

PIANO DELLA PERFORMANCE DELL' AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA TRIENNIO 2016-2018



Firmato digitalmente da

maria giuliana di grottole

INDICE

1.	PREMESSA	4
1.1	Presentazione del Piano della Performance	4
1.2	Principi generali	5
	Principio della Veridicità e verificabilità	6
2.	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI.....	7
2.1	Chi siamo. Sede Legale e Patrimonio	7
2.2	Popolazione e Territorio.....	7
2.3.	Missione, visione e valori	10
2.3.1	La Missione	10
2.3.2	La Visione.....	10
2.3.3	I Valori.....	10
3.	IDENTITA'	12
3.1	Gli Organi	12
3.2	La Direzione Strategica Aziendale.....	12
3.3	Gli organismi collegiali.....	12
3.3.1	Il Collegio di Direzione dell'Azienda.....	12
3.3.2	Il Consiglio dei Sanitari	12
3.3.3	La Conferenza dei Sindaci.....	13
3.3.4	Il Comitato Etico.....	13
3.3.5	I Comitati Consultivi Misti.....	13
3.3.6.	L'Organismo Indipendente di Valutazione.....	13
3.4	Le relazioni sindacali	13
3.5	L'articolazione organizzativa	13
3.6.	L'assetto strutturale di base.....	14
3.7.	L'assetto strutturale dell'assistenza ospedaliera	14
3.8	L'assetto strutturale della funzione territoriale	14
3.9.	L'Atto aziendale.....	16
3.10.	L'articolazione organizzativa dipartimentale.....	17
3.10.1	Il Dipartimento e le reti Interaziendali.....	29
3.12.	Qualità e Accreditamento	32
	I compiti che sta svolgendo questa struttura sono:	32
4.	ANALISI DEL CONTESTO	33
4.1.	Analisi del contesto esterno	34
4.2.	Le risorse umane.....	50
4.2.1	Analisi quali - quantitativa delle risorse umane.....	50
4.2.2	Analisi sul benessere organizzativo	51
4.2.3.	Analisi degli Stakeholder.....	53
4.3	Analisi delle risorse tecnologiche	54
	AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI/INTERVENTISTICA	54
	AREA LABORATORI	55
	AREA ESPLORAZIONI FUNZIONALI	56
4.4	Le Risorse Finanziarie	56
4.5	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	57
4.6	Coerenza con il Piano aziendale Triennale Anti Corruzione e del Programma triennale della trasparenza.....	59
5.	GLI OBIETTIVI STRATEGICI	64
5.1	Il Sistema di misurazione e valutazione della performance.....	64
6.	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI E GESTIONALI	67
6.1.	Ciclo di gestione della performance.....	69

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	70
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.	70
7.2 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance	74
7.3. L'albero della performance.....	74
7.4 Il Monitoraggio del Piano ed azioni di miglioramento	962

ALLEGATI

ALLEGATO 1- TERMINI E CONCETTI CHIAVE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE;
ALLEGATO 2- SCHEDE DI BUDGET ASM DI CIASCUNA U.O. - ANNO 2015;
ALLEGATO 3- SCHEDA TIPO INDIVIDUALE PERSONALE DELLA DIRIGENZA;
ALLEGATO 4- SCHEDA TIPO INDIVIDUALE PERSONALE DELLA COMPARTO;
ALLEGATO 5 – RELAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASM ANNO 2014
ALLEGATO 6 - RELAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASM I SEMESTRE 2015;
ALLEGATO 7 - RELAZIONE RAGG. OBIETTIVI DGR 662 /2015 I SEMESTRE 2015
ALLEGATO 8 - OBIETTIVI DEI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO SCHEDA TIPO;
ALLEGATO 9 - DOCUMENTO DI DIRETTIVE ASM ANNO 2015.

1. PREMESSA

L'Azienda Sanitaria di Matera, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 150/2009), intende sviluppare un ciclo della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino attraverso il soddisfacimento della MISSION (di seguito denominata missione aziendale) e della VISION (di seguito denominata visione strategica condivisa) aziendale. Lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance è definito Piano della Performance.

Performance: la capacità dell'Azienda di trasformare gli obiettivi in risultati attraverso azioni concrete, ovvero misura la capacità di correlare gli obiettivi con i risultati ottenuti attraverso le azioni adottate dalle Strutture/Servizi interessati.

Il Piano delle Performance è il documento programmatico triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della performance stessa. Lo scopo del Piano delle Performance è assicurare la qualità della rappresentazione della performance stessa, la comprensibilità della sua rappresentazione agli stakeholders individuati (clienti interni/esterni, ASL e Regione), nonché l'attendibilità della stessa misurazione. Il Piano delle Performance sviluppa dunque quali elementi fondamentali:

- i livelli decisionali (pianificazione strategica, programmazione annuale e obiettivi di gestione) su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;
- le dimensioni rilevanti da monitorare per ogni livello di pianificazione;
- gli indicatori di misurazione relativi ad ogni dimensione.

Vantaggi per l'organizzazione:

- individuare ed incorporare le attese degli stakeholders (clienti interni/esterni, ASL e Regione Basilicata);
- favorire un'effettiva accountability e trasparenza;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

1.1 Presentazione del Piano della Performance

Il presente Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di seguito decreto, e della DGR n. 23-1332 del 29/12/2010 al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase programmatica del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso comprende:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi contenuti, ai sensi dell'articolo 10, comma 4, del decreto;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura della performance individuale.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del decreto). È un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target*. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e *target*) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Secondo quanto previsto dall'art.10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare "*la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance*".

Come richiesto dall'art. 5, comma 2, del decreto, gli obiettivi sono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionali, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;

confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Tale piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Di fatto il Piano delle Performance è un documento strategico programmatico in cui vengono sintetizzati ed integrati in modo coerente, sistematico e trasversale i diversi documenti di pianificazione e programmazione aziendali:

- Piano di miglioramento
- Piano del rischio
- Obiettivi di budget
- Piano di comunicazione
- Piano della Trasparenza - Valutazione – Merito.

Il piano delle performance e la sua rendicontazione (relazione sulla performance) costituisce lo strumento integrato di comunicazione dell'azienda con i soggetti coinvolti in cui convogliare gli altri strumenti

attualmente esistenti; anche la parte successiva di rendicontazione, infatti, verrà integrata per fornire un quadro completo e unitario dell'andamento dell'Azienda agli stakeholder di riferimento (integrando relazione sulla performance, bilancio sociale, riesame aziendale,...) Gli indirizzi strategici (articolo 15, comma 2, lett. b), del decreto) - sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*.

Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* di cui all'articolo 7 del decreto.

Il Piano infine contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Ciò è funzionale a consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 3, del decreto, eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inseriti all'interno del Piano. Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dall'organo di indirizzo politico amministrativo in caso di necessità che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto).

Il procedimento di programmazione degli obiettivi verrà condotto nei tempi e con le modalità propri del ciclo di programmazione e controllo strategico e del ciclo di programmazione *del sistema di valutazione*.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on line sul sito dell'azienda (www.asmbasilicata.it.) ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto da normativa.

1.2 Principi generali

Il Piano della performance dell'A.S.M., in coerenza alle previsioni del D.Lgs 150/2009 ed alle indicazioni fornite dalla CIVIT (ora ANAC), si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

Principio della Trasparenza

L'articolo 11, comma 3, del decreto richiede alle amministrazioni di garantire la massima Trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance. L'A.S.L. pubblicherà pertanto il Piano della performance sul proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione, e denominata: "Trasparenza, valutazione e merito". Inoltre, ai sensi dell'art.10, comma 2, del D.Lgs150/2009, il Piano, attualmente in fase di proposta e sperimentazione, verrà trasmesso alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (ora ANAC) ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze. L'Azienda infine presenterà il Piano, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune, agli interlocutori e destinatari interni (Dirigenti, Rappresentanze sindacali) e portatori di interessi esterni (Conferenza dei Servizi, Organizzazioni sindacali, Tribunale del malato, ecc.).

Principio della Immediata intelligibilità

Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed ai portatori di interessi esterni il Piano viene proposto secondo una struttura multi livello prevedendosi, pertanto, una parte principale del Piano e relativi allegati, nei quali ultimi sono esplicitati alcuni contenuti e approfondimenti tecnici.

Principio della Veridicità e verificabilità

Per ciascun indicatore individuato viene indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra annuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (Direzione, Organismo Indipendente di Valutazione, Dirigenti e Strutture).

Principio della Partecipazione

Il processo di sviluppo del Piano deve essere frutto di un percorso di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi interni ed esterni al sistema.

Principio dell'Orizzonte pluriennale

La norma prevede un arco temporale di riferimento triennale, con scomposizione in obiettivi annuali.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 Chi siamo. Sede Legale e Patrimonio

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è stata costituita nel 2009, in seguito all'aggregazione delle due Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera la ASL n. 4 di Matera e la ASL n. 5 di Montalbano Jonico, ai sensi della Legge .

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. 28/2008, 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 e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

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

L'Azienda Sanitaria locale di Matera intende perseguire un costante miglioramento della qualità dei servizi erogati ai cittadini all'interno di un sistema organizzativo che ha come centro la persona.

Orientare le strategie e gli sforzi di tutta l'organizzazione verso il conseguimento di una qualità sempre maggiore dei servizi erogati comporta il coinvolgimento di tutto il personale in un processo di miglioramento continuo sia della qualità tecnica delle prestazioni che delle relazioni umane con il cittadino - cliente.

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

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



2.2 Popolazione e Territorio

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, 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.

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 possano definire e rappresentare lo spazio fisico della provincia materana attraverso ambiti omogenei.

Questi ambiti territoriali possono coincidere, per ulteriore semplificazione, con quelli dei limiti amministrativi dei comuni così aggregati:

a) Area di Matera:

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

b) Area del Metapontino:

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

c) Area del Medio Basento e della Collina Materana:

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

d) Area del Materano:

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

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

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

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

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

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

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che si attesta su un valore inferiore a 60 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia. Nella classifica delle 110 province territoriali italiane ordinate per densità di popolazione, la provincia di Matera si posiziona al 99° posto.

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.

La dotazione di infrastrutture nella provincia di Matera risulta alquanto scarsa, come emerge dalle relative graduatorie stilate tra le province italiane, indebolendo pesantemente il sistema dei collegamenti tra i centri abitati e rallentando gli spostamenti della popolazione.

Infatti, uno dei nodi critici del territorio di Matera è rappresentato dalla particolare situazione che caratterizza la rete stradale della provincia.

Essa si estende per 2.755 Km dei quali gran parte (41%) sono extraurbane, prevalentemente di piccole dimensioni e di non facile percorribilità. Il 22,9 % è costituito da strade statali e il restante 35% da strade comunali e provinciali. La rete viaria che collega i singoli Comuni tra di loro e con gli altri Comuni regionali e non, è caratterizzata da strade strette e tortuose, accidentate e spesso franose, che condizionano notevolmente la viabilità rendendo i tempi di percorrenza sproporzionati rispetto alle distanze.

Tale assetto del territorio di fatto condiziona le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento. In tale modello, che deve uniformarsi con gli standard previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, un ruolo importantissimo, proprio per le caratteristiche intrinseche alla struttura territoriale, è affidato alla rete dell'Emergenza – Urgenza, che, attraverso la diffusione capillare di postazioni di 118, deve essere in grado di assicurare a tutta la popolazione del comprensorio il primo soccorso e l'eventuale immediato trasferimento nei Presidi vicini più idonei a fornire adeguate risposte assistenziali.

L'ASM di Matera, con 201.305 abitanti, comprende il 35% circa della popolazione regionale: il 30% circa della suddetta popolazione è concentrato nel capoluogo, il 40% in 7 Comuni ed il restante 30% nei Comuni più piccoli del comprensorio.

I Comuni facenti parte del comprensorio dell'ASM di Matera, come detto, sono in tutto 31 per una superficie complessiva pari a kmq 3.446, circa il 34% del territorio regionale (pari a 9.995 Km²), con una densità media di 58 abitanti per kmq, leggermente superiore al valore medio regionale.

La Tabella n. 1, evidenzia, per singolo Comune del comprensorio di questa ASL, la superficie in kmq, l'altitudine in metri sopra il livello del mare, la distanza dal capoluogo di Provincia misurata in km, il numero della popolazione residente al 31/12/2014, e la densità per kmq .

Tabella n. 1 – Territorio aziendale

COMUNI	Popolazione abitanti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Altitudine e m s.l.m.
MATERA	60.524	392,09	154,4	401
Pisticci	17.849	233,67	76,4	364
Policoro	17.196	67,66	254,2	25
Bernalda	12.505	126,19	99,1	126
Montescaglioso	10.021	175,79	57,0	352
Ferrandina	8.860	218,11	40,6	497
Scanzano Jonico	7.521	72,18	104,2	21
Montalbano Jonico	7.370	136,00	54,2	288
Nova Siri	6.729	52,75	127,6	355
Tricarico	5.451	178,16	30,6	698
Grassano	5.273	41,63	126,7	576
Tursi	5.074	159,93	31,7	210
Irsina	4.988	263,47	18,9	548
Stigliano	4.446	211,15	21,1	909
Pomarico	4.172	129,67	32,2	454
Salandra	2.851	77,44	36,8	552
Rotondella	2.674	76,72	34,9	576
Miglionico	2.525	88,84	28,4	461
Grottole	2.228	117,15	19,0	482
Accettura	1.877	90,37	20,8	770
San Mauro Forte	1.581	87,06	18,2	540
Valsinni	1.583	32,22	49,1	250
Colobraro	1.286	66,61	19,3	630
San Giorgio Lucano	1.237	39,26	31,5	416
Garaguso	1.086	38,61	28,1	492
Aliano	1.029	98,41	10,5	555
Gorgoglione	1.006	34,93	28,8	800
Calciano	778	49,69	15,7	420
Craco	747	77,04	9,7	391
Oliveto Lucano	458	31,19	14,7	546
Cirigliano	380	14,90	25,5	656
TOTALE	201.305	3.478,89	57,9	



L'Azienda Sanitaria Locale di Matera è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata. La mission aziendale è quella di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di competenza, mediante la erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, che dovranno essere offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

2.3.2 La Visione

L'Azienda Sanitaria, nel suo insieme e in ciascuna delle proprie aree operative, assume il modello di sistema di rete integrata di persone, strutture, 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.

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:

Appropriatezza 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.

2.3.3 I Valori

L'Azienda assume i seguenti valori fondanti della propria organizzazione:

a. Centralità della persona

Il destinatario delle attività assistenziali è la persona, paziente attuale o potenziale, e l'Azienda progetta e realizza le attività e i servizi sulla base dei bisogni del singolo e della comunità, nel rispetto dei principi universali a tutela della dignità della persona, adottando nella erogazione delle prestazioni il modello della presa in carico e dei percorsi clinico-assistenziali. L'Azienda adotta un modello organizzativo finalizzato alla valorizzazione delle risorse umane, consapevole del ruolo fondamentale che le stesse svolgono nella missione e nella visione aziendali.

b. Integrazione

L'Azienda persegue una visione sistemica dell'organizzazione e programma e sviluppa le attività in un sistema integrato e coerente, promuovendo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale attraverso la collaborazione fra discipline, professioni ed altre istituzioni, al fine di condividere saperi e competenze.

c. Apertura, Trasparenza e Collaborazione

Il contesto organizzativo è improntato alla ricerca del confronto e allo scambio di informazioni ed esperienze, in un clima di collaborazione e di supporto reciproco, allo scopo di motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali. L'Azienda, consapevole della propria funzione nel contesto sociale, economico e culturale nel quale opera, si impegna a realizzare trasparenza e collaborazione con tutte le parti interessate del territorio di riferimento.

d. Informazione, Comunicazione e Partecipazione

Un sistema informativo è essenziale nella gestione di una organizzazione complessa come quella sanitaria, e deve garantire lo scambio di informazioni e la comunicazione fra il paziente, i cittadini ed i professionisti. Esso deve essere orientato ai bisogni di salute ed alla gestione dei servizi, in grado di descrivere e di misurare, al fine di facilitare la valutazione ed il miglioramento, e di assicurare la qualità dei dati (riproducibilità, accuratezza, completezza, tempestività). La competenza comunicativa è fondamentale nell'espletamento dell'attività di cura ed è una componente essenziale della professione sanitaria. L'Azienda adotta uno stile comunicativo efficace verso tutte le parti interessate e favorisce lo sviluppo della competenza comunicativa degli operatori. L'Azienda, considerando il paziente non come recettore passivo ma quale protagonista nelle attività di cura e di prevenzione, favorisce la partecipazione e il coinvolgimento della persona nelle scelte inerenti i bisogni di salute.

e. Qualità, Formazione e Ricerca

La qualità, la formazione e la ricerca sono strumenti fortemente integrati e interdipendenti, finalizzati al miglioramento dell'assistenza erogata. L'Azienda ricerca il miglioramento continuo della qualità assistenziale in tutte le sue dimensioni (professionale, organizzativa, relazionale, percepita), e considera la formazione continua come parte integrante della professione e della organizzazione, in quanto strumento che consente di adeguare conoscenze, competenze e abilità agli obiettivi di entrambe. La ricerca, oltre che significare studi clinici o di laboratorio, trasferita nella pratica quotidiana dell'attività assistenziale, diventa un modo di agire dell'operatore, caratterizzato dallo sforzo di verificare le ipotesi, dall'uso della logica argomentativa, dalla continua ricerca delle prove di efficacia clinica e dalla verifica dei risultati raggiunti, un atteggiamento che riassume tutti i valori dell'Azienda.

f. Innovazione

L'Azienda favorisce la ricerca e la implementazione di soluzioni innovative, siano esse concettuali, organizzative, tecnologiche, che consentano uno sviluppo al passo con le esigenze della popolazione e con il progresso tecnologico e scientifico proprio del settore sanitario.

g. Valutazione

L'Azienda ritiene la valutazione fase essenziale ed ineludibile nella gestione delle attività assistenziali e si impegna a valutare sistematicamente i risultati delle stesse attraverso indicatori predefiniti e condivisi con le parti interessate, e a favorire l'autovalutazione partecipata di gruppo (fra pari) quale strumento efficace per i cambiamenti più proficui per l'organizzazione ed i suoi operatori.

h. Risanamento e sviluppo sostenibile

L'Azienda intende perseguire la ricerca della sostenibilità economica secondo forme e modalità compatibili con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e con le esigenze di sviluppo e innovazione del sistema complessivo aziendale, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, solidaristico ed equo. In tal senso l'Azienda pone come criterio cardine del proprio "modus operandi" la lotta ad ogni forma di "antieconomicità" nell'ambito della propria gestione, intendendo per antieconomicità ogni spesa, ogni investimento, ogni prestazione, ogni servizio, ogni operatore al quale non corrisponda un adeguato beneficio in termini di salute per la popolazione assistita, al fine di avviare un processo virtuoso di ammodernamento del proprio sistema dei servizi, dei comportamenti professionali, dei metodi di intervento rispetto alle comunità di riferimento.

i. Ospitalità

L'Azienda nell'ambito dell'attuazione del processo di "umanizzazione" delle cure, adotta un approccio organizzativo ed operativo che esalta il ruolo ed il valore della relazionalità del sistema nel suo complesso. In tale contesto assume un ruolo fondamentale l'ospitalità, intesa come nuovo contratto sociale tra gli operatori aziendali e i cittadini, in virtù del quale si definiscono i diritti e i doveri degli uni nei confronti degli altri, le reciproche aspettative e le conseguenti responsabilità. A tale scopo l'Azienda, attraverso strumenti operativi quali, il Codice Etico e il Canone di Ospitalità, si propone di definire un pacchetto di regole per disciplinare la rete di relazioni che si instaura tra i servizi offerti dall'Azienda ed il cittadino che ne usufruisce, che sovrintenda ogni momento di contatto: dall'accoglienza fino alla dimissione, ivi compresa la gestione dei rapporti con i familiari del paziente, in una prospettiva di corresponsabilizzazione con i cittadini malati funzionale a migliorarne le condizioni di utilizzo e di beneficio dei servizi sanitari offerti.

j. Rendicontazione sociale

L'azienda intende valorizzare la funzione di rendicontazione sociale, attraverso la predisposizione, a cadenza annuale, del Bilancio Sociale, vale a dire una relazione sullo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati sia sotto il profilo assistenziale che sotto quello economico –finanziario. Il Bilancio Sociale si configura a tutti gli effetti quale documento strategico di fondamentale importanza in quanto, nel "rendere conto" ai vari portatori di interessi dei risultati della gestione aziendale, esaminata sotto ogni singolo profilo, diviene uno strumento effettivo di confronto utile sia nella rilevazione delle criticità che nella individuazione delle proposte di miglioramento.

3. IDENTITA'

3.1 Gli Organi

Sono Organi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera:

il Direttore Generale;

il Collegio Sindacale;

il Collegio di Direzione.

3.2 La Direzione Strategica Aziendale

La Direzione Strategica è composta da:

Direttore Generale;

Direttore Amministrativo;

Direttore Sanitario.

3.3 Gli organismi collegiali

Gli organismi collegiali dell'Azienda sono:

Consiglio dei Sanitari;

Conferenza dei Sindaci;

Comitato Etico

Comitati Consultivi Misti;

Comitato Unico di Garanzia

Organismo Indipendente di Valutazione

3.3.1 Il Collegio di Direzione dell'Azienda

Il Collegio di Direzione è organo di supporto della Direzione Generale con funzioni consultive, propositive e di controllo. Il Collegio di Direzione è costituito e nominato dal Direttore Generale, in attuazione dell'art. 17 D.lgs n. 229/1999, e in conformità alla specifica disciplina demandata alla Regione di cui al II comma del suddetto articolo.

La composizione, i compiti e le funzioni del Collegio di Direzione sono definiti da regolamento interno.

3.3.2 Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario.

3.3.3 La Conferenza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci è l'organismo cui compete, nell'ambito delle indicazioni regionali, la definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria dell'ASM.

Ad essa spetta in particolar modo:

- stabilire le linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Attuativo Locale;
- esprimere parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio dell'ASL;
- esprimere parere sull'operato del Direttore Generale dell'Azienda;
- designare un componente del Collegio Sindacale dell'ASL;
- eleggere, al suo interno, la Rappresentanza della Conferenza medesima.

La Conferenza è composta da tutti i Sindaci dei Comuni che costituiscono il territorio dell'ASM.

3.3.4 Il Comitato Etico

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 930 del 12 luglio 2012 è stato costituito il Comitato Etico Unico Regionale (C.E.U.R.) presso il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata in attuazione dell'art. 16 della Legge Regionale 4 agosto 2011, n. 17, che ha previsto l'istituzione del suddetto Comitato Etico Unico Regionale, in sostituzione dei singoli Comitati Aziendali, al fine di rendere omogeneo su tutto il territorio regionale l'approfondimento e la diffusione delle tematiche connesse alle attività volte alla tutela della salute pubblica e al progresso delle scienze mediche e biologiche.

3.3.5 I Comitati Consultivi Misti

Il Comitato Consultivo Misto aziendale e di distretto partecipa attivamente al processo di controllo e miglioramento della qualità dei servizi offerti, favorendo la più ampia partecipazione al processo decisionale e di verifica dei risultati.

3.3.6. L'Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo indipendente di valutazione è un organo collegiale, composto di tre componenti, nominati per tre anni (rinnovabili una sola volta), nominato dal Direttore Generale dell'Azienda. L'Organismo, ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo n. 150/2009, svolge, all'interno dell'azienda, un ruolo fondamentale nel processo di misurazione e valutazione delle strutture e dei dirigenti e nell'adempimento degli obblighi di integrità e trasparenza posti alle amministrazioni..

L'Organismo, tra gli altri compiti, svolge funzioni di monitoraggio del funzionamento del Sistema complessivo della valutazione e della trasparenza, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso, valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, secondo le linee guida dettate in materia dalla ANAC ai sensi degli articoli 7, comma 3, e 13, comma 6, lett. b), d) ed e) del decreto legislativo n. 150/2009, la cui corretta applicazione è rimessa alla sua vigilanza e responsabilità.

L'Organismo supporta l'organo politico-amministrativo nella definizione degli obiettivi strategici, favorendone il coordinamento, e nella individuazione delle responsabilità per gli obiettivi medesimi. Contribuisce altresì, attraverso il Sistema di misurazione e valutazione, all'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione. A tal fine, l'Organismo rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi..

3.4 Le relazioni sindacali

L'Azienda attua lo sviluppo organizzativo e il miglioramento dei livelli di efficacia e di efficienza dei servizi anche attraverso un sistema di relazioni sindacali improntato ai criteri di trasparenza e di rispetto e distinzione dei ruoli.

3.5 L'articolazione organizzativa

L'articolazione di base dell'Azienda è improntata su un assetto organizzativo che è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

3.6. L'assetto strutturale di base

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera individua il seguente assetto strutturale di base:

Ospedali;

Distretti di comunità;

Dipartimenti Ospedalieri, Territoriali e Misti;

Dipartimento Amministrativo.

Ospedali, Dipartimenti e Distretti sono Macro-Strutture governate da Direzioni Funzionali o Strutturali che coordinano un insieme di Strutture Complesse, Strutture Semplici a valenza Dipartimentale, Strutture Semplici ricomprese nelle Strutture Complesse e Incarichi Professionali.

Nell'articolazione del modello organizzativo si adotta il principio di evitare la duplicazione di strutture analoghe, la sovrapposibilità di funzioni e la costituzione di Dipartimenti con una sola Unità Operativa Complessa.

L'articolazione interna delle strutture di base sopra elencate è demandata all'adozione di appositi regolamenti interni.

3.7. L'assetto strutturale dell'assistenza ospedaliera

Nello specifico con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'ASM ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite la gestione di 5 Presidi Ospedalieri: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico il Presidio Ospedaliero di Policoro, l'Ospedale di Stigliano e l'Ospedale di Tinchì.

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, avviato in questi ultimi anni dall'Azienda e tuttora in corso, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, prevede che l'Assistenza Ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera sia erogata da 3 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

Ospedale sede di DEA di I livello: P.O. Matera

Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.): P.O. Policoro

Ospedale Distrettuale costituito dai plessi di:

Stigliano deputato alla lungodegenza e sede di Hospice

Tinchì deputato alla riabilitazione e poliambulatorio multispecialistico

Tricarico deputato alla lungodegenza e alla riabilitazione gestita attraverso la sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi

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 sopra menzionato, anche in aderenza e nel rispetto degli standard definiti a livello nazionale e recepiti dalla Regione Basilicata.

Al 31/12/2014, i posti letto complessivi degli Ospedali della ASM ammontano a 605, di cui 526 ordinari e 79 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella

Tabella n.2 – Posti letto direttamente gestiti

OSPEDALE	ORDINARI	DH/DS	TOTALI
Presidio Ospedaliero Matera	294	58	352
Presidio Ospedaliero Policoro	103	17	120
Ospedale Distrettuale Tricarico	97	2	99
Ospedale Distrettuale Stigliano	32	2	34
<i>TOTALE</i>	<i>526</i>	<i>79</i>	<i>605</i>

3.8 L'assetto strutturale della funzione territoriale

Con riferimento all'assistenza territoriale dell'ASM, nelle varie branche di attività in cui si articola, essa è erogata sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate. Nello specifico con riferimento alle strutture a gestione diretta si riporta il numero di strutture erogatrici per singola branca di attività assistenziale:

N. 5 Poliambulatori specialistici all'interno dei 5 Ospedali aziendali che erogano attività clinica, diagnostica strumentale e per immagini ed attività di laboratorio

N. 21 sedi distrettuali comunali che erogano attività specialistica ambulatoriale

N. 2 CSM che erogano attività di assistenza ai disabili psichici

N. 2 SERT che erogano attività di assistenza ai tossicodipendenti

N. 2 Centri Diurni che erogano attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici

N. 1 Consultorio con n. 7 sedi consultoriali che erogano attività di consultorio familiare all'interno delle sedi distrettuali comunali

N. 1 Hospice con 8 posti letto, che eroga assistenza ai malati terminali, situato nell'Ospedale di Stigliano

N. 14 postazioni 118 territoriali, dislocate in punti geograficamente strategici che assicurano l'emergenza territoriale.

Questa Azienda, inoltre, a partire dal 2009, ha avviato una gestione integrata delle attività riabilitative e della RSA, che si qualifica come una sperimentazione gestionale nell'ambito della collaborazione pubblico – privato e che si esplica attraverso l'intervento coordinato e sinergico della Fondazione ONLUS Don Gnocchi e della ASL di Matera presso il Polo Riabilitativo situato nel monoblocco dell'Ospedale di Tricarico.

Le attività del Polo Riabilitativo consistono in:

48 posti letto per riabilitazione (cod. 56), di cui 46 ordinari e 2 dh

16 posti letto per lungodegenza riabilitativa (cod. 60)

20 posti letto per R.S.A. per anziani non autosufficienti e con prevalenza di problematiche neurodegenerative e dementigene

attività ambulatoriali per disabilità importanti e con esiti permanenti nonché per disabilità minimali e transitorie.

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

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

- N. 4 Centri Privati Accreditati che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini;
- N. 6 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio;
- N. 6 Centri Privati Accreditati che erogano prestazioni di fisiokinesi terapia;
- N. 4 Centri Privati Accreditati che erogano prestazioni di riabilitazione;
- N. 8 Strutture Residenziali e 3 Gruppi Appartamento che erogano attività residenziale di assistenza ai disabili psichici.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L. 833/78 sono 4, di cui 3 erogano attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale, extramurale e/o domiciliare ed 1, oltre alle precedenti, anche attività di tipo semiresidenziale.

Relativamente alla Medicina Generale, l'Azienda opera mediante 174 Medici di Medicina Generale, che assistono complessivamente una popolazione pari a circa 174.000 unità, e 25 Pediatri di Libera Scelta, che assistono complessivamente una popolazione pari a circa 21.000 unità.

Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale con 124 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.

In merito alla Prevenzione, coerentemente con le linee di indirizzo della programmazione regionale, essa è erogata dall'ASM attraverso due Dipartimenti:

- ✓ il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana;
- ✓ il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale.

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana comprende le UU.OO. o Servizi, di seguito indicati:

Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;

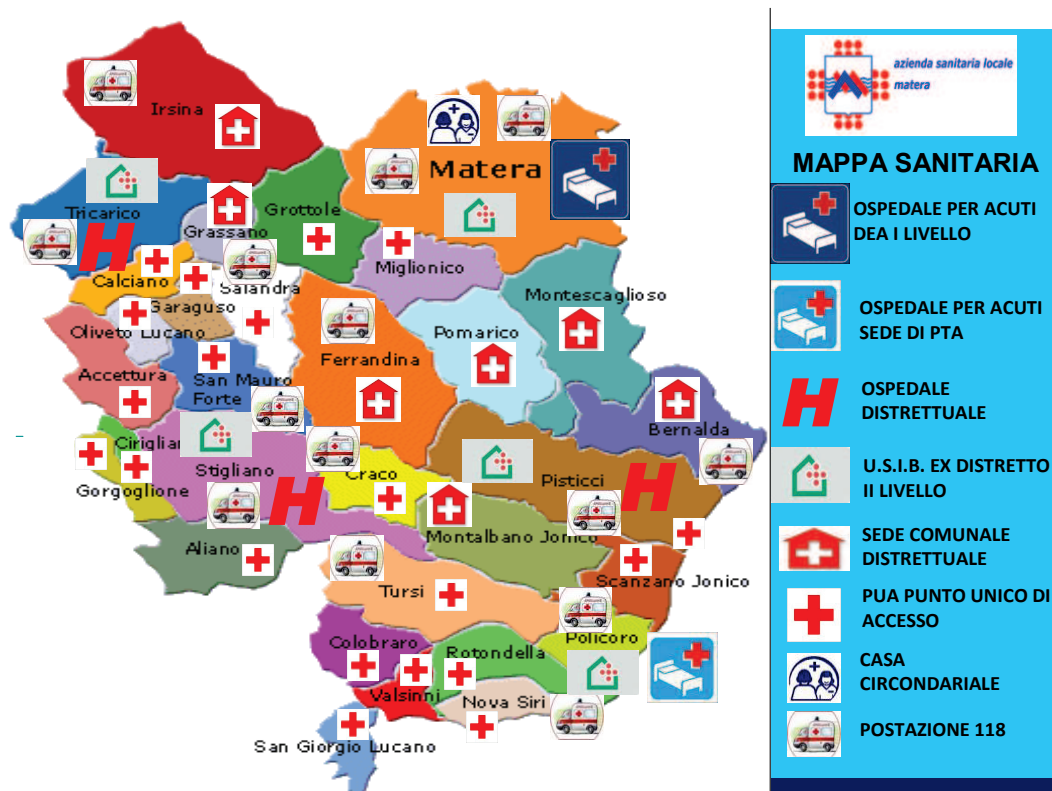
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;

- Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;

Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale è composto, per ciascuno degli ambiti territoriali ex ASL n. 4 di Matera e ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico, dalle seguenti UU.OO.:

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

La figura seguente mostra la mappa della complessiva offerta sanitaria erogata dalla ASM.



3.9. L'Atto aziendale

L'Atto Aziendale dell'ASM di Matera, adottato con deliberazione aziendale n. 773/2015, così come integrata da successive deliberazioni n. 1123/2015 e n. 1161/2015, è stato approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1077/2015.

L'Atto Aziendale di diritto privato dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera disciplina il proprio assetto strutturale ed organizzativo, e, soprattutto, i suoi valori fondativi sulla base degli indirizzi assegnati dalla Giunta della Regione Basilicata.

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

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

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

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

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

Per approfondimenti si rimanda all' Atto Aziendale, pubblicato sul sito web dell'Azienda.

3.10. L'articolazione organizzativa dipartimentale

L'art.17 bis del D.Lgs. 502/92 così come modificato ed integrato dal Decreto legislativo 229/99, e recepito dall'art. 29 della L.R. 39/2001, definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie.

Il Dipartimento è una Macrostruttura Organizzativa di Coordinamento e di Direzione, costituita da una pluralità di Unità Organizzative, omogenee, affini o complementari che, pur mantenendo la propria autonomia e le proprie responsabilità gestionali e professionali, perseguono finalità comuni e sono, quindi, tra loro funzionalmente interdipendenti.

Il Dipartimento aggrega strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale; queste ultime espletano attività e funzioni non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse. Le altre strutture semplici, quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solo nei casi specificatamente previsti dalla legge o dalle indicazioni regionali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, ecc). Fuori da tali previsioni è possibile la creazione di altri Dipartimenti solo quando si renda necessario razionalizzare, in termini sia di efficienza che di economicità, i rapporti fra diverse strutture organizzative non altrimenti aggregabili; in tal caso con specifica delibera aziendale, vengono istituiti i Dipartimenti in rapporto alle specifiche esigenze e obiettivi strategici aziendali.

I Dipartimenti possono essere strutturali, funzionali, interaziendali; in ogni caso rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da settori funzionali-organizzativi e strutture organizzative, semplici e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità; tali articolazioni del dipartimento sono individuate, nel numero e nella tipologia, con separato atto tenendo conto della complessità dell'Azienda, della sua estensione sul territorio, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

Le strutture afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni.

A tal fine il Dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari.

Gli obiettivi che si intendono perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

- ❑ la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- ❑ il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra Direzione Generale e Direzione delle singole strutture;
- ❑ il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- ❑ la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;
- ❑ la gestione del budget.

Si riporta di seguito l'elenco dei Dipartimenti istituiti dall'Azienda, coerentemente all'assetto organizzativo adottato, facendo distinzione tra quelli ospedalieri, territoriali e misti, oltre a quello amministrativo, con l'indicazione delle Unità Operative afferenti sia anella fase transitoria sia nella fase a regime.

I dipartimenti sono:

- aziendali
- interaziendali

I Dipartimenti aziendali sono i seguenti:

- Dipartimento Integrazione Ospedale Territorio
- Dipartimento Salute Mentale
- Dipartimento Emergenza Accettazione
- Dipartimento Multidisciplinare Medico
- Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico
- Dipartimento dei Servizi Diagnostici e di Supporto
- Dipartimento Salute Mentale
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana
- Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale
- Dipartimento delle attività amministrative
-

Il **DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO** si configura quale Dipartimento Misto articolandosi in strutture attinenti sia alla funzione territoriale che a quella Ospedaliera.

Nello specifico l'articolazione prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento Integrazione Ospedale territorio	U.O.C. Direzione Sanitaria per Acuti
	U.O.C. Direzione Distretto Matera
	U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana
	U.O.C. Direzione Distretto Bradanica - Medio Basento
	U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
	U.O.C. Lungodegenza Medica Stigliano

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento Integrazione Ospedale territorio	U.O.S.D. Pneumologia Territoriale
	U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS
	U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari, Palliative e
	U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriata e Percorsi Riabilitativi
	U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale – Territorio
	U.O.S.D. Cure Palliative – Hospice
	U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
	U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
	U.O.S.D. Direzione Nutrizione Clinica e Dietologica
	U.O.S.D. Servizio Farmaceutico Territoriale

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento Integrazione Ospedale territorio	U.O.C. Direzione Sanitaria per Acuti
	U.O.C. Direzione Distretto Matera
	U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana
	U.O.C. Direzione Distretto Bradanica - Medio Basento
	U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
	U.O.C. Lungodegenza Medica Stigliano

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento Integrazione Ospedale territorio	U.O.S.D. Pneumologia Territoriale
	U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS
	U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari, Palliative e
	U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriata Percorsi Riabilitativi
	U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale – Territorio
	U.O.S.D. Cure Palliative – Hospice
	U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
	U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
	U.O.S.D. Direzione Nutrizione Clinica e Dietologica
	U.O.S.D. Servizio Farmaceutico Territoriale

Il **DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE** si configura quale Dipartimento Misto articolandosi in strutture attinenti sia alla funzione territoriale che a quella Ospedaliera.

Nello specifico l'articolazione prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento Salute Mentale	U.O.C. Centro Salute Mentale
	U.O.C. Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura
	U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
	U.O.C. Ser.D. - Servizio Dipendenze Patologiche
	U.O.C. Psicologia Clinica

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento Salute Mentale	U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale
	U.O.S.D. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Matera
	U.O.S.D. Centri Diurni
	U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare

A REGIME

Dipartimenti	Strutture Complesse
Dipartimento Salute Mentale	U.O.C. Centro Salute Mentale
	U.O.C. Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura
	U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
	U.O.C. Ser.D. - Servizio Dipendenze Patologiche e Psicologia Clinica

Dipartimenti	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento Salute Mentale	U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
	U.O.S.D. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Matera
	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale
	U.O.S.D. Centri Diurni
	U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare

L'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile e l'U.O.S.D. di Neuropsichiatria Infantile Territoriale, confluiscono, sotto il profilo funzionale all'interno del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria Infantile, ai sensi della D.G.R. n. 521/2013, con cui la Regione Basilicata ha approvato il progetto di riorganizzazione del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia.

Il **DIPARTIMENTO EMERGENZA - ACCETTAZIONE** si articola in strutture attinenti esclusivamente alla funzione Ospedaliera.

Nello specifico l'articolazione del Dipartimento Emergenza - Accettazione prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento Emergenza Accettazione	U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera
	U.O.C. Anestesia e rianimazione Policoro
	U.O.C. Pronto Soccorso Matera
	U.O.C. Pronto Soccorso Policoro

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento Emergenza Accettazione	U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche
	U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale
	U.O.S.D. Gestione Emergenza Accettazione

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento Emergenza Accettazione	U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera
	U.O.C. Anestesia e rianimazione Policoro
	U.O.C. Pronto Soccorso Matera
	U.O.C. Pronto Soccorso Policoro

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento Emergenza Accettazione	U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche
	U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale
	U.O.S.D. Gestione Emergenza Accettazione

Fino a diversa organizzazione del Dipartimento Regionale dell'Emergenza Sanitaria, le funzioni di direzione e coordinamento del **Servizio Territoriale 118** sono attestate al Direttore del Dipartimento Emergenza Accettazione.

Il **DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGICO** si articola in strutture attinenti esclusivamente alla funzione Ospedaliera.

Nello specifico l'articolazione del Dipartimento Chirurgico prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento multidisciplinare chirurgico	U.O.C. Chirurgia Generale Matera
	U.O.C. Chirurgia Generale Policoro
	U.O.C. Ortopedia Matera
	U.O.C. Ortopedia Policoro
	U.O.C. Otorinolaringoiatria
	U.O.C. Oculistica
	U.O.C. Urologia
	U.O.C. Chirurgia Vascolare
	U.O.C. Chirurgia Plastica

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento multidisciplinare chirurgico	U.O.S.D. Chirurgia Senologica
	U.O.S.D. Gastroenterologia Interventistica
	U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale
	U.O.S.D. Endoscopia Digestiva
	U.O.S.D. Day Surgery Ortopedia
	U.O.S.D. Vestibologia e Gestione Integrata Attività di Otorinolaringoiatria
	U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche
	U.O.S.D. Chirurgia Urologica Endoscopica

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento multidisciplinare chirurgico	U.O.C. Chirurgia Generale Matera
	U.O.C. Chirurgia Generale Policoro
	U.O.C. Ortopedia Matera
	U.O.C. Ortopedia Policoro
	U.O.C. Otorinolaringoiatria
	U.O.C. Oculistica
	U.O.C. Urologia

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento multidisciplinare chirurgico	U.O.S.D. Chirurgia Senologica
	U.O.S.D. Gastroenterologia Interventistica
	U.O.S.D. Endoscopia Digestiva
	U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale
	U.O.S.D. Day Surgery Ortopedia
	U.O.S.D. Vestibologia e Gestione Integrata Attività di Otorinolaringoiatria
	U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche

L'U.O.C. Oculistica e l'U.O.S. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche, sotto il profilo funzionale, confluiscono all'interno del Dipartimento Interaziendale di Oculistica, istituito con D.G.R. n. 521/2011.

Il **DIPARTIMENTO MULTIDISCIPLINARE MEDICO** si articola in strutture attinenti esclusivamente alla funzione Ospedaliera.

Nello specifico l'articolazione del Dipartimento Multidisciplinare Medico prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento multidisciplinare medico	U.O.C. Cardiologia e UTIC Matera
	U.O.C. Cardiologia e UTIC Policoro
	U.O.C. Medicina Generale Matera
	U.O.C. Medicina Generale Policoro
	U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo
	U.O.C. Neurologia
	U.O.C. Pneumologia
	U.O.C. Geriatria
	U.O.C. Endocrinologia
	U.O.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche
	U.O.C. Ematologia

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento multidisciplinare medico	U.O.S.D. Degenza Cardiologia
	U.O.S.D. UTIC Matera
	U.O.S.D. UTIC Policoro
	U.O.S.D. Scompenso Cardiaco e Cardiologia Riabilitativa
	U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera
	U.O.S.D. Dialisi Tinchì
	U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti
	U.O.S.D. UTIIR - Unità Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria
	U.O.S.D. Stroke Unit
	U.O.S.D. Diabetologia Territoriale
	U.O.S.D. Reumatologia
	U.O.S.D. Oncologia Medica
	U.O.S.D. Epatologia

L'U.O.S. Reumatologia confluisce, sotto il profilo funzionale all'interno del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia, ai sensi della D.G.R. n. 1786/2010, con cui la Regione Basilicata ha approvato il progetto di riorganizzazione del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia.

Dipartimento	Strutture Complesse Interaziendali
Dipartimento multidisciplinare medico	S.C.I. Malattie Infettive**
	S.C.I. Gastroenterologia**

**Le Strutture Complesse Interaziendali di Malattie Infettive e di Gastroenterologia sono attestate all'AOR San Carlo di Potenza, in tal senso non gravano sul numero complessivo di strutture complesse dell'ASM, bensì sono ricomprese tra quelle della suddetta Azienda Ospedaliera.

Le modalità per il conferimento degli incarichi di Direzione delle Strutture Complesse Interaziendali saranno stabilite con successivi provvedimento di concerto tra le Aziende interessate.

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento multidisciplinare medico	U.O.C. Cardiologia e UTIC Matera
	U.O.C. Cardiologia e UTIC Policoro
	U.O.C. Medicina Generale Matera
	U.O.C. Medicina Generale Policoro
	U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo
	U.O.C. Neurologia
	U.O.C. Pneumologia
	U.O.C. Geriatria
	U.O.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche
	U.O.C. Ematologia

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento multidisciplinare medico	U.O.S.D. Degenza Cardiologia
	U.O.S.D. UTIC Matera
	U.O.S.D. UTIC Policoro
	U.O.S.D. Scompenso Cardiaco e Cardiologia Riabilitativa
	U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera
	U.O.S.D. Dialisi Tinchì
	U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti
	U.O.S.D. UTIR - Unità Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria
	U.O.S.D. Stroke Unit
	U.O.S.D. Diabetologia Territoriale
	U.O.S.D. Reumatologia
	U.O.S.D. Oncologia Medica
	U.O.S.D. Epatologia

L'U.O.S. Reumatologia confluisce, sotto il profilo funzionale all'interno del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia, ai sensi della D.G.R. n. 1786/2010, con cui la Regione Basilicata ha approvato il progetto di riorganizzazione del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia.

Dipartimento	Strutture Complesse Interaziendali
Dipartimento multidisciplinare medico	S.C.I. Malattie Infettive**
	S.C.I. Gastroenterologia**

**Le Strutture Complesse Interaziendali di Malattie Infettive e di Gastroenterologia sono attestate all'AOR San Carlo di Potenza, in tal senso non gravano sul numero complessivo di strutture complesse dell'ASM, bensì sono ricomprese tra quelle della suddetta Azienda Ospedaliera.

Le modalità per il conferimento degli incarichi di Direzione delle Strutture Complesse Interaziendali saranno stabilite con successivi provvedimento di concerto tra le Aziende interessate.

Il **DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E DI SUPPORTO** si articola in strutture attinenti esclusivamente alla funzione Ospedaliera.

Nello specifico l'articolazione del Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento dei Servizi Diagnostici e di Supporto	U.O.C. Patologia Clinica Matera
	U.O.C. Patologia Clinica Policoro
	U.O.C. Radiologia Matera
	U.O.C. Radiodiologia Policoro
	U.O.C. Radiologia Tricarico
	U.O.C. Anatomia Patologica
	U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale
	U.O.C. Farmacia Ospedaliera

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento dei Servizi Diagnostici e di Supporto	U.O.S.D. Laboratorio di Genetica
	U.O.S.D. Laboratorio Analisi Tinchì
	U.O.S.D. Senologia Diagnostica

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento dei Servizi Diagnostici e di Supporto	U.O.C. Patologia Clinica Matera
	U.O.C. Patologia Clinica Policoro
	U.O.C. Radiologia Matera
	U.O.C. Radiologia Policoro
	U.O.C. Anatomia Patologica
	U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale
	U.O.C. Farmacia Ospedaliera

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento dei Servizi Diagnostici e di Supporto	U.O.S.D. Laboratorio di Genetica
	U.O.S.D. Laboratorio Analisi Tinchì
	U.O.S.D. Senologia Diagnostica

Il **DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE** si configura quale Dipartimento Misto articolandosi in strutture attinenti sia alla funzione territoriale che a quella Ospedaliera.

Nello specifico l'articolazione prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento Materno Infantile	U.O.C. Ostetricia e ginecologia Matera
	U.O.C. Ostetricia e ginecologia Policoro
	U.O.C. Pediatria e neonatologia

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento Materno Infantile	U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Pediatriche
	U.O.S.D. Ecografia Ostetrico Ginecologica
	U.O.S.D. Endoscopia ginecologica e fisiopatologia della riproduzione

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento Materno Infantile	U.O.C. Ostetricia e ginecologia Matera
	U.O.C. Ostetricia e ginecologia Policoro
	U.O.C. Pediatria e neonatologia

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento Materno Infantile	U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Pediatriche
	U.O.S.D. Ecografia Ostetrico Ginecologica
	U.O.S.D. Endoscopia ginecologica e fisiopatologia della riproduzione

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA è una macro articolazione organizzativa territoriale, cui afferiscono Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, tra le quali si realizza un'integrazione delle attività, secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e della unireferenzialità per l'utenza.

Nello specifico l'articolazione del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento prevenzione umana	U.O.C. Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
	U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
	U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
	U.O.C. Prevenzione Protezione e Impiantistica nei luoghi di Lavoro

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento prevenzione umana	U.O.S.D. Coordinamento attività Igiene e Sanità Pubblica aree distrettuali
	U.O.S.D. Coordinamento attività Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro aree distrettuali

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento prevenzione umana	U.O.C. Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
	U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
	U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
	U.O.C. Prevenzione Protezione e Impiantistica nei luoghi di Lavoro

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento prevenzione umana	U.O.S.D. Coordinamento attività Igiene e Sanità Pubblica aree distrettuali
	U.O.S.D. Coordinamento attività Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro aree distrettuali

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SANITA' E BENESSERE ANIMALE è una macro articolazione organizzativa territoriale, cui afferiscono Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, tra le quali si realizza un'integrazione delle attività, secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e della unireferenzialità per l'utenza.

Nello specifico l'articolazione del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento prevenzione animale	U.O.C. Sanità Animale (Area A)
	U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e loro Derivati (Area B)
	U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento prevenzione animale	U.O.S.D. Coordinamento attività gestionali – sanitarie e di emergenza veterinaria

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento prevenzione animale	U.O.C. Sanità Animale (Area A)
	U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e loro Derivati (Area B)
	U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)

Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento prevenzione animale	U.O.S.D. Coordinamento attività gestionali – sanitarie e di emergenza veterinaria

Il **DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE** è una macro articolazione organizzativa territoriale, cui afferiscono Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, che garantisce l'espletamento delle funzioni amministrative e la massima integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche, per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali.

Nello specifico l'articolazione del Dipartimento delle Attività Amministrative prevede le seguenti Strutture:

FASE TRANSITORIA

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento delle Attività Amministrative	U.O.C. Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane
	U.O.C. Direzione Economico – Finanziaria
	U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio
	U.O.C. Direzione Provveditorato ed Economato
	U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere DEA I Livello
	U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere PSA
	U.O.C. Direzione Attività Amministrative Distrettuali
Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento delle Attività Amministrative	U.O.S.D. Gestione Bilancio

A REGIME

Dipartimento	Strutture Complesse
Dipartimento delle Attività Amministrative	U.O.C. Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane
	U.O.C. Direzione Economico - Finanziaria
	U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio
	U.O.C. Direzione Provveditorato ed Economato
	U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedali per Acuti
	U.O.C. Direzione Attività Amministrative Distrettuali
Dipartimento	Strutture Semplici Dipartimentali
Dipartimento delle Attività Amministrative	U.O.S.D. Gestione Bilancio

Il modello organizzativo adottato dalla ASM, inoltre, riconosce nello **Staff** uno strumento di integrazione aziendale, posizionato al di fuori del flusso di autorità formale (flussi di linee), che esprime scelte di indirizzo strategico per l'intera organizzazione, su mandato diretto della Direzione Strategica.

Le Strutture in Staff alla Direzione Generale sono le seguenti

FASE TRANSITORIA

	Strutture Semplici Dipartimentali
STAFF Direzione Generale	U.O.S.D. Gestione Affari Generali e Legali
	U.O.S.D. Servizio Informativo Aziendale
	U.O.S.D. URP - Comunicazione - Ufficio Stampa – Privacy
	U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico
	U.O.S.D. Formazione - ECM – Tirocini
	U.O.S.D. Gestione Adempimenti Amministrativi Direzioni Sanitarie Ospedaliere

Strutture Complesse Interaziendali
S.C.I. Direzione Servizio Informativo Interaziendale**
S.C.I. Direzione Programmazione e Controllo di Gestione Interaziendale**

**Le Strutture Complesse Interaziendali di Direzione Servizio Informativo Interaziendale e Direzione Programmazione e Controllo di Gestione Interaziendale sono attestate all'ASP di Potenza, in tal senso non gravano sul numero complessivo di strutture complesse dell'ASM, bensì sono ricomprese tra quelle della suddetta ASP.

Le modalità per il conferimento degli incarichi di Direzione delle Strutture Complesse Interaziendali saranno stabilite con successivi provvedimento di concerto tra le Aziende interessate.

A REGIME

	Strutture Semplici Dipartimentali
STAFF Direzione Generale	U.O.S.D. Gestione Affari Generali e Legali
	U.O.S.D. Formazione - ECM – Tirocini
	U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico

Strutture Complesse Interaziendali
S.C.I. Direzione Servizio Informativo Aziendale**
S.C.I. Direzione Programmazione e Controllo di Gestione**

**Le Strutture Complesse Interaziendali di Direzione Servizio Informativo Interaziendale e Direzione Programmazione e Controllo di Gestione Interaziendale sono attestate all'ASP di Potenza, in tal senso non gravano sul numero complessivo di strutture complesse dell'ASM, bensì sono ricomprese tra quelle della suddetta ASP.

Le modalità per il conferimento degli incarichi di Direzione delle Strutture Complesse Interaziendali saranno stabilite con successivi provvedimento di concerto tra le Aziende interessate.

Le **Strutture in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale**, sia nella fase transitoria che a regime, sono le seguenti:

	Strutture Semplici Dipartimentali
STAFF Direzione Sanitaria Aziendale	U.O.S.D. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico
	U.O.S.D. Qualità, Accreditamento e Servizio Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali

3.10.1 Il Dipartimento e le reti Interaziendali

Con il nuovo Atto Aziendale viene formalizzata l'adesione dell'ASM al modello organizzativo integrato i cui strumenti sono rappresentati da:

- Dipartimento Interaziendale;
- Reti interaziendali;
- Struttura Complessa Interaziendale;
- Coordinamenti o Programmi Interaziendali.

Il Dipartimento Interaziendale è un'aggregazione funzionale di Strutture Complesse appartenenti a più Aziende sanitarie, istituito per il perseguimento di finalità ed obiettivi comuni.

Ai fini dell'organizzazione interna, il Dipartimento interaziendale non costituisce di norma aggregazione strutturale. Le Strutture Complesse che vi afferiscono mantengono quindi la propria appartenenza al Dipartimento strutturale di riferimento.

Esso rappresenta il luogo principe dove realizzare l'integrazione ospedale-territorio e/o la realizzazione di reti interaziendali di patologia e, in tale contesto, il FSE rappresenta lo strumento indispensabile intorno a cui costruire l'integrazione

Il Direttore del Dipartimento interaziendale è componente del Collegio di Direzione delle Aziende di cui il Dipartimento è espressione.

Di seguito si riportano i **DIPARTIMENTI CLINICO-TERAPEUTICI** già individuati con appositi atti regionali e aziendali, per i quali le Aziende interessate si impegnano a verificarne lo stato di attuazione al fine di individuare, di concerto con i competenti uffici regionali, gli ulteriori sviluppi organizzativi – operativi per la loro piena funzionalità. Per i dipartimenti che non presentano atti formali di istituzione a valenza regionale o interaziendale, le Aziende interessate si impegnano a predisporre i relativi documenti di attivazione e la definizione dei relativi assetti organizzativi – operativi.

Dipartimento Interaziendale di Reumatologia

Con la D.G.R. n. 1786 del 29.10.2010 la Regione Basilicata ha approvato il progetto di riorganizzazione del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia. Le Aziende interessate si impegnano a verificare lo stato di attuazione del Dipartimento al fine di individuare gli ulteriori sviluppi organizzativi – operativi.

Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'età evolutiva

Con la D.G.R. n. 521 del 13.05.2011 la Regione Basilicata ha approvato il protocollo d'intesa tra ASP e ASM per l'attivazione del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'età evolutiva. Le Aziende interessate si impegnano a verificarne lo stato di attuazione.

Dipartimento Interaziendale di Oculistica

Con la D.G.R. n. 80 del 29.01.2013 la Regione Basilicata ha istituito il Dipartimento interaziendale di oculistica e preso atto del protocollo organizzativo e operativo.

Le Aziende interessate si impegnano a verificare lo stato di attuazione del Dipartimento al fine di individuare gli ulteriori sviluppi organizzativi – operativi per la sua piena funzionalità.

Dipartimento Interaziendale di Ortopedia e Traumatologia

Le Aziende interessate si impegnano a predisporre i documenti per la definizione degli assetti strutturali e dei protocolli organizzativi – operativi per l'implementazione del Dipartimento.

Le Reti Interaziendali hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del Sistema Sanitario Regionale,

assicurando equità di accesso, efficienza allocativa e operativa ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.

L'organizzazione secondo il modello delle reti integrate si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della rete. Infatti nell'attuale contesto organizzativo sanitario, al fine dei perseguire efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema, l'evento assistenziale si costituisce sempre di meno come fatto "singolare" e sempre di più come processo inserito in una rete di servizi con cui il sistema si "prende cura" del bisogno espresso.

Il sistema delle reti integrate presuppone l'abbandono del concetto di "localizzazione" della struttura operativa e del suo significato di proprietà esclusiva della sede di appartenenza per assumere quello di luogo di produzione di eventi assistenziali funzionale all'esigenza della rete, al servizio di comunità "allargate" di pazienti.

Alla base della programmazione e della organizzazione delle reti ci sono le relazioni funzionali fra i singoli nodi di produzione, con la precisa definizione delle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Questo modello organizzativo presuppone la cooperazione fra le singole unità produttive all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento assistenziale loro attribuito.

La logica sottostante l'organizzazione di una rete di servizi in cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono orientate sia verso la popolazione residente in un determinato ambito di riferimento sia verso categorie specifiche di utilizzatori, può essere applicata sia a livello dell'intero sistema sanitario regionale che al sistema dei servizi aziendali, così come alle singole strutture operative. A qualsiasi livello organizzativo devono essere rispettati i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, equità ed efficienza nella erogazione delle prestazioni assistenziali.

La progettazione integrata interaziendale è finalizzata al raggiungimento degli obiettivi e della attuazione delle Reti Cliniche attraverso le modalità organizzative sopradescritte (Dipartimenti, Unità e servizi unici interaziendali e programmi).

L'organizzazione, secondo il modello delle reti integrate dei servizi, si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della stessa.

Con il Piano regionale della salute 2012-2015, approvato con la D.C.R. n. 317 del 24.07.2012 sono state individuate le reti da attivare nel periodo di vigenza del piano.

Di seguito si riportano le reti già attivate con appositi atti regionali e aziendali, per le quali le Aziende interessate si impegnano a verificarne lo stato di attuazione al fine di individuare, di concerto con i competenti uffici regionali, gli ulteriori sviluppi organizzativi – operativi e garantirne la piena funzionalità, mentre per le restanti reti, per le quali non sono presenti atti formali di istituzione a valenza regionale o interaziendale, le Aziende interessate si impegnano a predisporre i relativi documenti di attivazione.

Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica e l'elezione cardiologica

Le malattie cardiovascolari si collocano in Basilicata al primo posto come causa di morte. Per garantire una risposta omogenea su tutto il territorio regionale, la Regionale Basilicata con la D.G.R. n. 175 del 15.02.2011, successivamente modificata con la D.G.R. n. 1597 del 27.11.2012, ha approvato i protocolli operativi dal percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) per lo sviluppo della rete dell'infarto miocardico acuto (IMA - STEMI). La rete IMA definisce i compiti e le funzioni del sistema dell'emergenza urgenza (118) e delle diverse strutture sanitarie regionali nella gestione del paziente infartuato.

Successivamente con la DGR n. 190 del 26.02.2013 la Regione Basilicata ha approvato il percorso diagnostico terapeutico (PDTA) per le sindromi coronariche acute senza sopralivellamento del tratto ST (SCA NSTEMI).

Inoltre con la DGR n. 418 del 28.03.2007 è stato approvato il protocollo attuativo dello scompenso cardiaco.

Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto

La Regione Basilicata con la D.G.R. n. 1555 del 25.10.2011 ha approvato i protocolli organizzativi-operativi per la implementazione e sviluppo della rete interaziendale per la diagnosi e il trattamento dell'ictus cerebrale.

Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neuro trauma

Le Aziende interessate si impegnano a predisporre i documenti organizzativi e i protocolli operativi per l'implementazione e sviluppo della rete trauma.

Rete dell'emergenza - urgenza

Il modello organizzativo del Dires è stabilito dalle DD.GG.RR. n. 1537 del 31.08.2009, n. 1946 del 22.11.2010 e n. 504 del 30.04.2014. Le Aziende interessate si impegnano a verificare lo stato di attuazione della rete dell'emergenza urgenza e a individuare, di concerto con i competenti uffici regionali, gli ulteriori sviluppi organizzativi – operativi.

Rete della riabilitazione e lungodegenza

Con la D.G.R. n. 1300 del 02.08.2010, la Regione Basilicata ha approvato la riorganizzazione della rete regionale della riabilitazione e lungodegenza.

Rete delle demenze

La rete delle demenze deve strutturarsi secondo i modelli operativi stabiliti dalla D.G.R. n. 1113 del 28/11/2011. Le aziende interessate si impegnano a verificare lo stato di attuazione della rete delle demenze ed a individuare le ulteriori azioni necessarie a garantire il completamento dei servizi di diagnosi e cura (UVD) e di quelle domiciliari (ADI) e territoriali (Centri diurni, RSA) di concerto con i competenti Uffici regionali.

Rete della terapia del dolore

Con la DGR n. 322 del 28.03.2012 è stata approvata la rete regionale della terapia del dolore e il progetto Basilicata Ospedale territorio senza dolore.

Le Aziende interessate si impegnano a verificare lo stato di attuazione della rete e delle modalità di integrazione operativa tra i Centri spoke e le strutture Hub di riferimento regionale.

Rete onco-ematologica

La rete oncologica interaziendale è una rete gerarchica che si struttura in maniera tale da garantire gli interventi assistenziali in rapporto alla fase diagnostica della malattia e alla sua complessità. Le attività della rete si strutturano lungo il percorso che parte dalle attività di prevenzione primaria e secondaria, prosegue con la diagnostica di I livello fino ai trattamenti medici e chirurgici di II livello che rimangono attestati alle strutture di riferimento regionale (CROB e Ospedale San Carlo).

Le aziende interessate si impegnano a predisporre i protocolli organizzativi – operativi per l'attivazione della rete oncologica. Le aziende interessate si impegnano, inoltre, a predisporre gli atti esecutivi per l'attivazione della rete interaziendale di radioterapia oncologica di cui alla D.G.R. n. 572 del 29.4.2015.

Per la parte ematologica la rete ematologica interaziendale è una rete integrata delle strutture ematologiche operanti sul territorio regionale in cui vengono definiti e condivisi i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali dei pazienti con patologia affini alla disciplina.

Rete per l'assistenza al paziente diabetico

Con la DGR n. 524 del 23.04.2008 è stata approvata la rete interaziendale per l'assistenza al paziente diabetico. Le Aziende interessate si impegnano a verificare lo stato di attuazione della rete e a individuare gli assetti organizzativi – operativi di concerto con i competenti uffici regionali.

Rete della Genetica

Con la D.G.R. n. 1577 del 21.09.2010 la Regione Basilicata ha preso atto dell'Accordo tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee guida per le attività di genetica medica" Rep. 2045 del 15.07-2004, per la realizzazione della rete regionale della Genetica Medica.

Con la DGR n. 1399 del 29.09.2011 è stata approvata la rete regionale della genetica.

Rete per la diagnosi e il trattamento delle malattie del pancreas

Con la DGR n. 1100 del 16.11.2014 è stato istituito il Centro per la diagnosi e la cura delle malattie del pancreas presso l'AOR San Carlo. Le Aziende interessate si impegnano a dare attuazione ai contenuti previsti dalla suddetta DGR relativamente all'attivazione di percorsi assistenziali integrati e di ricerca per le malattie del pancreas.

Rete per la pediatria

La Regione Basilicata con la DGR n. 1459 dell'11.10.2011 ha approvato la rete interaziendale pediatrica che definisce i modelli organizzativi operativi per l'assistenza in età pediatrica. Le Aziende interessate si impegnano a verificare lo stato di attuazione della rete e a individuare gli ulteriori sviluppi organizzativi – operativi per la sua piena funzionalità di concerto con i competenti uffici regionali.

Rete della Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico

Le Aziende interessate si impegnano a predisporre i documenti per l'implementazione della rete.

3.12. Qualità e Accreditamento

Con delibera aziendale n. 677 / 2014 “ Attività inerenti Qualità e accreditamento” la Azienda Sanitaria di Matera ha istituito una struttura destinata al coordinamento e alla gestione delle attività relative alla qualità e all’accreditamento istituzionale, individuando nel dott. Vito Petrara, Dirigente Infermieristico, il responsabile del coordinamento.

I compiti che sta svolgendo questa struttura sono:

- Progettare ed implementare il “Sistema di Gestione della Qualità Aziendale” e coordinare le attività propedeutiche all’Accreditamento istituzionale;
- Predisporre il Manuale della Qualità, il piano pluriennale e i piani annuali della qualità;
- Predisporre gli strumenti operativi previsti dal “Sistema di Gestione della Qualità Aziendale”;
- Incentivare nei vari dipartimenti e nei distretti, la valutazione e la verifica della qualità ai vari livelli dell’ assistenza fornita, da effettuarsi con metodiche opportune relative ai processi, alle procedure, ai requisiti strutturali, agli esiti, alle azioni di miglioramento continuo e alle applicazioni , nella prassi professionale di appropriate conoscenze scientifiche;
- Procedere ad una ricognizione degli atti autorizzativi delle strutture aziendali e di quelli relativi al pre - accreditamento;
- Organizzare una rete di referenti con profili clinici, amministrativi e tecnico – professionali individuati di concerto con i responsabili dei dipartimenti / distretti e dei responsabili delle UU.OO. per l’implementazione del “Sistema di Gestione della Qualità Aziendale”;
- Pianificare ed implementare attività di Audit Interni;
- Pianificare ed implementare specifici percorsi formativi per promuovere e divulgare tra gli operatori, la cultura del Miglioramento Continuo della Qualità organizzativa e professionale.

Nel corso del 2015

- 1) È stata avviata la fase di raccolta degli atti autorizzativi esistenti presso tutte le strutture aziendali con ripetuti contatti con i vari soggetti Responsabili.
- 2) È stata effettuata la ricognizione degli atti autorizzativi, di consulenza, di supporto e di coordinamento delle attività inerenti l’accreditamento dei Laboratori dell’ASM di Matera, in particolar modo del Laboratorio SIT (Servizio Immuno - Trasfusionale) sottoposto a verifiche per l’accreditamento da parte dei valutatori regionali.
- 3) Sono stati individuati i referenti nelle varie UU.OO. aziendali e si sta organizzando la rete per implementare il Sistema di Gestione della Qualità. E’ in fase di elaborazione la delibera di approvazione.
- 4) Con delibera aziendale n.1095 / 2014 è stata approvata la Procedura “Sistema Gestione documentale: Gestione e Controllo della documentazione e delle registrazioni per la Qualità”(la delibera è disponibile per eventuali consultazioni sul sito aziendale).
- 5) E’ stato inserito nel Sistema Documentale di Gestione della Qualità il Documento elaborato dal Servizio di Pianificazione – Controllo Strategico e di Gestione dal titolo “Gestione del Sistema della Pianificazione Programmazione e Controllo strategico, direzionale e operativo
- 6) E’ stato inserito nel Sistema Documentale di Gestione della Qualità il Documento elaborato dal Servizio di Gestione Risorse Finanziarie dal titolo “Gestione del Sistema Economico Finanziario e Contabile”.
- 7) Sono stati Effettuati incontri con il Servizio di Pianificazione – Controllo Strategico e di Gestione e con il Servizio di Gestione Risorse Finanziarie, per la condivisione delle modalità operative relative al monitoraggio degli indicatori secondo quanto previsto dalle linee regionali.
- 8) E’ stato elaborato il “Manuale della Qualità ASM Matera” trasmesso alla Direzione Strategica per approvazione e ratifica.
- 9) E’ in fase di elaborazione il Piano pluriennale della Qualità per il triennio 2016 – 2018, all’interno del quale sono descritti gli obiettivi, le attività, gli indicatori, con le rispettive matrici di responsabilità.
- 10) E’ in fase di elaborazione la Procedura di Sistema “AUDIT INTERNO” secondo la Norma ISO 19011/2012, per la definizione delle modalità di gestione di un Programma di Audit, di pianificazione e di conduzione di Audit Interno del Sistema di Gestione della Qualità
- 11) Sono state attuate tutte le attività programmate dalla Regione Basilicata, come valutatore regionale dei sistemi di gestione della qualità.

4. ANALISI DEL CONTESTO

Nell'elaborazione del presente documento è stata sviluppata una matrice di analisi universalmente conosciuta con il nome di SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) che rappresenta uno strumento di pianificazione strategica usato per esaminare ed evidenziare analiticamente le forze (S) e le debolezze (W) emerse dal contesto interno al fine di far emergere le opportunità (O) e le minacce (T) e emerse dal contesto esterno.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	
PUNTI DI FORZA (S)	PUNTI DI DEBOLEZZA (W)
▪ Presidi ospedalieri recentemente costruiti o ristrutturati. ▪ Potenziamento sistemi informativi ed informatici. ▪ Risorse umane con elevata e riconosciuta professionalità. ▪ Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa e la riduzione degli sprechi. ▪ Diffusione della cultura e dei percorsi di qualità clinico-assistenziali ▪ Riduzione considerevole del gap tra costi e ricavi ▪ Significativa riduzione del deficit economico dell'azienda	• Liste di attesa. • Razionalizzazione della spesa farmaceutica. • Rafforzamento della rete ospedale-territorio. • Resistenza al cambiamento culturale ed organizzativo • Contenimento costi per assunzioni di personale • Conflitto tra limitatezza delle risorse disponibili e garanzia dei diritti da tutelare

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	
OPPORTUNITA' (O)	MINACCE (T)
▪ mobilità attiva. ▪ vicinanza dei poli ospedalieri a regioni limitrofe. ▪ Finanziamenti ministeriali per l'attuazione di progetti specifici (art.20) ▪ Riorganizzare l'offerta dei servizi territoriali. ▪ Finanziamenti integrativi per Matera Capitale della Cultura 2019	▪ mobilità passiva. ▪ vicinanza dei poli ospedalieri a regioni limitrofe. ▪ Apertura di nuovi ospedali nelle regioni confinanti; ▪ Invecchiamento della popolazione ▪ Vincoli di bilancio. ▪ Applicazione della Legge naz. N. 161/ 2014 ("Adeguamento alla direttiva europea 2003, in tema di orari di servizio e riposo del personale")

4.1. Analisi del contesto esterno

La Struttura demografica

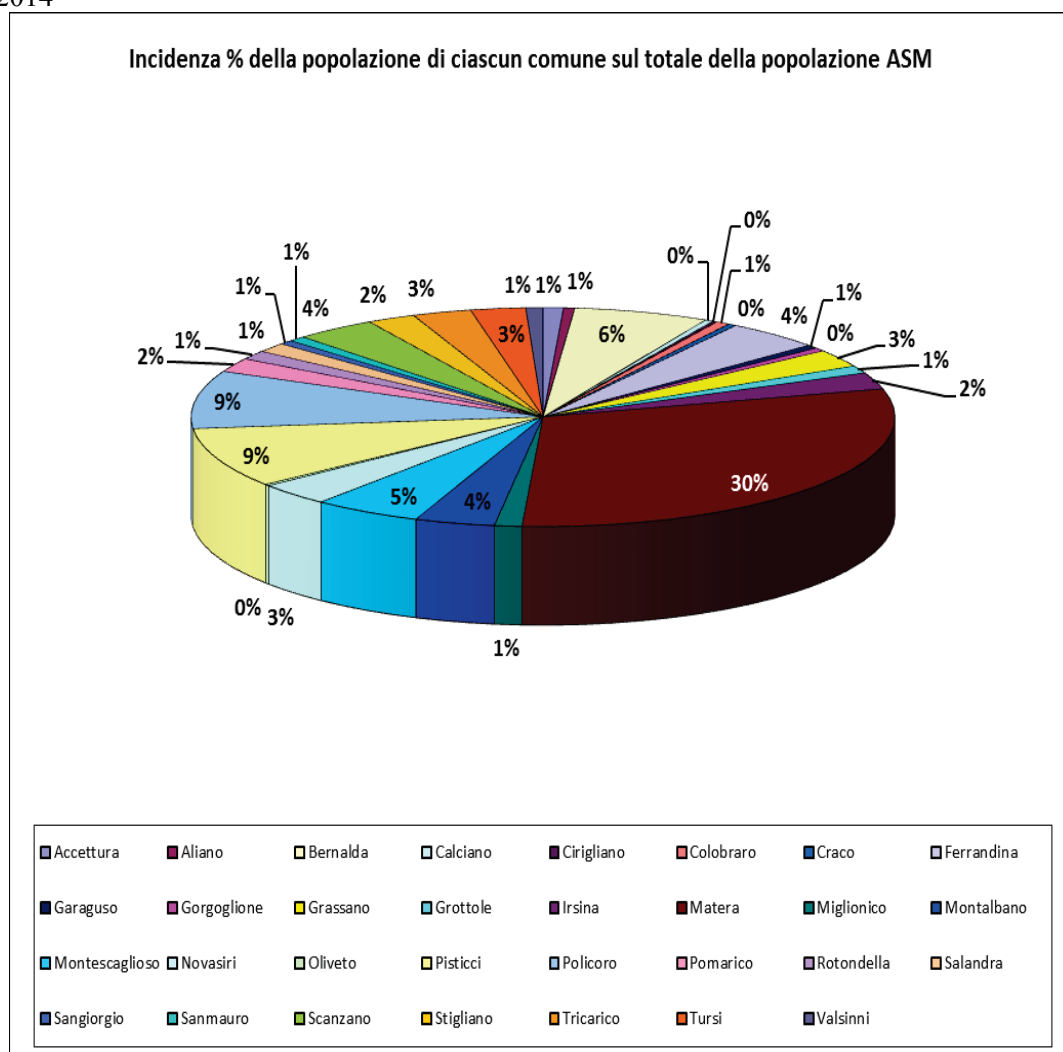
La popolazione totale del territorio di competenza dell'ASM di Matera, al 31/12/2014, risulta di 201.305 abitanti (172 persone in più rispetto al 01/01/2014, pari al +0,1%).

Nella tabella n. 7 viene riportato il bilancio demografico per singolo Comune compreso nel territorio dell'ASL, con l'indicazione del numero dei nati, dei morti, degli immigrati e degli emigrati e l'evidenziazione dei relativi saldi naturale, migratorio e totale.

Tabella n. 1 – Bilancio demografico per singolo Comune della ASL di Matera al 31/12/2014

Comune	Popolazione 01/01/2014	Nati Vivi	Morti	Saldo Naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio e per altri motivi	Popolazione 31/12/2014	Saldo totale
Accettura	1.918	9	34	-25	19	35	-16	1.877	-41
Aliano	1.041	3	23	-20	26	18	8	1.029	-12
Bernalda	12.483	100	104	-4	197	171	26	12.505	22
Calciano	773	5	7	-2	14	7	7	778	5
Cirigliano	350	1	11	-10	46	6	40	380	30
Colobraro	1.314	4	27	-23	19	24	-5	1.286	-28
Craco	768	4	11	-7	16	30	-14	747	-21
Ferrandina	8.857	64	98	-34	120	83	37	8.860	3
Garaguso	1.094	13	17	-4	17	21	-4	1.086	-8
Gorgoglione	1.015	7	18	-11	10	8	2	1.006	-9
Grassano	5.268	32	54	-22	106	79	27	5.273	5
Grottole	2.315	17	30	-13	56	130	-74	2.228	-87
Irsina	5.023	24	59	-35	80	80	0	4.988	-35
Matera	60.556	488	532	-44	958	946	12	60.524	-32
Miglionico	2.519	19	16	3	29	26	3	2.525	6
Montalbano	7.382	45	66	-21	230	171	59	7.370	-12
Montescaglioso	10.078	80	79	1	88	146	-58	10.021	-57
Novasiri	6.701	53	55	-2	120	90	30	6.729	28
Oliveto	476	1	8	-7	2	13	-11	458	-18
Pisticci	17.266	130	163	-33	820	204	616	17.849	583
Policoro	17.022	154	109	45	430	301	129	17.196	174
Pomarico	4.226	28	53	-25	44	73	-29	4.172	-54
Rotondella	2.708	21	31	-10	36	60	-24	2.674	-34
Salandra	2.858	25	32	-7	53	53	0	2.851	-7
Sangiorgeo	1.262	5	25	-20	19	24	-5	1.237	-25
Sanmauro	1.628	5	34	-29	182	174	8	1.581	-47
Scanzano	7.396	84	45	39	213	127	86	7.521	125
Stigliano	4.557	18	77	-59	33	85	-52	4.446	-111
Tricarico	5.549	26	80	-54	45	89	-44	5.451	-98
Tursi	5.138	32	47	-15	61	110	-49	5.074	-64
Valsinni	1.592	14	23	-9	181	171	10	1.583	-9
TOTALE	201.133	1.511	1.968	-457	4.270	3.555	715	201.305	172

Grafico n. 1 – Incidenza % della popolazione di ciascun Comune sul totale della popolazione della ASM
– Anno 2014



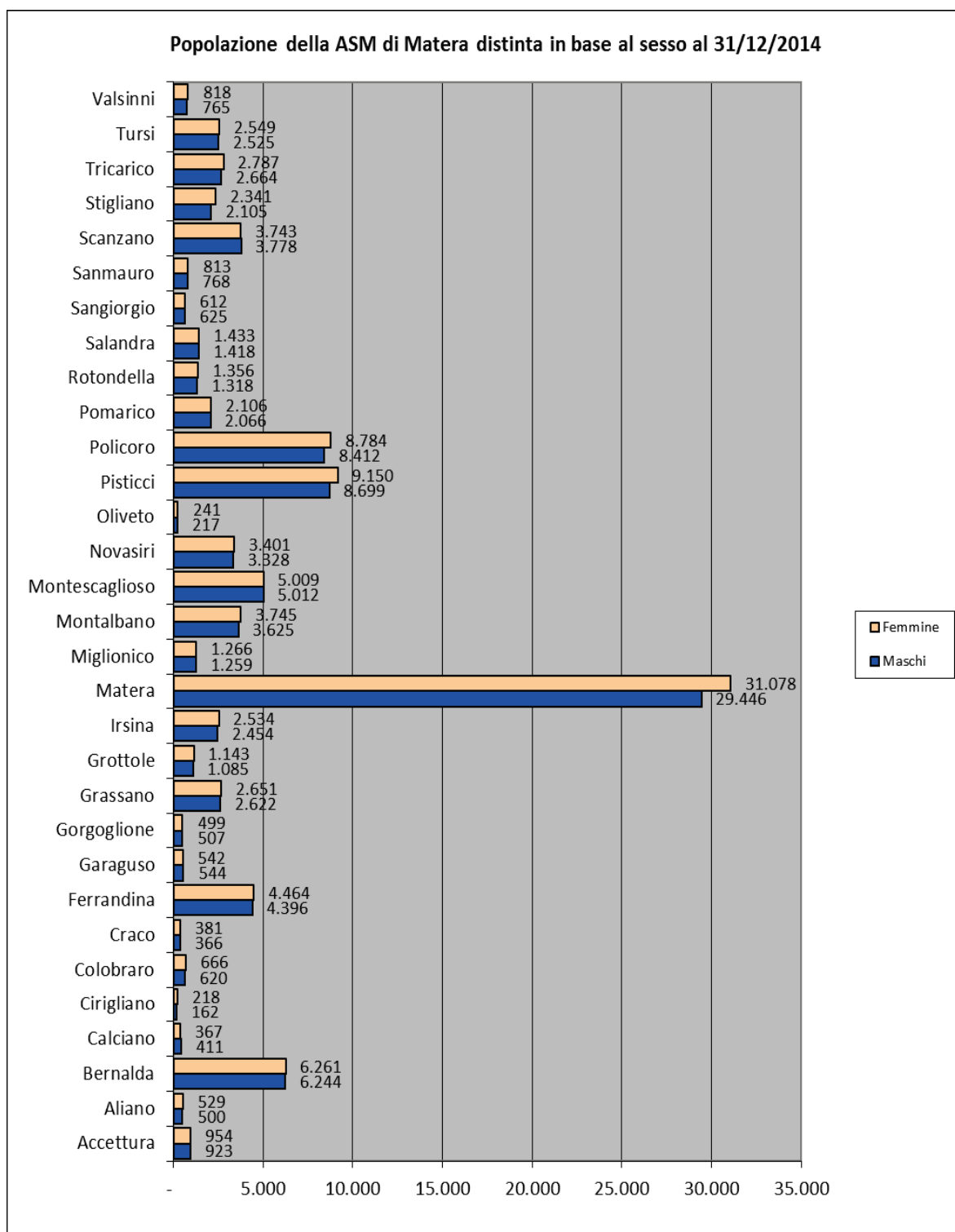
Nel complesso la popolazione della Provincia di Matera al 31/12/2014 fa registrare un incremento di 172 unità, pari al +0,1%, rispetto all'anno precedente, derivante fondamentalmente dalla compensazione tra un saldo naturale negativo (nati – morti), pari a -457, ed un saldo migratorio positivo (iscritti – cancellati), pari a +715.

Nello specifico i Comuni che hanno evidenziato un saldo totale positivo sono nell'ordine Pisticci (+583), Policoro (+174), Scanzano (+125), Cirigliano (+30), Bernalda (+22), Novasiri (+28), Miglionico (+6), Grassano (+5), Calciano (+5), Ferrandina (+3); tutti gli altri comuni fanno registrare saldi negativi.

Dall'analisi tabellare e grafica si evince che il Comune col maggior numero di abitanti è Matera (30% della popolazione totale della ASL), seguito nell'ordine da Pisticci (9%), Policoro (9%), Bernalda (6%), Montescaglioso (5%) e via via tutti gli altri; i 5 Comuni suddetti rappresentano quasi il 60% dell'intera popolazione residente nel comprensorio dell'ASM, la rimanente parte è frazionata negli altri 26 comuni della provincia di Matera.

Il Comune più piccolo è Cirigliano con 350 abitanti (è il secondo comune più piccolo per numero di abitanti della Regione Basilicata, preceduto da San Paolo Albanese), seguito da Oliveto Lucano con 458, Craco con 747 e Calciano con 778 abitanti; tutti gli altri comuni hanno comunque una popolazione superiore ai mille abitanti.

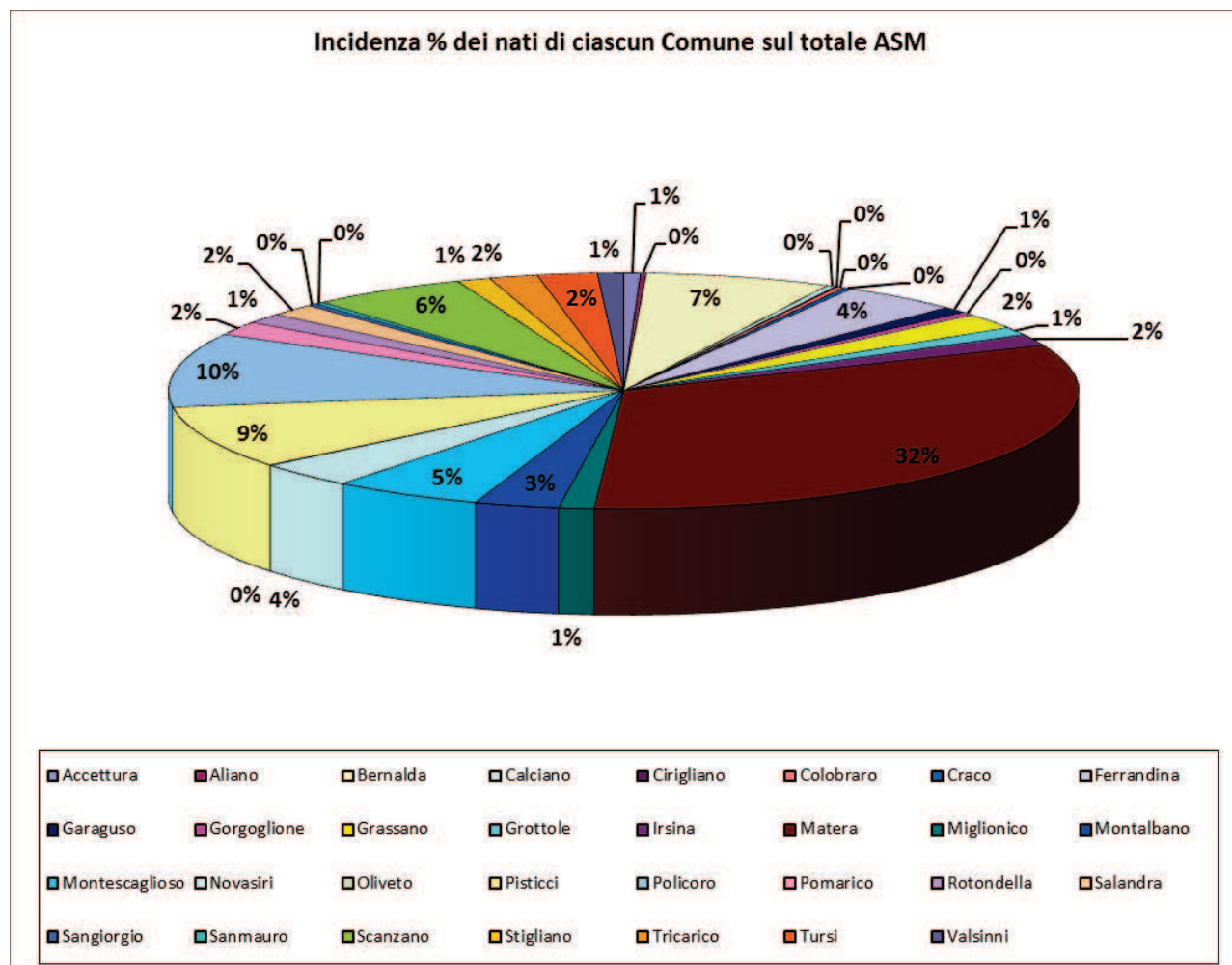
Grafico n. 2 – Popolazione della ASM di Matera distinta in base al sesso al 31/12/2014



L'analisi grafica evidenzia come, ad eccezione di Calciano e San Giorgio, in tutti gli altri Comuni della Provincia di Matera si registra una sostanziale parità, con una lieve prevalenza del sesso femminile su quello maschile.

Nella maggior parte dei comuni il rapporto è di 51% donne e 49% uomini, al pari del dato medio provinciale; Cirigliano, che è il comune più piccolo, è anche quello che fa registrare la forbice più alta: 57% donne a fronte del 44% di uomini. Nel verso opposto la forbice più alta la fa registrare il Comune di Calciano con un rapporto di 53% uomini e 47% donne.

Grafico n. 3 – Incidenza percentuale dei nati di ciascun Comune sul totale dei nati della ASM – Anno 2014



Nel 2014 il numero complessivo dei nati nella provincia di Matera è stato pari a 1511 unità, con una riduzione di 12 neonati, pari al -0,8% rispetto all'anno precedente.

Il Comune che ha fatto registrare il maggior numero di nascite sia in valore assoluto che in valore relativo rispetto al totale delle nascite registrate nel comprensorio della ASM, si conferma Matera con 488 nati che rappresentano il 32% delle nascite avvenute in tutta la Provincia; seguono, nell'ordine:

Policoro con 154 nati pari al 10% del totale,

Pisticci con 130 nati pari al 9% del totale delle nascite,

Bernalda con 100 nascite pari al 7% del totale,

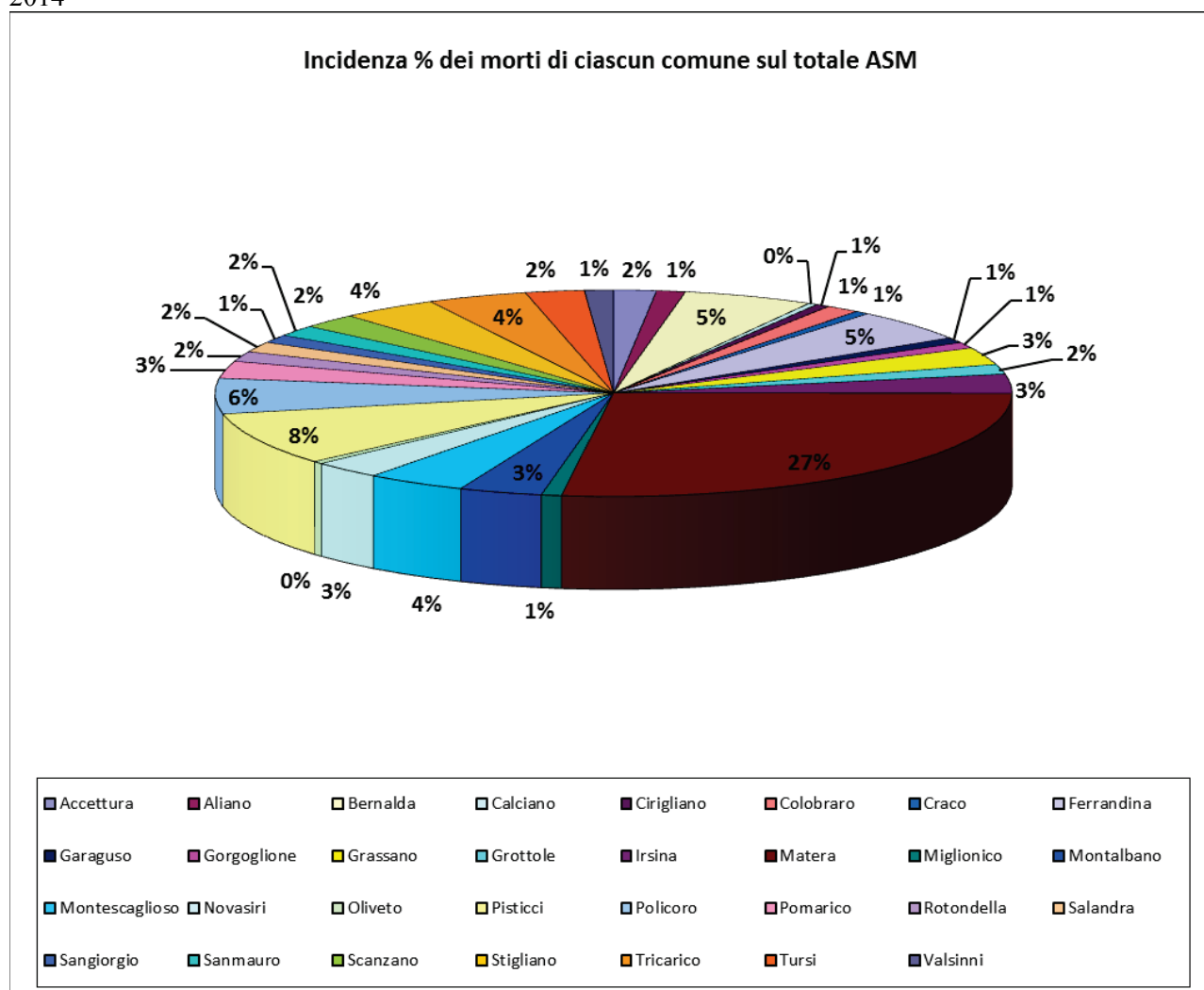
Scanzano con 84 nati pari al 6% del totale.

Montescaglioso con 80 nati pari al 5% del totale,

I nati nei 6 comuni su menzionati rappresentano quasi il 70% delle nascite avvenute nella provincia di Matera nell'anno 2014.

Nei Comuni di Oliveto e Cirigliano si è registrata una sola nascita, mentre nei comuni di Accettura, Aliano, Calciano, Colobraro, Craco, Gorgoglione, San Giorgio e San Mauro, il numero delle nascite è stato inferiore a 10.

Grafico n. 4 – Incidenza percentuale dei morti di ciascun Comune sul totale dei morti della ASM – Anno 2014



Nel 2014 il numero complessivo dei deceduti nella provincia di Matera è stato pari a 1968 unità, con un incremento di 62 unità, pari al +3% rispetto all'anno precedente.

Il Comune che ha fatto registrare il maggior numero di morti, sia in valore assoluto sia rispetto al totale delle morti registrate nel comprensorio della ASM, si conferma Matera con 532 morti che rappresentano il 27% dei decessi avvenuti in tutta la Provincia; seguono:

Pisticci con 163 morti pari all' 8% del totale,

Policoro con 109 morti pari al 6% del totale,

Bernalda con 104 morti, pari al 5% del totale,

Ferrandina con 98 morti, pari al 5% del totale.

I morti nei 6 comuni su menzionati rappresentano oltre il 50% di tutti i decessi avvenuti nella provincia di Matera nel periodo considerato.

Si rimanda a successiva valutazione l'analisi dei saldi naturale, migratorio e totale per singolo Comune, ad ogni buon conto si può sin d'ora affermare che, a livello complessivo provinciale, nel 2014 si è registrato un numero maggiore di decessi rispetto alle nascite pari a 457 unità, mentre con riferimento al saldo migratorio, complessivamente il numero degli immigrati è stato maggiore di 715 unità, con l'effetto finale di un incremento della popolazione rispetto all'anno precedente pari a 172 persone, pari al +0,1%.

Nella tabella n. 8, di seguito riportata, è indicata la popolazione residente suddivisa per fasce di età, il grafico 5 evidenzia la popolazione suddivisa per classi di età, il grafico 6 mostra la piramide d'età della popolazione distinta in base al sesso ed infine il grafico 7 rappresenta la percentuale di ciascuna fascia di età sul totale della popolazione.

distinta in base al sesso ed infine il grafico 7 rappresenta la percentuale di ciascuna fascia di età sul totale della popolazione.

Tabella n. 2 – Popolazione della ASM suddivisa per fasce di età al 31/12/2014

Comune	< 5	6-9 a.	10-14 a.	15-24 a.	25-34 a.	35-44 a.	45-54 a.	55-64 a.	65-74 a.	75 w	Totale
Accettura	53	60	85	190	219	250	272	223	187	338	1.877
Aliano	24	37	36	97	111	104	143	136	130	211	1.029
Bernalda	557	636	617	1.294	1.688	2.020	1.740	1.589	1.290	1.074	12.505
Calciano	27	24	24	73	93	87	113	114	88	135	778
Cirigliano	6	7	10	27	29	51	64	66	31	89	380
Colobraro	29	48	46	141	142	161	194	169	136	220	1.286
Craco	27	43	40	101	90	90	104	71	83	98	747
Ferrandina	325	356	436	986	1.121	1.214	1.394	1.113	951	964	8.860
Garaguso	45	69	74	112	138	133	164	115	84	152	1.086
Gorgoglione	38	32	39	110	116	129	147	121	99	175	1.006
Grassano	195	243	306	583	626	679	771	685	535	650	5.273
Grottole	70	93	115	239	276	310	304	310	233	278	2.228
Irsina	158	193	265	563	545	635	727	584	547	771	4.988
Matera	2.584	860 ^{2.}	3.066	6.408	7.223	9.284	9.124	7.757	6.147	6.071	60.524
Miglionico	87	111	117	265	339	367	348	350	277	264	2.525
Montalbano	268	284	332	829	895	971	1.182	998	716	895	7.370
Montescaglioso	409	441	517	1.222	1.184	1.395	1.482	1.230	996	1.145	10.021
Novasiri	288	313	292	830	809	975	1.106	865	610	641	6.729
Oliveto	11	10	14	28	51	67	56	54	71	96	458
Pisticci	745	801	904	1.935	2.248	2.600	2.602	2.361	1.847	1.806	17.849
Policoro	750	778	887	2.012	2.424	2.613	2.744	2.144	1.548	1.296	17.196
Pomarico	139	154	209	464	505	544	603	621	405	528	4.172
Rotondella	81	76	100	300	322	357	412	337	282	407	2.674
Salandra	109	116	125	338	355	389	392	397	304	326	2.851
Sangiorgio	29	35	45	102	130	129	186	174	156	251	1.237
Sanmauro	45	41	51	155	198	194	230	221	178	268	1.581
Scanzano	389	352	429	898	1.061	1.076	1.136	989	629	562	7.521
Stigliano	86	121	154	462	493	479	639	676	553	783	4.446
Tricarico	144	197	253	629	649	655	815	753	547	809	5.451
Tursi	178	190	228	591	630	711	745	677	572	552	5.074
Valsinni	57	47	61	179	188	198	241	215	154	243	1.583
Totale	7.953	8.768	9.877	22.163	24.898	28.867	30.180	26.115	20.386	22.098	201.305

Grafico n. 5 – Popolazione per classi d'età della ASM al 31/12/2014

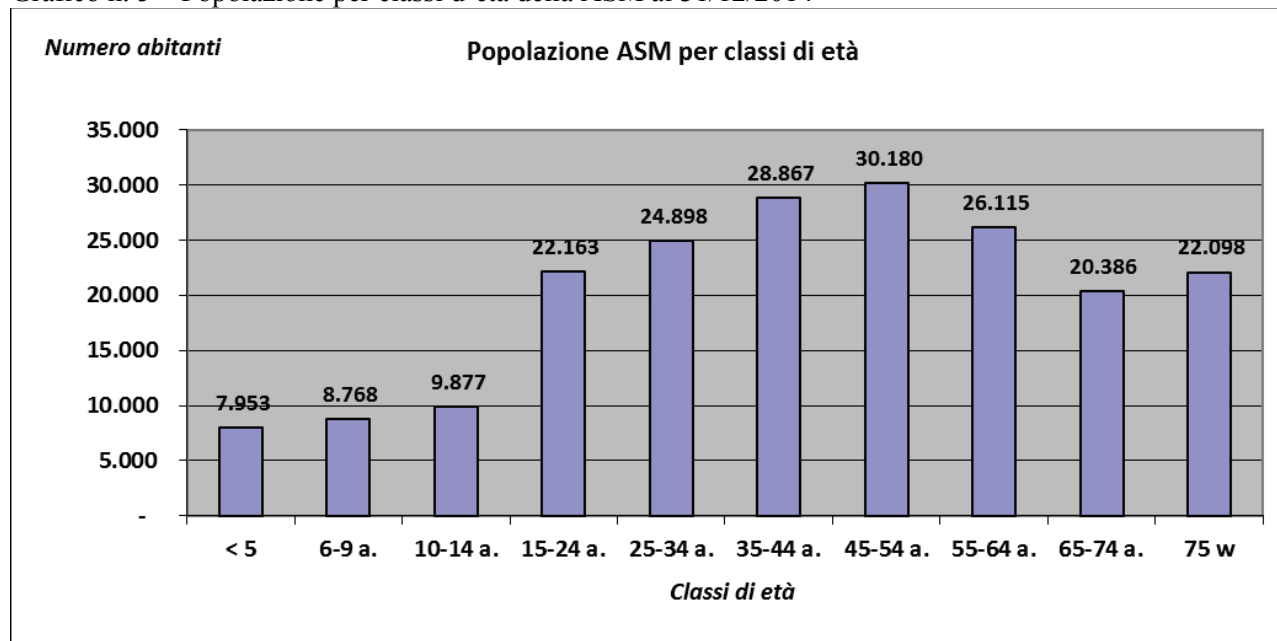


Grafico n.6 – Piramide della popolazione della ASM per classi di età e sesso al 31/12/2014

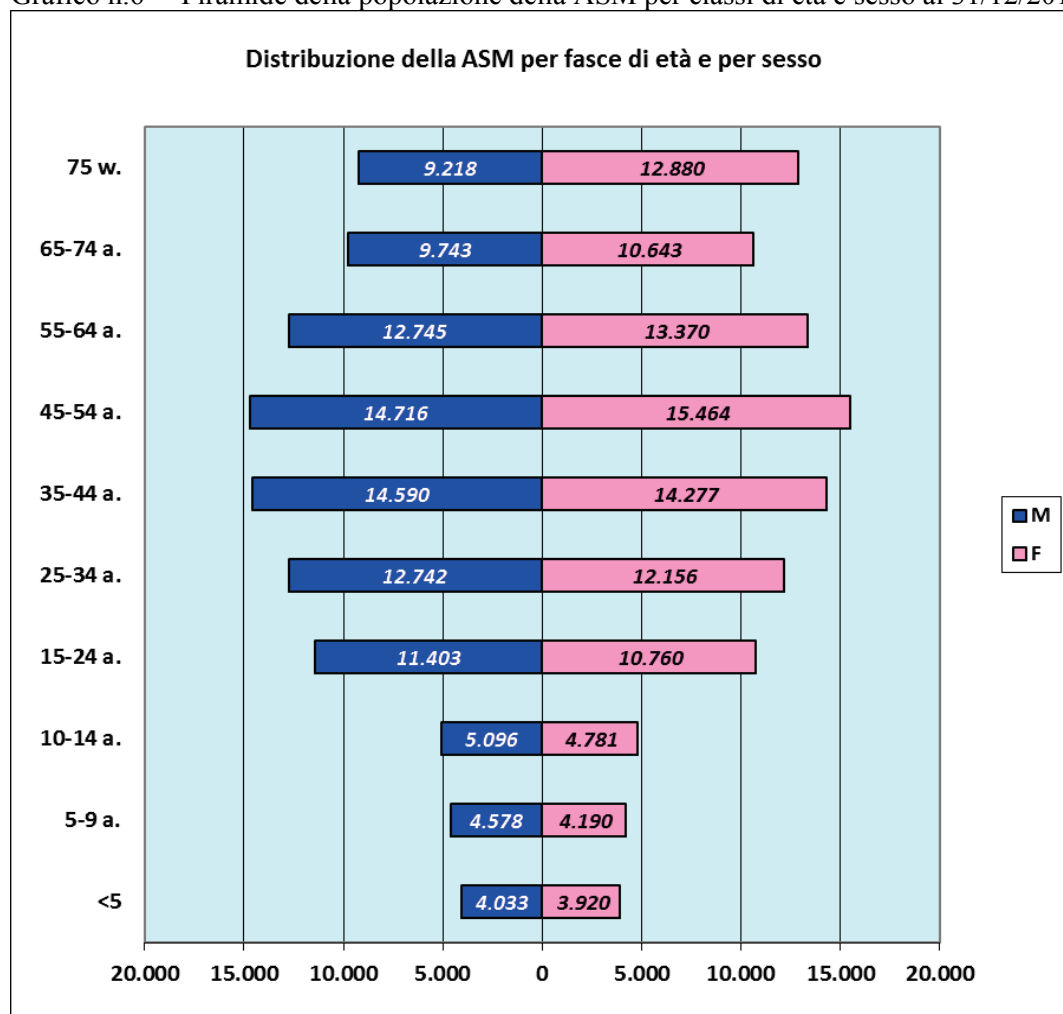
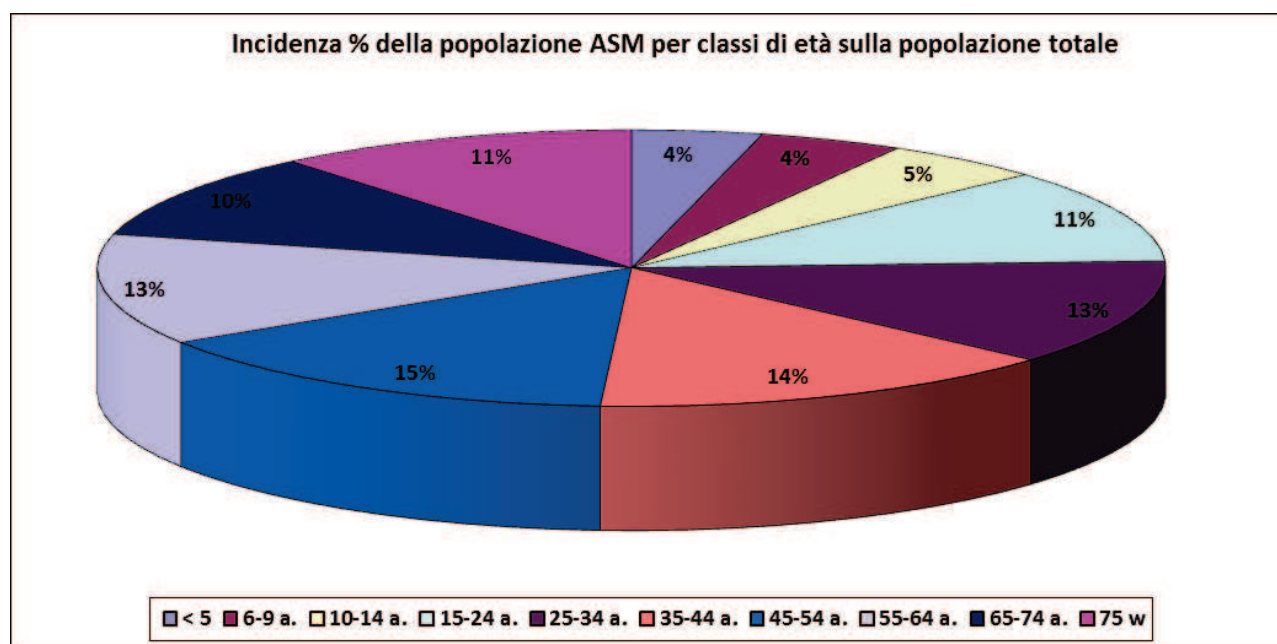


Grafico n. 7 – Incidenza percentuale della popolazione per classi di età sul totale della popolazione al 31/12/2014



Il rapporto complessivo tra la popolazione femminile e quella maschile della provincia di Matera è di 51% a 49%, si registra una prevalenza del sesso maschile nelle fasce di età ricomprese tra 0 e 44 anni, mentre per tutte quelle successive da 45 in poi c'è una prevalenza del sesso femminile.

Nella tabella n. 3 e nel grafico 8 sono riportati alcuni significativi indicatori demografici (rapporto per 1000 abitanti).

Tabella n. 3 – Principali indicatori demografici ASM (rapporto per mille abitanti) - Anno 2014

Comuni	Indice di natalità	Indice di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio	Tasso di crescita totale
Accettura	4,79	18,11	-13,32	-8,52	-21,8
Aliano	2,92	22,35	-19,44	7,77	-11,7
Bernalda	8,00	8,32	-0,32	2,08	1,8
Calciano	6,43	9,00	-2,57	9,00	6,4
Cirigliano	2,63	28,95	-26,32	105,26	78,9
Colobraro	3,11	21,00	-17,88	-3,89	-21,8
Craco	5,35	14,73	-9,37	-18,74	-28,1
Ferrandina	7,22	11,06	-3,84	4,18	0,3
Garaguso	11,97	15,65	-3,68	-3,68	-7,4
Gorgoglione	6,96	17,89	-10,93	1,99	-8,9
Grassano	6,07	10,24	-4,17	5,12	0,9
Grottole	7,63	13,46	-5,83	-33,21	-39,0
Irsina	4,81	11,83	-7,02	0,00	-7,0
Matera	8,06	8,79	-0,73	0,20	-0,5
Miglionico	7,52	6,34	1,19	1,19	2,4
Montalbano	6,11	8,96	-2,85	8,01	5,2

Comuni	Indice di natalità	Indice di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio	Tasso di crescita totale
Montescaglioso	7,98	7,88	0,10	-5,79	-5,7
Novasiri	7,88	8,17	-0,30	4,46	4,2
Oliveto L.	2,18	17,47	-15,28	-24,02	-39,3
Pisticci	7,28	9,13	-1,85	34,51	32,7
Policoro	8,96	6,34	2,62	7,50	10,1
Pomarico	6,71	12,70	-5,99	-6,95	-12,9
Rotondella	7,85	11,59	-3,74	-8,98	-12,7
Salandra	8,77	11,22	-2,46	0,00	-2,5
San Giorgio	4,04	20,21	-16,17	-4,04	-20,2
San Mauro	3,16	21,51	-18,34	5,06	-13,3
Scanzano	11,17	5,98	5,19	11,43	16,6
Stigliano	4,05	17,32	-13,27	-11,70	-25,0
Tricarico	4,77	14,68	-9,91	-8,07	-18,0
Tursi	6,31	9,26	-2,96	-9,66	-12,6
Valsinni	8,84	14,53	-5,69	6,32	0,6
TOTALE	7,51	9,78	-2,27	3,55	1,28

Grafico n. 8 – Saldo totale di crescita della popolazione dell'ASL n. 4 di Matera – Anno 2014

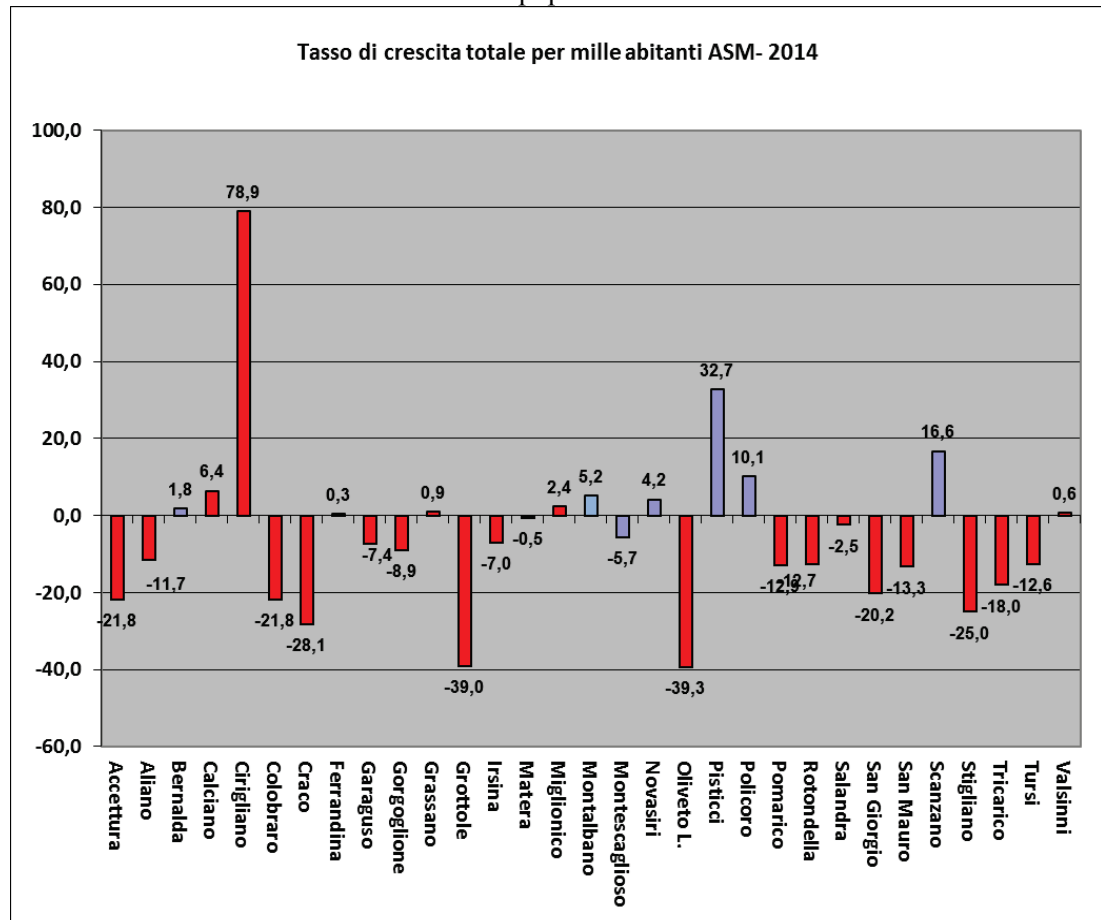


Grafico n. 9 – Trend indice di natalità (per mille abitanti)- ASL n. 4 di Matera – Anni 2013 – 2014

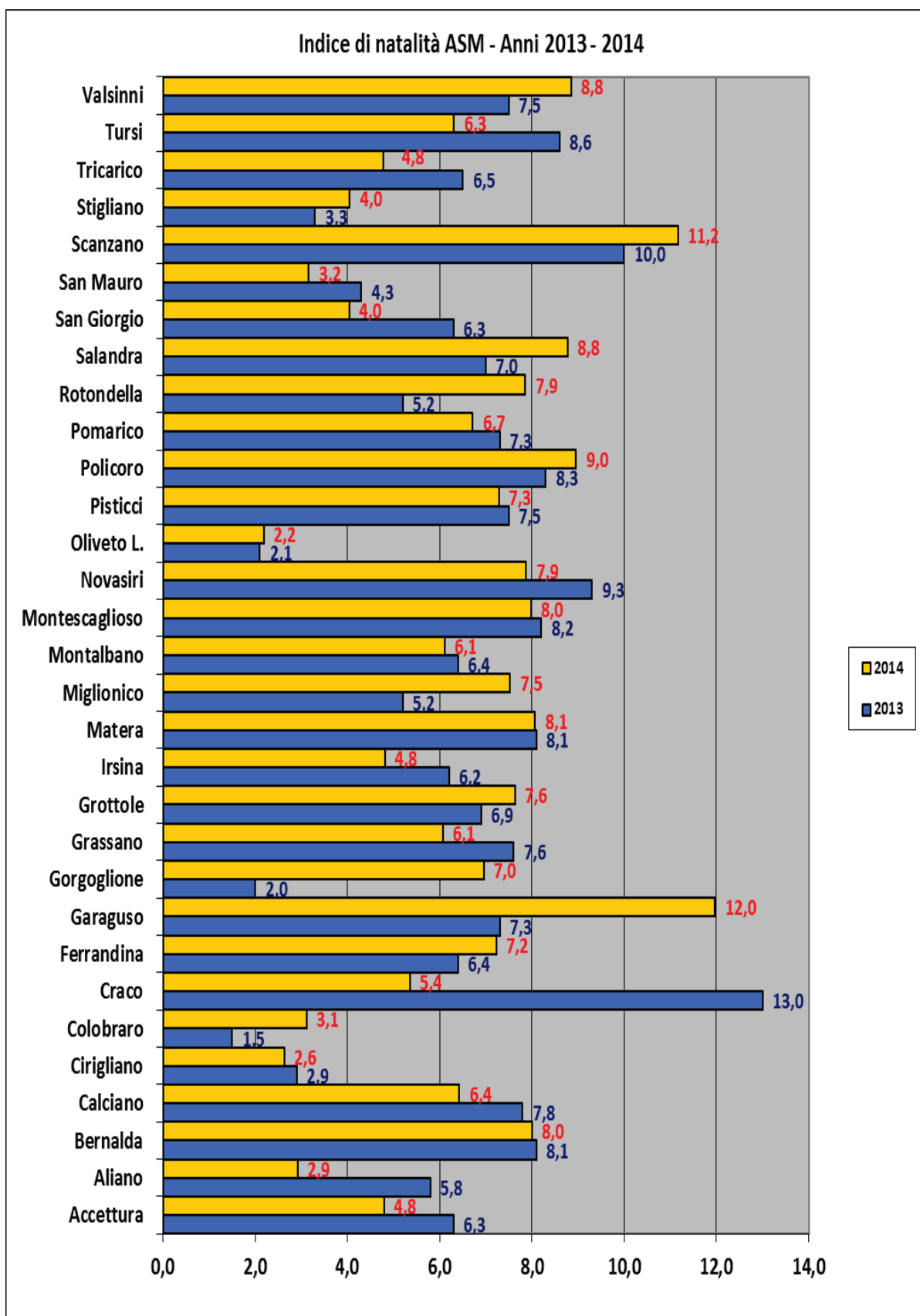
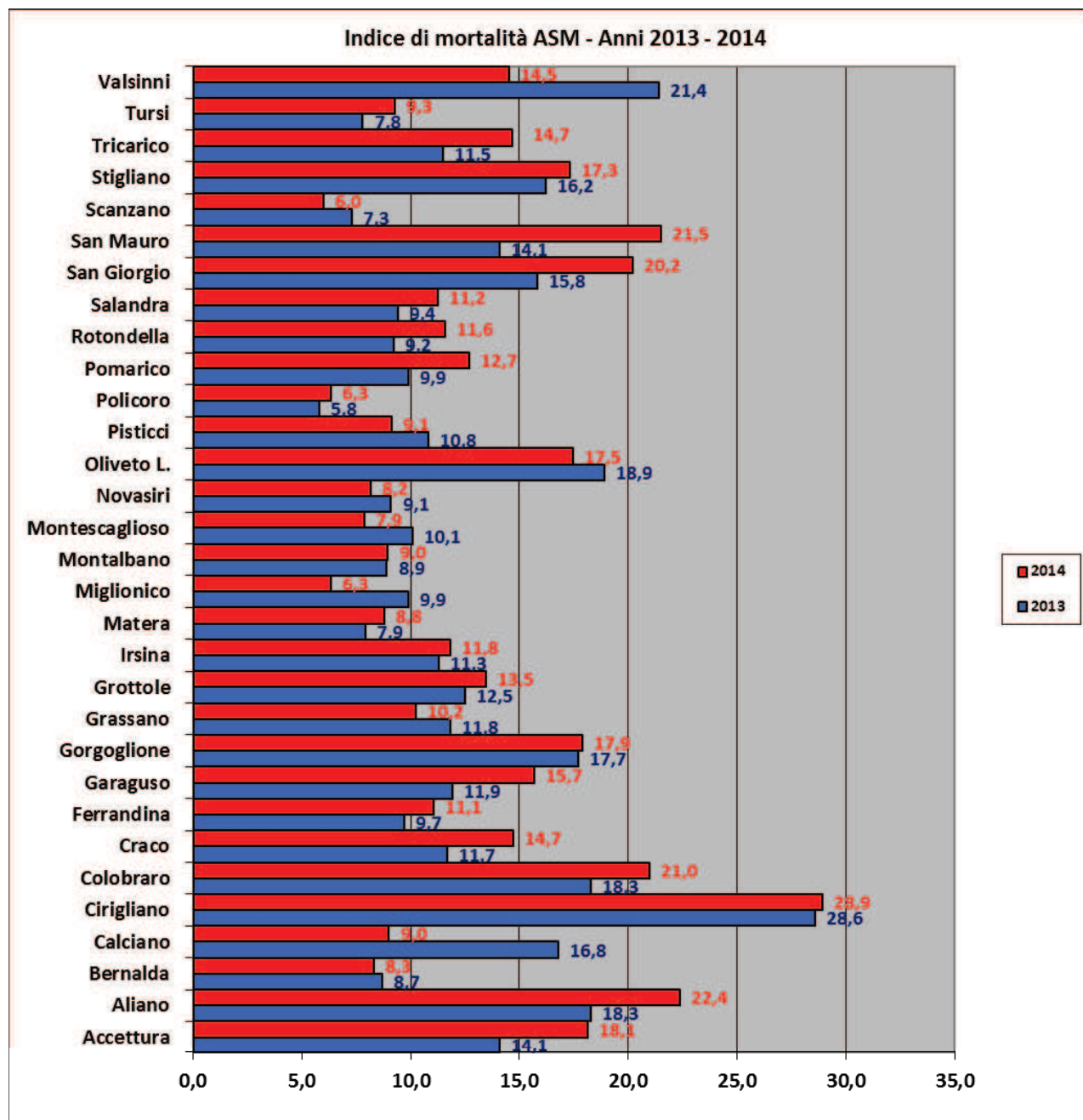


Grafico n. 10 – Indice di mortalità (per mille abitanti)- ASM – Anni 2013 – 2014



Nella successiva tabella n. 5 sono esposti i principali indici strutturali di popolazione (rapporto per 100 abitanti) dell'ASM nel 2014, quali indice di invecchiamento (rapporto percentuale tra la popolazione ultrasessantatrenne e la popolazione totale, indice di vecchiaia (rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 14 anni)) e indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione improduttiva dal punto di vista economico rispetto a quella potenzialmente produttiva).

Tabella n. 5 – Indici strutturali di popolazione della ASM – Anno 2014

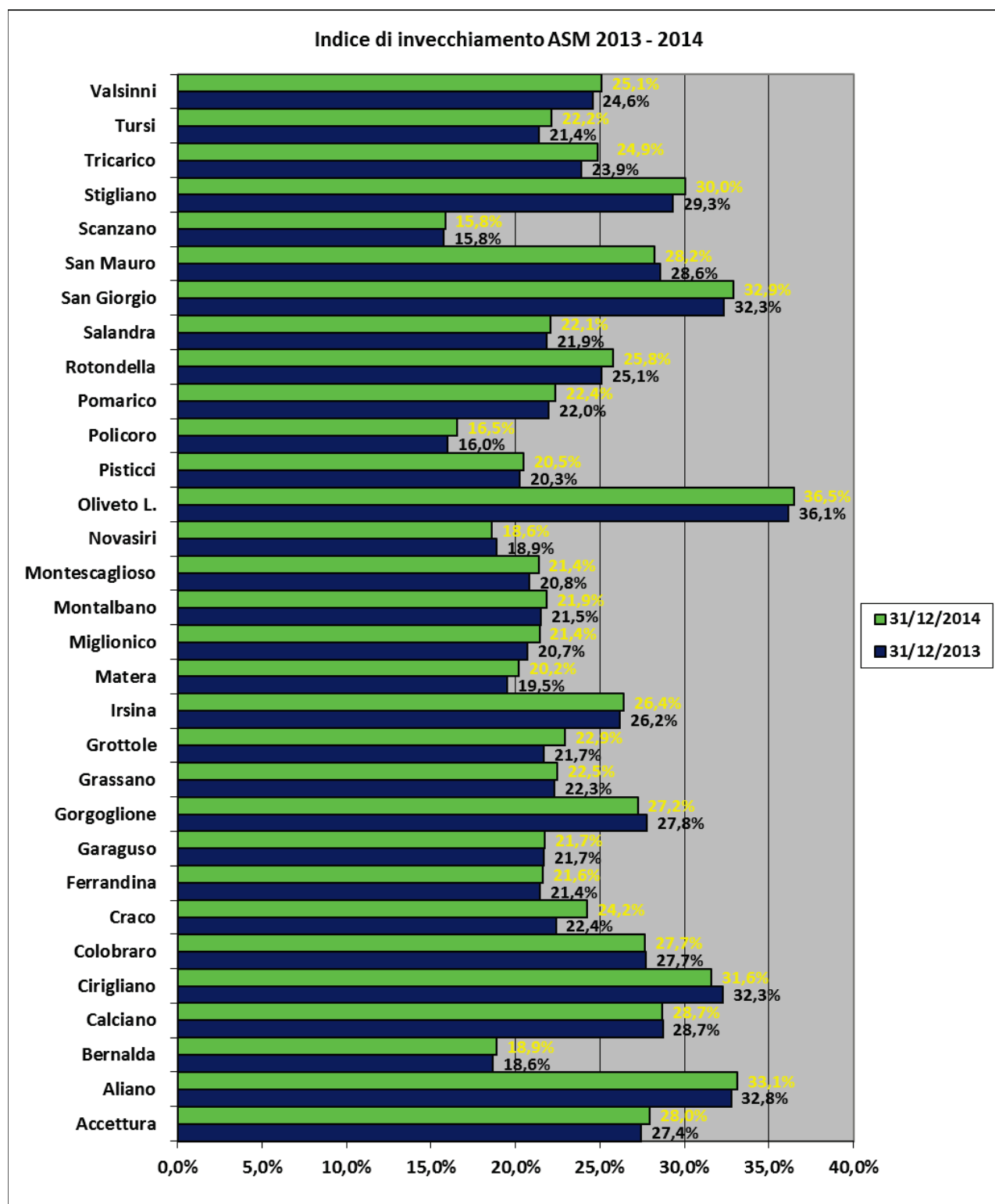
Comuni	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
Accettura	28,0%	265,2%	62,7%
Aliano	33,1%	351,5%	74,1%
Bernalda	18,9%	130,6%	50,1%
Calciano	28,7%	297,3%	62,1%
Cirigliano	31,6%	521,7%	60,3%
Colobraro	27,7%	289,4%	59,4%
Craco	24,2%	164,5%	63,8%
Ferrandina	21,6%	171,4%	52,0%
Garaguso	21,7%	125,5%	64,0%
Gorgoglione	27,2%	251,4%	61,5%
Grassano	22,5%	159,3%	57,7%
Grottole	22,9%	183,8%	54,8%
Irsina	26,4%	214,0%	63,3%
Matera	20,2%	143,6%	52,1%
Miglionico	21,4%	171,7%	51,3%
Montalbano	21,9%	182,2%	51,2%
Montescaglioso	21,4%	156,6%	53,9%
Novasiri	18,6%	140,1%	46,8%
Oliveto L.	36,5%	477,1%	78,9%
Pisticci	20,5%	149,1%	52,0%
Policoro	16,5%	117,8%	44,1%
Pomarico	22,4%	185,9%	52,4%
Rotondella	25,8%	268,1%	54,7%
Salandra	22,1%	180,0%	52,4%
San Giorgio	32,9%	373,4%	71,6%
San Mauro	28,2%	325,5%	58,4%
Scanzano	15,8%	101,8%	45,8%
Stigliano	30,0%	370,1%	61,7%
Tricarico	24,9%	228,3%	55,7%
Tursi	22,2%	188,6%	51,3%
Valsinni	25,1%	240,6%	55,0%
TOTALE	21,1%	159,7%	52,2%

Nella tabella e nei grafici seguenti si riporta il trend degli indicatori sopra considerati nel biennio 2013 – 2014.

Tabella n. 6 – Indici strutturali di popolazione ASM Matera – Trend evolutivo Anni 2013– 2014

Comuni	Indice di invecchiamento			Indice di vecchiaia			Indice di dipendenza		
	31/12/2013	31/12/2014	%	31/12/2013	31/12/2014	%	31/12/2013	31/12/2014	%
Accettura	27,4%	28,0%	2%	244,7%	265,2%	8%	63,0%	62,7%	0%
Aliano	32,8%	33,1%	1%	351,5%	351,5%	0%	72,6%	74,1%	2%
Bernalda	18,6%	18,9%	1%	128,1%	130,6%	2%	49,7%	50,1%	1%
Calciano	28,7%	28,7%	0%	292,1%	297,3%	2%	62,7%	62,1%	-1%
Cirigliano	32,3%	31,6%	-2%	470,8%	521,7%	11%	64,3%	60,3%	-6%
Colobraro	27,7%	27,7%	0%	269,6%	289,4%	7%	61,2%	59,4%	-3%
Craco	22,4%	24,2%	8%	147,0%	164,5%	12%	60,3%	63,8%	6%
Ferrandina	21,4%	21,6%	1%	167,6%	171,4%	2%	52,1%	52,0%	0%
Garaguso	21,7%	21,7%	0%	126,7%	125,5%	-1%	63,3%	64,0%	1%
Gorgoglione	27,8%	27,2%	-2%	258,7%	251,4%	-3%	62,7%	61,5%	-2%
Grassano	22,3%	22,5%	1%	155,0%	159,3%	3%	58,0%	57,7%	0%
Grottole	21,7%	22,9%	6%	170,2%	183,8%	8%	52,5%	54,8%	4%
Irsina	26,2%	26,4%	1%	202,3%	214,0%	6%	64,3%	63,3%	-1%
Matera	19,5%	20,2%	3%	136,3%	143,6%	5%	51,1%	52,1%	2%
Miglionico	20,7%	21,4%	3%	168,9%	171,7%	2%	49,2%	51,3%	4%
Montalbano	21,5%	21,9%	2%	178,9%	182,2%	2%	50,5%	51,2%	1%
Montescaglioso	20,8%	21,4%	3%	147,3%	156,6%	6%	53,8%	53,9%	0%
Novasiri	18,9%	18,6%	-2%	138,0%	140,1%	2%	48,4%	46,8%	-3%
Oliveto L.	36,1%	36,5%	1%	464,9%	477,1%	3%	78,3%	78,9%	1%
Pisticci	20,3%	20,5%	1%	144,8%	149,1%	3%	52,1%	52,0%	0%
Policoro	16,0%	16,5%	4%	113,0%	117,8%	4%	43,0%	44,1%	2%
Pomarico	22,0%	22,4%	2%	175,1%	185,9%	6%	52,7%	52,4%	0%
Rotondella	25,1%	25,8%	3%	260,5%	268,1%	3%	53,3%	54,7%	3%
Salandra	21,9%	22,1%	1%	179,1%	180,0%	1%	51,7%	52,4%	1%
San Giorgio	32,3%	32,9%	2%	367,6%	373,4%	2%	69,9%	71,6%	2%
San Mauro	28,6%	28,2%	-1%	310,0%	325,5%	5%	60,7%	58,4%	-4%
Scanzano	15,8%	15,8%	0%	103,3%	101,8%	-1%	45,0%	45,8%	2%
Stigliano	29,3%	30,0%	2%	356,3%	370,1%	4%	60,1%	61,7%	3%
Tricarico	23,9%	24,9%	4%	211,5%	228,3%	8%	54,3%	55,7%	3%
Tursi	21,4%	22,2%	4%	176,1%	188,6%	7%	50,5%	51,3%	2%
Valsinni	24,6%	25,1%	2%	231,4%	240,6%	4%	54,3%	55,0%	1%
TOTALE	21,1%	21,1%	0%	154,0%	159,7%	4%	51,8%	52,2%	1%

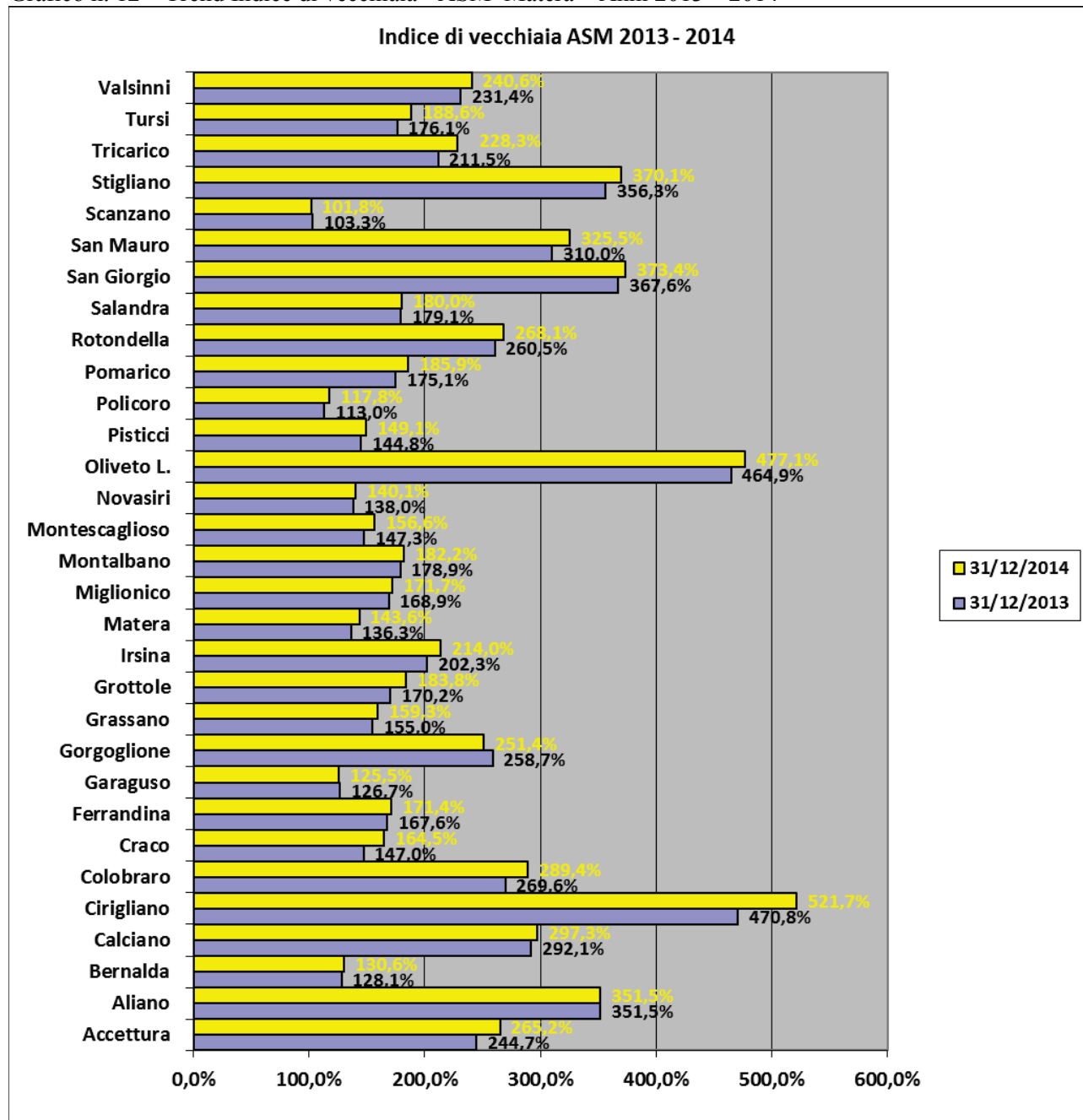
Grafico n. 11 – Trend Indice di invecchiamento – ASM Matera – Anni 2013 – 2014



I dati su esposti evidenziano che l'indice di invecchiamento della ASM al 31/12/2014 è pari complessivamente a 21,1%: esso esprime il rapporto percentuale tra la popolazione ultrasessantatrenne e la popolazione totale, ossia il peso percentuale degli abitanti con età uguale o superiore ai 65 anni rispetto al totale della popolazione. Il tasso suddetto, perfettamente sovrapponibile rispetto all'anno precedente, è al di sotto del valore medio italiano (21,7%) e del valore medio regionale (21,6%), mentre risulta al di sopra sia del valore medio dell'Italia Meridionale (19,6%).

I comuni che nel 2014 hanno evidenziato l'indice di invecchiamento più elevato si confermano Oliveto Lucano, Aliano, Cirigliano, San Giorgio e Stigliano, con valori pari rispettivamente a: 36,6%, in crescita del +1% rispetto al 2013, 33,1%, in aumento del +1% rispetto al 2013, 31,6%, in calo del -2% rispetto al 2013, 32,9%, in aumento del +2% rispetto al 2013, 30%, in aumento del +2% rispetto all'anno precedente.

Grafico n. 12 – Trend Indice di vecchiaia - ASM Matera – Anni 2013 – 2014

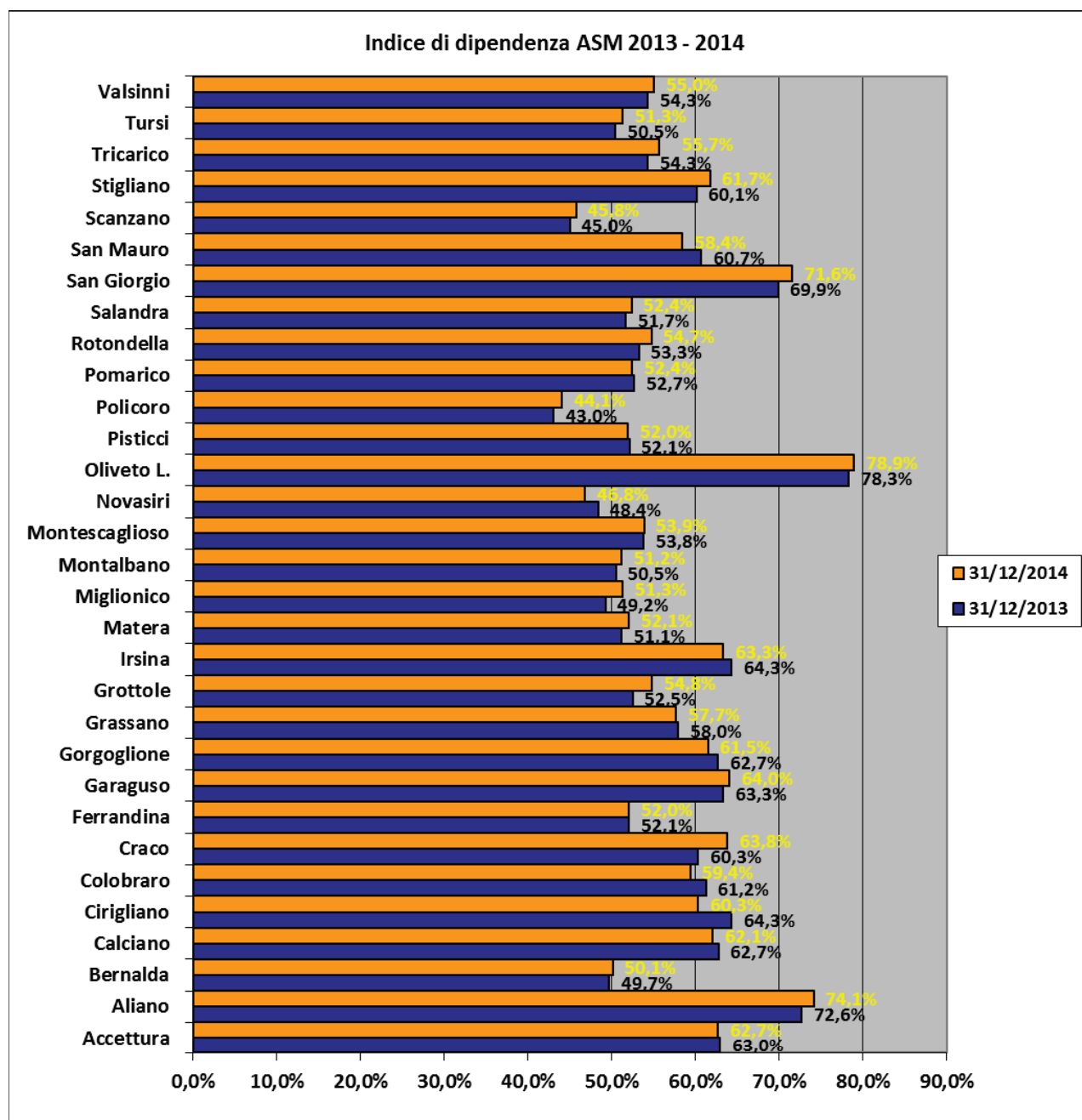


I dati su esposti evidenziano che l'indice di vecchiaia dell'ASM, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 14 anni), si attesta nel 2014 sul valore di 159,7% risultando in aumento del +4% rispetto all'anno precedente (154,0%), risultando superiore sia al valore medio nazionale (157,7%) sia a quello del Mezzogiorno (135,9%), ed inferiore alla media regionale (170,3%).

I comuni con l'indice di vecchiaia più elevato sono stati Cirigliano e Oliveto con valori pari rispettivamente a: 521,7% e 477,1%, il primo in crescita del +11%, il secondo in aumento del +3% rispetto al 2013.

I comuni che, di converso, hanno fatto registrare indici di vecchiaia più bassi sono stati Scanzano e Policoro con valori pari rispettivamente a: 101,8% e 117,8%, il primo in calo e il secondo in crescita rispetto al 2013.

Grafico n. 13 – Trend Indice di dipendenza - ASM Matera – Anni 2013 – 2014



I dati su esposti evidenziano che il trend dell'*indice di dipendenza* (rapporto tra la popolazione improduttiva dal punto di vista economico rispetto a quella potenzialmente produttiva) dell'ASM nel 2014, pari a 52,2%, fa registrare un lieve incremento rispetto all'anno precedente (51,8%), risultando al di sotto della media nazionale (55,1%), uguale alla media regionale (52,2%), ed al di sopra della media del Mezzogiorno (51,4%).

I comuni che hanno evidenziato l'indice di dipendenza più elevato sono stati Oliveto Lucano e Aliano, con valori pari rispettivamente a: 78,9% e 74,1%, entrambi in crescita rispetto al 2013.

I comuni che, di converso, hanno fatto registrare indici di dipendenza più bassi sono stati Policoro e Scanzano, con valori pari rispettivamente a: 44,1% e 45,8%, entrambi in crescita rispetto al 2013.

Per ulteriori e più dettagliate informazioni sul quadro demografico e sullo stato di salute della popolazione della ASM si rimanda alla Relazione sanitaria della ASM anno 2014 pubblicata sul sito aziendale.

4.2. Le risorse umane

4.2.1 Analisi quali - quantitativa delle risorse umane

Le risorse umane, assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale.

Seppure con una riduzione rilevante della dotazione organica rispetto al passato, l'ASM dispone di risorse umane che popolano in numero adeguato le strutture organizzative, con ruoli e profili professionali diversi, secondo una distribuzione congrua all'espletamento degli specifici compiti e attribuzioni per ciascuna area strategica.

La tabella che segue rappresenta la distribuzione del personale per i diversi ruoli al 31.12.2015.

PERSONALE ASM	ORGANICO AL 31/12/2015
TEMPO INDETERMINATO	2.161
Dirigenti Medici	420
Dirigenti Ruolo Sanitario non Medici	53
Dirigenti Ruolo Tecnico	9
Dirigenti Ruolo Professionale	3
Dirigenti Ruolo Amministrativo	7
Comparto Ruolo Sanitario	1.086
Comparto Ruolo Tecnico	380
Comparto Ruolo Professionale	1
Comparto Ruolo Amministrativo	202
TEMPO DETERMINATO	145
Dirigenti Medici	29
Dirigenti Ruolo Sanitario non Medici	1
Dirigenti Ruolo Tecnico	
Dirigenti Ruolo Professionale	
Dirigenti Ruolo Amministrativo	1
Comparto Ruolo Sanitario	48
Comparto Ruolo Tecnico	66
Comparto Ruolo Professionale	
Comparto Ruolo Amministrativo	
TOTALE	2.306

Fonte: Ufficio del personale ASM.

4.2.2 Analisi sul benessere organizzativo

Con il termine benessere organizzativo si intende l'insieme dei nuclei culturali, dei processi, delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative (Avallone, 2003).

Lo “stare bene al lavoro” è di fondamentale importanza sia per l'individuo sia per l'organizzazione.

Il concetto di salute organizzativa suggerisce che le organizzazioni possano contribuire o meno al benessere e influire direttamente sullo stato di salute dell'intero sistema, attraverso la definizione dei contesti di lavoro e l'adozione di alcune pratiche organizzative e relazionali.

Allo stesso tempo, i lavoratori possono ampiamente contribuire al successo della loro organizzazione a patto che si creino le condizioni per la loro sicurezza, per il soddisfacimento dei bisogni di significato e di riconoscimento, per la considerazione delle esigenze di apprendimento, informazione ed equità.

Quando l'organizzazione si prende cura e valorizza il proprio personale, si ha un conseguente aumento della qualità delle prestazioni erogate.

Pertanto è di fondamentale importanza analizzare il clima organizzativo all'interno di un'organizzazione significa osservare e leggere le variabili che alimentano il senso di appartenenza di un individuo all'organizzazione in cui opera, individuando le aree di maggiore criticità e le aree di forza.

L'Azienda Sanitaria ASM di Matera ha proseguito, nell'anno 2015, l'indagine sul “Benessere Organizzativo Aziendale”, secondo le indicazioni del Decreto legislativo n° 33/2013. L'art. 20 del suddetto decreto obbliga le PP. AA. a pubblicare nella sezione “Amministrazione Trasparente” e specificatamente nella sotto-sezione “Performance”, i dati relativi ai livelli di benessere organizzativo.

Pertanto, l'indagine con i relativi reports sui dati sono stati pubblicati nell'Area della Trasparenza, nella sotto-sezione Performance.

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

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

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

Il questionario è articolato in modo tale da:

- Coinvolgere il dipendente
- Toccare tutti gli argomenti che interessano il dipendente

e si compone di domande chiuse relative alla valutazione del benessere e, in allegato contiene i dati anagrafici dell'operatore, nel rispetto della riservatezza e della privacy.

È suddiviso in sezioni, ognuna delle quali sviluppa l'analisi approfondita di specifici aspetti attraverso una serie di domande.

Ogni area si articola in diversi aspetti che sono oggetto di valutazione dettagliata e le domande, partendo da valutazioni generali, si ramificano in domande più specifiche.

Questa struttura ad albero consente sia la valutazione del benessere organizzativo percepito nel suo complesso, sia quello in termini analitici su singoli aspetti.

Nel 2015 sono stati invitati a compilare il questionario n. 3182 operatori, ma la risposta è stata molto bassa, sono stati compilati solo 116 questionari.

L'azione di miglioramento messa in atto nel 2015 e in seguito programmata per il 2016 ha previsto di inviare le e - mail con cadenza trimestrale, sollecitando la massima partecipazione.

I risultati dell'indagine e i reports per l'anno 2015 è stata pubblicata nell'apposita sezione “Amministrazione Trasparente” e specificatamente nella sotto-sezione “Performance”

La ASM, inoltre, ha aderito all'indagine per la rilevazione del clima interno, promossa dalla Regione Basilicata in collaborazione con il Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine si è svolta nel periodo 19 novembre - 19 dicembre 2014, e prorogata sino al 15 dicembre 2015 a causa della scarsa partecipazione dei dipendenti.

L'indagine di clima, rivolta a tutti i dipendenti dell' Azienda si propone i seguenti obiettivi:

- identificare criticità ed aree di forza nell'ambito del contesto organizzativo di riferimento al fine di attivare efficaci processi di miglioramento;
- Interpretare in chiave strategica le variabili di maggiore rilevanza che alimentano il senso di appartenenza di un individuo all'organizzazione in cui opera.

L'indagine suddetta è effettuata attraverso la somministrazione di due questionari:

- Questionario 1: per i responsabili di struttura (direttori di area funzionale/Dipartimento/di struttura/coordinatori infermieristici con responsabilità di budget);
- Questionario 2: per tutti gli altri dipendenti (dirigenti medici, comparto, amministrativi, tecnici...)

L'Azienda ha provveduto ad attivare i principali processi di comunicazione ai dipendenti e alle rappresentanze delle professioni in ordine alle modalità e ai tempi di svolgimento dell'indagine per sensibilizzarli alla partecipazione all'indagine, utilizzando i seguenti strumenti:

- Intranet
- Mail
- Lettera del Direttore Generale ai dipendenti.

I questionari da compilare da parte dei dipendenti sono resi disponibili su apposita piattaforma web, a cui gli stessi possono accedere, 24 ore su 24 e da qualsiasi postazione, tramite la login e la password opportunamente consegnate, nel pieno rispetto della tutela della privacy. I dati inseriti sono raccolti e trasmessi alla ASM. Quest'ultima, una volta ricevuti i dati, assicurerà le successive fasi di analisi, valutazione con l'individuazione delle eventuali aree di criticità, ed avvio di azioni per rimuoverne le cause o comunque promuovere processi di miglioramento.

Nel corso dell'anno 2014 e 2015 l'adesione dei dipendenti ASM alla compilazione dei questionari sul clima interno è stata molto bassa e ciò è avvenuto non soltanto nella nostra Azienda ma in tutte le aziende regionali. Si ritiene che ciò sia avvenuto per due ordini di ragioni:

- a. La scarsa attitudine dei dipendenti ad utilizzare la posta aziendale;
- b. La convinzione da parte di molti dipendenti della scarsa utilità di questi strumenti (i questionari) non ritenuti idonei per intensificare e migliorare la comunicazione e soprattutto il clima interno all'azienda.
- c. Il timore (spesso ingiustificato) di essere individuati nel caso di espressione di giudizi negativi sull'azienda e sui dirigenti.

Azioni di Miglioramento per promuovere la partecipazione dei dipendenti alle indagini sul clima interno si prevede:

- a. Di prendere atto e analizzare i risultati dell'indagine che ci saranno trasmessi dall'Istituto S. Anna di Pisa, in seguito ai dati acquisiti con la proroga dell'indagine sino al 15 dicembre 2015;
- b. di intensificare le attività di comunicazione fra pari, fra dirigenti e operatori, fra gli operatori della ASM e i pazienti / utenti;
- c. dare massima pubblicità sul sito aziendale oltre che inviare una e mail attraverso la rete Intranet;
- d. concordare nuove strategie di sensibilizzazione oltre che con la direzione aziendale, anche con le direzioni delle altre aziende regionali e con gli uffici regionali che seguono il progetto.

E' opportuno ricordare che l'Azienda ASM ha istituito una Unità Operativa di Psicologia del lavoro inserita all'interno della U.O.C. di Psicologia aziendale e che lavora in stretta relazione con l'U.O. Risk Management ed il Servizio di prevenzione e protezione aziendale.

Tale U.O. eroga i propri servizi sia per l'utenza esterna che per i dipendenti e organizza periodicamente attività rivolte ai dipendenti per la prevenzione dello stress lavoro correlato attraverso varie attività quali:

- Focus group su richiesta di alcune UU.OO.;
- Interventi di miglioramento organizzativo (Safety Walk Around) in diverse UU.OO. in collaborazione con U.O. Risk Management
- Attivazione di uno sportello mobbing, aperto a tutti i dipendenti un giorno alla settimana;
- Proposta di interventi formativi al fine di migliorare il benessere ed il clima lavorativo.

In particolare in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione è stato elaborato ed implementato il protocollo per la valutazione del rischio stress lavoro correlato che ha coinvolto tutte le UU.OO.

Nel corso degli anni 2014 e 2015, è stata effettuata la rilevazione dello stress lavoro correlato, utilizzando la metodologia ISPES - INAIL su tutta la popolazione lavorativa della ASM.

L'attività, svolta in collaborazione fra le tre UU. OO. interessate (SPP., Risk Management e Psicologia del Lavoro), ha riguardato la somministrazione di 1200 questionari nel 2014, e 400 questionari nel corso del 2015, distribuiti in quelle strutture aziendali, che in seguito ad una attenta analisi, risultavano avere alcune caratteristiche significative relative allo stress lavoro correlato, (turnazione, casi rilevati di sofferenza dei lavoratori, situazioni particolari legate alla violenza).

I dati rilevati in seguito all'analisi dei questionari hanno fatto emergere alcune criticità relative soprattutto alla relazione / comunicazione fra operatori e fra operatori e pazienti nell'area del benessere lavorativo.

In seguito allo studio di questi risultati sono state programmate e intraprese le seguenti azioni di miglioramento:

1. Verifica analitica e puntuale delle aree risultate “critiche” con cadenza trimestrale, anche alla luce del nuovo assetto organizzativo aziendale, oltre che all’inserimento di nuove figure professionali in corso di assunzione da parte della ASM.
2. Organizzazione ed implementazione di attività formative di gruppo finalizzate alla gestione dello stress correlato al lavoro svolto, attività rivolte a tutti i dipendenti (ed in particolar modo ai dipendenti delle UU.OO. a rischio);
3. Organizzazione e gestione di incontri per gruppi di dipendenti;
4. Analisi e valutazione tramite interviste, focus group e colloqui della ricaduta che tali attività hanno sollecitato nei contesti lavorativi e sui processi organizzativi;

In conclusione, nel triennio di vigenza del seguente Piano si intende lavorare, attraverso somministrazione di questionari e focus group, sulle seguenti aree di criticità emerse:

1. Gestione;
2. Organizzazione;
3. Comunicazione

4.2.3. Analisi degli Stakeholder

Uno degli obiettivi del Piano della Performance è quello di rendere conto circa l'utilizzo delle risorse, rispetto agli obiettivi programmatici e alle diverse aree di intervento. Pertanto, in questa ottica, risulta fondamentale definire i soggetti portatori di interesse rispetto alle azioni dell'azienda Sanitaria di Matera: i così detti stakeholder che potrebbero avere alta capacità di influenza e alto grado di interesse rispetto alle attività di riferimento e, quindi, forte capacità di intervento sulle decisioni che la ASM intende adottare.

Essi risultano essere divisi fra interni ed esterni all'Azienda.

Gli stakeholder interni sono principalmente

le Associazioni sindacali.

il personale ed i dirigenti della azienda sanitaria, i fornitori (tra cui anche gli altri prestatori d'opera, quali ad esempio le cooperative)

gli studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari,

i fornitori;

La Regione Basilicata (Dipartimento di Sicurezza Sociale).

Gli stakeholder esterni sono:

- I cittadini /clienti
- Le istituzioni Pubbliche : Enti locali territoriali (Comuni, Province, regioni, Comunità montane ecc.);
- La Conferenza dei Sindaci;
- Agenzie funzionali (Consorzi Camere di Commercio, aziende sanitarie, agenzie ambientali, università ecc.);
- Gruppi organizzati: gruppi di pressione (sindacati, associazioni di categoria, partiti e movimenti politici, mass media);
- Gruppi non organizzati Cittadini, e collettività
- Le associazioni di volontariato;
- Imprese ed associazioni di imprese;
- Società scientifiche
- La Corte dei Conti
- Gli enti ecclesiastici;
- I fornitori esterni;

- Il Ministero della salute
- Gli assicuratori.

Il coinvolgimento degli stakeholder avverrà usualmente attraverso lo strumento della rendicontazione sociale. Sito web, incontri specifici, forum, conferenze di servizio, indagini rivolta alla popolazione nel complesso o a gruppi stabili (identificati secondo un campionamento statistico), cosiddetti panel di cittadini ecc.

4.3 Analisi delle risorse tecnologiche

Le principali tecnologie biomediche in dotazione della ASM (anno 2015) sono le seguenti, suddivise per aree di pertinenza:

AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI/INTERVENTISTICA

Risonanza magnetica nucleare (RMN): n. 2 sistemi da 1,5 Tesla, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, ad elevati gradienti, che consentono l'esecuzione di esami ad elevata risoluzione ed in tempi ridotti. I sistemi dispongono di innovativi software di analisi per ampliare il set di esami disponibili. Uno per tutti il software per la cardiorisonanza disponibile presso il P.O. di Matera. Si aggiunge una risonanza articolare installata presso il P.O. di Tricarico;;

Tomografia assiale Computerizzata (TAC): n. 2 sistemi da 64 slice, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, che consentono l'esecuzione di esami ad elevata risoluzione in tempi ridotti. Si caratterizzano inoltre per la presenza di accessori e pacchetti applicativi che consentono l'esecuzione di esami di colonscopia virtuale, di cardio TAC a bassa dose, di studi delle perfusioni cerebrali, dei noduli e delle lesioni polmonari, oltre che della funzionalità vascolare. E' in fase di installazione n. 1 TAC per il P.O. di Matera, da 32 slice;

Tomografo ad emissione di positroni con tomografia assiale computerizzata (PET/TC mobile): n. 1 sistema, ubicato presso il P.O. di Matera, caratterizzato dalla possibilità di associare le informazioni di tipo fisiologico, tipiche della PET, a quelle di tipo morfologico del distretto anatomico esaminato, desunte dalla TAC. Con l'esame PET si ottengono mappe dei processi funzionali all'interno del corpo; In ambito oncologico, su indicazione dello specialista, la PET/TC permette di rispondere a quesiti specifici quali la diagnosi di malattia, la sua stadiazione (diffusione locale ed a distanza), valutazione della risposta alla terapia medica, diagnostica differenziale tra recidiva di malattia e fibrosi post-trattamento;

Gamma Camera: n. 2 sistemi, ubicati presso il P.O. di Matera, utilizzati in medicina nucleare per l'acquisizione di immagini scintigrafiche, per la ricerca e la diagnostica di patologie tumorali. Le immagini rappresentano visivamente la distribuzione, nel corpo umano, della radioattività emessa dai radiofarmaci iniettati nel paziente a scopo diagnostico o terapeutico.

Angiografo: n. 3 sistema, ubicati presso le Sale Operatorie del P.O. di Matera, utilizzati per le attività di emodinamica (coronarografie, angioplastiche), di elettrofisiologia (ablazione vie anomale, impianti pace-maker) e per le attività di radiologia diagnostica ed interventistica (angiografie periferiche, embolizzazione di sanguinamenti, trattamento chemioembolizzante di epatocarcinomi, sclerotizzazione di varicocele, angioplastiche carotidee.....). E' in fase di partenza l'utilizzo anche per le attività di chirurgia vascolare e di endoscopia digestiva (ERCP);

Mineralometria ossea computerizzata (MOC): n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Tinchì. Il nuovo sistema installato a Matera, permette l'esecuzione di esami non disponibili in Regione Basilicata. Oltre a consentire la misurazione della densità minerale ossea anche in pazienti protesizzati, permette la valutazione del rischio di frattura a 10 anni con il metodo FRAX per il femore, oltre alla valutazione della composizione corporea (massa magra e massa grassa). Inoltre viene garantita l'esecuzione di esami ad alta risoluzione con tempi di scansione brevissimi, l'FDA ha autorizzato l'utilizzo di tale sistema per prevedere disturbi coronarici e cardiovascolari;

Mammografo: n. 4 sistemi, di cui n. 2 ubicati presso l'U.O. di Senologia del P.O. di Matera, n. 1 presso l'U.O. di Radiologia del P.O. di Policoro, e n. 1 in fase di installazione presso il Presidio di Tinchì. Digitali diretti, sono in grado di eseguire esami ad elevata risoluzione ed in tempi ridotti. Tali sistemi sono intensivamente utilizzati nel progetto di screening regionale "Progetto Basilicata Donna", per la prevenzione dei tumori al seno, con il quale la Regione Basilicata si propone di invitare tutte le donne fra i 50 ed i 69 anni ad effettuare una mammografia gratuita. In questa fascia di età la mammografia risulta molto utile per una diagnosi precoce;

Ecografo alta fascia: le tecnologie disponibili nei vari dipartimenti dell'azienda garantiscono diagnosi precoci e cure all'avanguardia, essendo dotate delle migliori funzionalità clinico diagnostiche e di tutti gli accessori indispensabili per garantire elevata accuratezza diagnostica e terapeutica. Esse dispongono di tutte le funzionalità più avanzate: gestione delle metodiche 2D, 3D, 4D (3D in tempo reale) e doppler. Oltre alle configurazioni generali internistiche (GENERAL IMAGING), sono presenti i moduli di seguito indicati:

- a) configurazione vascolare (flebologia, angiologia, transcranico);
- b) modulo angiosonografico, per l'utilizzo dei mezzi di contrasto e la caratterizzazione di tessuti patologici (lesioni e metastasi epatiche, ispessimenti pareti intestinali, lesioni mammarie, ...);
- c) pacchetti per applicazioni ostetrico/ginecologiche, completo di tutti gli indici fetali;
- d) pacchetti per applicazioni cardiologiche, completo di tutti gli indici cardiaci;
- e) pacchetti per applicazioni urologiche;
- f) elastosonografia, per una definizione qualitativa e quantitativa dei tessuti;
- g) ecoendoscopia, associando la risoluzione dell'endoscopia alla diagnostica ecografica;
- h) moduli 3D/4D per acquisizioni volumetriche e ricostruzioni tridimensionali a mano libera;
- i) configurazioni interventistiche, grazie ai pacchetti sw ed alle sonde intraoperatorie.

Grazie al modulo DICOM è inoltre possibile integrare l'ecotomografo nel sistema di archiviazione immagini e referti aziendale e regionale: tutte le immagini ed i referti possono confluire nell'archivio ed essere resi disponibili nel dossier e nel fascicolo sanitario elettronico del paziente. Grazie all'ampia dotazione di sonde, anche in 4D, è infine possibile sviluppare ogni tipologia di indagine, anche volumetrica.

Ortopantomografo: n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Tinchì. Il dispositivo di Matera, di tipo digitale diretto, in grado di eseguire ortopanoramiche e, grazie al teladiografo, di produrre radiografie latero laterale, antero posteriore, postero anteriore e carpale;

Litotritore: n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Ortopedia del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro, a servizio delle UU.OO. di Ortopedia e di Urologia, utilizzati per trattare le calcolosi renali-ureterali-vescicali, delle vie biliari e delle ghiandole salivari, per garantire i trattamenti ortopedici, anche su tessuti molli e delle patologie muscolo-scheletriche, oltre che delle pseudoartrosi, delle necrosi asettiche e dell'induratio penis plastica;

AREA LABORATORI

Laboratori centrali (chimica clinica, immunochimica, microbiologia, biologia molecolare, batteriologia, emocromocitometria, emocoagulazione, urine), attualmente ubicati presso i PP.OO. di Matera, Policoro, Stigliano, Tinchì, Tricarico. E' in fase di realizzazione un modello aziendale unificato ed omogeneo (Laboratorio Unico Logico), che, tenendo conto delle diverse peculiarità territoriali e vocazioni delle diverse strutture, garantisce nel contempo un miglioramento della qualità del servizio erogato, contenendo infine i relativi costi di gestione. Tale modello prevede l'aggregazione della processazione dei campioni nel laboratorio di riferimento per la disciplina (P.O. di Matera) e nel laboratorio per la clinica di riferimento con attività diagnostiche di base e/o specialistiche (P.O. di Policoro). Gli altri presidi mantengono una tecnologia diagnostica leggera; viene inoltre garantita una gestione unificata ed integrata dei P.T.S. e dei P.S.A. aziendali. Si segnala l'attivazione del servizio di analisi in loco dello screening di sangue occulto nelle feci;

Laboratori di biologia cellulare: tale laboratorio, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, sviluppa progetti di ricerca sul funzionamento cellulare, anche nel campo emato-oncologico;

Laboratorio di genetica medica: tale laboratorio, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, effettua cariotipizzazioni per diagnosi di citogenetica prenatale, postnatale ed oncoematologica (con i microscopi in dotazione). Viene inoltre gestito l'allestimento delle colture cellulari (incubatori a CO₂, stufette,...). Nel settore della chimica clinica viene svolto lo studio dei protocolli di screening per le patologie cromosomiche più frequenti (trisomia 21, 18, 13). Inoltre il laboratorio si occupa dello studio del deficit di glucosio 6-fosfato-deidrogenasi (conosciuto come favismo). Tutti gli esami sono accompagnati da una consulenza pre e post test;

Laboratorio di tipizzazione tissutale per trapianti d'organo, ubicato presso il P.O. di Matera e che rientra nella gestione integrata del laboratorio logico unico, la cui attività è prevalentemente rivolta alla tipizzazione dei potenziali donatori di organi solidi e di midollo osseo e per patologie associate con l'HLA. Effettua inoltre ricerca degli anticorpi anti-HLA per pazienti in lista d'attesa e pazienti nella fase di post-trapianto. E' dotato di attrezzature che consentono l'estrazione, l'amplificazione di DNA, e l'identificazione di alleli HLA (prevalentemente con biologia molecolare o metodiche di sierologia e ricerca antigeni HLA sulla superficie dei linfociti). Il Laboratorio è centro di riferimento regionale per i trapianti d'organo;

AREA ESPLORAZIONI FUNZIONALI

Sistema endoscopia digestiva: n. 5 sistemi completi di endoscopia (gastroscopia, colonscopia), ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, Policoro, Tinchì, Tricarico ed in Sala Operatoria del P.O. di Matera, con disponibilità di strumentazione interventistica e non solo diagnostica e di ecoendoscopia;

Capsula endoscopica (wireless endoscopy): n. 1 sistema, ubicato presso il P.O. di Matera, costituito da un piccolo vettore in miniatura (la capsula) in grado di attraversare tutto l'apparato gastrointestinale, trasportato dai movimenti legati alla peristalsi con la possibilità di trasmettere in tempo reale le immagini del suo percorso. Con tale dispositivo viene offerta la possibilità di esplorare in modalità non invasiva il piccolo intestino, l'esofago ed il grosso intestino (colon);

Colonscopia robotica: presso l'U.O. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera è disponibile l'utilizzo di questa metodica innovativa, nata dallo studio dei ricercatori di robotica medica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Tale metodica, consente, tramite l'utilizzo di sonde robot, l'esplorazione indolore ed accurata del colon, oltre che sicura per quanto riguarda le complicanze perforative, uso da farmaci per analgesia o rischi di infezione da contaminazione crociata.

Breath test: n. 4 sistemi ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, di Policoro, di Tinchì, di Tricarico per l'analisi dell'*Helicobacter pylori* e n. 1 sistema ubicato presso l'U.O. di Endoscopia Digestiva per l'analisi dell'intolleranza secondaria al lattosio. E' in fase di attivazione il quinto sistema presso l'U.O. di Medicina del P.O. di Matera;

Termoablazione venosa mediante radiofrequenza: presso l'U.O. di Chirurgia Vascolare del P.O. di Matera si sta avviando l'utilizzo di tale metodica, che consente un trattamento più appropriato (in day surgery) della patologia varicosa degli arti inferiori. Con la stessa si evita il ricorso al trattamento chirurgico tradizionale;

U.O. Medicina d'Urgenza: nel mese di gennaio 2014 è stata avviata questa nuova U.O., che dispone, ad oggi, di n. 8 posti letto, ognuno dotato di adeguato sistema di monitoraggio dei parametri vitali, pompe ad infusione per nutrizione enterale e parenterale. Completano la dotazione dei monitor portatili, ed un nuovo ecotomografo di ultima generazione, da utilizzare anche per la stroke unit.

4.4 Le Risorse Finanziarie

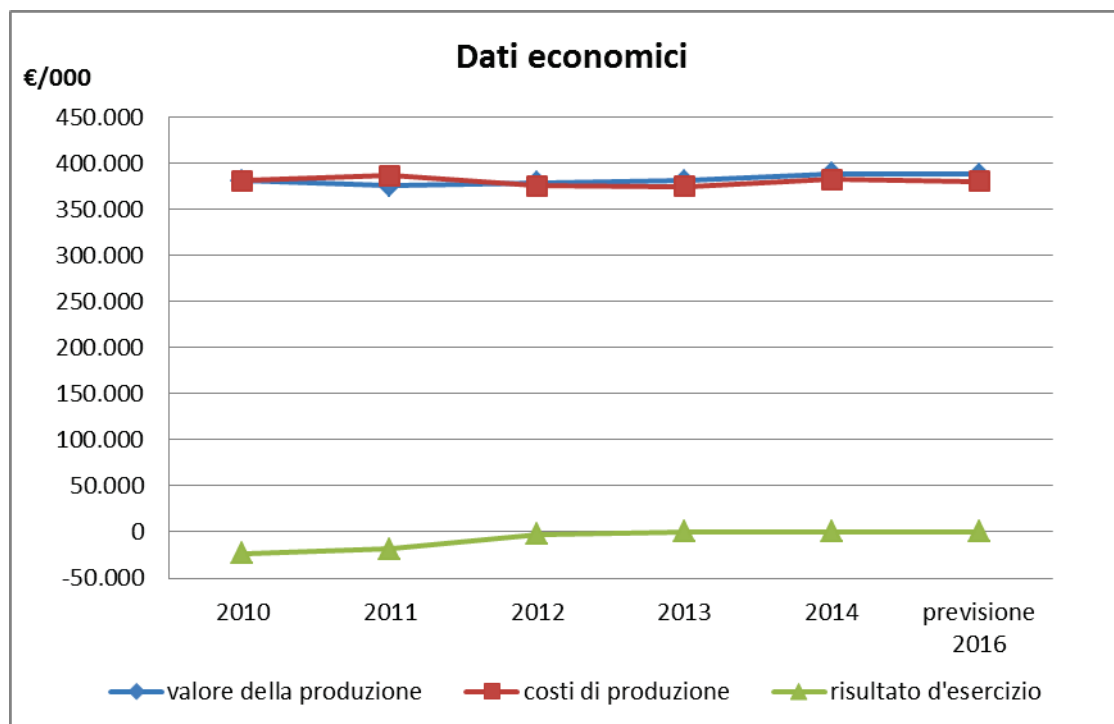
Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione" appaiono fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione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

Una piccola quota dei finanziamenti deriva dal Fondo Sanitario Nazionale, ma la principale fonte di finanziamento dell'Azienda è rappresentata dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale sulla base della cosiddetta "quota capitaria".

L'effetto congiunto derivante dall'applicazione delle misure di contenimento della spesa previste dalla citata normativa vigente e dal consolidamento degli interventi di risanamento avviati dall'Azienda in questi anni, ha consentito di formulare una previsione economica per l'anno 2016 caratterizzata dal raggiungimento del pareggio di bilancio.

Di seguito si riporta in forma tabellare e grafica, il trend dei principali dati economici relativi agli anni 2010 – 2014, con le previsioni per il 2016.

	2010	2011	2012	2013	2014	previsione 2016	% pr 16 - cons14
valore della produzione	380.967	375.148	378.796	380.752	388.135	387.896	-0,1%
costi di produzione	380.967	386.070	375.327	374.243	381.970	379.835	-0,6%
risultato d'esercizio	-23.609	-18.696	-2.708	116	276	0	-100,0%



Ulteriori e più dettagliate informazioni sulle risorse finanziarie della ASM , sui relativi bilanci aziendali e sull'analisi delle singole stime e dei costi aziendali sono riportati nelle delibere aziendali: n. 1510/2015 e n. 1730/ 2015 contenenti il Bilancio di Previsione 2016, il bilancio di previsione triennale 2016 – 2018 e la relazione tecnico-illustrativa.

Le delibere non possono essere allegate alla presente relazione in quanto troppo corpose, ma sono state pubblicate e quindi sono consultabili sul sito aziendale.

4.5 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

Considerato che il Piano definisce gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance, è fondamentale garantire coerenza e coordinamento tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, piani d'azione e risorse economiche.

In particolare, viene descritto come il Piano debba comprendere una sezione in cui si descrivono le scelte operate dall'Amministrazione, con riguardo alle modalità adottate per garantire l'effettivo collegamento e integrazione tra la pianificazione delle performance e la programmazione economico finanziaria e di bilancio.

La realizzazione di un Piano, come peraltro indicato al paragrafo 3.7.2 della delibera ex Civit n. 112/2010, che sia in grado di garantire l'integrazione tra processi, in primis il ciclo del bilancio, porterebbe all'Amministrazione diversi benefici, quali:

- la coerenza dei contenuti;
- la coerenza dei calendari con cui si sviluppano i due processi;
- il coordinamento con gli attori e le funzioni organizzative interessate;
- l'armonizzazione della reportistica e dei sistemi informativi.

L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- la definizione condivisa di obiettivi e significati della pianificazione e della valutazione;
- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;

- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo;
- l'individuazione di linee guida di processo e sperimentazione di prassi operative e/o sistemi informativi.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

L'elaborazione del bilancio di previsione deve essere adottato dal Direttore Generale dell'ASM entro il 10 novembre così come recentemente riportato dall'art 15 della Legge Regionale 8 agosto 2012, n. 16, che, modificando l'articolo 14 della L.R. 27 marzo 1995, n. 34, ha stabilito che le aziende sanitarie e ospedaliere regionali, compreso il Crob, predispongono un bilancio preventivo economico annuale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione Basilicata.

La ASM ha predisposto il Bilancio di Previsione 2016 e triennale 2016 – 2018 con le delibere aziendali n. 1510/2015 e n. 1730/2015). Le delibere con gli allegati sono disponibili sul sito aziendale.

Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione), nel corso dell'anno 2015, che ha rappresentato, il terzo anno di applicazione del Piano, sono stati gradualmente perfezionati tutti i passaggi che la normativa richiede affinché il documento potesse recepire le indicazioni relative alle aspettative e alle attese di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni). (vedi Relazione al Bilancio economico preventivo anno 2016 e bilancio pluriennale 2016 – 2018, disponibile sul sito aziendale).

Per la tempistica di realizzazione del ciclo della performance si veda il grafico seguente.



4.6 Coerenza con il Piano aziendale Triennale Anti Corruzione e del Programma triennale della trasparenza

L'ANAC, con la Determinazione n. 12 del 28.10.2015 ha fornito alle PP.AA. indicazioni in ordine alla coerenza tra PTPC e Piano della performance 2016-2018 sotto due profili:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- 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.

L'ANAC ha fornito indicazioni alle amministrazioni pubbliche, sia centrali sia territoriali, ai fini dell'avvio del ciclo della performance 2014-2016, sottolineando la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

In tale ottica di integrazione e coerenza, la ASM ha provveduto ad individuare con delibera n. 401 del 02.04.2013 il Responsabile della prevenzione alla corruzione nella persona del Dott. Rocco Ierone.

Con delibera n. 134 del 29/01/2015 è stato adottato il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2017 che "recepisce dinamicamente le previsioni del Piano della Performance, al fine di assicurare la integrazione ed il coordinamento tra le rispettive indicazioni".

In particolare, dopo attenta analisi effettuata con il Dirigente Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono stati definiti nel 2015 alcuni obiettivi strategici, ritenuti particolarmente significativi per la performance aziendale, anche in seguito alla individuazione di alcune aree a maggior rischio di corruzione tenuto conto dell'aggiornamento intervenuto con la Determinazione n. 12 del 28.10.2015 ANAC, con particolare riferimento all'Area dei Contratti Pubblici. Per ogni obiettivo e rispettiva area, sono stati previsti e valutati gli obiettivi operativi, i target annuali di riferimento, la fonte dei dati e i soggetti interessati, il tutto è illustrato analiticamente nella tabella seguente.

A fine 2015, sono stati verificati i risultati raggiunti per ciascun obiettivo strategico concordato e l'analisi dei risultati è stata inserita nella relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2015 – 2017 pubblicata sul Sito aziendale.

L'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione ASM per il triennio 2016 – 2018, che sarà adottato entro il 31 gennaio 2016, intende introdurre miglioramenti alla politica di prevenzione della corruzione della ASM e adeguarsi alle nuove ed aggiuntive indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione.

In seguito ad un rigoroso esame dei risultati raggiunti in tema di anticorruzione, sono stati inseriti nuovi obiettivi, con relativi indicatori e target, evidenziati nella tabella seguente. (vedi relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2015 – 2017 pubblicata sul Sito aziendale).

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Aggiornamento o Piano prevenzione della corruzione Monitoraggio aree a rischio	Monitoraggio delle Aree a rischio ex lege / uffici esposti ad eventi rischiosi nelle singole UU.OO.	Formazione del responsabile della corruzione formazione personale delle UU.OO. interessate Individuazione Referenti Individuazione misure da adottare	Gestione del rischio – Monitoraggio 80% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure correttive previste (Applicazione Codice di comportamento Az.).	Gestione del rischio – reports di Monitoraggio 90% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure correttive previste Reports su Azione Migliorative	Gestione del rischio – Reports su Monitoraggio 100% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure correttive previste Reports su Azione Migliorative	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2015 - 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Responsabile del Prev e Corr. Responsabile Trasparenza Referenti del Resp. della corruzione Dirigenti UU.OO. interessate
Prevenzione della corruzione	Applicazione di Codice comportamento	Apertura sportello informativo (c/o U.O. Gestione Risorse umane) per consulenza ai dipendenti sull'applicazione del codice X almeno 2 gg. settimana N. dipendenti a conoscenza del Codice di comportamento aziendale/ N. dipendenti intervistati	Istituzione ufficio procedimenti disciplinari (UPD) con apertura bisettimanale Adozione e diffusione del Codice di comportamento	70 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento Verifica annuale dello stato di applicazione del Codice attraverso l'U.P.D. Aggiornamento delle competenze dell'UPD alle previsioni del Codice Monitoraggio annuale sull'attuazione del Codice	80 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento Monitoraggio dello stato di attuazione e applicazione del Codice di Comportamento	90 % degli intervistati conosce il codice di Comportamento Monitoraggio dello stato di attuazione e applicazione del Codice di Comportamento	Relazione annuale su attività svolta dal PTPC 2015 - 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Responsabile della prevenz. della corruzione Referenti RPC Responsabile della Trasparenza O.I.V. Gestione Risorse Umane U.P.D.
Prevenzione della corruzione Area U.O. Attività Tecniche – Progettazione, Manutenzione, Appalti e Lavori Pubblici	Prevenzione di eventi corruttivi nel settore Contratti pubblici ex Det. 12/2015 ANAC	Adozione / Applicazione di un regolamento interno n. segnalazioni di conflitto di interessi / n. totale di procedimenti x Contratti pubblici ex Det. 12/2015 ANAC	Adozione e Regolamento interno 0 conflitti di interesse Individuazione del valore di rischio di corruzione	Report su Monitoraggio Applicazione 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio o Applicazione e procedure misure 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio Applicazione e procedure misure Reports Azioni di miglioramento intraprese	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione e PTPC 2015 - 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Generale Responsabile della prevenz. della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigenti della U.O. Attività Tecnica
Prevenzione della Corruzione Area Gestione Risorse Umane	2014 – 2015 Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di cert. / N. dichiarazioni rese dai dipendenti e dagli utenti	2014 – 2015 N. Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di cert. / N. dichiarazioni sostitutive di cert. Pervenute	2014 – 2015 50 % dichiarazioni sostitutive Controllate	2014 – 2015 50 % controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	60 % controlli 60% sul totale delle dichiarazioni pervenute	70 % controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione PTPC 2015 – 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Generale Responsabile della prevenz. della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigenti della U.O. Gestione Risorse Umane
Prevenzione della corruzione Area Economato-Provveditorato	Prevenzione di eventi corruttivi nel settore Contratti pubblici ex Det. 12/2015 ANAC	adozione applicazione di regolamento interno) N. segnalazioni di conflitti d'interesse / n. totale di procedimenti Contratti pubblici ex Det. 12/2015 ANAC	Adozione e Regolamento interno 0 conflitti di interesse Individuazione del valore di rischio di corruzione	Report su Monitoraggio Applicazione 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio o Applicazione e procedure misure 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio Applicazione e procedure misure 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione PTPC 2015 – 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Responsabile della prevenz. della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigente dell'U.O. Economato / Provveditorato

La coerenza con il Piano Triennale della trasparenza è stata garantita attraverso il lavoro svolto con la Dott.ssa Maria Malvasi, Responsabile della Trasparenza ASM, (delibera aziendale n. 482 del 23.04.2013), Sono stati definiti alcuni obiettivi strategici ed operativi relativi all'empowerment con la evidenziazione dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2015 e e la definizione di nuovi obiettivi e dei relativi dei target prefissati sino al 2017.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTI DATI	SOGGETTI COMPETENTI
OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	Obiettivo strategico	Produzione indagine sulla soddisfazione degli utenti (customer satisfaction) Adesione all'indagine sul clima interno	Almeno 25% Risposte al questionario sull' Indagine soddisfazione degli utenti pubblicata sul sito	27 % risposte questionari o	> 27 %	> 28 %	> 29 %	Pubblicazione su sito aziendale Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale UU.OO Aziendali
OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	Obiettivo Strategico	Produzione Bilancio sociale (redatto dall'U.O. Pianificazione e Controllo strategico)	Redazione ed in invio in Regione del Bilancio Sociale	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Riedizione ed aggiornamento Bilancio sociale	Riedizione ed aggiornamento Bilancio sociale	Pubblicazione su sito aziendale Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	CCS e UU.OO. aziendali
OBIETTIVI DI EMPOWERMENT		Adesione all'indagine sul clima interno	N. questionari compilati dai dipendenti ASM	n. 43 questionari compilati	Almeno 80 questionari compilati	Almeno 100 questionari compilati dai dipendenti	Almeno 100 questionari compilati dai dipendenti	Sito aziendale x pubblicazione risultati Dip. Salute	URP Aziendale UU.OO Aziendali
OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	Garantire il rispetto dei tempi di attesa stabiliti per ogni prestazione	Monitoraggio dei tempi di attesa di prestazioni entro soglia	N. di liste di attesa critiche risolte/n . liste di attesa critiche x 1000	Vedi relazioni anno 2014 (all. n. 5)	>50 vedi relazioni e I semestre 2015(all. n. -6-7)	>80	>80	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	Direzioni Sanitarie Ospedaliere – Distretti – UU.OO: ospedaliere
Trasparenza	Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo/ totale dati pubblicati	100%	100 %	100 %	100 %	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM	Dirigenti delle UU.OO

La Legge di Stabilità n. 208/2015 riporta al comma 522 che gli Enti del SSN debbano attivare un sistema di monitoraggio delle attività territoriali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale e in coerenza con il Programma Nazionale Valutazione Esiti, pubblicando ogni anno i relativi esiti. Conseguentemente l'ASM con delibera n. 98/2016 ha istituito apposito gruppo di lavoro interdisciplinare per l'implementazione del monitoraggio delle suddette attività, che provvederà ad effettuare le verifiche previste, da pubblicarsi sull'apposita sezione del sito aziendale, secondo gli estremi di legge.

4.7. Coerenza con il manuale regionale delle procedure

La Regione Basilicata con D.G.R. n. 677 del 7 Giugno 2013 riguardante la "Definizione dei percorsi attuativi di certificabilità" ha inteso dare attuazione al Decreto del Ministro della Salute del 1 Marzo 2013 recante "Definizione dei percorsi attuativi della certificabilità". Il decreto prevede che tutte le regioni devono avviare il Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito PAC), finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale e fornisce alle stesse indicazioni e linee guida per le fasi di predisposizione, presentazione, approvazione e verifica dell'attuazione del PAC.

Tra le finalità del Percorso di Certificabilità si rinviene, tra l'altro, l'esigenza di programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica e in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.

La Regione Basilicata, a tal fine, ha intrapreso le seguenti azioni:

- dettato le norme della contabilità generale e del controllo di gestione delle aziende sanitarie regionali (L.R. n.34/95 e L.R. n.16/2012, art.17);
- dettato le linee guida per l'attivazione della contabilità analitica/controllo di gestione delle aziende sanitarie regionali (DGR n.919/1999);
- previsto che ogni Azienda predisponga un Manuale delle Procedure Operative del Controllo strategico, Direzionale e Operativo nel quale siano formalizzate le seguenti procedure operative:
 - Analisi dei dati contabili e gestionali per aree di responsabilità;
 - Programmazione, gestione e controllo, su base periodica ed in modo sistemico, delle operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati;
 - Monitoraggio delle azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e del Revisore Esterno;
 - Rilevazione degli aspetti gestionali e contabili della gestione delle scorte con garanzia di un adeguato livello di correlazione tra il sistema della contabilità analitica, il sistema di contabilità generale e il sistema di budgeting.

Pertanto la ASM, attraverso il Centro di Controllo Strategico che ha partecipato alle riunioni regionali, ha definito il manuale delle procedure per sistematizzare le procedure del sistema di controllo (strategico, direzionale ed operativo) identificando in modo puntuale, per ciascuna di esse le attività da svolgere, le modalità da seguire (contenuti da sviluppare), le responsabilità (chi svolge un'attività e chi la verifica) e la tempistica da rispettare.

Il Manuale delle Procedure operative della Pianificazione e controllo strategico, direzionale ed operativo approvato con delibera aziendale n. 718/ 2014, definisce le fasi operative, i contenuti e la tempistica del processo di redazione, modifica, ed approvazione del Piano della Performance sintetizzabile come segue:

- Avvio del processo di elaborazione del Piano delle Performance
- Definizione degli obiettivi di performance

- Redazione del Documento
- Condivisione del Piano delle Performance.
- Approvazione ed adozione del Piano
- Comunicazione del piano all'interno e all'esterno.

In seguito, la ASM, attraverso l'U.O. Economico Finanziaria, ha redatto e poi approvato con deliberazione aziendale , (n.1820 / 2015) anche il Manuale delle procedure amministrativo contabili, sempre nell'ambito del "Percorso attuativo Certificabilità " del sistema economico finanziario e contabile del SSR di cui alla DGR 677/ 2013 e s.m.i.

5. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

5.1 Il Sistema di misurazione e valutazione della performance

I Sistemi di misurazione della *performance* sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e *performance* organizzative.

Il Sistema di misurazione della *performance* adottato dalla ASM è orientato principalmente alla soddisfazione e il coinvolgimento del cittadino.

Il processo di formazione e di realizzazione del Sistema si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (definizione, adozione, attuazione e *audit*) in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano (Tabella n. 1).

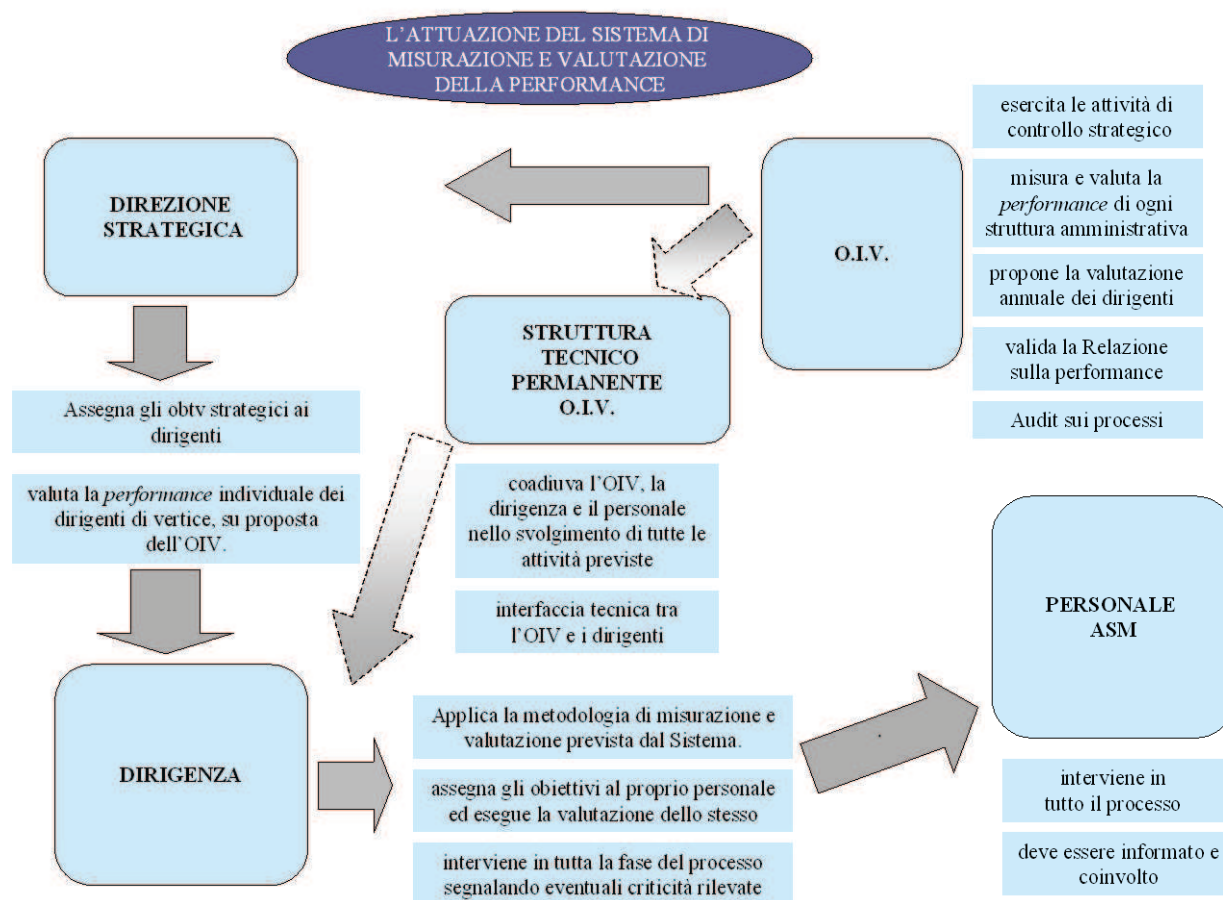
Fase	Soggetti interni coinvolti
1) Definizione/aggiornamento del Sistema	▪ Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	▪ Direzione Strategica ASM
3) Attuazione del Sistema	▪ Direzione Strategica ASM ▪ Dirigenza ▪ Personale ▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente) ▪ Personale, dirigenziale e non

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

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

2) Adozione e 3) Attuazione del Sistema: la Direzione Strategica promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance. gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Strategica con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e delle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza con la Politica della Qualità. La dirigenza, in particolare quella di vertice, contribuisce all'attuazione del Sistema e all'aggiornamento dei contenuti dello stesso

L'attuazione del sistema è sintetizzata nel grafico seguente.



4) Monitoraggio e audit del Sistema: in corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati. A fine anno il Nucleo interno di Valutazione ora O.I.V. valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

L'O.I.V., infatti, ha il compito di verificare la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla ANAC e di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, esercitando un'attività di impulso, nei confronti del vertice politico-amministrativo nonché della dirigenza, per l'elaborazione e l'aggiornamento del Sistema e per la sua attuazione.

Fondamentale è, inoltre, il ruolo della interfaccia tecnica/amministrativa tra l'O.I.V. e la dirigenza che si occupa di interagire con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

5.2 La Valutazione Globale della Performance (VGP) applicata dalla Regione Basilicata ed il sistema degli indicatori

L'indicatore è la misura che permette di verificare il grado di raggiungimento di un determinato obiettivo e può essere impiegato lungo l'intero percorso che parte dalla rilevazione degli bisogni degli *stakeholder* e, quindi, l'individuazione degli *outcome*, fino ad arrivare alla definizione degli obiettivi del personale e costituisce, quindi, la base per la misurazione dell'efficienza, ovvero degli *output* ottenuti in relazione agli *input* impiegati, e dell'efficacia, ovvero dei risultati raggiunti in relazione ai *target* desiderati.

La D.G. R n. 662 / 2015 ha provveduto a definire gli obiettivi di salute e di programmazione economico/finanziaria per gli anni 2015 - 2017 da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie della Regione Basilicata, correlando a questi la retribuzione di risultato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

La partecipazione al sistema di valutazione degli obiettivi assegnati dalla delibera regionale può essere intrapresa solo nel caso in cui i Direttori Generali abbiano preliminarmente superato una verifica in merito a:

1. ASSICURARE I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Implementazione di tutte le attività finalizzate al raggiungimento del livello totale di realizzazione rispetto agli adempimenti previsti dal questionario LEA;

2. GARANZIA DELL' EQUILIBRIO ECONOMICO – FINANZIARIO DELLA GESTIONE E RIDUZIONE NEL 2015 DELL'1% DEI COSTI DI PRODUZIONE RISPETTO ALLA SPESA CONSUNTIVA 2013: Assicurare l'equilibrio economico in sede di approvazione del bilancio preventivo e consuntivo nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e smi, con ulteriore riduzione dei costi di produzione rispetto alla spesa consuntiva 2013 di circa l'1% .(FSR 2015 - Obiettivi economici - Direttiva vincolante).

3. GARANZIA DEL RISPETTO DEL CORRETTO E TEMPESTIVO ADEMPIMENTO DEL DEBITO INFORMATIVO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI FLUSSI INFORMATIVI OBBLIGATORI NAZIONALI E REGIONALI.

4. RISPETTO PIENO DELLA TEMPISTICA PREVISTA PER LE LISTE DI ATTESA IN CLASSI DI PRIORITA' (RAO) Per le prestazioni ambulatoriali non in classe di priorità va realizzato il contenimento delle liste di attesa, rilevate annualmente, anche attraverso specifici accordi interaziendali al fine di riportare tendenzialmente le prestazioni ambulatoriali delle branche di cardiologia e diagnostica per immagine entro un valore massimo di 90 gg.

5. RIDUZIONE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE DEL SALDO ECONOMICO DEI RICOVERI IN MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE.

Solo in seguito alla verifica sul raggiungimento dei pre-requisiti previsti in ambito contrattuale per il Direttore Generale, si è valutati sulla base del restante sistema di obiettivi annuali.

Il sistema di valutazione degli obiettivi si compone di 5 principali aree di risultato:

1. TUTELA DELLA SALUTE
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

Ed è articolato per le aziende territoriali (ASM e ASP) in 16 obiettivi misurati da 42 indicatori :

per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo. Per ogni indicatore è previsto sia un limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero, che un limite massimo al di sopra del quale il punteggio è conseguito al 100%. Per alcuni indicatori è prevista la possibilità di conseguire un punteggio pari al 50% che rappresenta il raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Per valorizzare il trend positivo o negativo che il management ha saputo realizzare nella gestione della propria Azienda, la Regione ha deciso verificare contestualmente anche la performance globale dell'Azienda, (V.G.P) . La Valutazione Globale di Performance (V:P:G©) è calcolata su un set ridotto di indicatori

AREE STRATEGICHE DI RISULTATO	I 9 INDICATORI PER LA VALUTAZIONE GLOBALE PERFORMANCE (VGP)
TUTELA DELLA SALUTE Prevenzione Primaria	Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI Appropriatezza organizzativa Appropriatezza clinica	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
	Percentuale di parti con taglio cesareo primario
	Percentuale di interventi per frattura del femore nell'anziano con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
EFFICACIA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50 – 74 anni)
	% di anziani in Cure Domiciliari
	% di abbandoni di pazienti in terapie con statine
	Consumo di farmaci antibiotici
	Utilizzo dei farmaci biosimilari
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Consumo di farmaci oppioidi

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto tra il posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi: Il calcolo è effettuato per l'anno 2015, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2015 e quello conseguito nel 2014, e così via di seguito per le successive annualità. (2016: 2016 vs 2015; 2017: 2017 vs 2016) Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.

Per quanto riguarda la modalità di monitoraggio la DGR 662/2015 ha previsto che gli obiettivi verranno verificati secondo la seguente tempistica:

- alla chiusura del 31 dicembre;

6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI E GESTIONALI

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il “processo di budgeting” nell'ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

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

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è centrato sulla misurazione e valutazione della **performance organizzativa**, indicando ogni raccordo logico per l'allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori (strumenti che rendono possibile l'attività di acquisizione delle informazioni), di outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato o valore atteso) per ciascun indicatore, che deve avere caratteristiche di qualità e di fattibilità opportunamente soppesate, al fine di soddisfare le esigenze dei portatori di interesse interni ed esterni, e dell'Utenza in particolare, cui le azioni sottese agli obiettivi sono destinate.

A tal fine, l'Azienda Sanitaria di Matera ha istituito con delibera n. 381 /2012 un Comitato di budget aziendale, quale organismo di supporto alla Direzione Strategica nella negoziazione /assegnazione alle strutture dipartimentali degli obiettivi di attività e delle relative risorse necessarie al loro raggiungimento.

Pertanto, ai fini dell'efficacia dell'intero sistema e per garantire la connessione fra il sistema di misurazione della performance organizzativa con quello della misurazione e valutazione della performance individuale, si è fatto ricorso ad un'opportuna “mappa strategica” che consente di declinare ed evidenziare a cascata, nei diversi livelli organizzativi, gli **obiettivi operativi** attribuiti in fase di negoziazione:

- al I livello tra la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento e Posizioni Organizzative del comparto;
- al 2° livello tra i Responsabili di macrostruttura (Direttori di dipartimento) e i dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse;
- al 3° livello da parte di questi ultimi nei confronti delle singole Unità Operative Semplici ed Unità di personale non dirigente.

Tale processo, che si sviluppa in coerenza con gli obiettivi strategici fissati a livello regionale, si estrinseca infine nella definizione di un Documento di budget per ogni Dipartimento aziendale, (nei quali sono

esplicitati gli obiettivi di attività e di risorse negoziati e poi assegnati ai Dipartimenti e alle UU.OO. aziendali).

Nei documenti di budget sono definiti gli obiettivi dipartimentali e di unità operativa complessa e semplice, con la specificazione di indicatori di risultato per la misurazione del raggiungimento dei risultati attesi.

Il processo di valutazione (definizione degli obiettivi individuali – assegnazione del peso relativo a ciascuna area, misurazione del risultato valutazione della performance) viene documentato attraverso la compilazione di apposite schede di valutazione:

- per le varie UU.OO. e Dipartimenti aziendali la valutazione viene effettuata dall'O.I.V. attraverso l'analisi, della relazione sul raggiungimento degli obiettivi predisposta dall'U.O. Centro di Controllo Strategico, (che redige in base alle relazioni dei Direttori di dipartimento e di UU.OO., della documentazione e dei dati di attività e dei costi);
- per i singoli operatori, attraverso la compilazione di apposite “schede per la valutazione della Dirigenza e del Comparto”.
- Per i Direttori di Dipartimento e di Distretto attraverso la definizione di una scheda annuale “Obiettivi per i Direttori di Dipartimento”. Sulla base della procedura del sistema di valutazione approvato con delibera n. 1455/2015, l'OIV propone alla Direzione aziendale la valutazione annuale dei dirigenti apicali (Direttori di Dipartimento e di Distretto) e l'attribuzione dei premi;

Per il personale dirigenziale, nella scheda vengono valutate due aree, una riferita alle competenze e ai comportamenti e l'altra relativa agli obiettivi individuali. Ognuna di queste aree ha un peso che viene definito dalla Direzione Strategica anno per anno. I valutatori sono a cascata per i dirigenti di I livello il Direttore della struttura complessa, per i direttori di S.C. il valutatore è il Direttore del Dipartimento; per il Direttore del Dipartimento il valutatore è la Direzione Strategica (su proposta dell'O.I.V.).

La scheda di valutazione dei dirigenti e la relativa procedura è stata pubblicata sul sito aziendale nella sezione “intranet” ed è a disposizione di tutti i dirigenti aziendali, sia per eventuali consultazioni che per la compilazione. Come prescritto dalle linee Guida della ANAC si allega al Piano la scheda tipo di valutazione individuale del personale dirigenziale (Allegato 3).

Anche per il personale del Comparto è stata definita un apposito regolamento per la valutazione permanente, definita ed allegata al Contratto Collettivo Aziendale stipulato nel 2010.

SOGGETTI DA VALUTARE	TEMPI	OGGETTO	ORGANI COMPETENTI	
			I ^ ISTANZA	II^ ISTANZA
Personale del Comparto Ruolo Sanitario – Sociale – Amm/ Tecnico	1	Produttività collettiva Individuale Progressione orizzontale	Coordinatore / P.O.	Commissione di Selezione
Coordinatore Ruolo Sanitario / Sociale	2	Funzione di Coordinamento	P.O. Dirigente	Dirigente S.A. Dirigente U.O.
	3	Posizione Organizzativa	* Dirigente U.O.	Nucleo di Val. / OIV

*N.B. Per il dirigente si intende, per il personale afferente al Servizio Assistenza il Dirigente del S.A. e , per il personale tecnico- amministrativo il, Dirigente della U.O. o il Direttore Amministrativo.

Per ogni operatore del comparto è stata predisposta una scheda di valutazione annuale (all. n. 4) .

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'OIV, dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale.

6.1.Ciclo di gestione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si innesca 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 ed essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali ai Dipartimenti rappresentati dal Direttore e dalla Posizione Organizzativa (Comparto) dipartimentale .

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

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.

Il Piano delle Performance è il documento di programmazione previsto dall'articolo 10 del D.lgs n. 150 del 2009, come strumento per assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance. L'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dal D. Lgs. 150 del 2009, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione già presenti e vigenti. Esso rappresenta, pertanto, uno strumento per:

- ☐ migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative;
- ☐ rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- ☐ individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- ☐ favorire una effettiva accountability e trasparenza.

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda.

I soggetti coinvolti sono i seguenti:

- ☐ Direzione Strategica
- ☐ Controllo di Gestione (CdG)
- ☐ Direzioni Ospedaliere
- ☐ Direzioni Dip. Prevenzione Salute Umana e Animale
- ☐ Direzioni dei Distretti
- ☐ Comitato Consultivo Misto
- ☐ Ufficio Stampa
- ☐ Responsabile della Trasparenza
- ☐ URP
- ☐ Collegio di Direzione
- ☐ Organizzazioni Sindacali

Sulla base delle risultanze di un gruppo di lavoro regionale composto dal personale delle UU.OO di Controllo strategico e di gestione delle Aziende sanitarie della Regione Basilicata, è stato definito ed approvato il "MANUALE DELLE PROCEDURE OPERATIVE DELLA PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO, DIREZIONALE E OPERATIVO" (delibera aziendale 718/2014).

Si riporta di seguito la procedura per la definizione, approvazione ed aggiornamento del Piano della Performance compresa nel suddetto manuale (Procedura PNF 02).

(Procedura PNF 02). PIANO DELLA PERFORMANCE

Scopo

Il Piano delle Performance è il documento di programmazione previsto dall'articolo 10 del D.lgs n. 150 del 2009, come strumento per assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance. L'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dal D. Lgs. 150 del 2009, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione già presenti e vigenti. Esso rappresenta, pertanto, uno strumento per:

- migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative;
- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- favorire una effettiva accountability e trasparenza.

Riferimenti normativi

- D.Lgs. 150/2009 – Attuazione della legge 4 Marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- L.R. della Regione Basilicata n.31/2010 – Disposizioni di adeguamento della normativa regionale al Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n.150. Modifica art. 73 della Legge Regionale 30 Dicembre 2009, n. 42 - modifiche della Legge Regionale 9 Febbraio 2001, n. 7 - Modificata art 10 Legge Regionale 2 Febbraio 1998, n-8 s.m.i.;
- Delibera Civit n. 112 del 2010 e s.m.i. - Struttura e modalità de Piano delle Performance. (articolo 10 comma 1 , lettera a), del Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n.150)

Soggetti coinvolti

- Direzione Strategica
- Controllo di Gestione (CdG)
- Direzioni Ospedaliere
- Direzioni Dip. Prevenzione Salute Umana e Animale
- Direzioni dei Distretti
- Comitato Consultivo Misto
- Ufficio Stampa
- Responsabile della Trasparenza
- URP
- Collegio di Direzione
- Organizzazioni Sindacali

Fasi operative

Le principali fasi attraverso le quali viene gestito il processo di redazione del Piano delle Performance sono:

1. Avvio del processo di elaborazione del Piano delle Performance
2. Definizione degli obiettivi di performance
3. Redazione del Documento
4. Condivisione del Piano delle Performance.
5. Approvazione ed adozione del Piano
6. Comunicazione del piano all'interno e all'esterno

FASE 1: Avvio o del processo di elaborazione del Piano delle Performance	
Input	- Linee di indirizzo Regionale: - Patto della salute - Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i direttori generali - Delibera regionale sugli obiettivi del Direttore Generale
Azioni	- Recepimento delle linee di indirizzo strategico regionali e nazionali e dei sistemi di valutazione delle performance Aziendale del PNE e Bersaglio; - Individuazione del GDL
Output	- Incarico all'UO Controllo di Gestione per la redazione del Piano delle Performance
Soggetti e ruoli	- Direzione Strategia – responsabile - Programmazione e Controllo di Gestione - esecutore

FASE 2: Definizione degli obiettivi di performance	
Input	- Linee Guida Civit (Del 112/2010 e s.m.i.) - Linee di indirizzo Regionale: - Patto della salute - Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i direttori generali - Delibera regionale sugli obiettivi del Direttore Generale - Piano Nazionale Esiti - Sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario (Bersaglio) del Sant'Anna di Pisa - Piano Attuativo Locale - Osservasalute - Analisi Epidemiologica - Anali demografica - Analisi delle prestazioni erogate dall'azienda
Azioni	- Il CdG individua le aree della performance aziendale ovvero le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione - Il CdG di concerto con la Direzione Strategica provvede ad individuare i referenti aziendali per ciascuna delle aree di performance individuate - Coinvolge, altresì, il Comitato Consultivo Misto per l'individuazione delle attese dei portatori esterni di interesse (associazioni dei pazienti, tribunale del malato, Enti Locali, onlus che collaborano con l'ospedale o sul territorio, ecc...) - Calendarizzazione di incontri attraverso cui individuare e condividere gli obiettivi di performance per ciascuna area di performance individuata - Determinazione dell'Albero delle Performance che rappresenta, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (obiettivi operativi e azioni). In altri termini, si dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale e alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione - Determinazione degli obiettivi triennali di performance, in accordo i responsabili delle aree assistenziali, ovvero la descrizione dei traguardi che l'Azienda si prefigge di raggiungere per eseguire i propri indirizzi. L'obiettivo è espresso attraverso una descrizione sintetica ed indicatori misurabili - Gli obiettivi sono correlati, attraverso indicatori, ai dati benchmark relativi a ad aziende comparabili
Output	- Albero delle Performance - Obiettivi triennali di performance
Soggetti e ruoli	- Direzione Strategica – responsabile - Programmazione e Controllo di Gestione - esecutore - Referenti aziendali – esecutore - Comitato Consultivo Misto – funzione consultiva

FASE 3: Redazione del Documento	
Input	- Delibera Civit n. 112 del 2010 - Analisi Epidemiologica - Analisi Demografica - Indicatori di benessere organizzativo aziendali - PAL - Linee di indirizzo Regionale: - Patto della salute - Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria per i direttori generali - Altri obiettivi e delibere regionali - Piano Nazionale Esiti - Sistema di Valutazione della Performance del Sistema Sanitario (Bersaglio) del Sant'Anna di Pisa - Osservasalute
Azioni	- Il Gruppo di Lavoro redige la bozza del Piano della Performance secondo quanto stabilito dalle linee guida della Civit
Output	- Bozza del Piano delle Performance
Soggetti e ruoli	- Controllo di Gestione - esecutore

FASE 4: Condivisione del Piano delle Performance	
Input	- Bozza del Piano delle Performance
Azioni	- La Direzione Strategica invia la bozza del Piano, al Collegio di Direzione, al Consiglio dei Sanitari ed alle Organizzazioni Sindacali - La Direzione acquisisce i pareri ed osservazioni e, se lo ritiene opportuno, richiede eventuali integrazione al Gruppo di lavoro - Trascorso il termine indicato nella comunicazione la bozza di PAL passa direttamente approvazione del PAL
Output	- Bozza di Piano della Performance validata e condivisa
soggetti e ruoli	- Direzione Strategica - responsabile - Collegio di Direzione, Comitato Consultivo Misto, Organizzazioni Sindacali – funzione consultiva - Controllo di Gestione – esecutore

FASE 5: Approvazione ed adozione del Piano	
Input	- Bozza di Piano della Performance validata e condivisa
Azioni	- La Direzione Strategica provvede a condividere il Piano del Performance con: - il collegio di direzione, - gli Comitato Consultivo Misto - le organizzazioni sindacali - Il CdG predisposizione della delibera di adozione del Piano delle Performance condiviso - La Direzione Strategica adotta la delibera di approvazione del Piano e provvede

Output	- Delibera di approvazione del Piano
soggetti e ruoli	- Direzione Strategica – responsabile - Programmazione e Controllo di Gestione – esecutore - collegio di direzione, Comitato Consultivo Misto, organizzazioni sindacali - funzione consultiva

FASE 6: Comunicazione del piano all'interno e all'esterno dell'Azienda	
Input	- Piano delle performance approvato con Delibera
Azioni	- Comunicazione del Piano attraverso: - pubblicazione sul sito internet Aziendale (a cura dell'URP); - diffusione agli organi di stampa e stakeholder (Ufficio Stampa); - l'URP organizza le giornate della trasparenza (art. 11 comma 6, D.Lgs. n. 150/2009) - Presentazione del Piano delle Performance a cura della Direzione Strategica
Output	- Pubblicazione sul sito web - Comunicato stampa - Giornate della trasparenza
Soggetti e ruoli	- Direzione Strategica - responsabile - Ufficio Stampa - esecutore - URP - esecutore - Responsabile della trasparenza - esecutore

Il Piano delle Performance viene adottato annualmente entro il 31 gennaio, secondo il principio dello scorrimento triennale rispetto agli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inserite all'interno nel Piano della performance.

7.2 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Il Piano delle performance, nella sua prima stesura, è stato sistematicamente aggiornato e sono stati individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Il Piano è comunque revisionato nel corso degli anni in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie. Tale piano verrà inoltre integrato con il piano della trasparenza al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornirne trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari stakeholder.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individua la necessità di porre in atto azioni di verifica della performance aziendale e individuale.

Quest'ultima prevede un disegno di attuazione particolarmente articolato che coinvolgerà tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale.

7.3. L'albero della performance

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

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

La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

Per poter accedere al sistema di valutazione della performance occorre valutare il rispetto dei seguenti "pre-requisiti" indicato dalle DD.GG.RR. n. 298/2012 - 337/2013 e 452 /2014 e 662/2015:

1. ASSICURARE I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)
Implementazione di tutte le attività finalizzate al raggiungimento del livello totale di realizzazione rispetto agli adempimenti previsti dal questionario LEA;
2. GARANZIA DELL' EQUILIBRIO ECONOMICO – FINANZIARIO DELLA GESTIONE E RIDUZIONE NEL 2015 DELL'1% DEI COSTI DI PRODUZIONE RISPETTO ALLA SPESA CONSUNTIVA 2013: Assicurare l'equilibrio economico in sede di approvazione del bilancio preventivo e consuntivo nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e smi, con ulteriore riduzione dei costi di produzione rispetto alla spesa consuntiva 2013 di circa l'1% .(FSR 2015 - Obiettivi economici - Direttiva vincolante).
3. GARANZIA DEL RISPETTO DEL CORRETTO E TEMPESTIVO ADEMPIMENTO DEL DEBITO INFORMATIVO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI FLUSSI INFORMATIVI OBBLIGATORI NAZIONALI E REGIONALI.
4. RISPETTO PIENO DELLA TEMPISTICA PREVISTA PER LE LISTE DI ATTESA IN CLASSI DI PRIORITA' (RAO) Per le prestazioni ambulatoriali non in classe di priorità va realizzato il contenimento delle liste di attesa, rilevate annualmente, anche attraverso specifici accordi interaziendali al fine di riportare tendenzialmente le prestazioni ambulatoriali delle branche di cardiologia e diagnostica per immagine entro un valore massimo di 90 gg.
5. RIDUZIONE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE DEL SALDO ECONOMICO DEI RICOVERI IN MOBILITA' SANITARIA INTERREGIONALE.

Dopo aver verificato il rispetto dei sopracitati "pre-requisiti" la ASM è valutata sulla base delle seguenti 5 aree strategiche:

1. TUTELA DELLA SALUTE
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

Tali obiettivi vengono successivamente declinati e assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con tutti i Direttori/Responsabili alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

L'Albero della Performance è rappresentato graficamente seguito dalla Tabella dove sono enucleati gli obiettivi operativi, gli indicatori (e relativa formula), i target per il triennio di riferimento, la fonte dei dati ed i destinatari.

Attualmente è ancora in corso l'attività di ricognizione di tutti i dati necessari per le verifiche relative all'anno 2015. Pertanto, si fa riferimento ai risultati aziendali relativi all'anno 2014 allegando la relazione sul raggiungimento degli obiettivi aziendali anno 2014 (Allegato 5) e alla relazione semestrale relativa alle attività svolte nel I semestre 2015 (allegati 6 e 7).



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
PREREQUISITO Equilibrio Economico del SSR	Equilibrio economico finanziario della gestione e riduzione nel 2015 dell'1% dei costi di produzione rispetto alla spesa consuntiva 2013	Assicurare l'equilibrio economico in sede di approvazione del bilancio preventivo e consuntivo nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e smi, con ulteriore riduzione dei costi di produzione rispetto alla spesa consuntiva 2013 di circa l'1% .(FSR 2015 - Obiettivi economici - Direttiva vincolante).	(Costi anno in corso - 1% rispetto anno precedente)	- 2,8 % (- 6.000.000)	+ 276.000	I dati non sono ancora definitivi			Conto Consuntivo 2010, 2012, 2013, 2014 2015	Tutte le UU.OO. ASM
PREREQUISITO Assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA)	Assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA)	Implementazione di tutte le attività finalizzate al ragg. Degli adempimenti previsti dal questionario LEA	Questionario LEA	Ob. raggiunto Vedi tabella allegata alla relazione (all. n.5)	Ob. raggiunto Vedi tabella allegata alla relazione (all. n.5)	Vedi relazioni I sem. 2015 (all. n. 6 e 7)			Regione Basilicata	Tutte le UU.OO. ASM
PREREQUISITO Adempimenti debito informativo	Rispetto della corretta e tempestiva trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Implementazione delle attività ai fini del rispetto del debito informativo	Invio nei termini previsti del 100% dei flussi	Non presente nel 2013 come prerequisito	Non presente nel 2014 come prerequisito	Vedi relazioni I sem. 2015 (all. n. 6 e 7)	100 % flussi	100 % flussi	Regione Basilicata	Tutte le UU.OO. ASM

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
PREREQUISITO Tempistica Liste di attesa in classi di priorità	Riduzione liste di attesa	Implementazione attività per riduzione liste di attesa in classi di priorità	Reports aziendali sulle liste di attesa	Non presente nel 2013 come prerequisito	Non presente nel 2014 come prerequisito	Vedi relazioni I sem. 2015 (all. n. 6 e 7)				
PREREQUISITO Riduzione rispetto all'anno precedente del saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria	Riduzione ricoveri in mobilità sanitaria	Implementazione delle attività ai fini della riduzione della mobilità sanitaria x ricoveri	% di riduzione dati di mobilità 2012 vs 2015	Non presente nel 2013 come prerequisito	Non presente nel 2014 come prerequisito	Vedi relazioni I sem. 2015 (all. n. 6 e 7)				

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	Copertura Vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	Cicli vacc. completati al 31dic coorte di bambini che compiono 2 anni x 100	98,10 %	98%	> 95 %	> 95 %	> 95 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali
		Copertura Vaccinale antimeningococcica	Cicli vacc. completati al 31dic/ Numero bambini residenti < 24 mesi	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo non presente nel 2013	> 97%	> 97%	> 97%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	Copertura x vaccino MPR	Cicli vac.completati al 31 dic. X MPR /coorte di bambini che compiono 2 anni x 100	91,34	78 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali
		Copertura vaccinale antimeningococcica C	0% = inferiore al 95% 50% da 95 a 97% 100% maggiore di 97 %	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo non presente nel 2014	> 95%	> 95%	> 95%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata Dipartimento di Prevenzione Umana ASM	Dipartimento di Prevenzione Umana UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica di Matera e di Montalbano UU.OO. delle attività territoriali e distrettuali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione Primaria	Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)	N. cicli vaccinali completati nella coorte di riferimento/N. bambine di 12 anni	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo non presente nel 2014	> 97 %	> 97 %	>97 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.2. Attività di Prevenzione Secondaria	1.2.2 Adesione grezza dello screening mammografico	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico/ n. donne invitate allo screening x 100	56,00 %	56%	>80%		> 80%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana
		Estensione grezza dello screening mammografico	N. donne invitate allo screening / Donne 50 – 69 anni x 100	50, 00 %	50%	> 95%	> 95%	> 95%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.2. Attività di Prevenzione Secondaria	Adesione grezza dello screening mammografico	N. donne che hanno partecipato allo screening / n. donne invitate x 100	50,00 %	50%	> 80%	> 80%	>80 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di matera e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana
	1.3. Sicurezza negli ambienti di lavoro Riduzione degli incidenti sui luoghi di lavoro	Attività di controllo	n. imprese attive presenti sul territorio controllate/ n. di imprese attive presenti sul territorio x 100	11,46 %	3,23 % (si prevede di ragg. l'ob. entro la fine del 2014)	> 10 %		> 10 %	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata UU.OO. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM	Dipartimento di prevenzione Umana UU.OO. di Medicina e Sicurezza dei luoghi di lavoro ASM

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.4 Sanità Veterinaria	% campioni analizzati per la ricerca di prodotti fitosanitari	N. aziende ispezionate/ N. aziende presenti x 100	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo presente nel 2014	100%	100%	100%	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
	1.4 Sanità Veterinaria	% ovini e caprini morti testati per scrapie	N. capi morti per scrapie/ n. capi morti x 100	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo presente nel 2014	Ovini <= 80% Caprini <= 65%	Ovini <= 80% Caprini <= 65%	Ovini <= 80% Caprini <= 65%	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
		% campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	N. campioni eseguiti/ n. campioni assegnati x100	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo presente nel 2014	=> 98%	=> 98%	=> 98%	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.4 Sanità Veterinaria	Alimentazione dell’anagrafe degli stabilimenti registrati	N. aziende correttamente inserite sul sistema informativo di gestione delle imprese alimentare / n. aziende da inserire nel sistema informativo x 100	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo non presente nel 2014	> 90%	> 90%	> 90%	Banca dati regionale NSIS Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
		Allineamento del controllo ufficiale allo standard D.Lgs. 193/2007	Allineamento del controllo ufficiale allo standard D.Lgs. 193/2007	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo non presente nel 2014	100%	100 %	100 %	Banca dati regionale NSIS Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2) PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatezza organizzativa	Intervallo allarme target dei mezzi di soccorso (minuti)	Tempo medio di percorrenza	Obiettivo non presente nel 2013	Obiettivo non presente nel 2014	< 20 minuti	< 20 minuti	< 20 minuti	Centrale operativa 118	Centrale operativa 118
		(VGP) Riduzione DRG Medici ordinari da reparti chirurgici	n. dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100 n. dimessi da reparti chirurgici	32,35 %	30,75%	<21%	<21 %	<21 %	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO P.S. Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere
	2.1 Appropriatezza organizzativa	Incremento del setting assistenziale Day Surgery per DRG Lea chirurgici	n. ricoveri effettuati in D.S.x100 n. ricoveri effettuati in D.S. e ricov. ordinario	42,49 %	42,68%	>67%	>60 %	>60 %	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.1 Appropriatezza organizzativa	(VGP) 2.1.4 Riduzione Ricoveri DH medico con finalità diagnostiche	n. ricoveri in DH medico con finalità diagnostica x 100/ n. ricoveri in DH medico	32%	17,27%	<23%	<23%	<23%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere
		(VGP) 2.2.1 Riduzione giornate di degenza preoperatoria per frattura del femore (0-2 gg)	n. interventi per frattura femore con degenza preoperatoria <2 / n. interventi per frattura femore x 100	40,28 %	49,46%	>60%	>60%	>60%	SIS Flusso SDO	UU.OO Ortopedia Matera. – Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere
	2.2 Appropriatezza clinica	(VGP) 2.2.2 Riduzione parti con taglio cesareo primari	n. parti cesarei primari/ n. totale di parti con nessun pregresso parto cesareo x 100	28,42 %	30%	<23%	<23%	<23%	SIS Flusso SDO	UU.OO Ostetricia e ginecologia di Matera– Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative e Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale	Riduzione T.O. per scompenso in pop 50-74 anni	N. ricoveri x scompenso cardiaco in res. Fascia di età 50 – 74 anni Pop. Residente 50 – 74 anni x 100	312,93	Dati disponibili a fine 2014	<180	<180	<180	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
		Riduzione T.O. per diabete in pop 20-74 anni	N. ricoveri x diabete in res. Fascia di età 20 – 74 anni/ Pop. Residente 20 – 74 anni x 100	25,05	Dati disponibili a fine 2014	<20	<20	<20	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
		Riduzione T.O. per BPCO in pop 50-74 anni	N. ricoveri x BPCO in res. Fascia di età 50 – 74 anni/ Pop. Residente 50 – 74 anni x 100	69,73	Dati disponibili a fine 2014	<40	<40	<40	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E CLINICHE AZIENDALI	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale	Incremento Pazienti trattati in ADI >64 anni	N. ric. over 64 ricoverati in ADI Pop. Residente over 64 x 100	6 %	6%	>10%	>10 %	>10 %	SIS Flusso ADI	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali
		(VGP) Riduzione abbandoni di pz. in terapia con statine	N. utenti che consumano 1 o 2 conf. di statine all'anno/ N. utenti che consumano statine x 100	8,05 %	Dati disponibili a fine 2014	<8%	<8%	<8%	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
		(VGP) abbandono di pz. in terapia con antidepressivi	n. utenti che consumano 1 o 2 conf. di antidepressivi all'anno/n. utenti che consumano antidepressivi x100	20,00 %	Dati disponibili a fine 2014	<27%		<27 %	SIS Flusso Marno	DSM UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
	2.3 Efficacia Assistenziale territoriale	2.3.9 Riduzione consumo di farmaci Antibiotici	DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno x principio attivo _____ _____ N. residenti x 365x 1000	26,14 %	28,85	<20		<20	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	3.1 Controllo della spesa farmaceutica	Rispetto tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera	Spesa farmaceutica ospedaliera	Obiettivo non presente	Obiettivo non presente	<3,5%	<3,5 %	<3,5 %	Ufficio risorse finanziarie Dipartimento Salute	Distretti – Attività Territoriali di tutta la ASM Servizi Farmaceutici Territoriali Dipartimenti Ospedalieri Attività
		Rispetto tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	Spesa farmaceutica territoriale	Obiettivo non presente	Obiettivo non presente	<11,35 %	<11,35 %	<11,35 %		
		% utilizzo farmaci biosimilari	Totale UP farmaci biosimilari erogati / totale UP tutti farmaci	Obiettivo non presente	Obiettivo non presente	>15%	>15 %	>15 %		
		% Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	Totale UP farmaci AIFA/ totale UP tutti i farmaci	Obiettivo non presente	Obiettivo non presente	>90%	>90 %	>90 %		
	3.2. Razionalizzazione delle risorse economico Finanziarie	Investimenti ex art. 20	Investimenti ex art. 20	SI	SI	SI	SI	SI		Ufficio Provveditorato Economico Ufficio Tecnico

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo Flussi Informativi di interesse ministeriale e di interesse regionale Revisione Contabile	Invio flussi informativi in maniera completa e tempestiva di tipo A	N. dei flussi inviati in maniera tempestiva e completa	Si	Si	Si		SI	SIS Uffici Dipartimento Salute Regione Basilicata	UU.OO. ASM che inviando flussi U.O. SIS ASM
		Invio flussi informativi in maniera completa e tempestiva di tipo B	N. dei flussi inviati in maniera tempestiva e completa	Si	Si	Si		SI	SIS Uffici Dipartimento Salute Regione Basilicata	UU.OO. ASM che inviando flussi U.O. SIS ASM
	Revisione Contabile	Certificazione del Bilancio aziendale	Opinione positiva – positiva con limitazioni – impossibilità a certificare da parte dell'ente certificatore	Si	Opinione positiva o con limitazioni	Opinione positiva		Opinione positiva	Ufficio Risorse Finanziarie del Dipartimento salute Regione	U.O. Gestione Risorse Finanziarie

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Valutazione appropriatezza cartelle Cliniche	Controllo cartelle Cliniche e dinvio relazione	N. cartelle cliniche controllate/ N. totale Cartelle Cliniche di dimissione dell'anno in corso secondo quanto previsto dal D.M. salute del 10 dicembre 2009	Controllate il 16% del totale (P.O. Matera)	≥10% Cartelle Cliniche Inviata relazione aziendale sul controllo effettuato entro il 15 maggio 2014	Invio relazione entro i termini previsti	Invi o relazion e entro i termini previsti	Invi o relazion e entro i termini previsti	Osservatorio Epidemiologico regionale della Basilicata (OER_B)	Direzioni Sanitarie P.O. Matera e P.O. Policoro
	Risk management	Recepimento formale di tutte le indicazioni ex DGR 217/2015	Recepimento formale di tutte le indicazioni ex DGR 217/2015	Sì	Si	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione e del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico
	Risk management	Relazione di attuazione delle attività di Risk management	Invio relazione di attuazione del Piano per il Risk management entro il 28 febbraio anno successivo alla redazione del Piano stesso	Sì	Si	Invio relazione entro 28/02	Invi o relazion e entro 28/02	Invi o relazion e entro 28/02		
	Risk management	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	Invio piano entro 30/06	Sì	Si	Si	Si	Si		
	Autorizzazione strutture	Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche	Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche	Obiettivo non presente	Obiettivo non presente	Si	Si	Si	Ufficio Pianificazione e del dipartimento salute	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	RISULTATI 2013	Risultato 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Valutazione strategie per il controllo del dolore	(VGP) Aumento del consumo di farmaci oppioidi per il controllo del dolore	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno x principio attivo / N. residenti x principio attivo X 1000	0,51 %	>1	>2	>2	>2	SIS Flusso MARNO	Medicina di base Hospice UU.OO: ospedaliere e territoriali che seguono i malati terminali
5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT	Soddisfazione degli utenti	Produzione ed invio in Regione relazione sulla customer satisfaction	Invio della relazione sulla customer entro 28 febbraio anno successivo	Sì	Obiettivo non assegnato nel 2014	Invio relazione entro 28/02	Invio relazione entro 28/02	Invio relazione entro 28/02	Ufficio Pianificazione e del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale UU.OO Aziendali
		Bilancio Sociale	Redazione ed invio Bilancio SOCIALE entro il 28 febbraio anno successivo	Sì	Sì Obiettivo non assegnato nel 2014	Invio piano 28/02	Invio piano 28/02	Invio piano 28/02	Ufficio Pianificazione e del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale U.O. Qualità UU.OO Aziendali

Legenda: (VGP) = Obiettivi che contribuiscono a misurare la VGP (Valutazione Globale Performance)

7.4 Il Monitoraggio del Piano ed azioni di miglioramento

Il monitoraggio e l'*audit* sulla corretta impostazione metodologica del Piano è svolto dall'OIV, con il supporto della Struttura tecnica permanente e la collaborazione della Direzione Strategica aziendale, della dirigenza e del personale.

Il monitoraggio e l'audit esterno del Piano spetta invece alla ANAC, che provvede periodicamente ad emanare linee guida specifiche e a pubblicare i risultati dei monitoraggi eseguiti.

Nello specifico, le attività di monitoraggio e audit interno del Piano sono rimesse ai seguenti soggetti:

a) Organismo Indipendente di Valutazione:

- Verifica la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla ANAC, attraverso audit interno.
- monitora il funzionamento complessivo dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla ANAC.

b) Struttura Tecnica Permanente:

- coadiuva l'OIV nello svolgimento delle attività sopra descritte

c) Personale, dirigenziale e non:

- interviene in tutta la fase del processo di pianificazione e controllo, segnalando all'OIV eventuali criticità rilevanti

L'aggiornamento del Piano andrà effettuato su base annuale o al verificarsi di novità normative che richiedono modifiche imprescindibile al documento.

Le azioni di miglioramento sono previste e argomentate all'interno di ogni singola area trattata nel Piano.