rischio corruttivo, definite le misure e programmato il monitoraggio.

La mappatura dei processi e l'analisi dei possibili eventi corruttivi nelle aree di rischio sono dettagliati nella Scheda dei Processi allegata, a cui si fa esplicito rinvio.

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola in tre fasi secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento:

1. Analisi del contesto esterno ed interno in cui opera l'Azienda;
2. Valutazione del rischio mediante la sua identificazione, la sua analisi e la ponderazione. La Mappatura dei processi è effettuata sull'attività svolta dall'amministrazione, non solo alle cd. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre ulteriori aree di rischio specifiche e generali;
3. Trattamento del rischio attraverso l'identificazione e la programmazione delle misure concrete, sostenibili e verificabili ritenute idonee a contrastarlo.

Si deve mirare all'adozione di misure di prevenzione della corruzione:

- oggettive, che mirano, attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche;
- soggettive, che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento (adozione di atti di indirizzo, adozione di atti di gestione, compimento di attività istruttorie a favore degli uni e degli altri), ad una decisione amministrativa.

L'individuazione di tali misure spetta all'amministrazione che è in grado di conoscere la propria condizione organizzativa, la situazione dei propri funzionari, il contesto esterno nel quale si trovano ad operare.

La gestione del rischio, pertanto:

- a)realizza l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza e alla protezione del valore pubblico creato (non un processo formalistico o un mero adempimento burocratico);
- b) è parte integrante del processo decisionale (pertanto, non è un'attività meramente ricognitiva, ma supporto concreto di gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e interessa tutti i livelli organizzativi);
- c)è un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
- d) implica assunzione di responsabilità (si basa su un processo di diagnosi e trattamento, e richiede di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi che riguardano, in particolare, la Direzione Aziendale, i dirigenti, il RPC);
- e)è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPC);
- f) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- g)è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- h) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive (implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo).
- i) si integra con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance. Detta strategia trova un preciso riscontro nella previsione legislativa sull'adozione di un

Piano integrato nell'organizzazione ed attività; gli obiettivi individuati nella sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori sono collegati, in particolare, agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nella sottosezione relativa alla performance e negli obiettivi individuali annuali. L'attuazione delle misure previste nella sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO è uno degli elementi di valutazione del dirigente e del personale non dirigenziale);

La disciplina sistemica dell'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità è contenuta nell'ALLEGATO sulla Valutazione del rischio a cui si rinvia.

2.3.8. Misure generali di prevenzione della corruzione

Le misure generali (descritte analiticamente con la precisazione della normativa e dei regolamenti come specificato nella scheda dell'allegato alla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza") intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Si elencano di seguito le misure considerate obbligatorie generali:

1. Trasparenza;
2. Tracciabilità dei procedimenti;
3. Codici di comportamento - diffusione di buone pratiche e valori;
4. Formazione;
5. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
6. Inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
7. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage - revolving doors);
8. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
9. Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali;
10. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
11. Patti di integrità negli affidamenti;
12. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
13. Rotazione ordinaria del personale;
14. Rotazione straordinaria;
15. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors).

Le modalità di attuazione delle misure generali obbligatorie per tutte le articolazioni organizzative aziendali con i relativi indicatori di monitoraggio da parte dei referenti del RPCT sono elaborate in formato tabellare e riportate nell'ALLEGATO relativo alle misure generali, a cui si fa esplicito rinvio.

2.3.9. Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera introduce e sviluppa - per le aree di rischio interessate - misure ulteriori, ritenute necessarie e utili per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, tenuto conto del particolare contesto di riferimento.

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta di concerto tra il RPCT e i dirigenti per le aree di competenza, nel corso di specifici audit.

La individuazione e la scelta delle misure ulteriori è la risultante di un processo di costante confronto, basato sul coinvolgimento dei titolari del rischio, ossia dei soggetti che hanno la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio.

Le misure ulteriori e specifiche per i processi riguardanti le singole Unità operative a maggior rischio corruttivo sono analiticamente descritte e riportate nell'allegato (catalogo dei processi) a cui si fa esplicito rinvio.

In occasione degli audit con le singole unità operative delle aree a rischio, si procede anche ad una valutazione dell'efficacia delle misure e degli eventuali accorgimenti o implementazioni di nuovi modelli per ampliare l'efficacia dei sistemi di prevenzione della corruzione.

Lo strumento delle audizioni sarà utilizzato anche nel 2026 e proseguito, a rotazione per tutte le UU.OO a rischio corruttivo, per gli anni successivi. Gli audit interesseranno tre UU.OO., ovvero nelle aree in cui si sono verificati episodi riconducibili a fattispecie ed ipotesi di condotte corruttive.

2.3.10. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera svolge le sue attività nell'osservanza dei principi di centralità della persona, uguaglianza ed imparzialità, continuità, trasparenza, equità, diritto di scelta, efficienza, efficacia e partecipazione, così come puntualizzati nel piano aziendale della trasparenza e dell'integrità, utilizzando come criteri metodologici quelli della correttezza dell'azione amministrativa, della formazione continua, della comunicazione, della applicazione della metodologia continua della qualità, della semplificazione dell'azione amministrativa, della legalità ed integrità, della lealtà e del rispetto della privacy.

Il sistema di garanzie introdotto dal PIAO in merito alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si fonda sul ruolo attivo del cittadino ed implica un rapporto equo e costante tra Azienda e cittadini.

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso una efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale il cittadino partecipa alla progettazione ed al controllo della pubblica amministrazione.

L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami costituisce un'ulteriore azione concretamente messa in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire anche la effettività delle misure preventive messe in campo per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Le azioni di cui ai periodi che precedono sono attuate dal Responsabile U.O. URP Ufficio Relazioni con il Pubblico.

A tal proposito, verrà proposta l'implementazione di procedure correttive di carattere organizzativo, sulla base dei reclami e delle segnalazioni trasmesse all'URP.

Si svilupperà, inoltre, un'azione di raccordo con le associazioni di volontariato per l'analisi di proposte migliorative da parte delle stesse.

Il Responsabile dell'U.O. Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda attua e adegua misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. In tal senso opera, ad esempio, la scelta della Carta dei Servizi on line, di recente adottata dall'Azienda.

Al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione, nonché la complessiva efficacia dell'azione aziendale, l'Azienda utilizza canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'amministrazione.

E', in ogni caso, assicurata una consultazione pubblica aperta a tutti della Sottosezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza prima della sua approvazione per garantire la più ampia condivisione dei contenuti e la partecipazione dei soggetti interessati.

2.3.11. Sistemi di controllo e monitoraggio

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento, controllo e monitoraggio, ma non sostituisce i referenti del RPCT e responsabili delle misure dei singoli uffici, in capo ai quali resta l'onere del primo livello di controllo e monitoraggio degli adempimenti inerenti il rispetto delle misure generali e ulteriori di prevenzione del rischio corruttivo.

Un secondo livello di controllo e monitoraggio è, invece, di competenza del RPCT che espleta le proprie funzioni di coordinamento e di conseguente controllo sulle attività dei Referenti per prevenzione della corruzione attraverso le seguenti modalità:

- Comunicazioni periodiche, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);
- Messa a disposizione di corsi di formazione e di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informatica aziendale;
- Monitoraggio e controllo periodico attraverso audit programmati (in numero di 3) con singole Unità Operative, nell'ambito delle quali è sottoposta una check list inerente l'applicazione delle misure generali e ulteriori attraverso gli indicatori stabiliti;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

Un **ulteriore livello** di controllo e monitoraggio sul rispetto delle misure generali e ulteriori di prevenzione del rischio corruttivo è esercitabile dall'O.I.V.

Il primo livello di monitoraggio delle misure generali in capo ai direttori di struttura/referenti del RPCT ha carattere permanente mentre quello relativo alle misure specifiche e ulteriori ha cadenza semestrale e si esplica attraverso la trasmissione di relazioni di merito al RPCT.

Gli audit svolti dal RPCT o i controlli dell'O.I.V. hanno, evidentemente, il carattere della aperiodicità.

2.3.12. Modalità per operare l'aggiornamento della sottosezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O.

L'aggiornamento annuale della presente sottosezione deve tener conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'Azienda, mediante - a titolo esemplificativo - la acquisizione di nuove competenze;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione della sottosezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O.;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A.

L'aggiornamento segue la stessa procedura seguita per l'adozione della presente sottosezione.

2.3.13. Monitoraggio/stato di attuazione della sottosezione relativa alla prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO nel 2025

La sottosezione anticorruzione e trasparenza, in uno con il P.I.A.O. 2025-2027 e con gli allegati, è stato pubblicato sul sito e trasmesso a tutti i dipendenti, attraverso mail aziendale utenti@asmbasilicata.it e pubblicato nelle sezioni "Disposizioni generali" e "Altri contenuti/Prevenzione della corruzione" di Amministrazione Trasparente.

2.3.13.1. Stato di attuazione delle misure generali non correlate ad Aree Specifiche

Con nota Prot. 18681 del 18 aprile 2025 il RPCT ha provveduto ad inoltrare a tutti i dipendenti ASM una comunicazione con cui si è richiamata l'attenzione su tutte le Misure generali di prevenzione della corruzione al fine di tenerne conto nello svolgimento di ogni attività posta in essere nei vari uffici.

Codice di Comportamento

L'ANAC, con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, ha adottato le Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche. Sulla base delle suddette Linee Guida l'ASM ha provveduto all'approvazione dei nuovi "Codice Etico" e Codice di Comportamento" dell'Azienda Sanitaria di Matera, con Delibera 332 del 20 maggio 2022. Gli stessi vengono pubblicati sul sito web e consegnati a tutti i nuovi assunti. Il rispetto del Codice viene permanentemente monitorato dai referenti dell'RPCT delle rispettive UU.OO.

Patti di Integrità per gli Appalti

Con deliberazione n. 439 del 4.04.2014, in attuazione del PTPC 2014/2016 è stata regolarmente attuata la misura di cui all'art. 1 c. 17 della L. 190/2012 finalizzata alla predisposizione ed all'utilizzo di Patti di Integrità, ed è stato approvato il documento "Tipo" quale "Patto di Integrità" in uso all'ASM di Matera.

I "Patti di Integrità" sono stati utilizzati anche nel corso del 2025.

Con Delibera aziendale 295 del 27 aprile 2023 si è approvato il “Protocollo d’Intesa per la Legalità tra Prefettura di Matera e le Stazioni Appaltanti, sottoscritto il 7 dicembre 2022, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione mafiosa e dei fenomeni corruttivi nell’ambito degli appalti”. A seguito del Protocollo d’Intesa, l’Azienda, con delibera n.295 del 27.04.2023, ha approvato un Patto per la Legalità da inserire nei documenti da far sottoscrivere alle imprese interessate con riferimento all'ambito di applicazione dell'Intesa per la Legalità sottoscritta dall'ASM con la Prefettura di Matera. Inoltre, il 5 di ogni mese, viene inoltrato alla Prefettura un report riepilogativo dei bandi di gara rientranti nell'ambito di applicazione del Protocollo d'Intesa per la Legalità, contenente il numero complessivo, la relativa fase e specificando, per i lavori consegnati, i nominativi dei RUP e dei Referenti di Cantiere al fine di consentire l'avvio delle attività di controllo da parte delle Forze dell'Ordine.

Conflitto di Interesse

Secondo quanto previsto dalle Linee Guida ANAC e dal PNA 2022, l'Azienda Sanitaria di Matera ha redatto ed approvato un Regolamento Aziendale sulla “Gestione del Conflitto di Interessi”, con delibera n° 553 del 13/06/2019, con la definizione di procedure, tempi e modalità per la rilevazione delle situazioni di conflitto di interessi e per la dichiarazione di astensione, adottando specifica modulistica aziendale per le varie casistiche di conflitto.

Nel corso del 2025 si è concluso il procedimento relativo al presunto conflitto di interesse, segnalato nel 2024, con archiviazione da parte dell’Anac.

Conferimento di incarichi dirigenziali

In riferimento agli incarichi dirigenziali, si provvede ad inoltrare richiesta annuale di dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico, ove risulti non trasmessa alla mail trasparenza@asmbasilicata.it e richiesta delle dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi da parte dell’U.O. Gestione Risorse Umane. Nel 2025 si è provveduto ad una verifica a campione sulle dichiarazioni rese e quindi sulla presenza di eventuali situazioni di incompatibilità/inconferibilità, attraverso procedure di controllo attivate presso il Casellario Giudiziario del Tribunale.

In particolare, sono stati fatti tre controlli presso il Casellario Giudiziale del Tribunale di Matera.

Nel corso del 2025 è stata segnalata una presunta criticità legata al conferimento di incarico dirigenziale.

È stata riscontrata la non ricorrenza dei presupposti per l’applicabilità del Dlgs 39/2013 al caso di specie.

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

Nei contratti individuali dei dipendenti è inserita la clausola relativa al pantouflage e inoltre è stato diffuso presso le UU.OO. interessate il modulo di dichiarazione sostitutiva per gli operatori economici contenente la clausola di divieto di cui all’art. 53, comma 16-ter D.lgs. 165/2001. Nel corso del 2025 non sono state segnalate né sono emerse situazioni di conflitto.

Attività di Formazione

L’attività di formazione relativa all’anno 2025 è stata calendarizzata, mantenuta in modalità FAD, fino alla fine di gennaio 2026, al fine di permettere a tutti i dipendenti di fruirne. L’attività ha riguardato corsi di formazione generale per tutti i dipendenti e di formazione specifica diretta ai referenti/dirigenti delle aree a rischio, con particolare riferimento alla approvazione del PNA 2025.

In particolare, la parte relativa ai contratti pubblici, inserita nel PNA 2025, è stata trasmessa a tutti gli uffici preposti alle gare.

Whistleblowing

In base al D. Lgs. 24_2023 di “Attuazione della Direttiva (UE) n. 1937/2019 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali” che sostituisce le disposizioni contenute nell’articolo 54 bis, nell’ambito del d.lgs. 165/2001, rubricato "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", con Deliberazione n. 530 del

14 luglio 2023, è stata approvata la procedura in uso presso l'ASM per la segnalazione di presunti illeciti e irregolarità da parte del dipendente (Policy Whistleblowing).

Nel corso del 2025 non sono state inoltrate, attraverso il canale interno, segnalazioni di whistleblowing.

Resta fermo che non spetta al RPCT svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione oggetto di segnalazione, né accertare responsabilità individuali (Delibera ANAC 840/2018). Il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima obbligatoria attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute.

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Con Delibera aziendale 149 del 6 marzo 2023 vi è stata l'Approvazione del Regolamento di Pubblica Tutela". Nell'ambito dell'attività dell'URP sono presenti interlocuzioni con strutture associative del territorio (Tribunale del malato). Attraverso l'organizzazione della "settimana della trasparenza" i singoli cittadini e le stesse forme associative organizzate hanno la possibilità di interloquire con l'ente. Tale circostanza si manifesta anche in fase durante la fase di consulta pubblica della sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del Piao.

Rotazione del Personale

Conformemente ai principi sulla rotazione ordinaria del personale, l'Azienda, con Delibera 224 del 17 marzo 2021, ha disposto l'adozione del regolamento in materia di rotazione del personale aziendale e emanato Atto ricognitivo degli incarichi dirigenziali e piano aziendale attuativo annuale.

Si riscontrano difficoltà operative nell'attuazione della misura, soprattutto nei ruoli tecnici ed amministrativi, in considerazione della scarsità delle risorse umane disponibili, in ragione di un perdurante stato negli anni passati, di limitazioni delle opportunità assunzionali in tali ambiti.

Pertanto, anche nel 2025, in considerazione della difficoltà alla piena attuazione della misura, è stata prestata particolare attenzione alla cosiddetta "segregazione delle funzioni" quale misura alternativa.

Anche nell'anno 2025, come nei precedenti, sia nelle Aree a rischio corruttivo che nelle altre aree, sono stati attribuiti incarichi in ragione dei vari istituti contrattuali per il completamento dell'organico necessario ad assicurare l'espletamento delle funzioni delle aree dei vari Dipartimenti, nonché per colmare lacune di figure direttive:

Del. n. 1243	07.11.2025	Sostituto Direttore Distretto Metapontino Collina Materana
Del. n. 1240	05.11.2025	Sostituto Direttore UOC S.P.P.I.L.L
Del. n. 1011	16.09.2025	Incarichi Dirigenza Medica
Del. n. 1003	12.09.2025	Conferimento incarico di alta specializzazione CCNL Area Funzioni Locali
Del. n. 958	29.08.2025	Conferimento incarico di alta specializzazione CCNL Area Funzioni Locali
Del. n. 872	04.08.2025	Incarico ad interim di Direttore della U.O.C. di Geriatria
Del. n. 860	30.07.2025	Direttore SPDC
Del. n. 834	22.07.2025	Sostituto del Direttore UOC Medicina del Lavoro
Del. n. 783	15.07.2025	Direttore del Distretto Matera - Medio Basento
Del. n. 654	23.06.2025	Sostituto Direttore UOC Farmacia Ospedaliera
Del. n. 653	23.06.2025	Sostituto Direttore UOC Anatomia Patologica
Del. n. 633	05.06.2025	Direttore UOC Igiene Alimenti e Nutrizione
Del. n. 632	05.06.2025	Direttore UOC Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
Del. n. 492	30.04.2025	Sostituto Direttore Pediatria
Del. n. 349	21.03.2025	Direttore UOC Chirurgia Generale del P.O. di Policoro – scorrimento
Det. n. 797	20.03.2025	incarichi professionali progetti NPI
Del. n. 315	14.03.2025	Direttore UOC Chirurgia Generale del P.O. di Policoro
Del. n. 311	14.03.2025	Direttore UOC Otorinolaringoiatria
Del. n. 265	07.03.2025	Direttore Medicina d'Urgenza P.O. Policoro
Del. n. 259	28.02.2025	Direttore NPI
Del. n. 119	31.01.2025	Incarico libero professionale di Psicologo Specialista in Psicoterapia
Del. n. 41	16.01.2025	Incarico Dirigente Sanitario

Nel corso del 2025, l'Azienda ha, altresì, proceduto all'assunzione di un cospicuo numero di dipendenti amministrativi e sanitari, al fine di abbattere le liste di attesa e di migliorare i servizi offerti all'utenza.

Rotazione straordinaria

Nel 2025 c'è stato un provvedimento di rotazione straordinaria in applicazione della delibera Anac n. 215/2019 relativamente all'art. 16 quater del Dlgs 39/2013.

Inconferibilità ex D.lgs. 39/2013

Nel corso del 2025 non sono state riscontrate situazioni di inconferibilità ex D. Lgs. 39/2013.

2.3.14 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

2.3.14.1 Premessa

La trasparenza amministrativa costituisce, sotto molti punti di vista, la preconditione per garantire una vera accountability.

In particolare, l'accesso alle informazioni pubbliche permette ai cittadini e a tutti i soggetti esterni all'amministrazione di conoscere, analizzare e giudicare l'azione dei pubblici poteri.

La visibilità dell'operato delle amministrazioni pubbliche è in grado di azionare un meccanismo virtuoso che consente di instaurare un rapporto paritario e collaborativo con la cittadinanza all'interno del sistema democratico. Il Consiglio di Stato, in diverse pronunce, ha sottolineato il ruolo centrale della trasparenza nella democrazia amministrativa. In particolare, l'Adunanza Plenaria del 2 aprile 2020, n. 10 ha evidenziato come "Il principio di trasparenza, che si esprime anche nella conoscibilità dei documenti amministrativi, rappresenta il fondamento della democrazia amministrativa in uno Stato di diritto in quanto garantisce l'intelligibilità dei processi decisionali e l'assenza di corruzione".

Una novità, per i cittadini, riguarda l'introduzione della **Piattaforma Unica della Trasparenza**, (raggiungibile dal 19 settembre dalla sezione "Servizi" del sito Anac e all'indirizzo <https://put.anticorruzione.it/home>) che si propone come strumento unico e centralizzato per raccogliere, organizzare e rendere disponibili informazioni, documenti e dati di interesse pubblico, in particolare quelli assoggettati agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs n. 33 del 2013 e da assolvere mediante pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei siti istituzionali delle amministrazioni/enti.

La PUT si fonda su una strategia di integrazione e interoperabilità con le principali banche dati pubbliche, che verrà attuata in maniera graduale, man mano che sarà possibile acquisire e integrare i dati provenienti dalle diverse Amministrazioni.

Tale approccio consentirà di ridurre progressivamente gli oneri a carico delle amministrazioni/enti, garantendo al contempo maggiore coerenza e confrontabilità delle informazioni.

La piattaforma si è poi integrata con il progetto open source **TrasparenzaAI** del Cnr (<https://trasparenzai.anticorruzione.it/>), che raccoglie e organizza in maniera uniforme dati e documenti finora sparpagliati. Lo strumento, frutto di un protocollo d'intesa congiunto tra l'Autorità nazionale anticorruzione e il Consiglio nazionale delle ricerche, segna un cambio di passo: da adempimento formale regolamentato dal dlgs 33/2013 a vero e proprio motore di semplificazione.

Con TrasparenzaAI, la piattaforma è in grado di raccogliere e organizzare i dati di tutte le 23.663 pubbliche amministrazioni italiane, analizzando in meno di 20 ore le rispettive sezioni web. Grazie a strumenti avanzati di web crawling e web scraping, TrasparenzaAI verifica la conformità della struttura e la presenza delle sezioni previste dal D.lgs. 33/2013, individuando in maniera oggettiva e standardizzata eventuali mancanze o difformità.

Un vero e proprio "portale dei portali": un'unica finestra per capire come funziona la macchina pubblica, senza dover rincorrere informazioni sparse in decine di siti diversi. Per i cittadini, la novità si traduce nella possibilità di consultare con semplicità dati più completi e comparabili. Per le amministrazioni, significa poter contare su un sistema che garantisce formati aperti e uniformi, riduce l'attività di vigilanza – grazie all'emersione automatica delle anomalie – e offre un supporto concreto alla gestione interna. La piattaforma non si limiterà a rendere trasparente l'azione pubblica, ma diventerà strumento di innovazione amministrativa: un luogo digitale dove condividere buone pratiche, confrontarsi e sviluppare sinergie.

La presente Sezione Trasparenza del PIAO è dedicata al programma di attività attraverso cui l'ASM intende dare attuazione agli obblighi di pubblicazione contenuti nel d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, nell'ottica di assicurare quel livello essenziale delle prestazioni cui ogni amministrazione deve tendere in ottemperanza al generale principio costituzionale di cui all'articolo 117, comma 2, lett. m).

Come rilevato da ANAC nel PNA 2022, la trasparenza, a seguito dell'introduzione del PIAO, concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico, essa infatti "favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni".

Accanto alla progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio corruttivo, il PIAO deve necessariamente riguardare la programmazione degli obiettivi e dei flussi informativi per garantire la trasparenza. Quest'ultimo rafforza il principio della trasparenza dell'azione amministrativa intesa quale accessibilità totale da parte di utenti e stakeholder alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni pubbliche, allo scopo di favorire il perseguimento degli obiettivi derivanti dal proprio mandato istituzionale.

Tanto più che, nell'ottica della protezione del valore pubblico, la trasparenza, insieme alla prevenzione della corruzione, rappresenta dimensione del e per la creazione del valore pubblico stesso, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente (PNA 2022).

La pubblicazione on line dei dati e delle informazioni (obblighi di pubblicazione disciplinati dal d.lgs n. 33/2013 e dalla normativa vigente, da attuare secondo le modalità indicate dall'Autorità con la delibera n. 1310/2016 e nell'allegato 1. alla stessa e come integrate dalle disposizioni normative successive), da un lato consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione delle Pubbliche Amministrazioni con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività, dall'altro evidenzia l'andamento della performance e il raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione.

Gli obblighi di trasparenza previsti nel d. lgs. n. 33/2013 costituiscono indicazioni di fonte primaria circa le modalità di pubblicazione dei documenti e delle informazioni rilevanti, nonché circa i dati da pubblicare per le varie aree di attività.

Secondo le indicazioni fornite da Anac nell'approfondimento dedicato alla trasparenza nel PNA 2025, le amministrazioni pubblicano i dati, i documenti e le informazioni assicurando criteri di qualità quali:

- integrità;
- costante aggiornamento;
- completezza;
- tempestività;
- semplicità di consultazione;
- comprensibilità;
- omogeneità;
- facile accessibilità;
- conformità ai documenti;
- indicazione della provenienza;
- riutilizzabilità e riusabilità.

Istruzioni operative per una corretta attuazione agli obblighi di pubblicazione ex d.lgs 33/2013 sono state fornite dall'Anac nella delibera n. 495/2024 e in particolare all'allegato n. 4. Con la stessa delibera, inoltre, l'Anac ha approvato n. 3 schemi di pubblicazione per favorire enti e amministrazioni nella gestione di Amministrazione Trasparente dei portali istituzionali, semplificando le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione. I tre schemi approvati, il cui adeguamento è stato reso obbligatorio dal 13 novembre 2025 riguardano le seguenti sezioni di Amministrazione Trasparente:

- Art. 4-bis (pagamenti, utilizzo delle risorse pubbliche);
- Art. 13 (organizzazione);
- Art. 31 (controlli su attività e organizzazione).

L'attuale sezione del PIAO mira a focalizzare i rischi che potrebbero impedire il raggiungimento degli obiettivi di trasparenza individuati, soprattutto in termini di valore pubblico, e le misure necessarie al contenimento dei rischi stessi o alla promozione della trasparenza.

Nell'ottica della protezione del valore pubblico è evidente che questo sarà tanto più alto quanto più sarà attuata la normativa sulla trasparenza. Di contro, fattori negativi di contesto interno ed esterno, "disvalori pubblici", genereranno bassi volumi di valore pubblico.

Anche in tema di promozione della Trasparenza e dell'integrità pubblica il PNA 2025 orienta verso una migliore accessibilità delle sezioni AT che valorizzi lo strumento nella direzione del passaggio dalla conoscibilità alla conoscenza della attività delle amministrazioni/enti.

2.3.14.2. Finalità generali del Piano e Obiettivi strategici 2026-2028

È necessario, pertanto, indicare una specifica programmazione in cui definire i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione, nonché le misure organizzative per assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi.

In tale programmazione rientra anche la definizione degli obiettivi strategici in materia di trasparenza.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce, infatti, un'area strategica dell'ASM, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. I seguenti obiettivi strategici specifici in materia di trasparenza sono individuati dagli organi di vertice e recepiti in una logica di integrazione con tutti gli obiettivi strategici del PIAO.

In ottemperanza all'art.10, comma 3, d.lgs. n.33/2013 l'Asm ha delineato gli obiettivi di trasparenza per il triennio di vigenza del Piano e approvati con delibera n. 1415 del 12.12.2025.

2.3.14.3. Soggetti coinvolti Il Rpct

In materia di trasparenza, al RPCT sono affidati i seguenti compiti:

- attività di coordinamento e controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa, con particolare riferimento alla qualità, completezza, uniformità e accessibilità del dato;
- predisposizione ed aggiornamento della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"; controllo sulla regolare attuazione dell'istituto dell'accesso civico e dell'accesso generalizzato "FOIA" (la sezione è consultabile al [link](#));
- segnalazione all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'ufficio procedimenti disciplinari, dei casi rilevati di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- riesame dell'accesso civico: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni" (art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013);

2.3.14.4. I Dirigenti

A tutti i dirigenti responsabili della struttura aziendale interessata spetta anche la piena ed esclusiva responsabilità della trasmissione e pubblicazione dei dati e, quando individuati, anche attraverso i propri referenti della trasparenza "Editor". Tutti i documenti saranno trasmessi in formato di tipo aperto (o elaborabile) secondo quanto previsto da indicazioni Anac e i Responsabili dei vari settori organizzativi vigileranno sulla regolare produzione e trasmissione e pubblicazione dei dati. I dirigenti/referenti operano in un'ottica di collaborazione con il RPCT.

2.3.14.5. L'Oiv

L'O.I.V. ha il compito di verificare e controllare il livello di trasparenza raggiunto dall'amministrazione.

È responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'ANAC, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, dei controlli interni ed elabora una relazione

annuale sullo stato dello stesso. Promuove ed attesta, inoltre, l'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Gli esiti delle verifiche vengono trasmesse anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza per l'elaborazione dei contenuti del programma triennale.

È fatto obbligo a tutte le strutture interessate di rispettare gli adempimenti e i tempi come indicati dalla tabella che si allega al presente PIAO, a cui si rinvia.

2.3.14.6. Gli "Editor" per la trasparenza

Il sistema organizzativo per assicurare la trasparenza si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete, con il supporto della figura dell'Editor, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

La figura dell'Editor, istituita già dal 2015, è individuata dal responsabile di Unità Operativa, referente del RPCT, ed è incaricata, sotto il controllo di questi, della pubblicazione diretta dei dati di competenza della propria U.O., nelle specifiche sezioni di "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale ASM, e della trasmissione di altre informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione, secondo la normativa vigente.

Con Delibera aziendale n. 910 del 19.08.2025 "Nomina dei funzionari Editor a supporto dei referenti del RPCT per la Trasparenza - D.lgs n. 33/2013 avente ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni". Triennio 2024-2026. AGGIORNAMENTO E INTEGRAZIONE", sono stati nominati i nuovi referenti editor per il triennio 2024-2026.

2.3.14.7. Flussi informativi – Amministrazione Trasparente

La delibera Asm n. 910/2025 ha anche stabilito la modalità con la quale va tradotto il processo di elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati. Nello specifico, l'adempimento si esplica attraverso la pubblicazione diretta – da parte degli Editor, sotto il controllo dei Dirigenti, Direttore/Responsabile delle UU.OO, di notizie, dati e informazioni, nel rispetto della normativa di riferimento nonché dello scadenziario relativo a ciascun dato richiesto (invio tempestivo, trimestrale, semestrale, annuale).

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, si riportano in tabella i seguenti campi:

- la denominazione della sotto sezione di 1° e 2° livello;
- il riferimento normativo;
- la denominazione del singolo obbligo e il suo contenuto;
- l'aggiornamento;
- il responsabile reggente (in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione e individuabile all'interno dell'organigramma) dell'individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati;
- il monitoraggio (tempistiche e individuazione del soggetto responsabile).

L'aggiornamento dei flussi informativi e la loro pubblicazione rientrano, inoltre, tra gli obiettivi di budget assegnati alle UU. OO coinvolte nel processo ed è valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance organizzativa ed individuale.

Gli obblighi di pubblicazione, per ciascuna U.O. sono sintetizzati nell'Allegato alla sezione "Rischi corruttivo e trasparenza" a cui si rinvia.

2.3.14.8. Monitoraggio e controllo

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento e di monitoraggio, ma non sostituisce i referenti del RPCT e gli editor dei singoli uffici, pertanto l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, secondo le modalità sopra descritte, resta in capo ai singoli Direttori/dirigenti proponenti l'atto e depositari/titolari della formazione e/o detenzione dei dati e delle informazioni soggette all'obbligo.

Un **primo livello di monitoraggio e controllo**, dunque, può essere ascrivito ai **referenti del RPCT**;

Un **secondo livello di monitoraggio e controllo** è, invece, di competenza del **RPCT** che espleta le proprie funzioni di coordinamento e conseguente controllo sulle attività dei Referenti per la trasparenza attraverso le seguenti modalità:

- Predisposizione di report specifici da parte dei soggetti responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati;
- Comunicazioni periodiche, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);
- Messa a disposizione di corsi di formazione e di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informatica aziendale;
- Monitoraggio periodico attraverso audit programmati (in numero di 3) con singole Unità Operative, nell'ambito delle quali è sottoposta una check list inerente gli obblighi di pubblicazione;
- Bilanciamento principi di trasparenza e disciplina sulla tutela dei dati personali (con il supporto del RPD).

Resta fermo infatti che, nel caso di informazioni che contengano anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza, secondo quanto indicato dal Garante per la protezione dei dati personali "Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web";

- attuazione disciplina sull'accesso, civico semplice e generalizzato e pubblicazione di tutte le informazioni necessarie per consentire l'esercizio dei diritti nella sezione di Amministrazione Trasparente;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

La ritardata o mancata pubblicazione di un dato soggetto ad obbligo sarà segnalato al Responsabile di Unità Operativa il quale dovrà provvedere, con il supporto eventuale dell'Editor, alla pubblicazione tempestiva e comunque nel termine massimo di giorni quindici (15) dell'atto mancante.

Un terzo livello di monitoraggio e controllo sul livello di trasparenza raggiunto dall'amministrazione è esercitato **dall'O.I.V.**, responsabile della corretta applicazione delle linee guida dell'ANAC, che monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso. L'organismo promuove ed attesta, inoltre, l'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi anche agli organi di vertice dell'Amministrazione al fine di un eventuale aggiornamento degli obiettivi strategici in materia di trasparenza. L'OIV non verifica solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione di Amministrazione Trasparente, ma si esprime anche sui profili qualitativi che investono la completezza, l'aggiornamento e il formato aperto ed elaborabile del dato pubblicato.

2.3.14.9. Trasparenza e Contratti Pubblici

A seguito dell'introduzione nell'ordinamento nazionale del Codice dell'Amministrazione Digitale – CAD (D Lgs. 7 marzo 2005, n. 82) e delle attuali disposizioni dettate dal Codice (specificamente libro primo parte seconda artt. da 19 a 36) in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti (disposizioni entrate in vigore dall'01/01/2024) non è più possibile parlare di trasparenza prescindendo dal concetto di digitalizzazione delle procedure amministrative, anche in tema di contrattualistica pubblica.

La digitalizzazione è infatti un processo di progressiva informatizzazione di tutto il ciclo vita degli appalti, dove per ciclo devono essere intese tutte le fasi dell'appalto pubblico: dalla fase di programmazione fino all'esecuzione.

In un'ottica tale, anche la trasparenza non può che realizzarsi attraverso il processo di digitalizzazione.

Dal 1° gennaio 2024, sono stati introdotti nuovi obblighi di trasparenza per tutte le procedure di affidamento indette dall'inizio dell'anno. Obblighi che non si limitano alla trasmissione di dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) e, di conseguenza, alla pubblicazione dei collegamenti ipertestuali ai singoli CIG nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.

Come, infatti, dettagliato nell'allegato 1 della delibera ANAC 264/2023, successivamente modificata e integrata dalla delibera n. 601/2023, è obbligatorio pubblicare anche gli atti e i documenti non trasmessi alla BDNCP e rendere la sezione "Bandi di gara e contratti" pienamente conforme alla normativa vigente.

Il nuovo Codice ha introdotto, in particolare, due importanti novità:

- l'estensione degli obblighi di trasparenza all'intero ciclo di vita degli appalti pubblici che, in base all'art.21 del d.lgs. n. 36/2023, come già sopra detto, si articola in programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione;
- la revisione delle modalità e degli adempimenti per la pubblicazione dei contenuti in Amministrazione Trasparente che prevede la pubblicazione tramite un collegamento ipertestuale alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) mantenendo in Amministrazione Trasparente solo alcuni contenuti per i quali non è prevista la trasmissione alla BDNCP.

La base normativa da cui occorre partire per la gestione delle pubblicazioni in Trasparenza, oltre al Codice degli Appalti e al D.Lgs. 33/2013, è contenuta nelle Delibere ANAC pubblicate nel 2023:

Delibera ANAC n. 261/2023 – Provvedimento Art 23 – BDNCP

Delibera ANAC n.264/2023 – Provvedimento art. 28 Trasparenza

Delibera ANAC n. 601/2023 – Modificazione ed integrazione della Delibera n. 264 del 20 giugno 2023

Delibera ANAC n. 582/2023 – Adozione comunicato relativo avvio processo digitalizzazione

Le informazioni che costituiscono oggetto di trasmissione alla BDNCP sono individuate nella Delibera ANAC n. 261/2023, mentre le modalità di pubblicazione, tramite collegamento ipertestuale ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto, da inserire nella sezione "Amministrazione Trasparente", sono indicate nella Delibera ANAC n. 264/2023 (Allegato 1 "Obblighi Amministrazione Trasparente").

Il dettaglio del contenuto relativo a tali adempimenti è descritto nella tabella degli obblighi di pubblicazione alla quale si rimanda e allegato al presente Piao).

L'Anac, con il PNA 2025, ha ritenuto di supportare le amministrazioni nell'identificazione di alcuni rischi e misure rispetto a processi attinenti a istituti e previsioni introdotti/modificati dal decreto legislativo del 31 dicembre 2024, n. 209, recante "Disposizioni integrative e correttive al codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36".

Con il PNA 2025 sono state esaminate solo alcune delle fattispecie interessate dalle modifiche introdotte dal d.lgs. n. 209/2024 che, oltre a elementi di novità, presentano criticità sotto il profilo della trasparenza e imparzialità e dell'esposizione al rischio corruttivo in senso amministrativo, individuando per ciascuna di esse i processi maggiormente esposti a rischio e suggerendo misure di prevenzione.

Le questioni esaminate attengono ai seguenti profili:

- il mancato utilizzo delle PAD e l'erroneo utilizzo del Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico (FVOE) nell'ambito della digitalizzazione;
- Il conflitto di interessi nei contratti pubblici;
- la programmazione della committenza svolta per conto terzi;
- il ruolo del Responsabile Unico di Progetto con particolare riguardo alle funzioni e alla disciplina che ne regola l'attività nei casi di appalti delegati;
- la fase esecutiva, con particolare riferimento al subappalto e all'interoperabilità tra metodi e strumenti di gestione informativa digitale delle costruzioni e PAD;
- i Collegi Consultivi Tecnici (CCT) con particolare riferimento a nomina, compensi, conflitti di interesse;
- il sistema delle qualificazioni delle stazioni appaltanti;
- l'accordo di collaborazione.

2.3.14.10. Accesso Civico

L'Accesso civico (semplice o generalizzato) consente a chiunque di accedere a dati, documenti e informazioni delle pubbliche amministrazioni senza necessità di dimostrare un interesse qualificato (Art. 5, D.Lgs. 33/2013).

L'Accesso civico semplice consente a chiunque di richiedere documenti, dati o informazioni che le amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare nella sezione Amministrazione trasparente dei propri siti istituzionali, nei casi in cui gli stessi non siano stati pubblicati (art.5, c. 1). Per presentare una richiesta di

Accesso civico semplice alla PCM è disponibile il modulo online nella sezione Amministrazione trasparente da inviare al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L' Accesso civico generalizzato (o accesso FOIA) consente a chiunque di richiedere dati e documenti ulteriori rispetto a quelli che le amministrazioni sono obbligate a pubblicare (art. 5, c. 2). Per presentare una richiesta di Accesso civico generalizzato relativa a dati e documenti detenuti dal Dipartimento della funzione pubblica, è disponibile il modulo online nella sezione Amministrazione trasparente.

Modalità di accesso e modulistica sono consultabili in Amministrazione trasparente | Altri contenuti | Accesso Civico, sul sito web aziendale.

Ai fini dell'attuazione delle disposizioni sull'accesso civico di cui all'art. 5, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, gli interessati presentano istanza direttamente al Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza (RPCT) dell'ASM, ovvero attraverso uno degli uffici indicati dal comma 3 dell'art. 5, comma 3, del D. Lgs. n. 33/2013.

La richiesta potrà essere trasmessa secondo le seguenti modalità:

- mediante PEC all'indirizzo asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it all'ASM e/o all'attenzione del RPCT; in tal caso la richiesta si considera validamente presentata se sottoscritta mediante la firma digitale o la firma elettronica certificata il cui certificato è rilasciato da un certificatore qualificato;
- a mezzo Posta al seguente indirizzo: ASM Matera - Via Montescaglioso - Matera – all'attenzione del RPCT; in tal caso la richiesta si considera validamente presentata se sottoscritta dal richiedente e munita di copia fotostatica del documento di identità in corso di validità;
- a mano direttamente presso l'Ufficio Protocollo della sede dell'ASM, all'indirizzo di cui sopra; in tal caso la richiesta si considera validamente presentata se sottoscritta dal richiedente e munita di copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

L'istanza si intende ricevuta nel giorno in cui è stata acquisita all'Ufficio protocollo dell'ASM, ovvero nel giorno in cui è acquisita dallo stesso pervenendo a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno, ovvero mediante posta elettronica certificata (PEC).

Nel caso in cui l'istanza sia incompleta ovvero che nella stessa non siano identificati i documenti, le informazioni o i dati da pubblicare, il RPCT ne dà comunicazione all'istante che provvede al completamento della stessa. In tal caso il termine di conclusione del procedimento inizia a decorrere dall'acquisizione del completamente della stessa all'ufficio del Protocollo.

L'Ufficio competente dell'ASM, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede, entro trenta giorni, a pubblicare sul sito istituzionale i dati, i documenti o le informazioni richiesti. Il RPCT, entro lo stesso termine, comunica all'interessato l'avvenuta pubblicazione con l'indicazione del collegamento ipertestuale.

Ove i dati, i documenti o le informazioni richieste risultino già pubblicati, il RPCT indica al richiedente il collegamento ipertestuale.

In caso di rigetto, ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo attraverso la compilazione del modulo allegato (allegato 5).

Il titolare del potere sostitutivo è individuato, per l'accesso civico semplice, nel Direttore Generale dell'ASM.

Il titolare del potere sostitutivo, accertata la sussistenza o meno dell'obbligo di pubblicazione, provvederà a dare opportuno riscontro entro 15 giorni dal ricevimento del ricorso, dandone contestuale informativa al RPCT. Relativamente alle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, la disciplina dell'accesso agli atti è stata informatizzata, tanto che l'articolo 35 del nuovo codice degli appalti prevede che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurino in modalità digitale l'accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, mediante acquisizione diretta dei dati e delle informazioni inseriti nelle piattaforme. (Sulle piattaforme digitali vengono resi disponibili l'offerta dell'aggiudicatario, i verbali di gara nonché gli atti, i dati e le informazioni relative all'aggiudicazione).

2.3.14.11. Stato di Attuazione

Nel corso del 2025 si è provveduto a garantire la corretta esecuzione degli obblighi di trasparenza e un sistema di controllo e vigilanza, in termini di accessibilità totale a dati e informazioni.

Nel dettaglio:

- sono state trasmesse ai responsabili delle UU.OO. interessate comunicazioni relative alla verifica e all'aggiornamento di sezioni specifiche di "Amministrazione Trasparente", anche alla luce della griglia OIV di rilevazione. A seguito di tale trasmissione, l'ufficio del RPCT provvede ad aggiornare/integrare/modificare dati e sessioni;
- sono state trasmesse ai responsabili delle UU.OO. interessate note di richiesta di revisione dei contenuti delle pagine attinenti l'articolazione delle UU.OO. aziendali, soprattutto alla luce della messa on line del nuovo sito web aziendale. A seguito di tale trasmissione, l'ufficio del RPCT ha provveduto ad aggiornare/integrare/modificare dati e pagine;
- sono stati effettuati n. 3 audit con i responsabili di UU.OO. aziendali per la verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione, per rilevare e colmare eventuali lacune, i cui verbali sono agli atti del RPCT;
- è stata trasmessa una circolare per dare indicazioni precise sul formato del file Pdf/A per i provvedimenti da pubblicare in Amministrazione Trasparente;
- è stata trasmessa nota richiedente la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità/conflicto di interesse ai dirigenti tecnico-amministrativi per l'anno 2025;
- è stato ritrasmesso a tutti i dipendenti Asm il vademecum in materia di privacy e trasparenza;
- è stata programmata e calendarizzata per l'anno 2025 la formazione in modalità Fad, in materia di trasparenza, a tutti i dipendenti ASM. L'attività ha riguardato corsi di formazione generale e di formazione specifica diretta ai referenti/dirigenti e agli editor per la trasparenza;
- si sono introdotti i tre nuovi schemi di pubblicazione approvati dall'Anac per la gestione della sezione Amministrazione Trasparente;
- è stato predisposto e pubblicato nella sezione "Altri contenuti/Accesso civico" l'elenco delle istanze di accesso civico/generalizzato per l'anno 2025. Le 11 istanze presentate nel corso dell'anno sono state tutte evase;
- sul sito aziendale è stata pubblicata la "Dichiarazione di Accessibilità", effettuata utilizzando una valutazione conforme alle prescrizioni della direttiva (UE) 2016/2102, mediante autovalutazione eseguita direttamente dal soggetto erogatore. La dichiarazione è stata aggiornata a seguito di una revisione del sito web che risulta parzialmente conforme ai requisiti previsti dall'allegato A alla norma UNI EN 301549:2018 (WCAG 2.1). Ciò in ragione di un "onere sproporzionato" relativo alla Sezione Documenti non web;
- sono stati individuati e nominati, con delibera n. 910/2025, i nuovi Editor per la trasparenza per il triennio 2024-2026;
- l'UOSD "U.R.P. – Comunicazione – Ufficio Stampa – Privacy" – Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'Azienda Sanitaria di Matera ha promosso dal 12 al 19 dicembre 2025 "La Settimana della Trasparenza", un'iniziativa messa in campo per rafforzare la circolarità della comunicazione con il cittadino/utente e consentire ai portatori di interessi esterni, oltre che agli stessi dipendenti aziendali, e agli utenti di poter partecipare al processo di costruzione di un più articolato sistema di trasparenza;
- dal 01 al 15 dicembre è stata, inoltre, avviata la consueta **"Customer satisfaction"** sui servizi erogati. La valutazione della qualità dei servizi espressa dal cittadino è lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria di Matera si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale per far coincidere i servizi offerti con le richieste dei cittadini, ottimizzando le risorse disponibili e intervenendo con azioni mirate e progetti specifici. Un'analisi della valutazione della qualità dei servizi serve ad ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia e sul confronto. Nelle organizzazioni sanitarie attivare la partecipazione dei cittadini alla progettazione e valutazione delle prestazioni erogate significa avviare in primo luogo un cambiamento nella cultura organizzativa, ovvero un passaggio a una cultura di rete e di miglioramento dei servizi che valorizzi sia le potenzialità interne, in termini di condivisione da parte degli operatori degli obiettivi aziendali e di definizione/monitoraggio dei livelli qualitativi dei servizi

erogati, sia la disponibilità a condividere tali potenzialità con attori esterni attraverso una efficace comunicazione.

- I reparti, gli ambulatori e gli ospedali oggetto dell'indagine sono stati scelti a campione, in collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale e con la UOSD "Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali" e sono di seguito riportati:
 - per il Dipartimento Multidisciplinare Medico: Reparto di Medicina Generale e Ambulatori annessi per il P.O. di Matera e per il P.O. di Policoro; Ambulatori di Endocrinologia e Malattie Metaboliche per il P.O. di Matera;
 - Ambulatorio di Diabetologia per l'O.D. di Tinchì;
 - per il Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico: Reparto di Chirurgia Generale e Ambulatori annessi per il P.O. di Matera e per il P.O. di Policoro; Reparto di Otorinolaringoiatria e Ambulatori annessi per il P.O. di Matera; Reparto di Oculistica e Ambulatori annessi per il P.O. di Matera;
 - per il Dipartimento Emergenza - Accettazione: - Pronto Soccorso per il P.O. di Matera e per il P.O. di Policoro;
 - per il Dipartimento Integrazione Ospedale - Territorio: Ambulatorio di Nutrizione Clinica e Dietologia per il P.O. di Matera; - Poliambulatorio - Sede Centrale ASM

Il report integrale sull'indagine è in corso di elaborazione e appena concluso sarà pubblicato nella pagina dedicata della sezione "Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità" di Amministrazione Trasparente.

2.3.14.12. Trasparenza e Privacy

Con l'adozione di apposite Linee guida (provvedimento del 15 maggio 2014), il Garante è intervenuto proprio per assicurare l'osservanza della disciplina in materia di protezione dei dati personali nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul web di atti e documenti. Le linee guida hanno lo scopo di individuare le cautele che i soggetti pubblici sono tenuti ad applicare nei casi in cui effettuano attività di diffusione di dati personali sui propri siti web istituzionali per finalità di trasparenza o per altre finalità di pubblicità dell'azione amministrativa.

Dopo aver verificato la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione dell'atto o del documento nel proprio sito web istituzionale, il soggetto pubblico deve limitarsi a includere negli atti da pubblicare solo quei dati personali realmente necessari e proporzionati alla finalità di trasparenza perseguita nel caso concreto. Se sono sensibili (ossia idonei a rivelare ad esempio l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, le opinioni politiche, l'adesione a partiti o sindacati, lo stato di salute e la vita sessuale) o relativi a procedimenti giudiziari, i dati possono essere trattati solo se indispensabili, ossia se la finalità di trasparenza non può essere conseguita con dati anonimi o dati personali di natura diversa.

Per maggiori dettagli si rimanda alle FAQ pubblicate sul sito del Garante relative proprio a "Trasparenza online della P.A. e Privacy". Alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento UE 2016/79, con Delibera n. 348 del 05.04.2024, l'Azienda ha provveduto alla nomina del Data Protection Officer (DPO), che supporta le articolazioni aziendali nella corretta gestione dei dati che si trova a governare.

2.4 Piano di azioni positive (PAP) 2026-2028

Il nuovo Comitato Unico di Garanzia (CUG), costituito con deliberazione aziendale n.937 del 25.08.2025, insediatosi con la prima convocazione il 23.09.2025, relativamente al Piano di Azioni Positive (PAP), ha confermato le azioni contenute nel “Piano delle Azioni Positive 2024- 2026”, che si riportano, di seguito, per comodità di lettura.

Il PAP rappresenta uno strumento di programmazione strategica finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo aziendale.

Piano di azioni positive 2026-2028

Aggiornamento del PTAP ai sensi della Direttiva n.2/19 del Ministero Funzione Pubblica “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di Garanzia delle Amministrazioni pubbliche”

Il presente piano di azioni positive, di durata triennale, si colloca in continuità con il precedente piano di azioni positive ed in linea con gli obiettivi di efficacia ed efficienza dell’azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane e si integra nel PIAO 2026–2028 ed è finalizzato a promuovere all’interno dell’ASM:

- l’attuazione del principio di parità e pari opportunità, impegnandosi a tutelare i diritti dei lavoratori e delle lavoratrici che lavorano all’interno dell’Azienda;
- la valorizzazione del benessere lavorativo, in modo da garantire un ambiente di lavoro in cui donne e uomini rispettino reciprocamente l’inviolabilità della persona;
- la prevenzione e rimozione di ogni forma di discriminazione garantendo, a tutti coloro che operano all’interno dell’Azienda il diritto alla tutela da qualsiasi atto o comportamento che produca effetto pregiudizievole nei rapporti interpersonali e che discrimini, anche in via indiretta, in ragione del sesso, della razza o dell’origine etnica, della religione o delle convinzioni personali, degli handicap, dell’età o delle tendenze sessuali.

Il Piano è adottato ai sensi dell’art. 48 del D.lgs. 198/2006 (Codice delle Pari Opportunità).

Il Piano può essere finanziato nell’ambito delle disponibilità di bilancio dell’ASM (ai sensi dell’art. 57 del D.lgs. 165/2001, come novellato dall’art. 21 della L. 183/2010) o dal Ministero del Lavoro (ai sensi dell’art. 44 del Codice delle Pari Opportunità).

Il Piano delle Azioni positive, redatto dal CUG (costituito presso l’ASM con deliberazione n. 937 del 25.08.2025), proposto al Direttore Generale, prosegue il suo corso, con la comunicazione alle OO.SS. e la presentazione alla Consiglieria di Parità territorialmente competente.

Analisi del contesto

L’analisi del contesto organizzativo mette in evidenza la necessità di consolidare e rafforzare le politiche di pari opportunità all’interno dell’Azienda, in un quadro caratterizzato da crescenti complessità organizzative e sociali. In particolare, emerge l’esigenza di potenziare il ruolo del Comitato Unico di Garanzia (CUG) quale organismo di riferimento per la promozione del benessere lavorativo, della parità di genere e del contrasto a ogni forma di discriminazione, assicurandone un pieno coinvolgimento nei processi decisionali e di gestione delle risorse umane.

Si rileva, inoltre, il bisogno di procedere a una sistematizzazione e valorizzazione dei dati di genere, relativi alla distribuzione del personale, all’accesso agli incarichi, alla partecipazione alle attività formative e ai percorsi di sviluppo professionale, al fine di disporre di un quadro conoscitivo strutturato e aggiornato, funzionale alla programmazione di azioni correttive mirate e alla verifica degli esiti delle politiche adottate. L’evoluzione dei modelli organizzativi e delle esigenze del personale evidenzia una crescente domanda di misure di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata, in particolare nel contesto sanitario, caratterizzato da carichi di lavoro elevati, turnazioni e responsabilità assistenziali rilevanti. Tali esigenze richiedono l’adozione di strumenti organizzativi flessibili e inclusivi, capaci di sostenere l’equilibrio tra dimensione professionale e

personale. In tale quadro assume rilievo strategico la promozione del benessere organizzativo, inteso come condizione essenziale per garantire la qualità delle prestazioni, la sicurezza delle cure e la valorizzazione del capitale umano. Il benessere lavorativo si configura, pertanto, come un obiettivo trasversale alle politiche di gestione del personale e come fattore determinante per il miglioramento delle performance organizzative. Infine, l'analisi del contesto rende evidente l'esigenza di adottare un approccio strutturato e sistemico alla prevenzione delle discriminazioni, delle molestie, del mobbing e di ogni forma di violenza, anche attraverso azioni di sensibilizzazione, formazione e supporto, in coerenza con il quadro normativo nazionale e internazionale e con il ruolo sociale e istituzionale dell'Azienda sanitaria.

2.4.1 Obiettivi strategici ed azioni positive

Il presente Piano di Azioni Positive individua un insieme coordinato di obiettivi strategici finalizzati a promuovere, in modo sistematico ed integrato, la parità di opportunità, il benessere lavorativo e la valorizzazione delle risorse umane all'interno dell'organizzazione

1	Obiettivo	<i>Diffusione di una cultura di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni</i>
----------	------------------	---

AZIONI

- Corsi di formazione in materia per tutti i dipendenti dell'ASM;
- Diffusione del Codice sulle Pari Opportunità con incontri specifici;
- Diffusione e pubblicazione sul sito aziendale del link dell'Ufficio della Consigliera Regionale di Parità: www.consiglieradiparita.regione.basilicata.it al fine di recepire tutta la normativa sulla parità e pari opportunità, contro ogni discriminazione di genere.

Soggetti coinvolti: CUG, U.O. Formazione, U.O. Gestione Risorse Umane, URP, tutte le Unità Operative
Tempi: Tutta la durata del Piano

2	Obiettivo	<i>Migliorare l'efficacia del CUG</i>
----------	------------------	--

AZIONI

- formazione specifica dei Componenti del CUG, sia titolari che supplenti, con esperti in materia;
- informazione scritta e diretta al CUG su ogni materia che incida o possa incidere sulla organizzazione e gestione del personale dipendente, su ordine del giorno di tutte le riunioni tra le Delegazioni di Contrattazione Collettiva Aziendale, con possibilità di partecipazione ai tavoli di contrattazione, previo assenso delle parti contrattuali, e, comunque, invio di copia dei verbali dei tavoli contrattuali;
- confronto e scambio di esperienze con altri CUG, altre Aziende e altri soggetti presenti sul territorio;
- destinazione di una quota delle risorse economiche disponibili nel bilancio aziendale all'organizzazione e al funzionamento del CUG, anche in conformità dell'art. 57 del D.lgs. 165/2001, come novellato dall'art. 21 della L. 183/2010;
- valutazione delle ore dedicate all'attività del CUG quali ore di servizio effettivo, anche se prestate al di fuori dell'orario normale, per le quali non è tuttavia dovuta alcuna somma aggiuntiva se non a titolo di rimborso spese nei casi previsti.

Soggetti coinvolti: Direzione Generale, Collegio Sindacale, U.O. Formazione, U.O. Gestione Risorse Umane, UO Risorse finanziarie, UO Provveditorato, URP, Dipartimenti assistenziali

Tempi: Tutta la durata del Piano

3	Obiettivo	Gestione del personale aziendale in un'ottica di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni
----------	------------------	--

3.a Formazione e Promozione dell'inclusione e della conciliazione/condivisione vita privata e familiare con vita lavorativa (legge n. 81/2017 e art. 14 della Legge n. 124/2015 e successiva Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 giugno 2017, legge n°4/2021 di ratifica alla Convenzione ILO)"

AZIONI

- Prevedere percorsi formativi sul lavoro agile (smart working);
- Diversity management (disabilità);
- Sensibilizzazione, formazione e sostegno sul tema della disabilità.

3.b "Conoscere per agire"

AZIONI

- "BANCA DATI", ai sensi del D.lgs. 198/2006, sulla distribuzione di tutto il personale dipendente. Tanto, al fine di individuare eventuali differenziali significativi tra donne e uomini, promuovere le conseguenti azioni correttive e redigere il «Rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile» secondo quanto previsto dal Decreto Min. del 17/7/1996, che sarà trasmesso alle Rappresentanze Sindacali Aziendali e all'Ufficio della Consigliera Regionale di Parità

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O. Gestione Risorse Umane, U.O. Attività Informatiche, UOSD Formazione

3.c Benessere Organizzativo

AZIONI

- "BANCA DEL TEMPO "(riserva delle ore) come risposta solidale per i colleghi che si trovano in difficoltà.
- "Lavoro flessibile" così come previsto dalla legge e dal contratto, a favore delle lavoratrici madri o dei lavoratori padri, anche affidatari o adottivi di minori (art. 9 della L. 53/2000, richiamato dall'art. 50 del Codice delle Pari Opportunità); delle lavoratrici o dei lavoratori: 1. genitori di portatori di grave handicap o coniugi, parenti o affini entro il 3° grado di persone assistite con grave handicap (art. 33 della legge 104/1992 e art. 20 della L. 53/2000) 2. familiari di persone assistite per gravi motivi (art. 4 della L. 53/2000) compatibilmente con l'organizzazione degli uffici e del lavoro, delle lavoratrici e dei lavoratori, in generale, che si trovano in situazioni di svantaggio personale, sociale e familiare (art. 7 del D.lgs. 165/2001); rispettando tra gli stessi beneficiari le priorità previste dalla legge o determinate da questa Azienda attraverso i contratti decentrati;
- adozione di misure di accompagnamento che allo scopo di favorire il reinserimento del personale assente dal lavoro per lunghi periodi (maternità, congedi parentali, altro), assicurino il mantenimento delle loro competenze e il loro accesso alla possibilità di formazione e di progressione professionale, attraverso l'istituzionalizzazione di flussi informativi tra le parti durante l'assenza (informazione telematica tramite sito web aziendale, informazione a domicilio, formazione telematica, ecc.) e la previsione a favore dello stesso personale di specifici programmi di formazione per il rientro dal congedo (art. 9 della L. 53/2000).
- L'assenza dal lavoro per tali motivi non comporterà effetti negativi nella valutazione, retrocessioni da incarichi professionali conferiti prima dell'assenza stessa. Buona parte delle due predette azioni positive (sulla flessibilità e sul reinserimento) è già stata realizzata in attuazione di un progetto presentato ai sensi dell'art. 9 della legge 53/2000 e dei precedenti piani di azioni positive.

- *“MAPPATURA DELLE COMPETENZE”*: percorso formativo volto al miglioramento organizzativo e alla valorizzazione delle competenze delle lavoratrici e dei lavoratori e confronto con esperti esterni
- *individuazione e rimozione di eventuali aspetti discriminatori nei sistemi di valutazione del personale, privilegiando i risultati rispetto alla mera presenza;*
- *garanzia di formazione e aggiornamento professionale delle/dei dipendenti con modalità organizzative conciliative, idonee a favorirne la partecipazione (art. 57 del D.lgs. 165/2001), attribuendo priorità nella partecipazione alle iniziative formative e/o di aggiornamento a coloro che nell’ultimo quinquennio abbiano partecipato a non più di tre attività formative per cause indipendenti dalla loro volontà (prolungati periodi di assenza dal servizio per malattia, maternità, etc., ovvero mancato accoglimento, da parte dell’Azienda, di richieste di formazione provenienti dall’interessato).*
- *3d. “Conoscere le differenze per un sistema sanitario equo e sostenibile”*
- *Prevedere percorsi formativi sulla “MEDICINA DI GENERE.DALLA NEUROBIOLOGIA AD UN NUOVO MODELLO DI MEDICINA INCLUSIVA” (brain forum).*
- *3e. “Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari”*

AZIONI

- *conciliazione tra responsabilità professionali e responsabilità familiari attraverso la prestazione di servizi aziendali di cura a favore dei figli minori dei/delle dipendenti, stipulando apposite convenzioni aziendali con le imprese operanti nel settore che assicurino ai/alte dipendenti condizioni più vantaggiose, anche dal punto di vista economico, attraverso la partecipazione aziendale ai relativi costi.*
- *“ASILI NIDO”*
- *Avviare intese con i Comuni proponendo la collaborazione con la stipula di Protocollo D'Intesa e Accordi finalizzato alla condivisione delle azioni contenute nel Piano di Azioni Positive dell'ASM e all'avvio dei Servizi di sostegno alla maternità e alla famiglia. Si fa riferimento in particolare all'iter avviato da parte degli Enti locali per ottenere i fondi del PNRR destinate a palestre, mense, scuole, asili.*
- *Proporre ai Comuni almeno l'abbattimento dei costi (es. 30% sulla tariffa) e la riserva del 50% dei posti al personale dell'ASM*
- *“CAMPUS ESTIVO”*
- *Avviare intese con le strutture di Policoro ed Accettura proponendo l'abbattimento dei costi (30% sulla tariffa e la riserva del 50% dei posti ai figli del personale dell'ASM*
- *Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, UO Gestione risorse Umane, UO Risorse finanziarie, Provveditorato, URP, tutte le U.O. Formazione,*

Tempi: durata del Piano

4	Obiettivo	Affermazione dei principi dell'integrazione nell'organizzazione del lavoro
----------	------------------	---

AZIONI:

- *informazione e partecipazione di tutti i/le dipendenti alla vita aziendale, inclusi gli assenti dal lavoro per lunghi periodi, attraverso un sistema di comunicazione efficace ed omogeneo che assicuri la circolazione delle informazioni riguardanti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale, l'accesso alla formazione e alla progressione professionale e qualsivoglia altro aspetto della vita aziendale, quale sistema da realizzarsi mediante la definizione di un piano di comunicazione interna che anche attraverso il linguaggio tenga conto della presenza in Azienda sia di donne che di uomini.*

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, Collegio sindacale, UO Formazione, URP, UO Gestione e sviluppo risorse umane, tutte le Unità operative

Tempi: tutta la durata del Piano

5	Obiettivo	Prevenire le discriminazioni, il mobbing, la violenza
----------	------------------	--

AZIONI

- Diffusione del Codice di Condotta per la prevenzione delle discriminazioni e del mobbing;
- Realizzazione e diffusione del Progetto IPAZIA "STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE E I MINORI, ATTRAVERSO LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI EFFETTI DEL COVID-19";
- Realizzazione di un FOCUS su "LA PRESA IN CARICO DELLA DONNA E IL TRATTAMENTO NELLA VIOLENZA SESSUALE. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO" con il coinvolgimento dei componenti del CUG, del personale sanitario, dei soggetti esterni (Comune, forze dell'Ordine etc).
- Realizzazione di momenti formativi sulla "SICUREZZA SUL LAVORO: UNA QUESTIONE DI GENERE ED UN'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE" e condivisione di Procedure Aziendali.
- Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O.C. Gestione Risorse Umane, UO Formazione, tutte le Unità operative, URP

Tempi: Tutta la durata del Piano

6	Obiettivo	Diffusione di una cultura di collaborazione e rispetto della dignità umana nell'ambiente di lavoro
----------	------------------	---

AZIONI

- consulenze su strumenti e modalità di contrasto e prevenzione del mobbing e delle discriminazioni;
- percorsi formativi-informativi su mobbing e discriminazioni (aspetti: sociali, psicologici, medici e legali).
- Soggetti coinvolti: UOSD Formazione, U.O.C. Gestione Risorse Umane, tutte le Unità. Operative

Tempi: tutta la durata del Piano

7	Obiettivo	Sviluppare un maggior livello di autoefficacia, così da favorire l'efficienza nel lavoro individuale e in equipe, incrementare il livello di soddisfazione del dipendente
----------	------------------	--

AZIONI

- Prevedere momenti formativi accreditati che possano favorire lo "Sviluppo delle abilità di comunicazione ed emotive";
- Favorire il "WORK LIFE BALANCE E LA TRASFORMAZIONE DIGITALE DELLA SANITÀ PER UNA CRESCITA E UNO SVILUPPO SOSTENIBILE" organizzando momenti formativi che possano ripensare il lavoro, prevedere maggiore flessibilità e autonomia.

Soggetti coinvolti: tutte le Unità Operative e U.O. Formazione Tempi: tutta la durata del Piano

8	Obiettivo	Il CUG informa
----------	------------------	-----------------------

AZIONI

- Istituzione di un punto d'ascolto o mail apposita per eventuali segnalazioni;
- Aggiornamento della sezione CUG sito aziendale con la raccolta di documentazione su argomenti in materia di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni.

Soggetti coinvolti: Direzione Aziendale, U.O.C. Gestione Risorse Umane, U.O.C. Psicologia, CUG, Ufficio Relazioni Sindacali, OO.SS./RSU, URP

Tempi: Tutta la durata del Piano.

Per ciascuna azione sarà verificata la possibilità di candidatura ai finanziamenti previsti dalla legislazione vigente.

Al CUG, in collaborazione con l'Ufficio Relazioni Sindacali, entro i limiti delle rispettive competenze, è affidato il compito di supporto ai vari soggetti coinvolti nell'attuazione del presente piano e di verifica periodica dello stato di realizzazione delle azioni sopra specificate, anche attraverso le relazioni che annualmente saranno loro trasmesse dagli stessi soggetti attuatori.

Il CUG, a sua volta, relazionerà annualmente alla Direzione Generale Aziendale per il tramite dell'Ufficio Relazioni Sindacali, che darà informative alle OO.SS./RSU.

2.4.2 Monitoraggio azioni 2026

Azioni

Le azioni positive poste in essere dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) sono state orientate al conseguimento degli obiettivi strategici del Piano di Azioni Positive, con particolare riferimento alla promozione del benessere organizzativo, al miglioramento della qualità delle relazioni verticali e orizzontali, nonché alla prevenzione e al contrasto delle discriminazioni, delle molestie, del mobbing e delle situazioni di disagio nei luoghi di lavoro. Tali azioni si sono inoltre concentrate sul rafforzamento di una comunicazione interna efficace ed efficiente, quale leva fondamentale per favorire trasparenza, partecipazione e inclusione.

Al fine di garantire un'attuazione strutturata, progressiva e coerente delle politiche di pari opportunità e di valorizzazione delle risorse umane, il CUG ha operato mediante la costituzione di sottogruppi tematici ristretti, con specifici ambiti di intervento e obiettivi operativi da conseguire entro l'anno 2026. Tale modalità organizzativa, in linea con le buone pratiche adottate dai CUG delle Aziende sanitarie, consente una gestione mirata delle azioni e un più efficace monitoraggio dei risultati.

I sottogruppi tematici individuati riguardano i seguenti ambiti prioritari:

- Aggiornamento del Regolamento del CUG, finalizzato all'allineamento dell'assetto organizzativo e funzionale del Comitato al quadro normativo vigente e alle esigenze organizzative aziendali;
- Parità di genere, con l'obiettivo di integrare in modo sistematico la prospettiva di genere nei processi organizzativi e decisionali;
- Benessere lavorativo e contrasto alle discriminazioni, orientato alla prevenzione delle situazioni di disagio, alla tutela della dignità della persona e al miglioramento del clima organizzativo;
- Bisogni formativi e comunicazione, finalizzato alla rilevazione delle esigenze formative del personale e al potenziamento dei canali di comunicazione interna;
- Innovazione tecnologica e strumenti per la conciliazione, volto allo sviluppo di soluzioni organizzative e digitali a supporto dell'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata; nell'ambito di tale area è prevista anche la costituzione del sottogruppo dedicato all'integrazione delle sedi distrettuali, al fine di garantire omogeneità di accesso alle informazioni e alle opportunità su tutto il territorio aziendale.

Nell'ambito delle azioni volte a promuovere i principi di parità di genere, non discriminazione e inclusione, il

Comitato Unico di Garanzia ha individuato come intervento prioritario il superamento di approcci amministrativi fondati su una rappresentazione rigidamente binaria del sesso/genere nella documentazione aziendale. Tale scelta si colloca in coerenza con le raccomandazioni legislative in materia di pari opportunità, con le linee di indirizzo sul benessere organizzativo e con i principi di tutela della dignità e dei diritti fondamentali della persona. L'utilizzo esclusivo di categorie binarie nella raccolta dei dati amministrativi può, infatti, determinare effetti discriminatori, anche indiretti, nei confronti delle persone che non si riconoscono in una classificazione di genere tradizionale, nonché generare situazioni di disagio e di compressione del diritto all'autodeterminazione individuale. In tale prospettiva, il CUG ha ritenuto necessario promuovere un approccio amministrativo inclusivo, orientato al rispetto delle differenze e alla rimozione di ostacoli di fatto alla piena partecipazione alla vita organizzativa. A tal fine, il Comitato ha proposto l'introduzione, nei campi della documentazione aziendale in cui è attualmente richiesta l'indicazione del sesso/genere dell'opzione "preferisco non rispondere". Quest'ultima, è finalizzata a garantire la libertà di scelta dell'interessato e a tutelare il diritto a non fornire informazioni non strettamente necessarie allo svolgimento delle procedure amministrative, in conformità ai principi di necessità, proporzionalità e minimizzazione dei dati previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali. L'introduzione dell'opzione "preferisco non rispondere" consente, infatti, di evitare forme di pressione implicita o di esposizione forzata di aspetti identitari, contribuendo a creare un contesto organizzativo più rispettoso, sicuro e inclusivo. Tale misura risponde altresì all'esigenza di prevenire potenziali situazioni di discriminazione diretta o indiretta, rafforzando la fiducia del personale nei confronti dell'Amministrazione e dei suoi processi. L'adozione di soluzioni amministrative non binarie non comporta alcuna alterazione delle finalità istituzionali dell'Azienda, né incide negativamente sulla qualità dei dati necessari alla gestione organizzativa, ma rappresenta un adeguamento procedurale coerente con i principi di uguaglianza sostanziale e con l'evoluzione del contesto normativo e sociale. In tale ottica, l'intervento si configura come azione di sistema, volta a integrare i valori dell'inclusione e del rispetto delle differenze nei processi amministrativi ordinari.

Il CUG, in raccordo con le strutture competenti, promuoverà inoltre azioni di sensibilizzazione e informazione finalizzate a favorire una corretta comprensione delle finalità dell'intervento e a supportarne l'applicazione uniforme all'interno dell'organizzazione, assicurando che l'introduzione delle nuove opzioni sia accompagnata da indicazioni operative chiare e condivise.

In coerenza con il Piano di Azioni Positive e con gli orientamenti operativi adottati dai Comitati Unici di Garanzia delle Aziende sanitarie, il CUG prevede il rafforzamento di un insieme di azioni strutturali trasversali, finalizzate a consolidare in modo sistemico le politiche di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni all'interno dell'organizzazione.

In tale ambito, assume particolare rilevanza il potenziamento e l'aggiornamento sistematico della sezione CUG del sito aziendale, concepita come strumento stabile di informazione, trasparenza e partecipazione. La sezione CUG è destinata a raccogliere e rendere accessibili documenti, iniziative, materiali informativi e aggiornamenti normativi in materia di pari opportunità, benessere lavorativo e inclusione, nonché a favorire la diffusione delle attività svolte dal Comitato, rafforzandone la visibilità e il ruolo istituzionale all'interno dell'Azienda. Parallelamente, il CUG prevede la istituzione di un Punto di ascolto, quale spazio dedicato all'accoglienza, all'ascolto e all'orientamento del personale che si trovi in situazioni di disagio lavorativo, relazionale o organizzativo. Il Punto di ascolto si configura come strumento di supporto e prevenzione, operante nel rispetto dei principi di riservatezza, imparzialità e tutela della persona, e rappresenta un presidio fondamentale per intercettare precocemente situazioni potenzialmente critiche, favorendo l'attivazione di percorsi di accompagnamento e di eventuale indirizzo verso le strutture competenti.

Al fine di garantire un'attuazione efficace e monitorabile delle azioni previste dal Piano, il CUG programma inoltre incontri periodici dei sottogruppi tematici, ciascuno dedicato a specifici ambiti di intervento. Tali incontri sono finalizzati al monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività, alla valutazione degli esiti conseguiti, alla condivisione delle criticità riscontrate e alla formulazione di proposte operative da sottoporre al Comitato nella sua composizione plenaria. Questa modalità di lavoro consente di assicurare un approccio partecipato, multidisciplinare e orientato al miglioramento continuo.

In un'ottica di rafforzamento della capacità operativa e di presidio del Comitato, è previsto altresì l'incremento del numero di riunioni annuali del CUG, al fine di garantire continuità di azione, tempestività di intervento e un

costante raccordo con la Direzione aziendale e con le strutture competenti. L'aumento della frequenza degli incontri consente al CUG di rispondere in modo più efficace alle esigenze emergenti dell'organizzazione e di svolgere con maggiore incisività le funzioni di proposta, consultazione e monitoraggio attribuitegli dalla normativa vigente.

Le azioni sopra descritte si inseriscono in un quadro organico e coerente di politiche aziendali orientate alla promozione di ambienti di lavoro equi, inclusivi e rispettosi delle differenze, e risultano pienamente integrate con il Piano di Azioni Positive, con il PIAO e con gli altri strumenti di programmazione e governance aziendale. Tali interventi contribuiscono in modo strutturale al rafforzamento della cultura organizzativa fondata sui principi di uguaglianza sostanziale, valorizzazione delle persone e miglioramento continuo del benessere lavorativo.

3. SEZIONE III – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. Premessa

La Sezione III del PIAO, dedicata a Organizzazione e Capitale Umano, descrive l'assetto organizzativo dell'ASL e le politiche di gestione delle risorse professionali che rendono possibile l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e la continuità dei servizi sanitari e sociosanitari. In un contesto segnato da domanda di cura in crescita, innovazione clinico-organizzativa, integrazione ospedale–territorio e vincoli di sostenibilità, il capitale umano rappresenta il principale fattore abilitante per la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni.

La programmazione organizzativa e del personale è impostata in modo coordinato con la pianificazione strategica aziendale e con gli obiettivi di performance, tenendo conto dell'equilibrio tra fabbisogni assistenziali, dotazioni organiche, competenze disponibili e modelli operativi delle strutture. In tale quadro assumono rilievo: l'analisi dei fabbisogni e il reclutamento, la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze professionali (cliniche, tecniche, amministrative e digitali), la gestione del turn over, la continuità assistenziale e l'organizzazione del lavoro, inclusi gli strumenti di flessibilità compatibili con la natura dei servizi, quali, in particolare il lavoro agile.

La Sezione illustra quindi i principali elementi dell'organigramma e del funzionamento aziendale, le linee di intervento per il potenziamento delle competenze e della formazione, le azioni a supporto del benessere organizzativo e della sicurezza sul lavoro, nonché le misure volte a rafforzare la capacità amministrativa e gestionale, anche attraverso la standardizzazione dei processi e l'uso di soluzioni digitali. L'obiettivo è consolidare un'organizzazione capace di rispondere ai bisogni di salute della popolazione con efficacia, tempestività e responsabilità, promuovendo al contempo un ambiente professionale orientato alla collaborazione interprofessionale e al miglioramento continuo.

3.2 Le risorse umane

Le risorse umane dell'Azienda Sanitaria rappresentano, insieme a quelle finanziarie, un fattore strategico per il raggiungimento della mission istituzionale e per l'erogazione efficace dei servizi sanitari. Negli ultimi anni, tuttavia, la dotazione organica ha subito una progressiva riduzione, riconducibile principalmente al blocco del turn-over e alle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa pubblica. Tali condizioni hanno determinato criticità operative, soprattutto nelle aree più esposte alle cessazioni, con ricadute sulla continuità assistenziale e sulla capacità produttiva dei reparti.

Nel passaggio dal 2024 al 2025 si registra un cambiamento significativo: per la prima volta dopo diversi anni caratterizzati da un trend decrescente, si osserva un incremento del personale in tutte le principali aree professionali. Questo dato rappresenta un segnale positivo, indicativo della ripresa delle politiche assunzionali e dell'impegno dell'Azienda nel potenziamento del capitale umano.

Area Dirigenziale

Nel 2025 il numero delle unità dirigenziali aumenta da 403 a 410, con una variazione positiva di +7 unità (+1,74%). Sebbene contenuto, l'incremento risulta significativo poiché rafforza i ruoli di governance clinica, organizzativa e gestionale, in un contesto che richiede una crescente capacità di programmazione e supervisione dei servizi.

Area del Comparto

L'area del comparto presenta l'incremento più consistente: da 1.520 unità nel 2024 si passa a 1.615 nel 2025, con un aumento di +95 unità (+6,25%).

Questa crescita contribuisce a colmare i vuoti di organico determinatisi negli anni precedenti, soprattutto nel personale infermieristico e tecnico, e permette un miglioramento della copertura dei turni, una riduzione del carico di lavoro individuale e un potenziamento complessivo della qualità assistenziale.

Pertanto, il personale complessivo dell'Azienda cresce da 1.923 a 2.025 unità, con un incremento totale di +102 unità (+5,35%). Tale dato conferma la ripresa delle politiche di reclutamento e l'attivazione di nuove strategie organizzative orientate al rafforzamento dei servizi sanitari.

L'incremento della dotazione organica nel 2025 risponde a tre principali esigenze:

- Ripresa degli investimenti nel personale, dopo anni di contrazione legati a pensionamenti, mobilità e vincoli sul turn-over.
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria, con un aumento più marcato nell'area del comparto, maggiormente coinvolta nelle attività clinico-assistenziali quotidiane.
- Adeguamento ai nuovi modelli organizzativi, connessi alle esigenze post-pandemiche, all'invecchiamento della popolazione e alla crescente domanda di prestazioni sanitarie.

L'inversione di tendenza osservata nel 2025 rappresenta un elemento di forte rilievo strategico per l'Azienda Sanitaria: l'ampliamento del personale consente di migliorare la continuità e l'appropriatezza assistenziale, ridurre le liste di attesa, consolidare la sostenibilità operativa dei reparti e garantire standard più elevati di qualità delle cure.

L'attuale trend positivo dovrà essere accompagnato da una continua attività di monitoraggio della dotazione organica e da politiche di valorizzazione delle competenze, al fine di assicurare stabilità, efficienza e capacità di risposta ai bisogni della popolazione.

La tabella e il grafico relativi alla dotazione organica dell'ASM mostrano con evidenza un trend complessivo decrescente che ha caratterizzato l'Azienda per oltre un decennio. Nel periodo 2015–2025 (i dati relativi al 2025 si riferiscono al mese di ottobre 2025), infatti, si è registrata una contrazione molto significativa sia nell'area della dirigenza sia nell'area del comparto, con un impatto rilevante sulla capacità operativa dei servizi.

Personale dipendente al 31.12.2025	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Scost. 2025 vs 2024	
AREA DIRIGENZA	523	515	520	516	488	481	443	409	391	403	410	7	1,74%
AREA COMPARTO	1.791	1.760	1.651	1.649	1.546	1.504	1.494	1.449	1.480	1.520	1.615	95	6,25%
Totale complessivo	2.314	2.275	2.171	2.165	2.034	1.985	1.937	1.858	1.871	1.923	2.025	102	5,35%

L'analisi pluriennale dei dati evidenzia

- per l'Area Dirigenza
 - Nel 2015 le unità dirigenziali erano 523, scese progressivamente a 410 nel 2025.
 - La riduzione complessiva nel periodo è stata di –113 unità (–22%).
 - Questo calo ha inciso in maniera significativa sulla governance clinica e gestionale dell'Azienda, determinando scoperture in diverse discipline e ruoli apicali.
- Per l'Area Comparto
 - Nel 2015 il comparto contava 1.791 unità, ridottesi a 1.615 nel 2025.
 - La contrazione complessiva è stata di –176 unità (–10%).
 - La riduzione ha riguardato in particolare il personale infermieristico, tecnico e di supporto, con conseguenze dirette sulla continuità assistenziale, sulla copertura dei turni e sulla capacità produttiva dei reparti.
- Totale del Personale
 - Nel 2015 il totale era 2.314 unità, sceso a 2.025 nel 2025.
 - La riduzione complessiva è stata di –289 unità (–12%), segnalando un depauperamento strutturale della forza lavoro aziendale.

La riduzione complessiva del personale ha determinato ripercussioni sulla tempestività e sull'efficacia dei servizi, compromettendo la capacità dell'Azienda di garantire integralmente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

I fattori che hanno influito sul trend negativo sono riconducibili ai seguenti:

- Concorsi e pandemia
- l'attuazione dei concorsi unici regionali (DGR n. 53/2021) è stata rallentata dagli effetti della pandemia, con priorità alle campagne vaccinali, al recupero delle liste d'attesa e alla gestione dei pazienti Covid.
- la competizione per il reclutamento tra Aziende del SSN ha favorito le realtà più grandi e attrattive, penalizzando le Aziende di dimensioni minori e i presidi periferici.
- la carenza di personale specializzato

In particolare, la scarsità di medici specialisti nell'area dell'emergenza-urgenza ha reso necessario il ricorso a:

- medici specializzandi,
- contratti di lavoro autonomo,
- mobilitazione di professionisti da altre unità operative.

Questa strategia ha comunque consentito di garantire la continuità dei servizi, specialmente nelle unità di Medicina d'Urgenza e nei reparti impegnati nella gestione dei pazienti Covid (Pneumologia, Malattie Infettive, Terapie Intensive).

Tuttavia, a partire dal 2023 si è registrata l'inversione di tendenza che ha caratterizzato il biennio 2023–2025. A partire dal 2023 emerge, infatti, una ripresa dell'organico, grazie all'attivazione di politiche assunzionali mirate, finalizzate al recupero delle carenze accumulate negli anni precedenti.

Nello specifico, si evidenzia:

- una crescita nel 2024 rispetto al 2023, segnata da:
 - Totale personale: da 1.858 a 1.923 unità
 - Incremento di +65 unità (+3,5%), primo segnale concreto di rilancio del capitale umano aziendale.
- Una ulteriore crescita nel 2025 rispetto al 2024, contrassegnata da:
 - Dirigenza: da 403 a 410 unità (+7, +1,74%)
 - Comparto: da 1.520 a 1.615 unità (+95, +6,25%)
 - Totale: da 1.923 a 2.025 unità (+102, +5,35%)

L'incremento conferma che le strategie di reclutamento non sono episodiche, ma parte di un processo strutturale di rafforzamento dell'organico.

La recente ripresa con gli aumenti del 2024 e 2025 compensano parzialmente le perdite precedenti, segnando un cambio di paradigma.

La crescita maggiore si è registrata nel comparto: l'incremento del personale del comparto è più marcato rispetto alla dirigenza, rispondendo alla necessità di rafforzare le attività clinico-assistenziali essenziali.

Il recupero di organico contribuirà a migliorare:

- la continuità assistenziale,
- la copertura dei turni,
- la sostenibilità dei carichi di lavoro,
- la capacità produttiva e l'efficienza dei servizi,
- la qualità delle prestazioni erogate alla popolazione.

3.2.1 La programmazione dei fabbisogni di personale per il triennio 2026-2028

Con la nomina del Direttore Generale ed il suo insediamento (delibera n. 1050 del 9.11.2024), sono state definite le linee di indirizzo generale per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2026-2028 (PTFP 2026-2028), dando impulso alle procedure per il conferimento degli incarichi interni per le strutture complesse vacanti e imprimendo un'accelerazione alle attività di reclutamento di personale nei diversi profili sanitari da impiegare nelle strutture operative che presentano le maggiori criticità, con l'obiettivo

di creare le condizioni per il ripristino dei livelli di attività pre-covid, a partire dalla riduzione delle liste di attesa e dal recuperare delle prestazioni non erogate durante la pandemia.

Le previsioni assunzionali per il triennio 2026–2028 si pongono l'obiettivo di ridurre progressivamente il ricorso agli incarichi libero-professionali, i quali, sebbene abbiano rappresentato uno strumento efficace per fronteggiare nell'immediato la grave carenza di personale e le difficoltà di reclutamento, non consentono di rafforzare in maniera strutturale e duratura le aree assistenziali storicamente più carenti, quali Medicina d'Emergenza Urgenza, Anestesia e Rianimazione, Pediatria, Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia.

Le persistenti difficoltà nel reperire medici e personale sanitario e socio-sanitario si riflettono direttamente sui fabbisogni assunzionali, che si sommano a quelli derivanti dal normale turnover, dovuto a pensionamenti o altre cessazioni, nonché alle procedure di mobilità tra le diverse aziende del SSN.

Per l'anno 2025, il saldo tra nuove assunzioni e cessazioni ha determinato un incremento complessivo del personale, passando da 1.923 unità stimate al 31 dicembre 2024 a 2.026 unità al 31 dicembre 2025, confermando l'efficacia delle politiche di gestione e rafforzamento delle dotazioni organiche.

Il personale stimato in servizio al 31 dicembre 2025 è riportato nella tabella seguente:

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2025	TI	TD	Totale
TOTALE RUOLO SANITARIO	1.046	5	1.051
TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO	297	6	303
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	159	13	172
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	83	6	89
TOTALE DIRIGENZA	382	29	410
TOTALE COMPARTO	1.585	30	1.615
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE	1.967	59	2.025

Per il 2026 si stimano cessazioni per 119 unità, di cui 42 a tempo indeterminato e 27 a tempo determinato, per la gran parte nel comparto sanitario. Tale dato, ovviamente, non tiene conto di eventuali cessazioni derivanti da procedure di mobilità, da cessazioni volontarie e da eventi non prevedibili in questa sede.

CESSAZIONI 2025	TI	TD	Totale
TOTALE RUOLO SANITARIO	22	6	28
TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO	12	6	18
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	5	13	18
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	3	2	5
TOTALE DIRIGENZA	21	29	50
TOTALE COMPARTO	42	27	69
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE	63	56	119

La previsione delle assunzioni per il 2026 è stata sviluppata quantificando i risparmi di spesa derivanti da dimissioni, pensionamenti e cessazioni, che concorrono a finanziare la spesa aggiuntiva derivante dalle procedure assunzionali che si prevede di realizzare, unitamente alle economie di spesa derivanti dalle mancate assunzioni previste per il 2025, che vengono riprogrammate per il 2026 anche alla luce delle procedure concorsuali in corso di espletamento.

ASSUNZIONI PROGRAMMATE PER IL 2026	TI	TD	Totale
TOTALE RUOLO SANITARIO	75	0	75
TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO	20	0	20
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	32	0	32
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE E TECNICO	17	0	17
TOTALE DIRIGENZA	172	1	173
TOTALE COMPARTO	144	0	144
TOTALE COMPLESSIVO PERSONALE DIPENDENTE	316	1	317

Per l'annualità 2026, il Piano delle Assunzioni prevede n. 317 unità, delle quali una è destinata alla figura di ingegnere a supporto dell'attuazione degli interventi del PNRR, al fine di colmare il ritardo accumulato nelle attività di monitoraggio, rendicontazione e realizzazione degli investimenti programmati.

La programmazione assegna priorità al reclutamento di medici e dirigenti sanitari, anche in considerazione delle procedure concorsuali già avviate e non ancora concluse, con il preciso intento di rafforzare la capacità aziendale di erogare prestazioni sanitarie e assistenziali, superando le criticità più volte evidenziate nel presente Piano e incidendo in maniera significativa sulla mobilità passiva, determinata negli ultimi anni dalla grave carenza di medici, personale sanitario professionale e personale di supporto.

Inoltre, l'Azienda intende proseguire nel contenimento delle assunzioni a tempo determinato e dei contratti flessibili, da riportare entro limiti fisiologici. È noto, infatti, che tali tipologie di rapporto sono state ampiamente utilizzate negli anni recenti a causa dell'emergenza COVID-19 e delle criticità registrate in alcune specialità. L'obiettivo è favorire l'acquisizione di unità aggiuntive stabili, attraverso le quali garantire il pieno recupero delle attività assistenziali. Obiettivo non sempre realizzabile, specie in ambito sanitario poiché, secondo l'id quod plerumque accidit, vi è una ingravescente carenza di medici e si profila un'altra ancor più drammatica e sistemica carenza di personale infermieristico. L'esperienza quotidiana pone continuamente gli Uffici di fronte a insistenti dinieghi di contratti a tempo determinato (specie per infermieri ed ostetriche), sia perché l'offerta – sovente vicino i conglomerati di residenza- è molto ampia sia perché la proposta di contratti di lavoro in sostituzione di personale assente per maternità o malattia o altre fattispecie non è considerata allettante, a fronte dei costi di trasferta. Per esigenze connesse alla momentanea assenza di graduatorie a tempo indeterminato o di indisponibilità dei candidati all'assunzione immediata, si potrà ricorrere ad assunzioni straordinarie di personale a t.d. anche aggiuntive rispetto a quelle programmate nel PTFP, al fine di non determinare rallentamenti, sospensioni o interruzioni di attività e servizi pubblici essenziali, ovvero per realizzare obiettivi nazionali/regionali (es. potenziamento urgente di taluni ambiti operativi o risorse regionali finalizzate all'abbattimento liste d'attesa etc.) assegnati quali target annuali o di mandato della Direzione Strategica o, ancora, nelle fattispecie previste dai CCNNLL delle tre aree della dipendenza.

A tal fine:

1. le assunzioni avverranno mediante concorsi, concorsi unici, avvisi a tempo determinato o altre forme previste dalla normativa vigente. Nei casi consentiti, si farà ricorso allo scorrimento di graduatorie di altre Aziende ed Enti del SSR, della Regione o di altre Pubbliche Amministrazioni;
2. nel PTFP, le assunzioni previste per il 2026 sono considerate aggiuntive rispetto al personale in servizio al 31 dicembre 2025, fermo restando il rispetto dei limiti massimi della dotazione organica autorizzata o variata con il PTFP 2026/2028 e comunque nell'osservanza del limite complessivo della spesa del personale assegnato all'Asl con DGR 673/2025.

Analogamente, per quanto concerne la dirigenza del ruolo PTA, il PTFP specificamente per il 2026 conferma la necessità del potenziamento delle figure dirigenziali e del restante personale del Comparto. A tal proposito l'Azienda, allo scopo di velocizzare al massimo il reperimento di risorse umane del ruolo tecnico e amministrativo e tenuto conto dei costi di indizione di nuove procedure e dei tempi necessariamente lunghi di espletamento degli stessi, riserva di impiegare a copertura del fabbisogno anche le graduatorie di concorsi e procedure –all'oggi in corso di svolgimento- che riverranno al termine delle rispettive selezioni, nonché ove indisponibili, graduatorie di altri PP.AA.

3.2.2 Le stabilizzazioni

La Legge di bilancio 2022 (L. 30 dicembre 2021, n. 234) ha introdotto importanti novità in materia di stabilizzazione del personale precario reclutato nel corso dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. In particolare, l'art. 1, comma 268, lett. b) ha previsto, al fine di rafforzare in modo strutturale i servizi sanitari regionali, contribuire al recupero delle liste d'attesa e valorizzare la professionalità del personale che ha prestato servizio durante la fase emergenziale, la possibilità per le Aziende del SSN di procedere, nei limiti di spesa consentiti, alla stabilizzazione del personale sanitario e socio-sanitario impiegato durante l'emergenza.

In considerazione della prosecuzione della possibilità di procedere alle stabilizzazioni anche per l'anno 2025, e in coerenza con gli indirizzi regionali, l'ASM ha adottato la deliberazione n. 232 del 12 marzo 2024, con la quale è stato indetto un Avviso pubblico di ricognizione (c.d. II^a stabilizzazione COVID) rivolto al personale di tutti i profili, sia del comparto sia della dirigenza, compresi gli operatori socio-sanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa.

Qualora la possibilità di stabilizzazione ex comma 268 venisse confermata anche per il 2026, l'Azienda procederà alla preliminare immissione in ruolo del personale eventualmente collocato nelle relative graduatorie, nel rispetto del limite del 50% dell'accesso dall'esterno e delle ulteriori tipologie di stabilizzazione previste dalla normativa vigente (art. 3, comma 2, del D.L. 25/2025; art. 20 del D.Lgs. 75/2017; art. 30 del D.Lgs. 165/2001, come modificato).

Tale impostazione consente di coniugare l'obiettivo di rafforzare gli organici in modo stabile, valorizzando le professionalità formatesi durante la fase emergenziale, con il necessario rispetto dei vincoli finanziari e delle direttive regionali che saranno emanate per l'annualità 2026.

3.2.3 La mobilità interaziendale

Per effetto della Legge n. 2 del 2017 di riordino del sistema sanitario regionale, e in particolare dell'attribuzione all'ASP del Dipartimento 118, l'ASM ha trasferito all'ASP i contratti di lavoro dei medici, degli infermieri e degli autisti precedentemente assegnati al 118 Aziendale.

A seguito della sopravvenuta inidoneità alla mansione di n. 10 infermieri e n. 5 autisti, i quali non possono più essere impiegati nelle funzioni specifiche del 118, le due Aziende hanno concordato di reinserire nei propri organici ASM il suddetto personale, affinché possa essere adibito a compiti pertinenti, diversi da quelli del servizio 118.

3.2.4 Attuazione DM 77/2022 - DGR 948/2022

Nel rispetto delle indicazioni regionali e delle relative risorse assegnate dalla Regione Basilicata, l'Azienda, come da piano assunzionale approvato dalla Giunta Regionale con finanziamento ad hoc a valere su risorse distinte da quelle per il fabbisogno assunzionale ordinario, darà progressiva attuazione ai piani di acquisizione delle risorse umane specificamente previste.

3.3 L'assetto organizzativo

L'assetto organizzativo dell'ASM di Matera è strutturato per garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dei principi di efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

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

- Il modello organizzativo adottato dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera si ispira ai seguenti principi:
- separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;
- adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali;
- assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso;

L'articolazione di base dell'Azienda è improntata su un assetto organizzativo che è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, attraverso le strutture organizzative in cui si articolano i Dipartimenti di Prevenzione;
- assistenza distrettuale, attraverso le strutture organizzative in cui si articolano i tre distretti aziendali;

- assistenza ospedaliera, attraverso le strutture organizzative in cui si articola il Presidio Ospedaliero per Acuti dell'ASM (P.O. Matera e P.O. Policoro) ed i tre Presidi Territoriali.

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macro-livelli:

- la direzione strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche;
- la tecnostruttura a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo decisionale ed al processo produttivo;
- il management con il compito di fungere da collegamento tra direzione generale e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni territoriali ed organizzative dell'Azienda previste dalla L.R. 39/2001 e s.m.i., ossia con i Direttori di Presidio, di Distretto e di Dipartimento;
- il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali.

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

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.).

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

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

Al loro interno, le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità corrispondenti agli incarichi dirigenziali di tipo professionale.

Tale graduazione degli incarichi dirigenziali è definita con appositi e separati atti. A tal riguardo, con deliberazione n. 24 del 13/01/2026, l'Azienda ha provveduto a formalizzare la graduazione degli incarichi dirigenziali dell'Area Sanitaria.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati con delibera n. 777 del 31/8/2020 e s.m.i. per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

Con deliberazione n. 102 del 26/01/2026 l'ASM ha recepito la DGR n. 799/2025 con cui la Regione Basilicata ha approvato il nuovo Aziendale di quest'Azienda, adottato dalla stessa con deliberazione n. 760/2025 così come modificata ed integrata dalla deliberazione n. 893/2025.

Il nuovo Atto non è solo un atto burocratico, ma rappresenta la nuova visione strategica della Sanità della Provincia di Matera. Il nuovo Atto Aziendale nasce da una volontà precisa: avviare una fase di potenziamento generale e, al contempo, di profonda riqualificazione di tutte le attività.

Il documento si fonda su tre pilastri programmatici fondamentali:

1. Attuazione del nuovo modello di Assistenza Territoriale previsto dal DM 77 - PNRR
2. Rilancio delle attività ospedaliere
3. Efficientamento e razionalizzazione organizzativa

In merito all'attuazione del Modello di Assistenza Territoriale (DM 77 - PNRR), l'Azienda recepisce pienamente le direttive del Decreto Ministeriale 77/2022 e le linee guida del PNRR, ridisegnando la rete dei servizi territoriali. L'obiettivo è garantire una sanità di prossimità, più integrata e accessibile, che metta al centro la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Nello specifico, nel nuovo Atto Aziendale si realizza:

1. Adeguamento funzionale al DM 77/2022, attraverso la previsione del nuovo assetto funzionale dell'assistenza territoriale, costituito, tra l'altro, dall'implementazione di
 - a. 6 Case della Comunità, di cui 3 hub (Irsina, Montescaglioso, Montalbano) e 3 spoke (Garaguso, Ferrandina, Tursi),

- b. 2 Ospedali di Comunità (Stigliano e Tinchi),
 - c. COT (Centrale Operativa Territoriale),
 - d. Infermiere di Famiglia,
 - e. UCA (Unità di Continuità Assistenziale)
2. Adeguamento strutturale al DM 77/2022, attraverso la riqualificazione di strutture esistenti ed implementazione di nuove strutture, tra cui:
- a. riconversione in struttura complessa dell'adi
 - b. riconversione in struttura complessa della farmaceutica territoriale
 - c. istituzione struttura complessa cure primarie
 - d. istituzione struttura complessa infanzia, adolescenza e famiglia (ex consultori)
 - e. istituzione struttura complessa dell'assistenza socio sanitaria in staff alla direzione sanitaria

In merito Rilancio delle Attività Ospedaliere, il nuovo assetto prevede un significativo rafforzamento dell'area ospedaliera attraverso l'implementazione di nuovi dipartimenti e nuove Strutture Complesse. Tale scelta mira a elevare la qualità delle prestazioni specialistiche e a consolidare il ruolo dell'Azienda come polo di eccellenza clinica. Le novità più importanti sono:

- a. istituzione del dipartimento cardiologico
- b. sdoppiamento del dipartimento dei servizi diagnostici in due dipartimenti separati della diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini
- c. riconversione da struttura semplice dipartimentale a struttura complessa dell'oncologia medica
- d. riconversione da struttura semplice dipartimentale a struttura complessa del laboratorio regionale di genetica medica
- e. riconversione da struttura semplice dipartimentale a struttura complessa dell'ostetricia e ginecologia del P.O. di Policoro
- f. riconversione da struttura semplice dipartimentale a struttura complessa della cardiologia del P.O. di Policoro
- g. riconversione da struttura semplice dipartimentale a struttura complessa della direzione medica di presidio del P.O. di Policoro

Con riferimento all'efficientamento e razionalizzazione organizzativa, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e sostenibilità economica, l'Atto prevede una profonda azione di riordino. Nello specifico, si è proceduto alla riconversione delle Strutture Semplici Dipartimentali in Strutture Semplici afferenti a Strutture Complesse. Questa trasformazione, applicata a tutte le unità operative il cui inquadramento organizzativo risultava più appropriato all'interno di una struttura sovraordinata, consente una significativa riduzione dei costi di gestione senza pregiudicare l'operatività dei servizi.

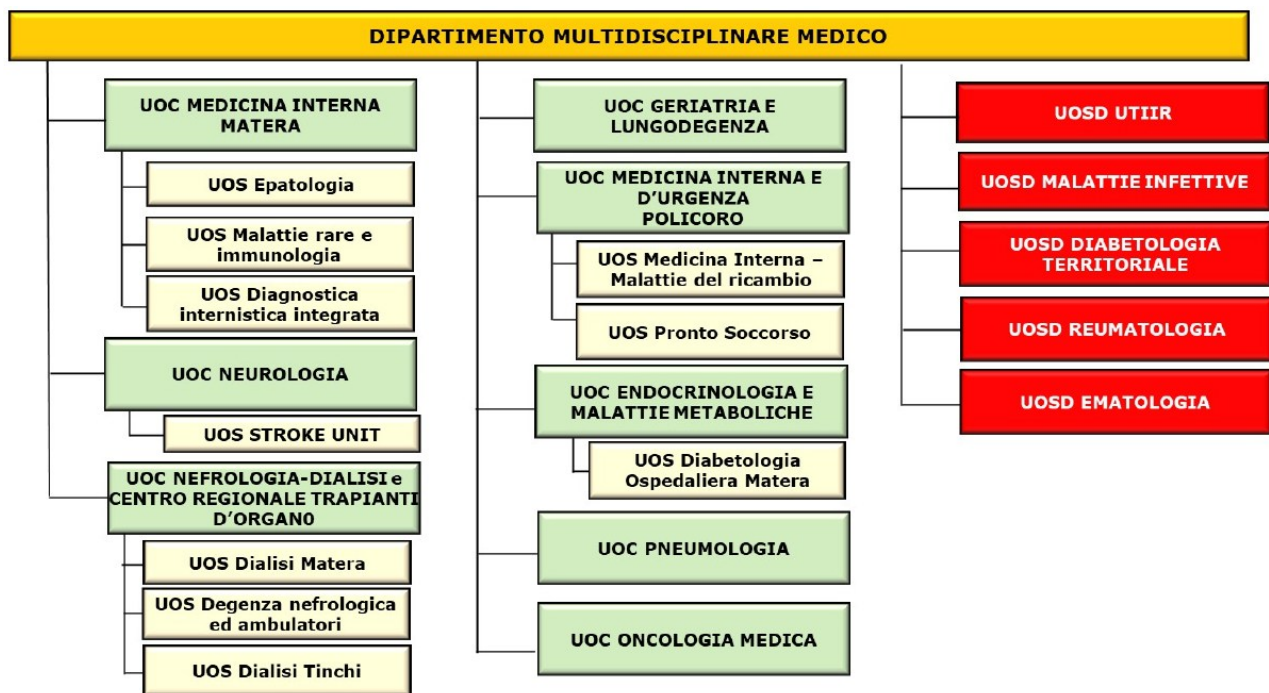
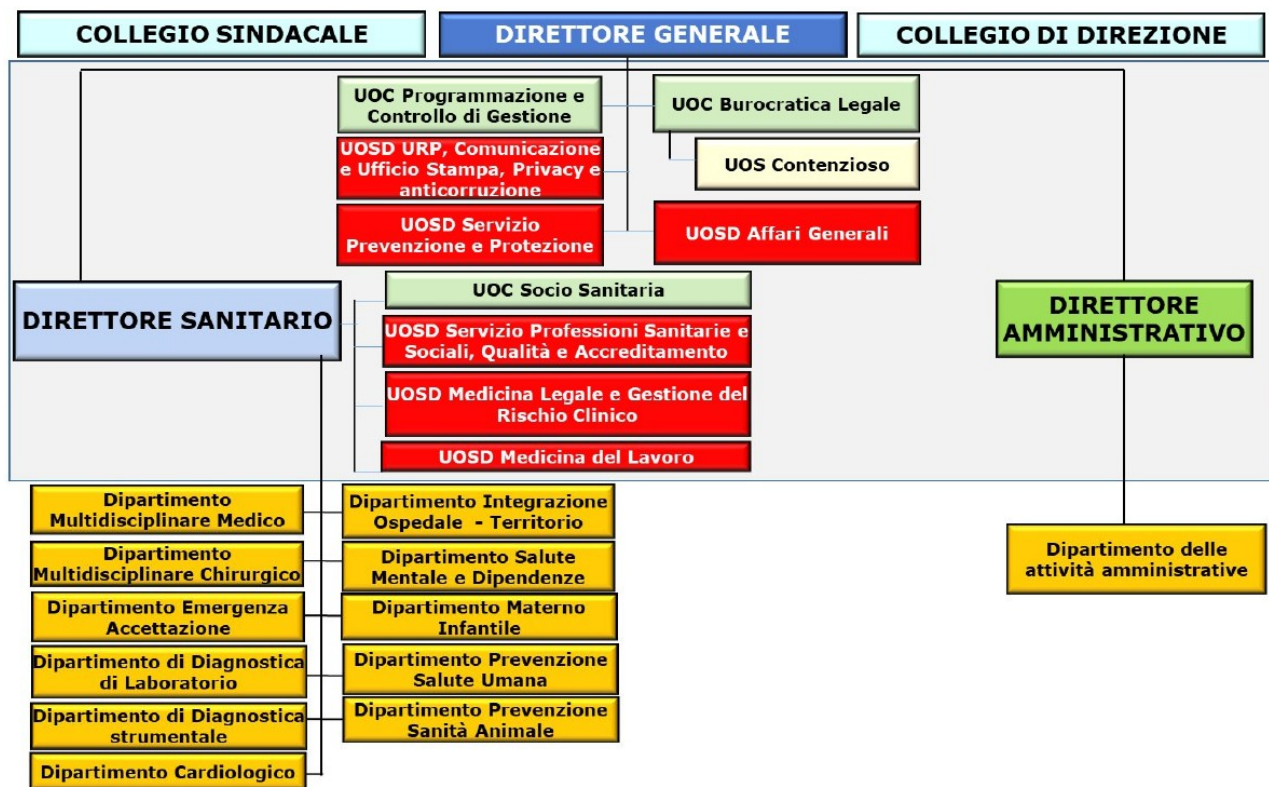
Nello specifico si è passati da 61 a 31 UOSD e da 10 a 57 UOS.

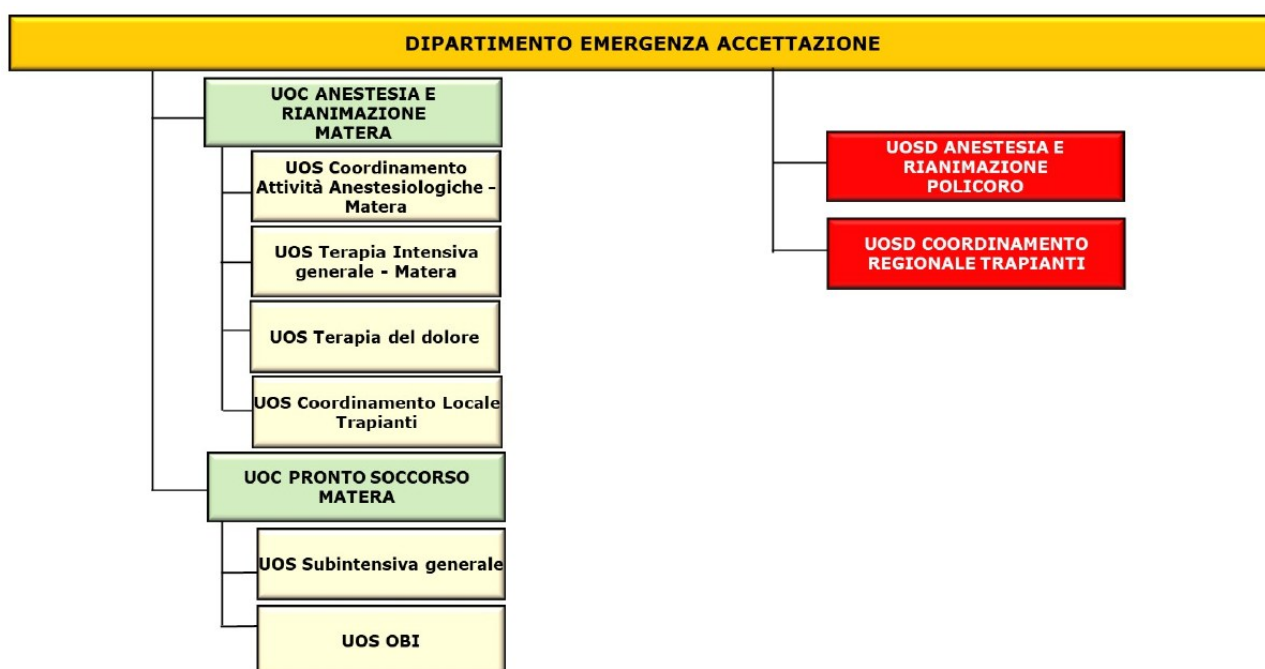
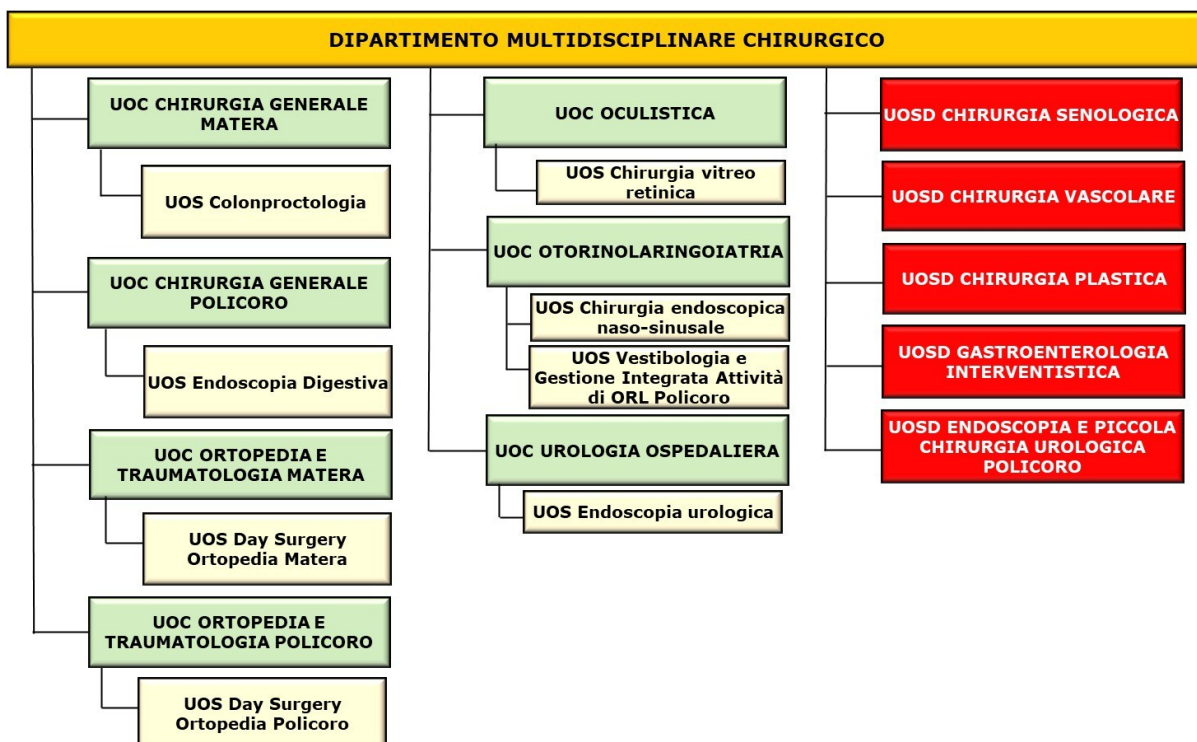
In questo percorso di crescita, è stata dedicata un'attenzione prioritaria anche alla Prevenzione, nella convinzione che la salute si tuteli prima di tutto intercettando precocemente la malattia: per questo, il nuovo Atto istituisce una Unità Operativa Semplice dedicata esclusivamente agli Screening. È un segnale chiaro: la prevenzione non è più un'attività collaterale, ma un asse portante della nostra programmazione.

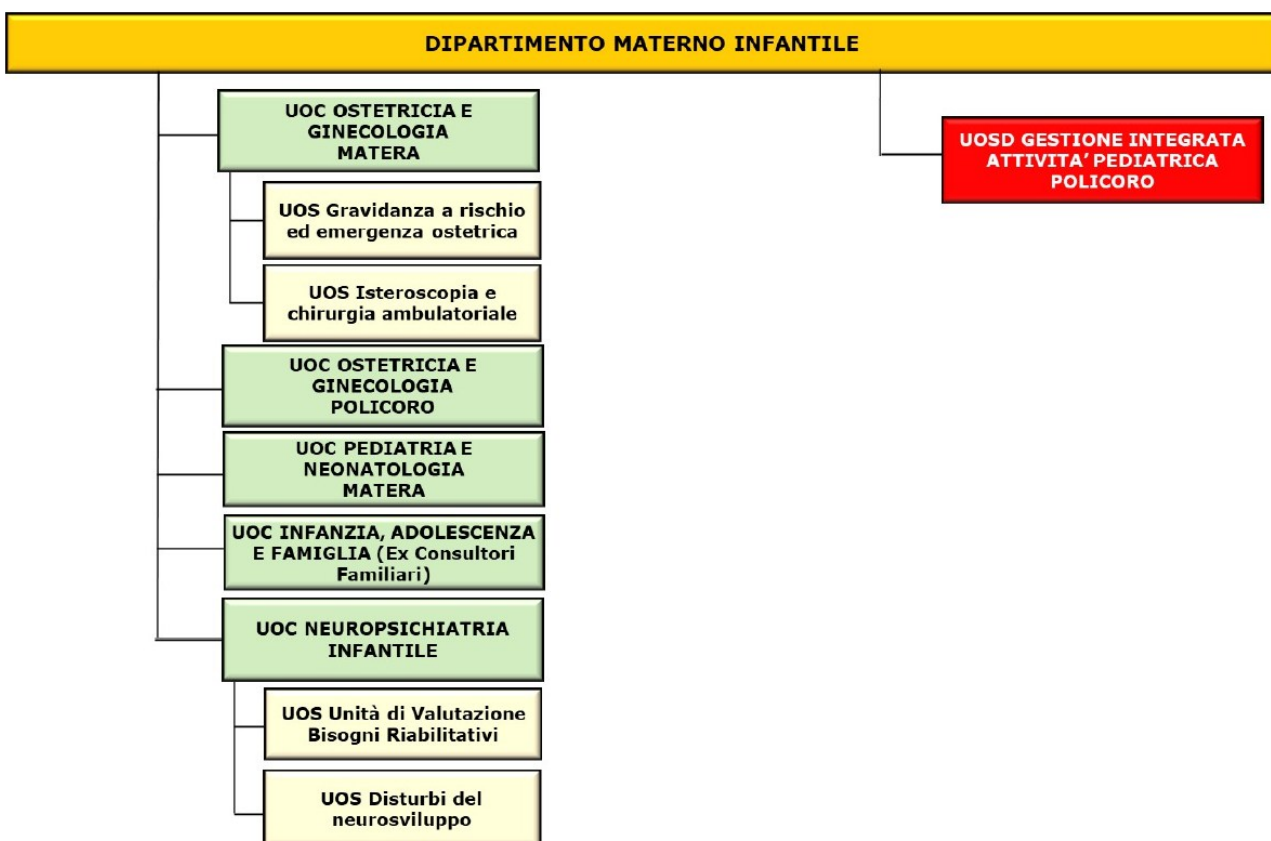
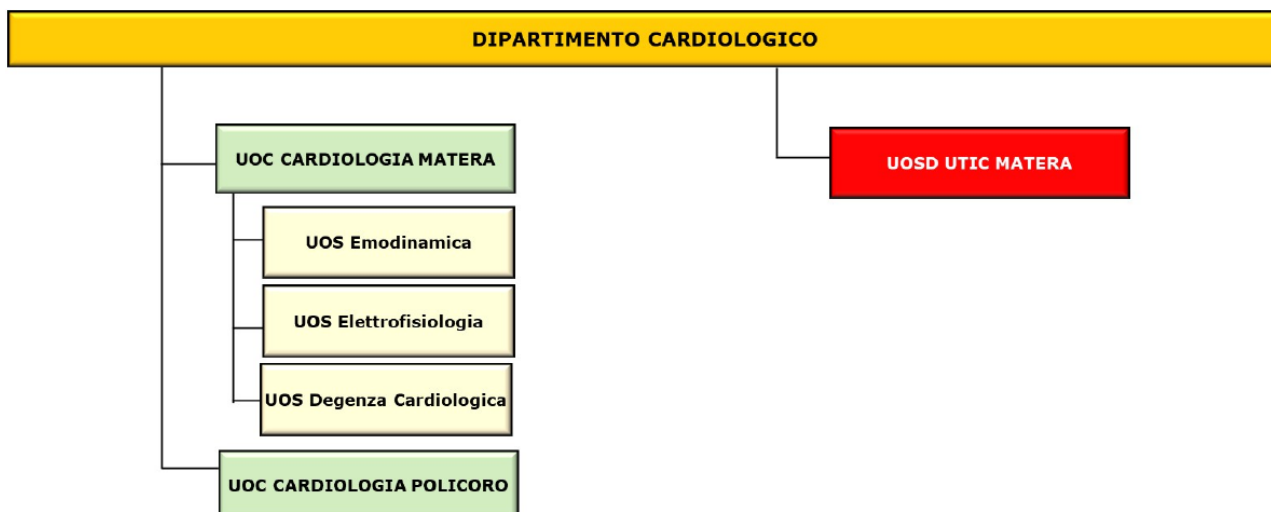
Il potenziamento non riguarda solo l'area sanitaria, ma coinvolge profondamente anche l'assetto amministrativo e di staff, in cui è stata operata una profonda riqualificazione dei servizi di supporto attraverso la previsione di nuove Strutture Semplici all'interno delle Strutture Complesse amministrative. Questo nuovo inquadramento punta a valorizzare le professionalità interne e a rendere i processi decisionali più fluidi, rapidi e competenti.

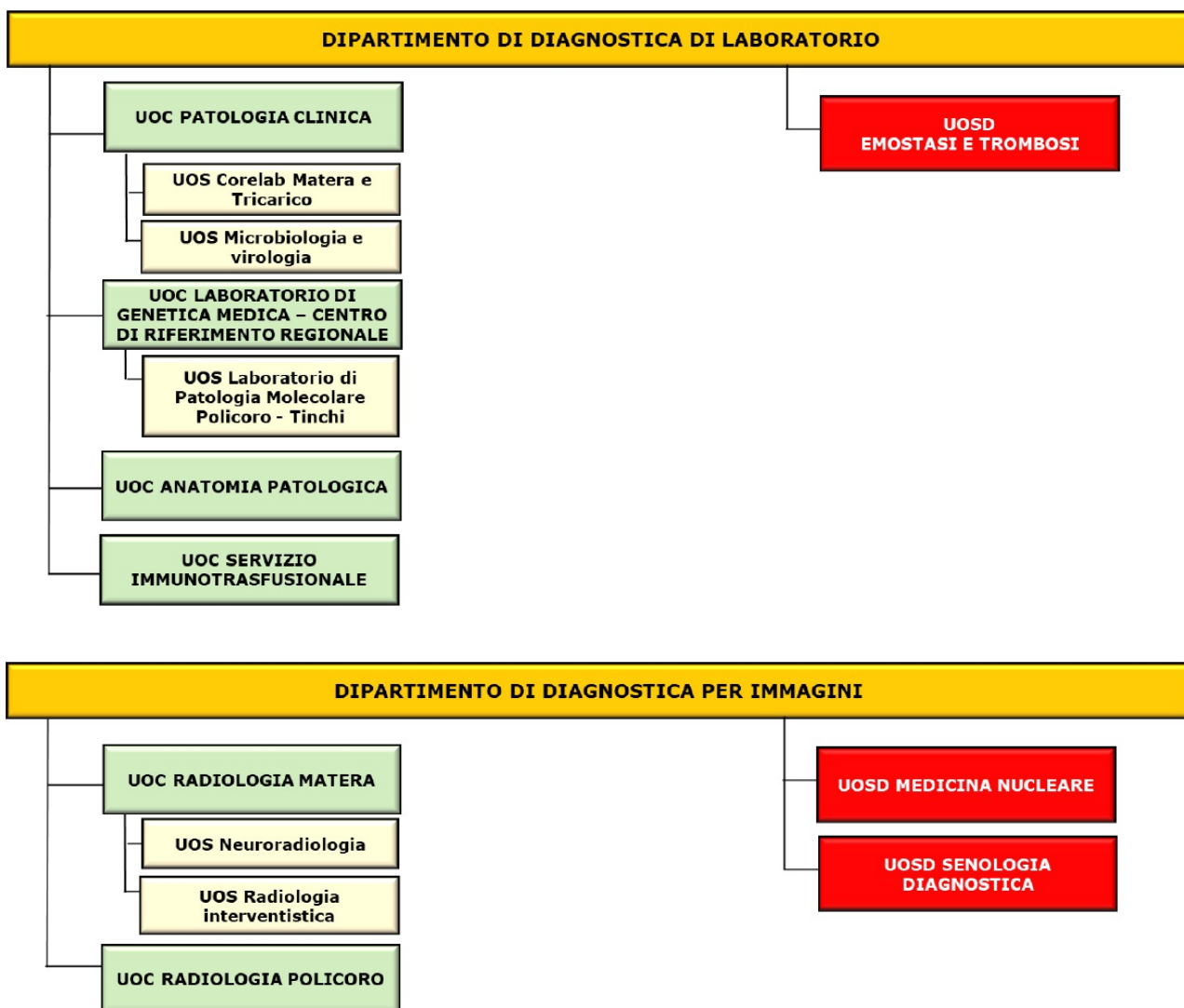
Il nuovo Atto Aziendale che sarà implementato nel 2026, ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale. Si riporta di seguito l'articolazione organizzativa (ORGANIGRAMMA) dell'ASM prevista dall'Atto Aziendale con l'indicazione, successivamente, dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse (U.O.C.), delle Strutture Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.) e delle Strutture Semplici (U.O.S.) incardinate presso le Strutture Complesse.

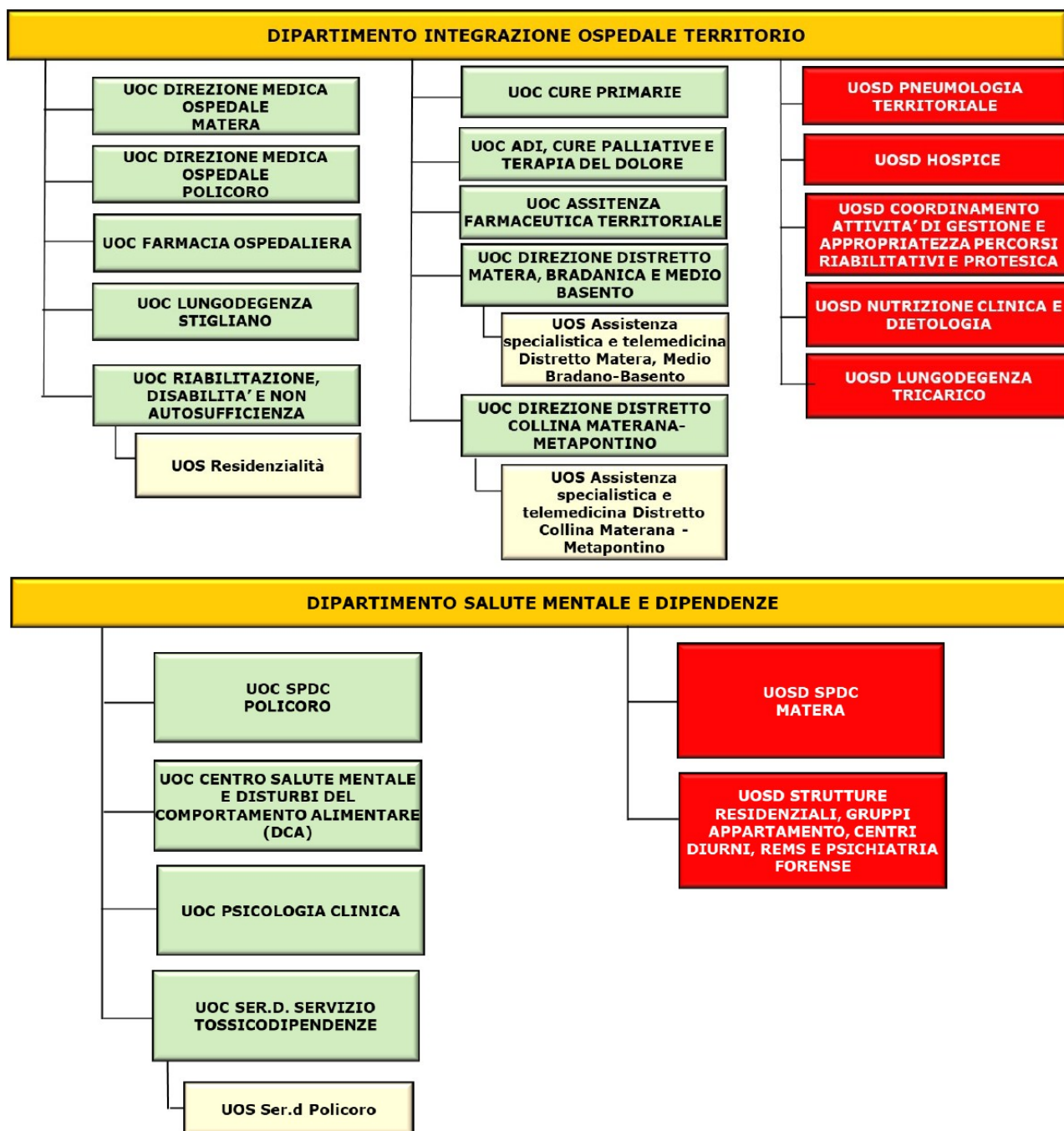
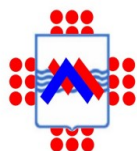
3.3.1 Organigramma aziendale attuale vigente fino a nuovo Atto Aziendale

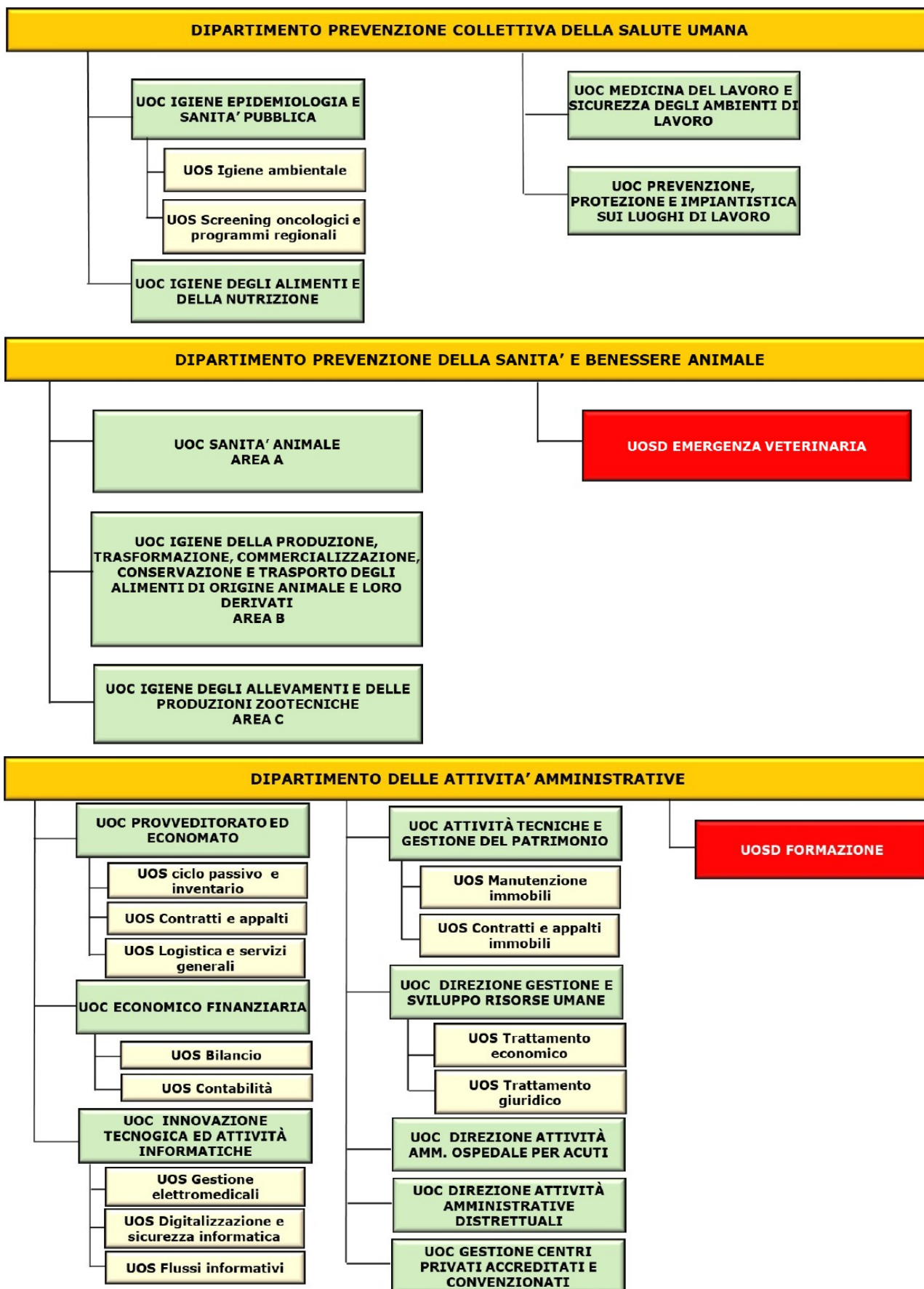
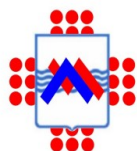












3.4 Piano della Formazione

Il Piano della Formazione è uno degli strumenti aziendali dedicati alle politiche per lo sviluppo del personale che prevede specifiche attività necessarie a sostenere ed accrescere la professionalità e le competenze chiave dei professionisti.

Il rafforzamento delle competenze del personale pubblico costituisce uno dei principali strumenti per promuovere e implementare i processi di innovazione delle PA, rafforzare le competenze individuali dei singoli, in linea con gli standard europei e internazionali, e potenziare strutturalmente le amministrazioni pubbliche per innalzare l'efficienza e migliorare la qualità dei servizi erogati ai cittadini.

In tale direzione l'Azienda pone la formazione al centro dei propri processi di pianificazione e programmazione: tale attività deve essere necessariamente coordinata con i propri obiettivi programmatici e strategici di performance e deve trovare una piena integrazione nel ciclo della performance e con le politiche di reclutamento, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane, nella convinzione di quanto l'investimento sul capitale umano sia centrale per cogliere le sfide della transizione digitale e della sostenibilità ambientale.

La formazione e l'aggiornamento delle competenze rappresentano per l'ASM un'opportunità irrinunciabile per la motivazione e la valorizzazione delle professionalità che vi operano, necessaria alla promozione dello sviluppo e della crescita dell'Azienda nel suo complesso e a livello individuale di singoli dipendenti.

L'attenzione dell'Azienda alla risorsa umana come capitale discende dalla consapevolezza di quanto la qualità dell'assistenza sia connessa alla competenza, alla responsabilità e alle capacità delle persone di cooperare e di relazionarsi con coloro che richiedono servizi e prestazioni sanitarie.

In tale ottica, attraverso il Piano della Formazione la ASM intende prestare sempre maggiore attenzione alla gestione e allo sviluppo delle conoscenze e delle competenze al fine di consolidare, rafforzare e migliorare le competenze interne necessarie ad innalzare le performance e gli standard qualitativi erogati e a favorire il trasferimento e lo sviluppo di conoscenze e di buone pratiche ai propri professionisti.

La formazione diviene essenziale per garantire tale processo di sviluppo in un contesto in cui adeguate competenze professionali e relazionali saranno le leve dello sviluppo di un'organizzazione che possa garantire prestazioni efficienti ed appropriate.

3.4.1 Attività ECM

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è accreditata come Provider ECM Regionale presso la Regione Basilicata, con ID n. 3

Il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) è un sistema che comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da provider autorizzati a livello nazionale o regionale con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori in sanità.

Il sistema ECM è lo strumento per garantire la formazione continua finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e a supportare i comportamenti dei professionisti sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale in favore dei cittadini.

Destinatari della Formazione Continua devono essere tutti i professionisti sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva.

In altre parole, l'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile.

Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della Sanità. L'avvio del Programma nazionale di Educazione Continua in Medicina nel 2002, in base al D. Lgs. 502/1992 integrato dal D. Lgs. 229/1999, che avevano istituito l'obbligo

della formazione continua per i professionisti della Sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della Sanità stessa.

La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato, il 2 febbraio 2017, il nuovo accordo sull'ECM dal titolo "La formazione continua nel settore salute", risultato del lavoro effettuato dalla Commissione nazionale per la formazione continua con tutti gli attori del sistema. Il nuovo testo, composto di 98 articoli, raccoglie e rende organiche le regole contenute nei precedenti accordi in materia di formazione continua, puntando ad elevare il livello di qualità della formazione erogata e a migliorare le performance del SSN, con l'intento di favorire una costante crescita culturale e professionale di ogni risorsa impegnata nel sistema salute.

Nello specifico, tra le novità introdotte dal suddetto accordo, oltre ai nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti alla formazione ECM ed alla definizione del numero di crediti che costituiscono i nuovi obblighi formativi per tutti gli operatori del sistema, sono state individuate le possibili modalità di formazione, così come di seguito riportate:

- 1.formazione residenziale classica (res);
- 2.convegni, congressi, simposi e conferenze (res);
- 3.videoconferenza (res);
- 4.training individualizzato (fsc);
- 5.gruppi di miglioramento (fsc);
- 6.attività di ricerca (fsc);
- 7.fad con strumenti informatici / cartacei (fad);
- 8.e-learning (fad);
- 9.fad sincrona (fad);
- 10.formazione blended;
- 11.docenza, tutoring e altro.

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti. Va sottolineato, tuttavia, che in alcune circostanze, e soprattutto nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di training, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAD e, per questo, si usa il termine blended (sistema "misto").

In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna tipologia formativa.

In merito al dossier formativo ECM degli operatori sanitari dell'ASM, allo stato attuale, esso viene desunto attraverso il software gestionale ECM in dotazione presso l'UOSD Formazione. Dal suddetto gestionale, tra l'altro, è possibile estrapolare lo "storico formativo ECM" di ciascun dipendente del ruolo sanitario, con riferimento ai corsi organizzati e gestiti dall'ASM nella sua qualità di Provider Regionale ECM e con possibilità di tracciare i relativi percorsi formativi individuali, a ritroso fino al 2014.

Resta in capo ad ogni singolo operatore sanitario l'onere di registrarsi con proprie credenziali sul sito del Cogeaps (banca dati dell'Agenas), al fine di riscontrare il proprio storico formativo complessivo.

Obiettivi formativi

Gli obiettivi formativi di cui al fabbisogno formativo relativo agli operatori sanitari sono riconducibili ad almeno una delle seguenti macroaree: previste nell'Accordo Stato-Regioni del 2.2.2017 con cui è stato approvato il documento "La formazione continua nel settore Salute", unitamente all'allegato "criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM":

- obiettivi tecnico-professionali:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, ossia medico-specialistiche e delle diverse professioni sanitarie.

- obiettivi di processo:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli

specifici processi di produzione delle attività sanitarie, quali le competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni, con i cittadini e con gruppi di lavoro.

- obiettivi di sistema:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari.

3.4.1.1 Attività formative aziendali ECM realizzate nel 2025

Di seguito si espongono i dati degli eventi formativi ECM svolti nel 2025:

NR.	PROGR.	ID Rif.	TITOLO DEL CORSO	EDIZIONI		DATA INIZIO	DATA FINE	DISCENTI	CREDITI ECM	ORE DI FORMAZ.
				Accreditate	Eseguite					
1	1	3-561	ESAME DI CASI CLINICI MEDICINA INTERNA MATERA - MEDICINA TERRITORIALE	1	1	01/03/2025	01/03/2025	29	4,3	4
2	2	3-562	AUTISMO ADULTI - NUOVE PROSPETTIVE. IL RUOLO DELLA ASM	1	1	10/03/2025	10/03/2025	80	40	4
3	3	3-566	UPDATE CELIACHIA	1	1	17/05/2025	17/05/2025	29	3	3
4	4	3-567	DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE MENTALE: IL RUOLO DELLA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE	1	1	20/06/2025	20/06/2025	73	4	4
5	5	3-569	LE VERTIGINI NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA. DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA	1	1	06/09/2025	06/09/2025	77	8	8
6	6	3-568	L'OTORINOLARINGOIATRIA OSPEDALIERA NEL TERRITORIO: ORGANIZZAZIONE, POTENZIALITÀ, SINERGIE	1	1	13/09/2025	13/09/2025	54	4	4
7	7	3-571	PROGETTO VIPROM. TRAINING SULLA VIOLENZA DOMESTICA	1	1	25/09/2025	26/09/2025	23	8,3	8
8	8	3-572	SALUTE MENTALE IN BASILICATA. SFIDE E PROSPETTIVE FUTURE	1	1	03/10/2025	03/10/2025	98	4	4
9	9	3-573	LO SVILUPPO TIPICO ED ATIPICO. SORVEGLIANZA DEL NEUROSVILUPPO NEI PRIMI TRE ANNI DI VITA	1	1	04/10/2025	04/10/2025	34	4	4
10	10	3-574	IL PROGETTO NIDA. DALLA RICERCA NAZIONALE AI PERCORSI IN BASILICATA	1	1	18/10/2025	18/10/2025	24	4,3	4
11	11	3-576	LA CARTELLA INFORMATIZZATA	1	1	19/11/2025	19/11/2025	20	4	4
TOTALE PARTECIPANTI								541		

Progetto Syllabus

L'Azienda nel 2023 ha aderito al progetto *Syllabus* realizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nell'ambito del programma *“Competenze digitali per la PA”* allo scopo di promuovere lo sviluppo e il consolidamento delle competenze digitali comuni a tutti i dipendenti pubblici.

Tale modello prevede la definizione di un set di competenze minime richieste a ciascun dipendente pubblico, utilizzato come modello di riferimento per l'autovalutazione individuale e la fruizione di formazione mirata sui gap di competenze.

Al dipendente viene rilasciato un 'open badge' che riporta i corsi frequentati e i test superati; i dati complessivi saranno registrati in un 'fascicolo delle competenze', parte integrante del 'fascicolo del dipendente'.

Percorsi Syllabus 2025

Competenze digitali per la PA						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Gestire dati, informazioni e contenuti digitali	2298	624 (27.15%)	80 (3.48%)	53 (2.31%)	0 (0%)
Apri dettagli	Produrre, valutare e gestire documenti Informatici	2298	624 (27.15%)	26 (1.13%)	30 (1.31%)	0 (0%)
Apri dettagli	Conoscere gli Open Data	2298	624 (27.15%)	22 (0.96%)	22 (0.96%)	0 (0%)
Apri dettagli	Comunicare e condividere all'interno dell'amministrazione	2298	624 (27.15%)	15 (0.65%)	27 (1.17%)	0 (0%)
Apri dettagli	Comunicare e condividere con cittadini, imprese ed altre PA	2298	624 (27.15%)	20 (0.87%)	21 (0.91%)	0 (0%)
Apri dettagli	Proteggere i dispositivi	2298	624 (27.15%)	31 (1.35%)	32 (1.39%)	0 (0%)
Apri dettagli	Proteggere i dati personali e la privacy	2298	624 (27.15%)	16 (0.70%)	32 (1.39%)	0 (0%)
Apri dettagli	Conoscere l'identità digitale	2298	624 (27.15%)	20 (0.87%)	22 (0.96%)	0 (0%)
Apri dettagli	Erogare servizi on-line	2298	624 (27.15%)	18 (0.78%)	20 (0.87%)	0 (0%)
Apri dettagli	Conoscere gli obiettivi della trasformazione digitale	2298	624 (27.15%)	16 (0.70%)	20 (0.87%)	0 (0%)
Apri dettagli	Conoscere le tecnologie emergenti per la trasformazione digitale	2298	624 (27.15%)	14 (0.61%)	22 (0.96%)	0 (0%)
	Totale			278	301	0
Transizione ecologica						
La trasformazione sostenibile per gli Enti territoriali						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Conoscere il ruolo degli Enti territoriali per la trasformazione sostenibile	2298	624 (27.15%)	23 (1.00%)	7 (0.30%)	0 (0%)
	Totale			23	7	0
Transizione ecologica						
La trasformazione sostenibile per la Pubblica Amministrazione						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Conoscere il ruolo della Pubblica Amministrazione per la trasformazione sostenibile	2298	624 (27.15%)	13 (0.57%)	6 (0.26%)	0 (0%)
	Totale			13	6	0
Transizione amministrativa						
Il nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 36/2023)						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Conoscere i principi, la disciplina, le fasi e i soggetti delle procedure di affidamento dei contratti pubblici sulla base del nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 36/2023)	2298	624 (27.15%)	36 (1.57%)	3 (0.13%)	0 (0%)
	Totale			36	3	0
Transizione digitale						
Cybersecurity: sviluppare la consapevolezza nella PA						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Consapevolezza della Cybersecurity	2298	624 (27.15%)	8 (0.35%)	22 (0.96%)	0 (0%)
	Totale			8	22	0
Transizione amministrativa						
Pratiche digitali di partecipazione per il governo aperto						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Conoscere gli elementi essenziali di progettazione e promozione di iniziative di partecipazione pubblica	2298	624 (27.15%)	3 (0.13%)	4 (0.17%)	0 (0%)
	Totale			3	4	0
Transizione amministrativa						
Accountability per il governo aperto						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Conoscere il principio di trasparenza, la pratica della condivisione delle informazioni e le modalità di attuazione di iniziative di accountability nella Pubblica Amministrazione italiana	2298	624 (27.15%)	8 (0.35%)	11 (0.48%)	0 (0%)
	Totale			8	11	0
Transizione digitale						
Qualità dei servizi digitali per il governo aperto						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Conoscere gli elementi essenziali per la progettazione, realizzazione e valutazione dei servizi digitali	2298	624 (27.15%)	14 (0.61%)	7 (0.30%)	0 (0%)
	Totale			14	7	0
Principi e valori della PA						
La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Conoscere le strategie per promuovere la trasparenza e combattere la corruzione	2298	624 (27.15%)	36 (1.57%)	34 (1.48%)	0 (0%)
	Totale			36	34	0
Principi e valori della PA						
La cultura del rispetto						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Accrescere la cultura del rispetto della persona e la valorizzazione delle diversità di genere, di ruolo e di professione	2298	624 (27.15%)	13 (0.57%)	13 (0.57%)	0 (0%)
	Totale			13	13	0
Transizione ecologica						
La gestione degli appalti verdi per una Pubblica Amministrazione sostenibile						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Saper orientare la domanda di beni, servizi e lavori della PA	2298	624 (27.15%)	2 (0.09%)	2 (0.09%)	0 (0%)
	Totale				2	0
Transizione amministrativa						
Lavoro agile e PA: innovare i modelli organizzativi per migliorare performance e qualità dei servizi						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Conoscere il lavoro agile e la sua importanza come	2298	624 (27.15%)	3 (0.13%)	1 (0.04%)	0 (0%)
	Totale				3	0
Transizione digitale						
BIM e gestione informativa digitale delle costruzioni all'interno del nuovo codice dei contratti pubblici						
Apri dettagli	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
	Comprendere la gestione informativa digitale del p	2298	624 (27.15%)	2 (0.09%)	2 (0.09%)	0 (0%)
	Totale			2	2	0

Transizione digitale						
BIM e gestione informativa digitale delle costruzioni all'interno del nuovo codice dei contratti pubblici						
	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
Apri dettagli	Comprendere la gestione informativa digitale del p	2298	624 (27.15%)	2 (0.09%)	2 (0.09%)	0 (0%)
	Totale			2	2	0
Transizione amministrativa						
Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti						
	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
Apri dettagli	Saper pianificare e gestire la formazione per valor	2298	624 (27.15%)	7 (0.30%)	4 (0.17%)	0 (0%)
	Totale			7	4	0
Transizione digitale						
Adottare l'Intelligenza Artificiale nella PA						
	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
Apri dettagli	Comprendere l'Intelligenza Artificiale e il suo pote	2298	624 (27.15%)	6 (0.26%)	4 (0.17%)	0 (0%)
	Totale			6	4	0
Leadership e soft skills						
Performance e Leadership per la PA: metodi e strumenti per la valorizzazione del merito e la creazione di valore pubblico						
	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
Apri dettagli	Saper utilizzare efficacemente metodi e strumenti	2298	624 (27.15%)	2 (0.09%)	4 (0.17%)	0 (0%)
	Totale			2	4	0
Principi e valori della PA						
La difesa dell'integrità pubblica: un pilastro del Governo Aperto						
	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
Apri dettagli	Identificare e prevenire i fenomeni che mettono a rischio l'in	2298	624 (27.15%)	2 (0.09%)	5 (0.22%)	0 (0%)
	Totale			2	5	0
Transizione amministrativa						
Fondamenti di Project Management						
	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
Apri dettagli	Conoscere i fondamenti del Project Management	2298	624 (27.15%)	2 (0.09%)	5 (0.22%)	0 (0%)
	Totale			2	5	0
Principi e valori della PA						
In prima linea contro ogni discriminazione						
	Competenza	Abilitati	Registrati	Percorsi iniziati	Percorsi conclusi	Percorsi scaduti
Apri dettagli	Conoscere il ruolo dei Comitati Unici di Gar	2298	624 (27.15%)	1 (0.04%)	3 (0.13%)	0 (0%)
	Totale			1	3	0

Valore PA

L'ASM promuove l'adesione all'iniziativa formativa "Valore PA", assicurando ai propri dipendenti la possibilità di partecipare ad attività formativa finanziata dall'INPS mediante una procedura di selezione dei corsi universitari proposti da atenei italiani aderenti ai bisogni formativi del proprio personale.

La formazione "Valore PA" ha l'obiettivo di generare un "valore" per il sistema ed ha ad oggetto ambiti definiti in base ai bisogni formativi espressi dall'amministrazione.

Il modello formativo punta a:

- rafforzare la rete tra le pubbliche amministrazioni con centri multi-stakeholder nell'erogazione di servizi di welfare, capaci di impiegare al meglio le risorse finanziarie e organizzative;
- semplificare le modalità di accesso alle prestazioni;
- applicare criteri di equità e trasparenza.

Le iniziative formative sono di complessità media (primo livello), svolte con lezioni in presenza, e di alta formazione (secondo livello), che prevede lezioni in presenza o corsi realizzati con la metodologia *learning by doing*. In quest'ultimo caso, l'alta formazione è realizzata contribuendo alla progettazione di un modello di gestione innovativo di servizi pubblici svolto in collaborazione tra pubbliche amministrazioni.

La didattica applicata attraverso attività di progetto sul campo e prove pratiche di verifica ha l'obiettivo di sviluppare conoscenze, comportamenti professionali e capacità di utilizzo degli strumenti.

I partecipanti al corso possono formulare, prima dell'inizio del corso e con le modalità indicate dall'Ateneo, quesiti sugli argomenti trattati che saranno poi oggetto di approfondimento durante il percorso formativo. Inoltre i docenti assicurano ai partecipanti consulenza e risposte agli eventuali quesiti sui temi affrontati, affiancandoli costantemente nel percorso formativo.

Di seguito si indicano i percorsi formativi di Valore PA svolti dall'Università degli Studi di Basilicata nel corso del 2025:

1. Buone pratiche nello sviluppo e nella gestione delle relazioni a distanza durante l'uso di strumenti digitali di condivisione e di lavoro a distanza (3 partecipanti)

2. Archiviazione e gestione dei documenti digitali in rete nello sviluppo delle banche dati su internet (3 partecipanti)
3. Bisogni e prospettive nella realizzazione della transizione digitale nella P.A. attraverso il PNRR (4 partecipanti)
4. Il PIAO. Strumento di gestione manageriale della P.A.: dalla pianificazione strategica alla programmazione integrata per la creazione del Valore Pubblico (5 partecipanti)
5. Governance Pubblica: strumenti di monitoraggio e comunicazione efficace (1 partecipante)
6. Progettazione e gestione dei fondi europei per lo sviluppo sostenibile e la transizione ecologica e digitale (4 partecipanti)

A seguire le attività programmate per il 2026

N. CORSO	CORSI I LIVELLO	AVENTI DIRITTO
1	<i>La transizione digitale nella P.A.: Novità, scadenze e obblighi. Il Pnrr ed il Piano per l'informatica (primo livello)</i>	1
		2
		3
		4
		5
		6
2	<i>Personale, organizzazione e riforma della Pubblica Amministrazione - Pianificazione, misurazione e valutazione della performance (primo livello)</i>	1
		2
		3
		4
		5
		6
3	<i>Lavoro in gruppo e sviluppo delle capacità di comunicare ed utilizzare gli strumenti digitali che favoriscano la condivisione del lavoro anche a distanza - Gestione delle relazioni e dei conflitti (primo livello)</i>	1
		2
		3
		4
		5
		6
N. CORSO	CORSI II LIVELLO TIPO A	AVENTI DIRITTO
4	<i>Produzione, gestione e conservazione dei documenti digitali e/o digitalizzati - sviluppo delle banche dati di interesse nazionale - sistemi di autenticazione in rete - Big data management (secondo livello - A)</i>	1
		2
		3
		4
		5
		6
5	<i>Intelligenza artificiale: Come funziona, perché interessa, come si può utilizzare. I sistemi di intelligenza artificiale per la cyber security (secondo livello - A)</i>	1
		2
		3
		4
		5
		6
N. CORSO	CORSI II LIVELLO TIPO B	AVENTI DIRITTO
6	<i>Gestione della contabilità pubblica. Servizi fiscali e finanziari. Il controllo e la valutazione delle spese pubbliche (secondo livello - B)</i>	1
		2
		3
		4
		5
		6

Formazione obbligatoria

L'ASM nel 2025 ha curato la formazione obbligatoria.

In materia di Trasparenza e Anticorruzione sono stati erogati 4 eventi formativi in modalità fad sincrona ed asincrona, per un totale di 574 partecipanti (valore provvisorio, data la possibilità di fruizione entro il 31/01/2026). A seguito di gara, anche per IL 2026 sono previsti 4 incontri formativi annuali.

L'ASM, inoltre, ha svolto 10 edizioni del corso sulla Sicurezza dei Lavoratori ex D. Lgs. 81/2008, per un totale di n. 245 partecipanti.

Altre attività formative

Nel corso del 2025 sono stati autorizzati n. 15 corsi fuori sede per n. 25 dipendenti, oltre a n. 12 iniziative formative on – line per un totale di n. 15 dipendenti.

Si è svolto un corso in sede su procedure negoziate e affidamenti diretti per n. 42 partecipanti.

Nel corso del 2025 l'ASM ha infine patrocinato 30 attività ed eventi formativi organizzati da ordini professionali, associazioni, società scientifiche, istituti medici, associazioni di promozione sociale.

Programma Regionale FESR FSE+ FSE Basilicata 2021-2027 Percorso Formativo SANITA' DIGITALE.

DGR n. 453 del 08/08/2024 – Ente Capofila: Azienda Sanitaria di Matera

Il programma di formazione e aggiornamento svolto nel corso del 2025 ha avuto come obiettivo l'agire sulla cultura digitale attraverso il consolidamento delle competenze digitali e la consapevolezza degli strumenti ITC da parte degli operatori del settore sanitario in Basilicata.

Il programma è stato articolato in 3 attività formative/3 lotti:

LOTTO 1 - Le competenze digitali per la PA - (informatica di base) per il personale sanitario dell'ASM Matera – ASP Potenza – AOR San Carlo e IRCCS CROB;

LOTTO 2 - La sanità digitale: La sanità digitale in ambito ospedaliero per il personale sanitario dell'AOR San Carlo e IRCCS CROB;

LOTTO 3 - La sanità digitale: La sanità digitale territoriale per il personale sanitario dell'ASM Matera e ASP Potenza.

Attraverso il processo formativo in argomento il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale. Inoltre, l'accreditamento ECM dei percorsi formativi ha previsto, ai sensi della Legge 24 dicembre 2007 n. 244, il coinvolgimento dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), oltre che il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua. A seguito di superamento della verifica finale i discenti hanno ottenuto la certificazione EIPASS Sanità Digitale.

	Edizione/c orsi	Partecipanti AZIENDA SANITARIA DI MATERA	Partecipanti AZIENDA SANITARIA DI POTENZA	Partecipanti CROB	Partecipanti AO SAN CARLO	Partecipanti totali
LOTTO 1- INFORMATICA DI BASE	2	2	11	4	9	26
LOTTO 2- INFORMATICA SANITARIA OSPEDALIERO	2			8	9	17
LOTTO 3 - INFORMATICA SANITARIA TERRITORIALE	2	11	19			30

3.4.1.2 Pianificazione dell'attività formativa

Nella programmazione degli interventi formativi si è tenuto conto dei bisogni formativi evidenziati dai Dipartimenti aziendali, rilevati a seguito di un'attività di ricognizione avviata dalla U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico – Formazione, E.C.M. e Tirocini.

La definizione degli obiettivi formativi, a partire dalla identificazione dei bisogni formativi, consente di rispondere alle istanze dei dipendenti, permettendo loro di essere efficaci nella propria prestazione lavorativa,

tramite la costruzione di un modello di competenze che tiene conto delle caratteristiche dei contesti di riferimento e della necessità di garantire risposte qualificate alla domanda di servizi sanitari.

La capacità di un'Azienda Sanitaria di attuare la propria mission in termini di soddisfacimento dei bisogni di salute della propria popolazione passa attraverso il perseguimento di una politica di promozione e di orientamento allo sviluppo professionale del proprio personale, in termini di conoscenza, capacità, consapevolezza e disponibilità ad assumere responsabilità. Funzionale a tale scopo è la programmazione delle attività formative che deve saper coniugare le esigenze formative tese allo sviluppo professionale individuale con le esigenze strategiche aziendali.

In tal senso, il Piano Formativo Aziendale costituisce lo strumento cardine di programmazione annuale delle attività formative dell'Azienda, in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo aziendale e delle esigenze collettive ed individuali del personale, con le finalità di integrare la programmazione formativa con gli indirizzi strategici e gestionali aziendali e pianificare la formazione in conformità ai processi di innovazione tecnologica e clinico – organizzativa.

In tale ottica, gli obiettivi formativi sono stati individuati tenendo conto di:

- Indirizzi nazionali e regionali;
- Indirizzi strategici della Direzione Generale;
- Fabbisogni individuati dalle strutture organizzative (Dipartimenti e Unità Operative);
- Vincoli di natura normativa e/o contrattuale.

Obiettivi ECM nazionali

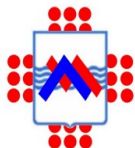
Si riportano di seguito gli obiettivi ECM nazionali:

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP);
2. Linee guida - protocolli - procedure;
3. Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;
4. Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
6. Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;
7. La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;
8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
9. Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;
10. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
12. Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;
13. Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;
14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo;
15. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;
16. Etica, bioetica e deontologia;
17. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;

18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà;
20. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
21. Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
22. Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali;
23. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
24. Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale;
25. Farmaco epidemiologia, farmaco-economia, farmacovigilanza;
26. Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate;
27. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;
28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
29. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;
30. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo;
31. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema;
32. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.
33. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.
34. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
35. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
36. Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza;
37. Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione;
38. Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti.

Di seguito le proposte formative formulate da alcuni Direttori di Dipartimento e/o di UU.OO. :

PROPONENTE	TEMATICA	DESTINATARI	NR. DESTINAT.	EDIZIONI	DOCENTI
NUTRIZIONE CLINICA E DIETOLOGIA	NUTRIZIONE E MALATTIA RENALE CRONICA	MEDICI - INFERMIERI - DIETISTI - BIOLOGI	80	1	I
	CELIACHIA	MEDICI - INFERMIERI - DIETISTI - BIOLOGI	60	1	I
	OBESITA'	MEDICI - INFERMIERI - DIETISTI - BIOLOGI - PSICOLOGI	100	1	I
	DISTURBI NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE	MEDICI - INFERMIERI - DIETISTI - PSICOLOGI - EDUCATORI - ASSIST. SOCIALI	100	1	I
	NUTRIZIONE ARTIFICIALE	MEDICI - INFERMIERI - DIETISTI - OSS	100	1	I
SANITA' ANIMALE (AREA A)	SICUREZZA E IGIENE ALIMENTARI, NUTRIZIONE E/O PATOLOGIE CORRELATE	VETERINARI - TECNICI DELLA PREVENZIONE	20	1	E
SERVIZIO DELLE PROFESSIONI	BLSD	TUTTO IL PERSONALE SANITARIO	24	10	I
	P-BLSD	TUTTO IL PERSONALE SANITARIO	24	10	I
MEDICINA LEGALE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	STRUMENTI GESTIONE RISCHIO CLINICO	TUTTO IL PERSONALE SANITARIO	45	2	I
	DOCUMENTAZIONE SANITARIA, CONSENSO E RESPONSABILITA' SANITARIA	TUTTO IL PERSONALE SANITARIO + AMMINISTRATIVI	50	2	I
	PRINCIPI DI PATOLOGIA FORENSE	MEDICI NECROSCOPI	25	1	I
MEDICINA INTERNA MATERA	CASI CLINICI E LINEE GUIDA	MMG E MEDICI OSPEDALIERI	50	2	I
CUG	BENESSERE LAVORATIVO E CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI	PERSONALE SANITARIO E AMMINISTRATIVO	200	4	E
	CUG: UN NUOVO STRUMENTO A SOSTEGNO DELLE PARI OPPORTUNITA' E DEL BENESSERE DI CHI LAVORA	PERSONALE SANITARIO E AMMINISTRATIVO	300	2	E
	LINGUAGGIO, COMUNICAZIONE E DISCRIMINAZIONI	PERSONALE SANITARIO E AMMINISTRATIVO	175	3	I
	IL LAVORO AGILE NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA E NELLA P.A.: ESPERIENZE, SFIDE ED OPPORTUNITA'	PERSONALE SANITARIO E AMMINISTRATIVO	200	2	I
	IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: LA VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO E LA COSTRUZIONE DEI PERCORSI DI MERITO E DI CARRIERA	PERSONALE SANITARIO E AMMINISTRATIVO	100	3	E
PENUMOLOGIA TERRITORIALE	SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE: GESTIONE MUTIDISCIPLINARE	MEDICI - INFERMIERI - FISIOTERAPISTI	50	1	I
	IL PAZIENTE RESPIRATORIO COMPLESSO	MEDICI - INFERMIERI - FISIOTERAPISTI	50	1	I



ECONOMATO E PROVVEDITORATO	INTRODUZIONE ALLA DISCIPLINA DEI CONTRATTI PUBBLICI - CORSO BASE	ASSIST. E COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	11	1	E
	LA DISCIPLINA DEI CONTRATTI PUBBLICI - FORMAZIONE SPECIALISTICA	ASSIST. E COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	12	1	E
	LA FASE DI ESECUZIONE DEI SERVIZI PUBBLICI: SERVIZI E FORNITURE - L1 - FORMAZ. AVANZATA	ASSIST. E COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	3	1	E
	STRATEGIE DI ACQUISTO NEI CONTRATTI PUBBLICI E PARTENARIATO PUBBLICO-PRIVATO	ASSIST. E COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	6	2	E
	PIANO NAZIONALE DI FORMAZ. PER L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL RUP	COLLAB. AMMINISTRATIVO DELLA U.O.	1	1	E
	1° CONVEGNO NAZIONALE "FARE" - ACQUISTIAMO SALUTE	ASSIST. E COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	12	1	E
SPDC POLICORO	COLLATERALITA' FARMACI E RIABILITAZIONE	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	100	1	I/E
	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E RIABILITAZIONE	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	100	1	I/E
	PSICHIATRIA E DISTURBI ORGANICI	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	100	1	I/E
	TELEMEDICINA	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	100	1	I/E
	PSICOFARMACOLOGIA DI PRECISIONE	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	100	1	I/E
	ASO E TSO	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	100	1	I/E
GESTIONE RISORSE UMANE	CCNL COMPARTO SANITA', DIRIGENZA SANITARIA, FUNZIONI LOCALI PER DIRIGENZA PTA	ASSIST. E COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	7	1	E
	AGGIORNAM. CCNL SANITA' (ASSENZE, PERMESSI, DISABILITA', MALATTIE, CONGEDI)	COADIUTORI, ASSIST. E COLLAB. AMM/VI DELLA U.O.	8	1	E
	CCNL COMPARTO SANITA', DIRIGENZA SANITARIA, FUNZIONI LOCALI PER DIRIGENZA PTA, OGGETTO DI RINNOVO CONTRATTUALE	ASSIST. E COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	5	1	E
	IPOTESI DEL CCNL PER LA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA 2022-2024	ASSIST. E COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	7	1	E
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	DISTURBI DA TIC, DOC E PANS: CONFINI DIAGNOSTICI, MODELLI EZIOPATOGENETICI E CONTROVERSIE	PEDIATRI E MEDICI NPI OSPED. E TERRIT. - PSICHIATRI - PSICOLOGI	100	1	I/E

	LA VALUTAZIONE DEL NEUROSvilUPPO NELLA PRIMA INFANZIA: L'UTILIZZO DELLE SCHEDE DI SORVEGLIANZA NEUROEVOLUTIVA	MMG-PLS-NPI-PSICOL.-LOGO-FSKT-TNPEE-EDUC.-INF.-TECN.FISIOP.-OSS	50	1	I/E
	PROGETTO NIDA - RICONOSCIM. PRECOCE DISTURBI SPETTRO AUTISTICO	PEDIATRI E MEDICI NPI OSPEDALIERI E TERRITORIALI	N.D.	1	E
DIREZIONE ECONOMICO FINANZIARIA	AGGIORNAM. E FORMAZ. SU CONTABILITA' E BILANCIO DELLE ASL ANCHE ALLA LUCE DELLA RIFORMA ACCRUAL	COADIUTORI, ASSIST. E COLLAB. AMM/VI DELLA U.O.	12	5-6	E
	AGGIORNAM. E FORMAZ. SU GESTIONE FISCALE DELLE ASL E SUI PRINCIPALI ADEMPIMENTI OBBLIGATORI	COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	2	3	E
	AGGIORNAM. E FORMAZ. RELATIVI ALLA RESA DEL CONTO GIUDIZIALE	COLLAB. AMMINISTRATIVI DELLA U.O.	2	2	E
UFFICIO PROTOCOLLO	PRODUZIONE E GESTIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI - UTILIZZO DELL'APPLICATIVO AZIENDALE	DIPENDENTI ABILITATI PROTOCOLLO	200	1	E
	GESTIONE DOCUMENTI INFORMATICI - PRIVACY, RISERVATEZZA E SEGRETO D'UFFICIO	PERSONALE UFFICIO PROTOCOLLO	10	1	E
CONTROLLO DI GESTIONE	STRUMENTI E METODOLOGIE PER LA PIANIFICAZIONE, IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	PERSONALE CONTROLLO DI GESTIONE	6	1	E
	IL CICLO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	PERSONALE CONTROLLO DI GESTIONE	6	1	E
	MODELLI DI DETERMINAZIONE DEI COSTI STANDARD	PERSONALE CONTROLLO DI GESTIONE	6	1	E
	PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE: DALL'ANALISI DI BILANCIO AL REPORTING AZIENDALE	PERSONALE CONTROLLO DI GESTIONE	6	1	E
DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	ALS (ADVANCED LIFE SUPPORT)	MEDICI - INFERMIERI	n.d.	2	E
	PALS (PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT)	MEDICI - INFERMIERI	n.d.	2	E
	ATLS (ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT)	MEDICI - INFERMIERI	n.d.	2	E
	GESTIONE MAXIEMERGENZE	MEDICI - INFERMIERI - OSS	n.d.	3 x 2 corsi	E/I
	CORSO ACCESSI VENOSI ECOGUIDATI	MEDICI - INFERMIERI	n.d.	2	E
	CORSO ECOGRAFIA INFERMIERISTICA E TORACICA	MEDICI - INFERMIERI	n.d.	2	E
	CORSO TRIAGE	INFERMIERI	n.d.	2	E
	CORSO SUTURE	MEDICI - INFERMIERI	n.d.	2	E/I

	CORSO ETS (ETICAL LIFE SUPPORT)	MEDICI - INFERMIERI - OSS	n.d.	2	E/I
	CORSO COMUNICAZIONE DIFFICILE	MEDICI - INFERMIERI - OSS	n.d.	2	E
	CORSO OMICIDIO STRADALE: PERCORSO E SIMULAZIONE	MEDICI	n.d.	2	I
	CORSO STROKE: PERCORSO E SIMULAZIONE	MEDICI	n.d.	2	I
	CORSO DI INGLESE	MEDICI	n.d.	2	E
	GESTIONE DELLO SHOCK SETTICO IN PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	MEDICI	n.d.	2	E
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	GESTIONE DELLA SPASTICITA' MUSCOLARE	MEDICI - FISIOTERAPISTI - INFERMIERI	70	1	I
	LA MOVIMENTAZIONE SICURA DEL PAZIENTE NON COLLABORANTE O PARZIALMENTE COLLABORANTE	INFERMIERI - OSS	50	1	I
PERCORSI RIABILITATIVI E PROTESICA	PERCORSO PER PAZIENTE DISFAGICO	MEDICI - INFERMIERI - FISIOTERAPISTI - LOGOPEDISTI - OSS	50	1	I
	PERCORSO PER NEOPLASIA MAMMARIA	MEDICI - FISIOTERAPISTI - INFERMIERI	50	1	I
	PROGETTO VIPROM (VICTIMS PROTECTION IN MEDICINE)	MEDICI - PSICOLOGI - ODONTOIATRI - INFERMIERI - FISIOTERAPISTI	50	1	I/E
GESTIONE DEI RAPPORTI CON MMG E PLS	ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI TERAPEUTICI IN ASM	MMG - PLS - MEDICI SPECIALISTI AMBULAT. E OSPEDALIERI	25	8	I/E
	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE	MMG - PLS - MEDICI SPECIALISTI AMBULAT. E OSPEDALIERI	25	6	I
	PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, PROCEDURE DI INVIO APPROPRIATO DEI PAZIENTI ALLA PRESTAZIONE	MMG - PLS - MEDICI SPECIALISTI AMBULAT. E OSPEDALIERI	25	6	I
	APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE	MMG - PLS - MEDICI SPECIALISTI AMBULAT. E OSPEDALIERI	25	6	I
	ACCESSI IMPROPRI AL P.S., GESTIONE SUL TERRITORIO DI CASI CLINICI	MMG - PLS - MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	25	6	I
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	DIAGNOSI E TERAPIA DEL CARCINOMA DIFFERENZIATO DELLA TIROIDE: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO INIZIALE	ENDOCR.-CHIRURG.-ANAT.PAT.-RADIOL.-MED.NUCL.-ORL	45	1	I/E
	SINDROME METABOLICA E MALATTIA CARDIO-RENALE	ENDOCR.-INTERN.-NUTRIZ.-CARDIOL.-PNEUMO-MMG	60	1	I

ATTIVITA' TECNICHE E GESTIONE PATRIMONIO	FORMAZIONE SUL B.I.M. (BUILDING INFORMATION MODELLING)	INGEGNERI E GEOMETRI	8	1	E
	FORMAZIONE SULLE PROCEDURE TELEMATICHE DEL MERCATO ELETTRONICO	INGEGNERI E GEOMETRI	8	1	E
	AGGIORNAM. E APPROFONDIM. SU TEMATICHE GIURIDICO-AMM/VE DI GESTIONE DEI LAVORI PUBBLICI	INGEGNERI E GEOMETRI	8	1	E

3.4.2 Strumenti e metodologia

Il fabbisogno formativo riflette l'analisi del contesto, la programmazione degli obiettivi aziendali e i bisogni formativi rilevati dai Direttori dei Dipartimenti e dai Direttori/Dirigenti delle UU.OO., dal CUG e dal Servizio delle Professioni Sanitarie, in coerenza con le funzioni e le attività espletate, al fine di perseguire il miglioramento continuo nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

La formazione esterna da effettuare presso altre strutture non è ritenuta la modalità ordinaria di erogazione di attività formativa, in particolare si ritiene che:

- l'aggiornamento extraaziendale (specialistico, sul campo) viene autorizzato nei casi in cui non è possibile e conveniente attivare processi formativi in sede;
- la partecipazione a master e corsi di perfezionamento non può assolutamente essere autorizzata con costi a carico dell'Azienda, a meno che la Direzione Strategica rilevi la necessità di far acquisire a qualche dipendente nuove e diverse competenze utili alla stessa Azienda;
- la partecipazione ad attività di tipo convegnistico e congressuale extraaziendale con oneri a carico dell'Azienda potrà essere autorizzata esclusivamente dalla Direzione Strategica e solo in caso di comprovata validità e motivazioni che saranno valutate di volta in volta.

Le macro aree entro cui si collocano le attività previste nel Piano della Formazione Aziendale sono finalizzate a:

- Miglioramento della qualità dei percorsi clinico-assistenziali;
- Prevenzione del rischio attraverso una formazione diffusa tra gli operatori;
- Formazione sulla responsabilità professionale degli operatori e sulla responsabilità derivante dalla funzione/posizione;
- Formazione finalizzata al miglioramento del clima lavorativo/organizzativo;
- Sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività;
- Aggiornamento sulle normative specifiche inerenti alle attività delle singole UU.OO.;
- Formazione e informazione obbligatoria.

Il Piano Formativo Aziendale potrà essere integrato, nel corso dell'anno, in base a nuove esigenze espresse anche da Ordini Professionali, OO.SS. e/o da direttive aziendali, regionali e nazionali ritenute prioritarie dalla Direzione Aziendale.

3.4.3 Formazione obbligatoria

Accanto alle attività formative programmate al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale, ve ne sono altre, collegate a specifiche attività, che sono previste espressamente da disposizioni di legge.

In tale ambito, il quadro normativo più articolato è senza dubbio quello previsto dal D. Lgs. n. 81/2008 in materia di sicurezza sul lavoro.

L'Azienda deve altresì garantire la formazione obbligatoria in materia di gestione e trattamento dei dati personali e particolari (D. Lgs. n. 196/2003 e GDPR – Regolamento UE 679/2016).

Va, inoltre, assicurato che gli adempimenti previsti per l'applicazione della Legge 190/2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" siano realizzati, al fine di individuare tutti gli interventi idonei a prevenire i rischi specifici di corruzione e di illegalità, così come la formazione inerente agli obblighi della privacy e trasparenza nella PA.

È inoltre prevista per il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, una regolare formazione sulla legislazione da applicare, in relazione all'ambito di competenza professionale, oltre che in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 2017/625.

Di seguito il dettaglio del fabbisogno formativo programmato in risposta ai citati obblighi normativi:

PROPONENTE	TEMATICA	DESTINATARI	EDIZIONI	DOCENTI
U.O.S.D. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO DI FORMAZIONE SICUREZZA PER "LAVORATORI" (16 ORE - RISCHIO ALTO)	PERSONALE INTERESSATO	12	E
	CORSO DI FORMAZIONE PER "PREPOSTI" (8 ORE - RISCHIO ALTO)	PERSONALE INTERESSATO	1	E
	CORSO DI FORMAZIONE PER "DIRIGENTI" (16 ORE - RISCHIO ALTO)	PERSONALE INTERESSATO	1	E
	CORSO DI AGGIORNAMENTO ANNUALE PER R.L.S.	PERSONALE INTERESSATO	1	E
U.O.S.D. URP - COMUNICAZIONE - UFFICIO STAMPA - PRIVACY	AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	TUTTO IL PERSON. - DIRIGENTI AREE A RISCHIO CORRUZ./ RPCT / STAFF RPCT / EDITOR	4	E
	NORMATIVA IN MATERIA DI PRIVACY - TRATTAMENTO PROTEZIONE DATI PERSONALI	TUTTO IL PERSONALE (LIVELLO BASE) - PERSONALE UFFICIO PRIVACY	2	E

3.4.4 La valutazione

Gli strumenti e i processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa sono strumenti indispensabili per garantire che gli investimenti risultino coerenti ed efficaci nel favorire il raggiungimento sia degli obiettivi del sistema formativo sia quelli del sistema aziendale.

Monitorare la qualità dell'offerta permette di verificare il rapporto tra bisogni espressi e risultati rappresentati dalle ricadute professionali organizzative osservabili post formazione.

La valutazione viene attuata sui seguenti livelli:

- Il gradimento;
- L'apprendimento;
- La verifica dei risultati attraverso i feedback dei Responsabili.

Tale valutazione è ritenuta di fondamentale importanza al fine di migliorare la risposta ai bisogni formativi del personale e, in caso di formazione ECM, essa viene rilevata attraverso schede di valutazione della qualità percepita compilate in forma anonima dai partecipanti al termine dell'iniziativa formativa.

3.5 Organizzazione del lavoro agile

3.5.1. Premessa

Il presente documento disciplina il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, in applicazione di quanto previsto dalle disposizioni di legge, dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dalle fonti normative ministeriali, allo scopo di migliorare la competitività aziendale, la produttività e la qualità dei servizi, nonché di conciliare nei casi previsti le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative dell'ASM.

3.5.2 Il lavoro agile

Il Lavoro Agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa è eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa e predefinita, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non costituisce una variazione della stessa, non modifica in alcun modo il rapporto di lavoro quanto ad inquadramento, profilo e mansioni, non modifica la sede di lavoro di assegnazione, così come non incide sull'orario di lavoro contrattualmente previsto, né modifica il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro e non discrimina ai fini del riconoscimento di professionalità e delle progressioni di carriera professionalmente previste (orizzontali e verticali).

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento dell'Azienda Sanitaria di Matera.

3.5.3 Accesso al lavoro agile – Condizionalità

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria, è consentita nei casi previsti a tutti i lavoratori ASM, a tempo indeterminato o determinato, full time o part time, la cui attività possa essere effettuata fuori dalla sede aziendale.

Sono esclusi dal lavoro agile i LAVORI IN TURNO e quelli che richiedono l'utilizzo di STRUMENTAZIONI O DOCUMENTAZIONI NON REMOTIZZABILI.

Il dipendente interessato è tenuto a presentare istanza al Responsabile della struttura aziendale di appartenenza, utilizzando il modello allegato.

L'accesso al lavoro agile avviene previa verifica, da parte del Direttore dell'UOC di afferenza del dipendente interessato, che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile sia conforme agli interessi, anche di produttività, dell'Azienda e che non pregiudichi le attività e gli obiettivi aziendali, nonché l'efficace ed efficiente svolgimento dei processi di lavoro ai quali il dipendente è assegnato. Nel rispetto delle direttive aziendali, verificata la sussistenza delle predette condizioni e la compatibilità dell'attività svolta con il lavoro agile, viene predisposto un accordo individuale, secondo il Modello allegato, tra il singolo dipendente e il Direttore di UOC.

L'accordo, completo di allegati, viene trasmesso, dopo la sottoscrizione da parte del dipendente e del Direttore della UOC di afferenza, all'ufficio Gestione Risorse Umane.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/12/2023 avente per oggetto "Lavoro agile", ha evidenziato "la necessità di garantire, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dell'attività lavorativa in presenza". La Direzione Generale, ferme le ulteriori determinazioni emergenti dalla gestione dei rapporti di lavoro anche singoli, ha per l'anno 2026 fornito indirizzo specifico in tema di lavoro agile (nota prot. n. 61192

del 23.12.2025), nel senso che l'accesso a siffatta modalità di espletamento della prestazione lavorativa è attualmente consentito per un massimo di 8 giornate nell'arco del mese da calendario, ai dipendenti che

- a) svolgano attività lavorativa c.d. smartabile

- b) presentino una o più delle patologie indicate dal DM 4.2.2022.

La completa attuazione dell'istituto potrà avvenire previa applicazione del CCNL 27.10.2025, laddove è prescritto il confronto obbligatorio, preliminare, con le OO.SS. sui:

3.5.4 Articolazione della prestazione lavorativa in modalità agile

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dal CCNL. Essa è articolata nelle seguenti fasce temporali:

- Fascia di contattabilità non superiore all'orario medio giornaliero di lavoro, nella quale il dipendente è contattabile sia telefonicamente che via mail;

- Fascia di inoperabilità, nella quale il lavoratore non può erogare nessuna prestazione lavorativa; essa comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo.

L'Accordo Individuale deve specificare, per ciascun lavoratore, la fascia di contattabilità che, in ogni caso, non può essere inferiore a 6 ore e la fascia di inoperabilità che, in ogni caso, non può essere inferiore a 11 ore di riposo consecutivo.

In casi eccezionali di impossibilità a garantire la contattabilità, il dipendente è tenuto a darne tempestiva e motivata comunicazione al proprio Direttore di UOC, indicando i motivi che determinano tale impossibilità e indicando un periodo alternativo di disponibilità.

Nella fascia di contattabilità il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi di cui all'art. 33 della L. 104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio, è altresì esclusa l'attribuzione del buono pasto.

Per sopravvenute esigenze di servizio, il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con tempestiva e motivata comunicazione che deve pervenire –salvo eccezionali ragioni d'urgenza- almeno il giorno prima della ripresa del servizio. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

3.5.5 Diritto alla disconnessione

Ferma restando la fascia di inoperabilità, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di contattabilità, i contatti con i colleghi, con il dirigente, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, sono dovuti solo se strettamente necessari per il buon andamento dell'attività lavorativa.

3.5.6 Dotazione tecnologica

La dotazione informatica necessaria per l'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile può essere sia fornita dall'Azienda sia di proprietà del lavoratore.

L'Azienda permette l'utilizzo di dispositivi personali che rispettino i requisiti minimi di sicurezza, previo accordo con i Sistemi Informativi Aziendali. Il Dipendente ha l'obbligo di utilizzare e custodire gli strumenti di lavoro affidatigli con la massima cura e diligenza, nel rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e di adottare le necessarie precauzioni affinché terzi, anche se familiari, non possano accedere agli strumenti di lavoro.

Il dipendente dovrà utilizzare la propria connessione internet o quella del luogo dove svolgerà il proprio lavoro. Il dipendente sarà messo nelle condizioni di accedere agli applicativi aziendali necessari all'espletamento delle

proprie mansioni. Il collegamento avverrà previo accesso alla rete aziendale mediante collegamento sicuro (VPN).

Le spese connesse, riguardanti i consumi elettrici e di connessione, o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile sono, in ogni ipotesi, a carico del dipendente.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

3.5.7 Obiettivi - contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia

Previo applicazione dell'art. 6 comma 3 lett. I del CCNL 2.11.2022, l'Azienda

1) attraverso l'istituto del lavoro agile favorisce l'orientamento ai risultati e la produttività, la conciliazione delle esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative dell'Azienda consentendo il miglioramento dei servizi resi ai cittadini, la continuità dell'azione amministrativa e la celere conclusione dei procedimenti, da un lato, e l'equilibrio fra vita professionale e vita privata, dall'altro;

2) persegue, inoltre, le seguenti finalità:

- promuovere l'utilizzo di strumenti digitali di comunicazione;
- promuovere modalità innovative e flessibili di lavoro tali da salvaguardare il sistema delle relazioni personali e collettive proprie del suo contesto lavorativo;
- sperimentare forme nuove di impiego del personale che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al **lavoro per progetti e obiettivi** ed ispirata ad un'organizzazione in cui sia il raggiungimento dei risultati a guidare le scelte organizzative;
- facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti a cui, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulti particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
- offrire un contributo alla riduzione del traffico legato al pendolarismo lavorativo e quindi anche delle fonti di inquinamento dell'ambiente nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e percorrenza;
- ottenere una riduzione dell'assenteismo e un aumento della soddisfazione dei dipendenti; promuovere una modalità che consenta all'Azienda una possibile razionalizzazione degli spazi fisici in un'ottica di riduzione dei costi.

3.5.8 Sicurezza sul lavoro

b) Il dipendente è tenuto a cooperare con l'amministrazione, con la massima correttezza, al fine di garantire le misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro, evitando i rischi connessi alla prestazione all'esterno dei locali aziendali. A tal fine, l'ASM fornisce al dipendente specifica informativa scritta (**come 2025**) in materia di salute e sicurezza sul lavoro agile, in cui sono individuati i rischi generali e specifici connessi alla modalità agile di esecuzione del rapporto di lavoro. Il dipendente, dopo aver preso visione e sottoscritta la predetta informativa, si impegna a rispettare le prescrizioni in essa indicate e a rendere note eventuali situazioni anomale che dovesse riscontrare nell'espletamento dell'attività lavorativa all'esterno della sede aziendale. L'informativa viene allegata all'accordo individuale, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

3.5.9 Riservatezza dei dati trattati dal lavoratore agile.

Il dipendente è tenuto al rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 «Codice in materia di protezione dei dati personali», così come novellato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101. È responsabilità del lavoratore adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Azienda che vengono trattati fuori dalla sede aziendale. Il lavoratore in lavoro agile conserva la qualità di persona autorizzata a trattare i dati personali, anche al di fuori della sede abituale di lavoro; pertanto, è tenuto a prestare la sua attività con diligenza ed assicurare di attenersi alle istruzioni già ricevute con riferimento all'attività lavorativa in presenza. Al dipendente è data specifica informativa scritta in tema di trattamento e riservatezza dei dati trattati. Detta informativa è sottoscritta dal dipendente

3.5.10 Livello di attuazione del lavoro agile.

- i) Nell'anno 2025 la modalità lavorativa in lavoro agile è stata autorizzata per n. 26 lavoratori, di cui n. 2 dirigenti e n. 24 dipendenti nell'ambito del comparto.
- j) Tra questi ultimi, il lavoro agile è stato prevalentemente richiesto dal personale amministrativo

3.5.11 Circolare "Attivazione lavoro agile"

In data 23.12. 2025 la Direzione Strategica aziendale ha trasmesso per l'anno 2026 (sino al 31.12.2026) a tutti i dipendenti Asm una circolare relativa al lavoro agile (prot. 61162/2025) per rappresentare la volontà dell'Azienda di proseguire con le misure di tutela dei dipendenti c.d. fragili, i quali versino in una condizione di morbidità o comorbidità di cui al DM Salute del 4.2.2022.

4.SEZIONE IV. MONITORAGGI

4.SEZIONE IV. MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio, oltre quella prevista dai successivi paragrafi, coinvolge i seguenti soggetti:

- il gruppo di lavoro del PIAO;
- le funzioni responsabili di ciascuna Sezione del PIAO;
- i responsabili delle diverse articolazioni competenti.

L'attività riferita alla rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti è curata dall'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica.

L'attività di monitoraggio, propedeutica allo stato di attuazione degli obiettivi, relativi all'anno 2023, delle sezioni Valore Pubblico, Performance, Anticorruzione e Trasparenza è descritta nelle singole sotto sezioni del Piao a cui si fa rinvio.

Per quanto riguarda la sotto sezione Performance, il monitoraggio avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Nello specifico la Asl predisporrà entro il 30 giugno, secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. b, del D.lgs. 150/2009, la "Relazione annuale sulla performance", che è approvata dalla Direzione Strategica e validata dall'Organismo di valutazione e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

L'aggiornamento del Piano andrà effettuato su base annuale o al verificarsi di novità normative e/o programmatiche, che richiedono modifiche imprescindibili al documento.

Per quanto attiene, invece, la sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza si precisa quanto segue.

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte.

Oltre al sistema di reportistica semestrale sulle misure anticorruzione, a cui sono tenute tutte le UU.OO. e i loro collaboratori, con la finalità di migliorare l'attuazione del monitoraggio riducendo al minimo i rischi da autoreferenzialità.

Il sistema di audit programmato e ciclo rotatorio pluriennale per le aree a rischio sarà oggetto di utilizzazione anche nel 2026.

L'aggiornamento annuale della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO deve tener conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'Azienda, mediante - a titolo esemplificativo - la acquisizione di nuove competenze;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione della sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A.