

PIANO DELLA PERFORMANCE DELL' AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA TRIENNIO 2017-2019



Deliberazione n.

N.	INDICE	PAGINA
	OVERVIEW	2
	PRIMA PARTE	4
1	PREMESSA	5
2	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEOLDERS ESTERNI <i>2.1. Chi siamo sede legale e patrimonio</i>	7
3	IDENTITA' 3.1. <i>Gli organi</i> 3.2. <i>La Direzione strategica Aziendale</i> 3.3. <i>Gli Organismi</i> 3.4. <i>Il Collegio di direzione dell'azienda</i> 3.5. <i>Il Consiglio dei sanitari</i> 3.6. <i>La conferenza dei Sindaci</i>	10 3.8. <i>I Comitati consultivi Misti</i> 3.9. <i>L'Organismo Indipendente di Valutazione</i> 3.7. <i>Il Comitato Etico</i> 3.10. <i>Le relazioni sindacali</i> 3.11. <i>L'articolazione organizzativa</i> 2.12. <i>L'assetto strutturale di base</i>
4	L'ASSETTO STRUTTURALE DELL'ASSISTENZA 4.1. <i>L'assetto strutturale dell'assistenza ospedaliera</i> 4.2. <i>L'assetto strutturale dell'assistenza territoriale</i> 4.3. <i>L'atto aziendale</i> 4.4. <i>L'articolazione organizzativa dipartimentale</i> 4.5. <i>Le risorse umane</i> 4.6. <i>Analisi delle risorse tecnologiche</i>	12
	SECONDA PARTE	23
5	ANALISI DEL CONTESTO 5.1. <i>Analisi del contesto esterno</i> 5.2. <i>Popolazione e territorio</i> 5.3. <i>La struttura demografica</i> 5.4. <i>Lo stato di salute della popolazione</i>	24
	TERZA PARTE	41
6	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE 6.1. <i>Il sistema di misurazione e valutazione della Performance</i> 6.2. <i>Gli obiettivi strategici - La Valutazione Globale della Performance (VPG)</i> 6.3. <i>L'Albero della Performance</i> 6.4. <i>Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi e gestionali</i> 6.5. <i>Obiettivi operativi e gestionali</i>	42
7	COERENZA ED INTEGRAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE CON LE PRINCIPALI ATTIVITA' E FUNZIONI AZIENDALI 7.1. <i>Coerenza con la programmazione economico – finanziaria e di bilancio</i> 7.2. <i>Coerenza con il Piano Aziendale Anticorruzione</i> 7.3. <i>Coerenza con Il Piano Aziendale della Trasparenza</i> 7.4. <i>Coerenza con il Manuale delle Procedure</i>	69
8	IL PROCESSO SEGUITO 8.1 <i>Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.</i>	78
9	LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL PIANO 9.1. <i>Qualità ed accreditamento</i> 9.2. <i>La valutazione della qualità percepita – Customer Satisfaction</i> 9.3. <i>La dematerializzazione</i> 9.4. <i>Apertura di nuovi servizi offerti al cittadino</i> 9.5. <i>Implementazione e monitoraggio delle attività di valutazione</i> 9.6. <i>Efficientamento gestionale</i>	79
10	MONITORAGGIO DEL PIANO	84

OVERVIEW

Il PIANO DELLA PERFORMANCE,(ex articolo 10, del D.Lgs n 150/2009) è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno, in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico - finanziaria ;

Il Piano individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati a ciascuna struttura e al personale dirigenziale.

Il presente Piano della Performance 2017 – 2019 è stato redatto in conformità al suddetto Decreto n. 150/2009 e nel rispetto di quanto riportato nelle delibere CIVIT (oggi ANAC) n. 112/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance”; n. 6/2013 “Linee Guida relative al ciclo di gestione della Performance per l'anno 2013”; n. 89/2010 e n. 104/2010.

PUNTI SALIENTI DEL PIANO DELLA PERFORMANCE 2017 -2019

Nella prima parte del Piano della Performance viene descritto il “chi siamo” attraverso la rappresentazione dell’articolazione dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM – l’assetto organizzativo e l’organigramma aziendale.

Nella seconda parte viene descritto il contesto interno ed esterno nel quale si trova ad operare l’Azienda, facendo riferimento soprattutto all’offerta dei servizi e ai livelli essenziali assicurati alla popolazione di riferimento.

Nella sezione dedicata al contesto interno, oltre che la fotografia delle risorse umane presenti nella ASM, sono illustrate le attività e i servizi sanitari erogati, quali:

- l’assetto strutturale dell’assistenza ospedaliera;
- l’assetto strutturale dell’assistenza territoriale;
- L’atto aziendale
- l’articolazione organizzativa dipartimentale;
- le risorse tecnologiche in dotazione;
- le risorse finanziarie;
- l’analisi del contesto utilizzando la matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats),

Nella seconda parte, dedicata al contesto esterno, viene analizzato il territorio di competenza aziendale, cioè tutta la provincia di Matera, sia dal punto demografico, (struttura dinamica della popolazione), che epidemiologico, con una attenta analisi dello stato di salute della popolazione, (tassi di morbilità e di mortalità, infortuni sul lavoro, tipologia delle esenzioni, speranza di vita), al fine di operare una corretta comprensione del rapporto fra la domanda e l’offerta dei servizi sanitari e dei flussi di mobilità attiva e passiva all’interno della nostra regione e fuori dalla Basilicata.

La terza parte descrive il ciclo di gestione della performance, con la rappresentazione dell’Albero della Performance, e la trattazione degli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato della Direzione.

In questa sezione, particolare attenzione è stata dedicata alla coerenza del Piano della Performance con:

- la Programmazione economico – finanziaria;
- il Piano della Trasparenza;
- il Piano di prevenzione della Corruzione;
- le azioni di miglioramento

Gli obiettivi di salute e di programmazione economico – finanziaria, di cui alla DGR 364/2016, sono stati inseriti nel Documento di Direttive ASM anno 2017, (delibera az. n.1845/ 2016, all. n. 1), sono stati declinati con il budget operativo aziendale dell’anno 2016 (delibera az. n.506 all. n.2), e saranno assegnati, anche per l’anno 2017 a tutte le strutture aziendali con apposita delibera nel prossimo mese.

Si precisa che, gli obiettivi riportati nel presente documento, saranno opportunamente rivisti e/o integrati, allorquando, la Regione Basilicata trasmetterà l’aggiornamento e /o i nuovi obiettivi di salute e di programmazione economico – finanziaria per l’anno 2017, declinandoli nei documenti di budget dei Dipartimenti e delle UU.OO. aziendali per l’anno in corso.

PRIMA PARTE

1. PREMESSA

L’Azienda sanitaria di Matera, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente (D. Lgs n. 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 programmativa 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 e la 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:

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

-
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
 - g) 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 di Prevenzione della Corruzione
- 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*.

Sulla base dei criteri sopra descritti sono stati individuati gli obiettivi da perseguire nel triennio di riferimento, tenendo conto di quanto stabilito dalle direttive regionali, giusta DGR 364/2016 e delle linee di sviluppo strategiche aziendali, (Documento di Direttive ASM anno 2017 delib, az. n. 1485 del 30.12.2016 all. 2)

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.

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

2. 1 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.

2.2 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 . 5 di Montalbano Jonico.

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

- a. L’albo dell’Azienda per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nel sito dove è fissata la sede legale.
- b. 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:





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

a. La Direzione Strategica è composta da:

- Direttore Generale;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore Sanitario.

3.3 Gli organismi collegiali

a. 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

3.3.4 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.

3.3.5 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.

3.3.6 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.

3.3.7 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.

3.3.8 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.

3.3.9. 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..

3.10 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.

3.11 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.

3.12. 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 sovrapponibilità 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.

4. L'assetto strutturale dell'assistenza

4.1. L'assetto strutturale dell'assistenza ospedaliera

La ASM ha ereditato dalle 2 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 Tinchi.

Gli anni 2015 e 2016 sono stati caratterizzati dal consolidamento del processo riorganizzativo nella direzione ed in conformità agli indirizzi definiti nella pianificazione strategica regionale, ai sensi e per gli effetti del Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015, approvato con deliberazione n. 317 /2012, integrato successivamente con le DGR n. 179 e 1479 del 2016 del Consiglio Regionale della Basilicata.

Inoltre, il Disegno di Legge di Riordino del Servizio sanitario regionale della Basilicata, prevede che i due ospedali per acuti , quello di Matera e quello di Policoro, siano unificati in un'unica articolazione ospedaliera per acuti.

Tale 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 2 presidi per acuti (da unificare in un'unica articolazione ospedaliera, secondo quanto previsto dalla Legge reg. di riordino sopra menzionata), e da 3 ospedali distrettuali 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 Distrettuali di:
 - o Stigliano deputato alla lungodegenza e sede di Hospice
 - o Tinchi deputato alla riabilitazione e poliambulatorio multispecialistico, oltre che centro dialisi
 - o 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 31/12/2016, i posti letto complessivi degli Ospedali della ASM ammontano a 603, di cui 524 ordinari e 79 DH/DS, / determinazione dirigenziale N. 3099 DEL 25/11/2016), distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella

Tabella n.1 – Posti letto direttamente gestiti

OSPEDALE	ORDINARI	DH/DS	TOTALI
P.L. OSPEDALI ACUTI			
Presidio Ospedaliero Matera	302	62	364
Presidio Ospedaliero Policoro	99	17	116
TOTALE P.L. ACUTI	401	79	480
P.L. POST ACUTI			
Ospedale Distrettuale Tricarico	99		99
Ospedale Distrettuale Stigliano	24		24
TOTALE P.L. POST ACUTI	123		123
TOTALE COMPLESSIVO	524	79	603

4.2. 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 Provati Accreditati che erogano prestazioni di fisioterapia
- 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.

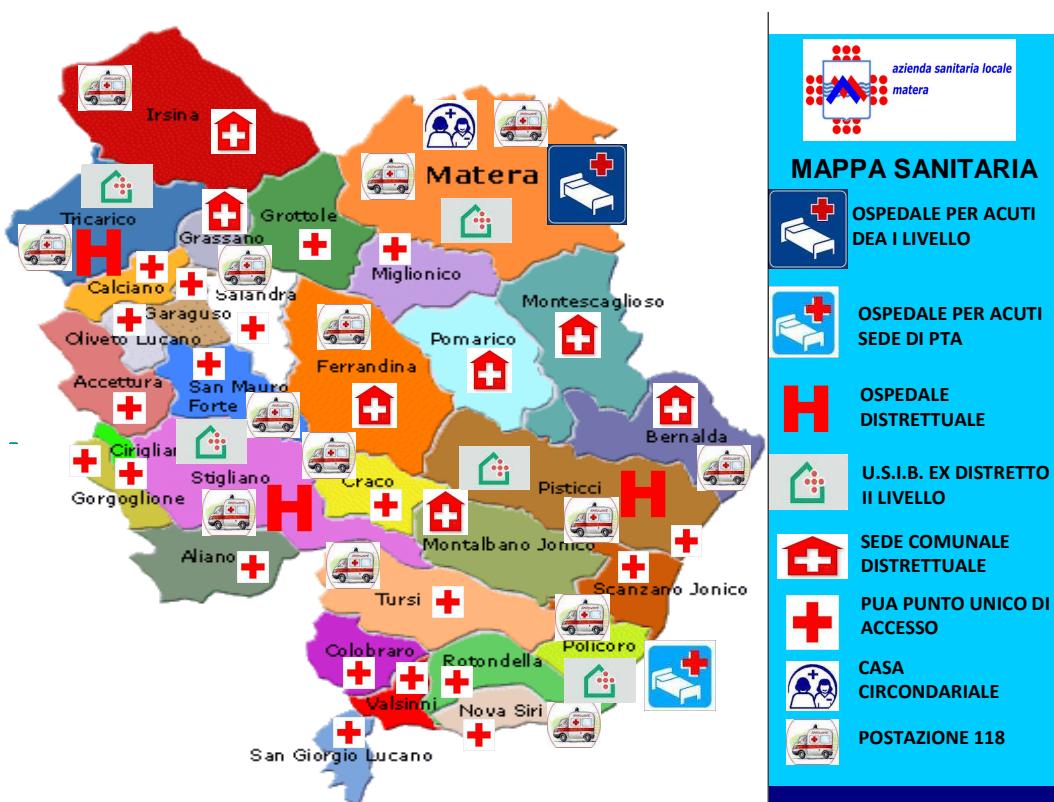
Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana comprende le UU.OO. o Servizi, di seguito indicati:

- 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.



4.3 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.

4.4 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, persegono 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 si anella fase transitoria sia nella fase a regime.

I dipartimenti sono:

1. aziendali
2. 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
- il Dipartimento delle attività amministrative

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

L’U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile e l’U.O.S.D. di Neuropsichiatria Infantile Territoriale, confluiscano, sotto il profilo funzionale all’interno del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria Infantile, ai sensi della D.G.R. n. 521/2013.

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

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

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.

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.

L’U.O.S. Reumatologia confluiscce, 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.

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.

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

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 relativa alla funzione ospedaliera prevede le seguenti Strutture:

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:

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.

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.

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 e della Direzione Sanitaria** sono riportate sul sito aziendale

4.5 Le risorse umane

4.4.1 Analisi quali - quantitativa delle risorse umane

Le risorse umane, assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della missione 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 31.12.2016.

PERSONALE ASM	ORGANICO AL 31/12/2016	Di cui in aspettativa	Presenza media annua (giorni)
TEMPO INDETERMINATO	2.2193		
Dirigenti Ruolo Medico	431	3	424,4
Dirigenti Ruolo Sanitario non Medici	51		51,04
Dirigenti Ruolo Tecnico	9		8,92
Dirigenti Ruolo Professionale	4		3,17
Dirigenti Ruolo Amministrativo	6	2	4,75
Personale Comparto Ruolo Sanitario	1.112	1	1085,07
Personale Comparto Ruolo Tecnico	382	1	377,95
Personale Comparto Ruolo Professionale	1		1,00
Comparto Ruolo Amministrativo	198	1	198,44
TOTALE	2193	8	2154,38
TEMPO DETERMINATO	ORGANICO AL 31/12/2016	Di cui in aspettativa	Presenza media annua (giorni)
Dirigenti Medici	18		20,98
Dirigenti Ruolo Sanitario non Medici	2		0,75
Dirigenti Ruolo Tecnico			
Dirigenti Ruolo Professionale			
Dirigenti Ruolo Amministrativo	1		1,00
Personale Comparto Ruolo Sanitario	37		45,14
Comparto Ruolo Tecnico	68		65,85
Comparto Ruolo Professionale			
Comparto Ruolo Amministrativo			
TOTALE	126	0	133,71
TOTALE GENERALE	2319	8	2288,0

Fonte: Ufficio del personale ASM.

La tabella seguente illustra, invece, dati relativi alla distribuzione del reddito e demografica.

Stipendio medio totale dipendenti	2.934,27
stipendio medio dirigenti donna	5.773,03
Stipendio medio- non dirigenti-donna	2.113,95
% personale assunto a tempo indeterminato	94,55%
% di donne/totale dipendenti	56,70%
% di dirigenti donne	37,42%
Età media dirigenti donna	50,70
Età media non dirigenti donna	49,23

Fonte: Ufficio del personale ASM, dicembre 2016.

4.6 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

1. **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 cardio risonanza disponibile presso il P.O. di Matera. Si aggiunge una risonanza articolare installata presso il P.O di Tricarico;;
2. **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 colonoscopia virtuale, di cardio TAC a bassa dose, di studi delle perfusioni cerebrali, dei noduli e delle lesioni polmonari, oltre che della funzionalità vascolare. Inoltre sono state installate n. 1 TAC per il P.O. di Matera, da 32 slice;
3. **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;
4. **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 radio farmaci iniettati nel paziente a scopo diagnostico o terapeutico.
5. **Angiografo**: n. 3 sistemi, 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);
6. **Mineralometria ossea computerizzata (MOC)**: n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Tinchi. 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;

7. **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 Tinchi. 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;
8. **Ecografi alta fascia:** nel corso dell'ultimo biennio il parco ecografico aziendale è stato quasi completamente rinnovato. 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.
9. **Ortopantomografo:** n. 2 sistemi, ubicati presso le UU.OO. di Radiologia del P.O. di Matera e del P.O. di Tinchi. 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;
10. **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-vesicali, 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

1. **Laboratori centrali** (chimica clinica, immunochimica, microbiologia, biologia molecolare, batteriologia, emocromocitometria, emocoagulazione, urine), attualmente ubicati presso i PP.OO. di Matera, Policoro, Stigliano, Tinchi, 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;

-
2. **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;
 3. **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-fostrato-deidrogenasi (conosciuto come favismo). Tutti gli esami sono accompagnati da una consulenza pre e post test;
 4. **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. È 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

1. **Sistema endoscopia digestiva:** n. 5 sistemi completi di endoscopia (gastroscopia, colonoscopia), ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, Policoro, Tinchi, Tricarico ed in Sala Operatoria del P.O. di Matera, con disponibilità di strumentazione interventistica e non solo diagnostica e di ecoendoscopia;
2. **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);
3. **Colonoscopia 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 analgesedazione o rischi di infezione da contaminazione crociata.
4. **Breath test:** n. 4 sistemi ubicati nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva del P.O. di Matera, di Policoro, di Tinchi, 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. È in fase di attivazione il quinto sistema presso l'U.O. di Medicina del P.O. di Matera;
5. **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;
6. **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.

4.7 LE RISORSE FINANZIARIE

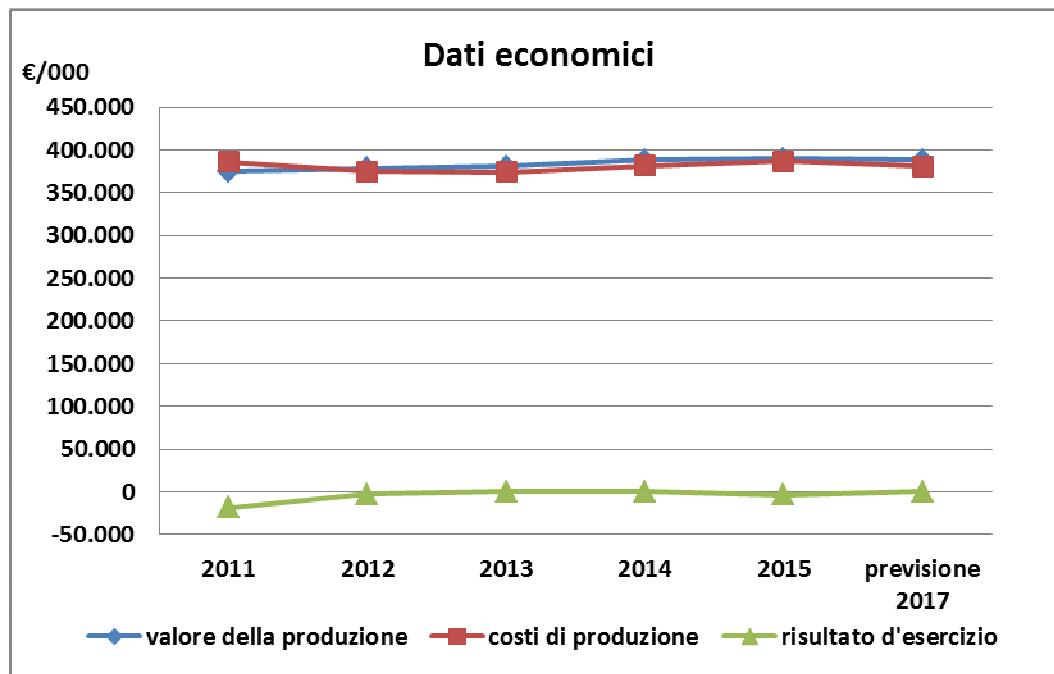
Le risorse finanziarie ed economiche di cui l’Azienda dispone per l’espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria “missione” appaiono fondamentali, com’è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all’Utenza, sia per garantire la promozione 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 2017 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 2011 – 2015, con le previsioni per il 2017.

	2011	2012	2013	2014	2015	previsione 2017	Δ % pr 16 - 14
valore della produzione	375.148	378.796	380.752	388.135	390.022	388.693	-0,3%
costi di produzione	386.070	375.327	374.243	381.970	387.295	380.948	-1,6%
risultato d'esercizio	-18.696	-2.708	116	276	-3.346	0	-100,0%



I dati sopra riportati evidenziano in maniera inequivocabile gli effetti dell’azione di risanamento portata avanti dall’ASM nell’ultimo quinquennio, che ha portato, a partire dal 2013, al raggiungimento dell’equilibrio economico; a tal proposito si fa presente che sotto il profilo sostanziale anche il 2015 si chiude con un utile d’esercizio; infatti, il risultato contabile relativo all’esercizio 2015, pari a -3,346 milioni di euro, assume natura meramente fittizia, essendo stato determinato esclusivamente dai maggiori costi sostenuti dall’Azienda per i farmaci innovativi, con specifico riferimento a quelli per la cura dell’Epatite C, successivamente rimborsati dalla Regione Basilicata e contabilmente rilevati alla voce PAA200 A.V.3 “Altro” (sottovoce del PAA170 “Contributi per ripiano perdite”) del modello SP Ministeriale. La rilevazione di tale rimborso tra i ricavi di d’esercizio, come in un primo momento indicato dalla Regione Basilicata, avrebbe determinato la chiusura del bilancio 2015 **dell’ASM con l’evidenziazione di un utile pari a 154 euro.**

SECONDA PARTE

5. 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)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
OPPORTUNITÀ (O)	MINACCE (T)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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”)

5.1. Analisi del contesto esterno

5.2 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 propaggini 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'Avampaese 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 provincie 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 provincie 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 sproporzionali 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 200.597 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 3.449, circa il 34% del territorio regionale (pari a 10.073 Kmq), con una densità media di 58,2 abitanti per kmq, leggermente superiore al valore medio regionale (57).

Al fine di consentire un raffronto omogeneo con la realtà territoriale dell'altra Azienda Sanitaria Provinciale della Regione Basilicata, si riportano, nella seguente Tabella n. 1, i dati relativi alla popolazione al 31/12/2015, alla superficie e alla densità degli abitanti per kmq, distinti per singola ASL.

Tabella n. 2 – Raffronto con le altre Aziende Sanitarie Regionali

AZIENDA SANITARIA	Popolazione al 31.12.2015	%	Superficie Kmq	%	Densità Ab/kmq
ASP POTENZA	373.097	65%	6.594,44	66%	56,6
ASM MATERA	200.597	35%	3.478,89	34%	58,2
REGIONE BASILICATA	573.694	100%	10.073,33	100%	57,0

Dai dati sopra riportati si evince come la popolazione dell'ASM di Matera è poco più di un terzo di quella regionale, con una densità di abitanti per kmq di poco superiore a quella media regionale.

La successiva Tabella n. 3, 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 31/12/2015, e la densità per kmq .

Tabella n. 3 – Territorio aziendale

COMUNI	POPOLAZIONE	POPOLAZIONE	DIFFERENZA	Superficie km ²	Densità ab./km ²	Altitudine m s.l.m.
	abitanti al 31.12.2015	abitanti al 31.12.2014	2015 vs 2014			
MATERA	60.436	60.524	-88	392,09	154,1	401
Pisticci	17.768	17.849	-81	233,67	76,0	364
Policoro	17.313	17.196	117	67,66	255,9	25
Bernalda	12.453	12.505	-52	126,19	98,7	126
Montescaglioso	9.942	10.021	-79	175,79	56,6	352
Ferrandina	8.853	8.860	-7	218,11	40,6	497
Scanzano Jonico	7.564	7.521	43	72,18	104,8	21
Montalbano Jonico	7.357	7.370	-13	136,00	54,1	288
Nova Siri	6.775	6.729	46	52,75	128,4	355
Tricarico	5.388	5.451	-63	178,16	30,2	698
Grassano	5.189	5.273	-84	41,63	124,6	576
Tursi	5.037	5.074	-37	159,93	31,5	210
Irsina	4.960	4.988	-28	263,47	18,8	548
Stigliano	4.361	4.446	-85	211,15	20,7	909
Pomarico	4.145	4.172	-27	129,67	32,0	454
Salandra	2.829	2.851	-22	77,44	36,5	552
Rotondella	2.657	2.674	-17	76,72	34,6	576
Miglionico	2.510	2.525	-15	88,84	28,3	461
Grottola	2.208	2.228	-20	117,15	18,8	482
Accettura	1.856	1.877	-21	90,37	20,5	770
San Mauro Forte	1.552	1.583	-31	87,06	17,8	540
Valsinni	1.544	1.581	-37	32,22	47,9	250
Colobraro	1.266	1.286	-20	66,61	19,0	630
San Giorgio Lucano	1.217	1.237	-20	39,26	31,0	416
Garaguso	1.073	1.086	-13	38,61	27,8	492
Aliano	1.008	1.029	-21	98,41	10,2	555
Gorgoglione	989	1.006	-17	34,93	28,3	800
Calciano	777	778	-1	49,69	15,6	420
Craco	745	747	-2	77,04	9,7	391
Oliveto Lucano	450	458	-8	31,19	14,4	546
Cirigliano	375	380	-5	14,90	25,2	656
TOTALE	200.597	201.305	-708	3.478,89	57,7	

Policoro è il comune più densamente popolato con 255,9 abitanti/kmq) della provincia di Matera ed il secondo di tutta la Basilicata, dopo Potenza.

Matera, con 392,09 kmq, è il comune con estensione maggiore del territorio regionale.

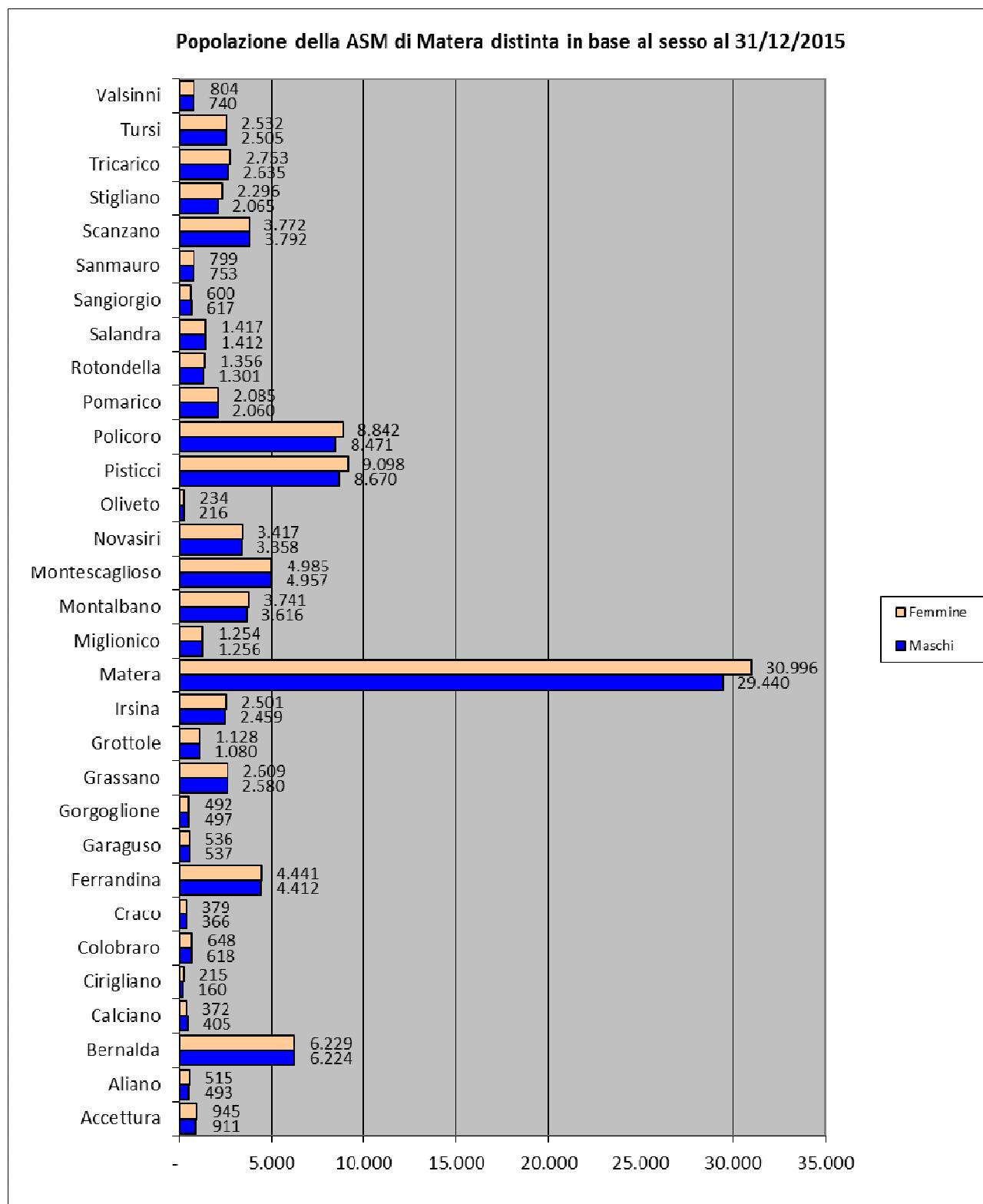
Cirigliano è il comune più piccolo per dimensione (14,90 kmq) della provincia di Matera ed il terzo in Regione Basilicata, preceduto da Campomaggiore e Ginestra.

Nel complesso la popolazione della Provincia di Matera al 31/12/2015 fa registrare un decremento di -708 unità, pari al -0,4%, rispetto all'anno precedente, derivante dalla somma tra il saldo naturale negativo (nati – morti), pari a -627, ed il saldo migratorio (iscritti – cancellati), anch'esso negativo, pari a -81.

5.3 LA STRUTTURA DEMOGRAFICA

La popolazione totale del territorio di competenza dell'ASM di Matera, al 31/12/2015, risulta di 200.597 abitanti (708 persone in meno rispetto al 01/01/2015, pari al -0,4%).

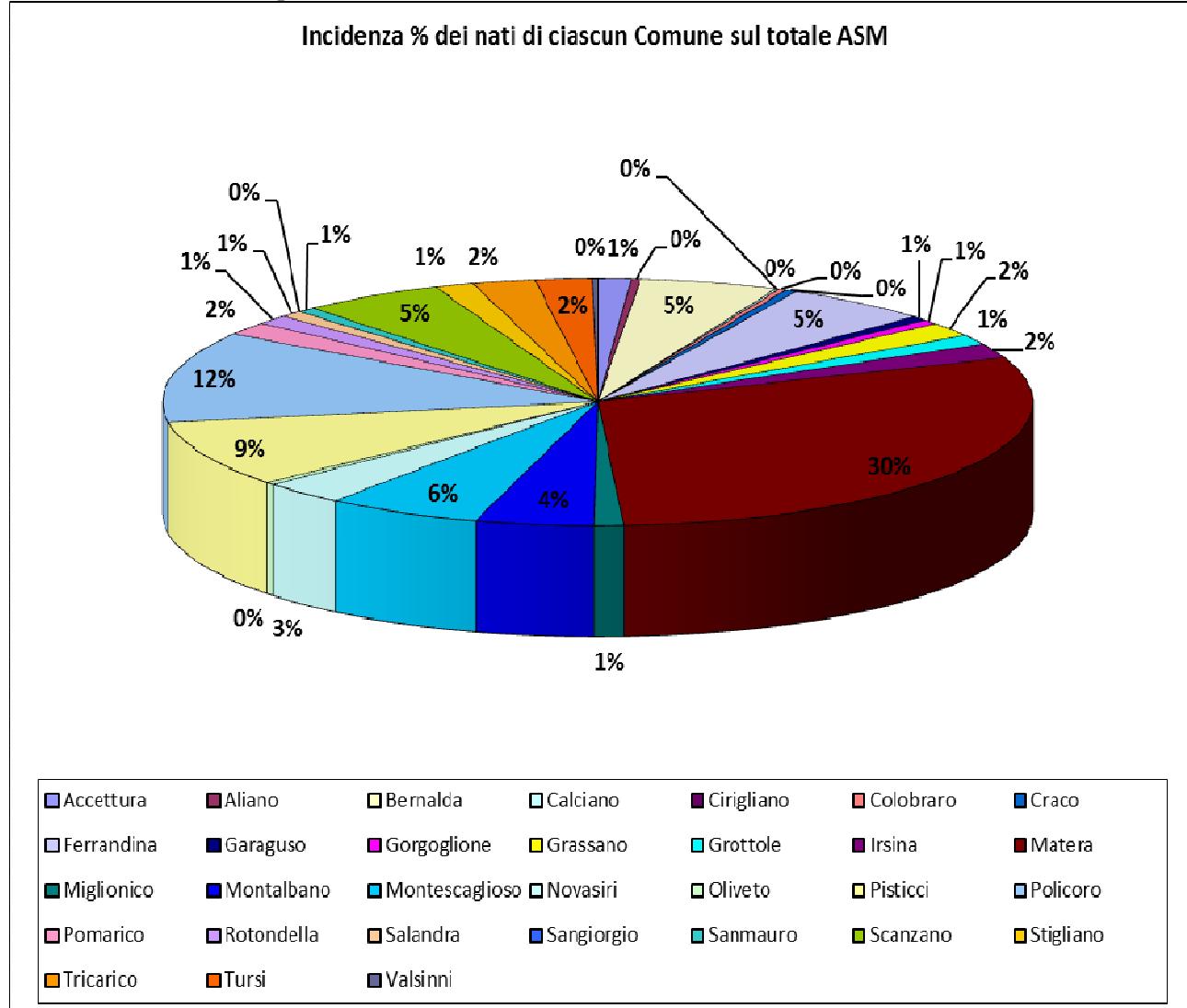
Nello specifico, nel grafico n. 1 si evidenzia, in percentuale, la composizione della popolazione rispetto al sesso. Si riportano i dati demografici della popolazione riferiti all'anno 2015 in quanto i dati 2016 non sono ancora disponibili.



L'analisi grafica evidenzia come, mentre nei comuni di Scanzano, Calciano, San Giorgio, Gorgoglione, Garaguso e Miglionico, vi è una lieve prevalenza del sesso maschile rispetto a quello femminile, in tutti gli altri Comuni della Provincia di Matera si registra una lieve prevalenza del sesso femminile su quello maschile.

Nella maggior parte dei comuni il rapporto è di 51% donne a fronte del 49% di uomini

Grafico n. 1 – Incidenza percentuale dei nati di ciascun Comune sul totale dei nati della ASM – Anno 2015



Nel 2015 il numero complessivo dei nati nella provincia di Matera è stato pari a 1.462 1511 unità, con una riduzione di 49 neonati, pari al -3,2% 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 436 nati che rappresentano il 30% delle nascite avvenute in tutta la Provincia; seguono, nell'ordine:

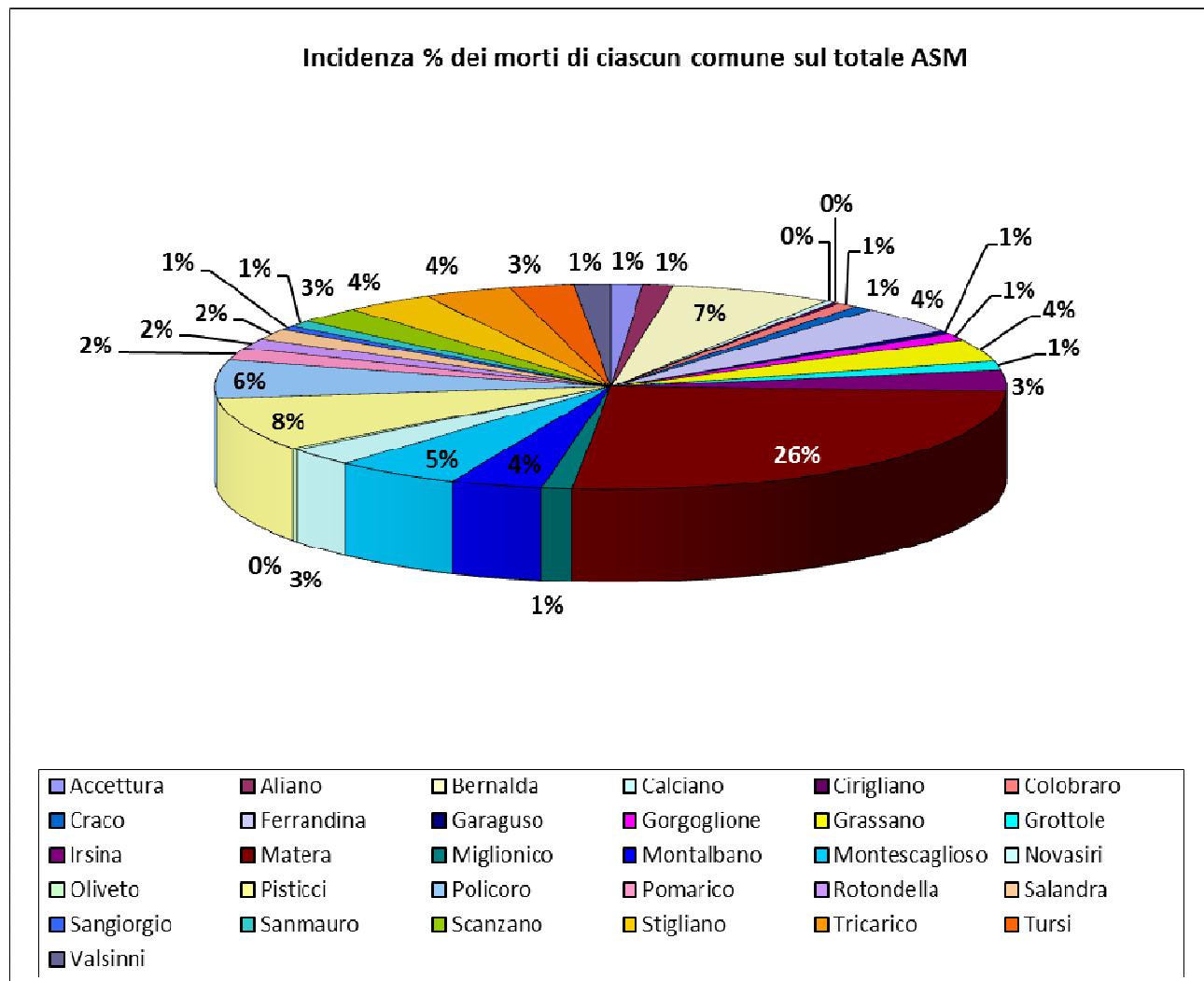
- Policoro con 174 nati pari al 12% del totale,
 - Pisticci con 126 nati pari al 9% del totale del totale,
 - Montescaglioso con 84 nati pari al 6% del totale del totale,
 - Ferrandina con 79 nati pari al 5% del totale del totale,
 - Scanzano con 77 nati pari al 5% del totale,
 - Bernalda con 75 nascite pari al 5% del totale.

I nati nei 7 comuni su menzionati rappresentano oltre il 70% delle nascite avvenute nella provincia di Matera nell'anno 2015. Nei Comuni di Cirigliano e San Giorgio non si è registrata nessuna nascita.

Nei comuni di Aliano, Calciano, Colobraro, Craco, Garaguso, Gorgolione, Oliveto, San Mauro e Valsinni, non si è superato le 10 nascite.

Nella maggior parte dei comuni della provincia di Matera nel 2015 si è registrato una riduzione del numero delle nascite rispetto al 2014. Il Comune in cui si è registrato l'incremento più elevato di nati rispetto all'anno precedente è stato Policoro con 20 nascite in più.

Grafico n. 2 – Incidenza percentuale dei morti di ciascun Comune sul totale dei morti della ASM – Anno 2015



Nel 2015 il numero complessivo dei deceduti nella provincia di Matera è stato pari a 1968 unità, con un incremento di 121 unità, pari al +6% rispetto all'anno precedente.

Grafico n. 3 – Piramide della popolazione della ASM per classi di età e sesso al 31/12/2015

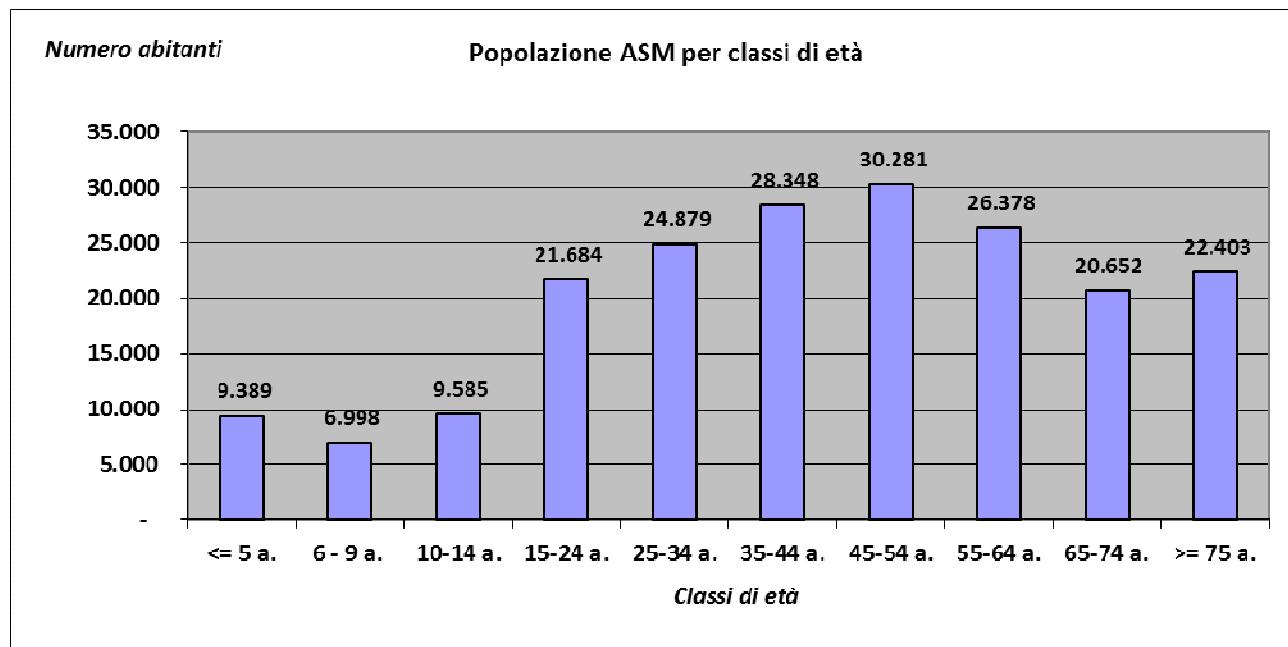
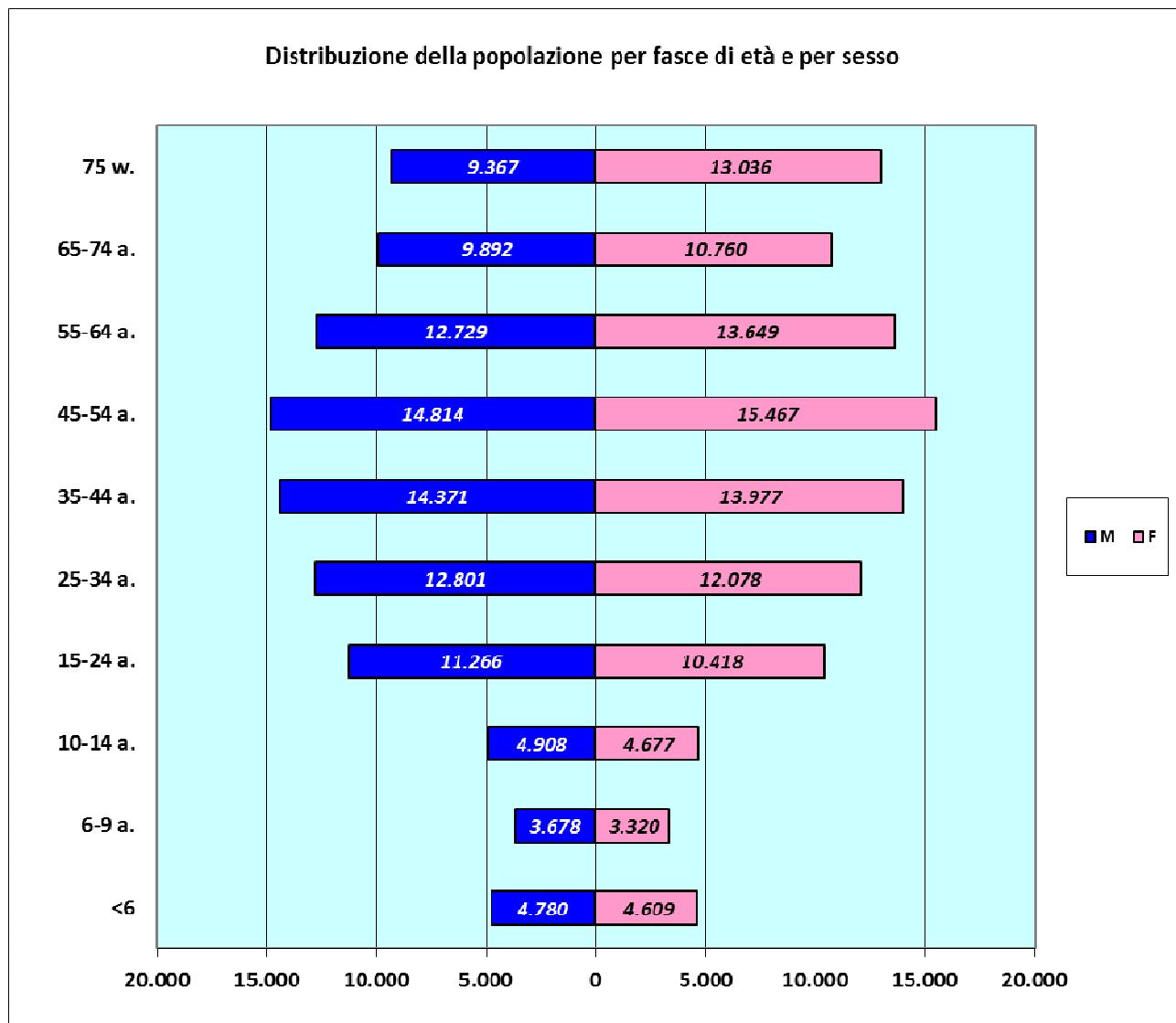


Grafico n. 4 – Piramide della popolazione della ASM per classi di età e sesso al 31/12/2015



5.4 LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Per valutare lo stato di salute della popolazione della ASM di Matera, in assenza di dati ed indicatori specifici, si è fatto ricorso all’analisi di tre fenomeni, diversamente rilevati ed analizzati: la mortalità, la morbosità, gli infortuni sul lavoro e la speranza di vita. Prima di passare all’analisi dei fenomeni suddetti è doveroso precisare che mentre i dati della mortalità sono sufficientemente esaustivi, in quanto rilevati nella loro totalità sulla base delle notifiche certificate, quelli relativi alla morbosità e agli infortuni sul lavoro sono meramente indicativi poiché si riferiscono solo ad una parte, quella notificata, del fenomeno complessivamente considerato.

5.4.1 MORTALITÀ GENERALE PER CAUSE

In tale sezione si riporta l’analisi della mortalità per causa di morte per l’anno 2015, così come condotta sulla scorta dei dati acquisiti dal Registro Aziendale delle cause di morte, nel quale sono ricompresi tutti i decessi accertati tra i residenti aziendali, il cui ammontare complessivo risulta, come detto, lievemente inferiore al numero totale dei morti rilevati ufficialmente dall’Istat, comprensivi questi ultimi anche dei decessi avvenuti fuori del territorio provinciale ed in particolare fuori Regione: tale scarto, che per l’anno 2015 è stato pari al 5%, ha un valore abbastanza contenuto e, comunque, tale da non far ritenere che possa risultarne inficiata la significatività delle elaborazioni rappresentate.

Successivamente sono presi in considerazione 4 indicatori di mortalità: **mortalità infantile, mortalità per tumori, mortalità per malattie circolatorie e per suicidi**. Ciò premesso, dall’analisi dei dati rilevati nel registro aziendale delle cause di morte, risulta che complessivamente dal 2014 al 2015 sul territorio di competenza della ASM di Matera vi è stato un lieve incremento dei decessi in termini assoluti pari a 138 unità, circa il 7% in più: si rimanda al paragrafo precedente la valutazione comparativa del tasso di mortalità per ciascun Comune del comprensorio.

Le principali cause di morte nel territorio della ASL di Matera nel 2015 sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (45%) e dai tumori (23%), che da sole costituiscono il 68% del totale delle patologie che hanno causato i decessi, seguono le malattie dell’apparato respiratorio (8%), le malattie endocrine (5%) e quelle dell’apparato digerente (4%) e via via tutte le altre.

Nello specifico la prima causa di morte, vale a dire le malattie del sistema circolatorio, ha fatto registrare un incremento rispetto all’anno precedente del +12%. La causa di morte per tumori, invece, nel 2015 ha evidenziato un andamento sostanzialmente stabile rispetto all’anno precedente.

Con riferimento alla distribuzione in base al sesso, si può notare come a livello complessivo nel 2015 l’incidenza dei decessi ha riguardato per il 50,2% le donne e per il 49,8% gli uomini, invertendo il trend dell’anno precedente.

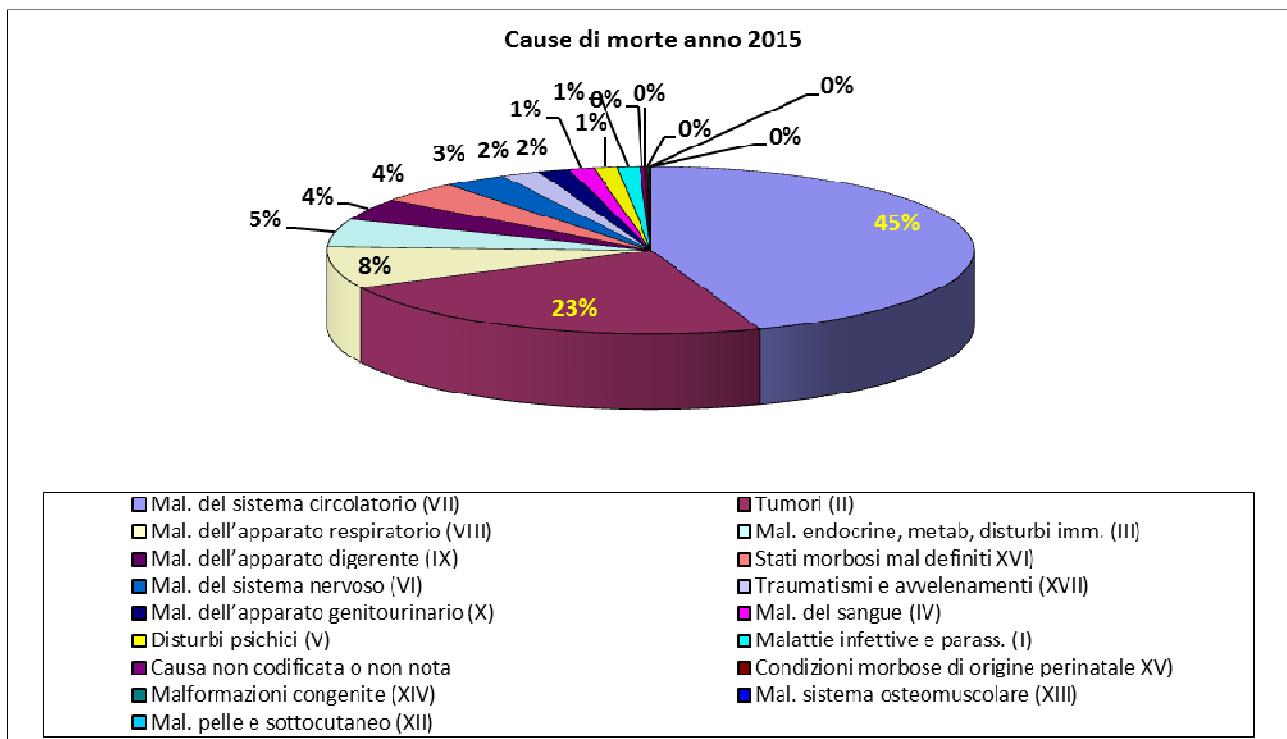
Di seguito si riportano le tabelle e il relativo grafico che evidenziano le cause dei decessi avvenuti nel territorio della ASM di Matera nel 2014 – 2015, tabella n. 2 con il raffronto 2014 vs 2015 della distribuzione dei decessi per patologia, in valori assoluti, con la distinzione tra uomini e donne.

Tabella n. 4 – Distribuzione dei decessi per patologia anni 2014 – 2015 (valori assoluti)

Malattie (Settore ICD-IX)	2014			2015			Scostamento %		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
Mal. del sistema circolatorio (VII)	430	356	786	483	401	884	12%	13%	12%
Tumori (II)	195	261	456	198	260	458	2%	0%	0%
Mal. dell’apparato respiratorio (VIII)	58	87	145	60	101	161	3%	16%	11%
Mal. endocrine, metab, disturbi imm. (III)	51	39	90	66	39	105	29%	0%	17%
Mal. dell’apparato digerente (IX)	38	57	95	33	50	83	-13%	-12%	-13%
Stati morbosi mal definiti XVI)	45	43	88	46	34	80	2%	-21%	-9%
Mal. del sistema nervoso (VI)	23	26	49	36	27	63	57%	4%	29%
Traumatismi e avvelenamenti (XVII)	17	29	46	11	28	39	-35%	-3%	-15%
Mal. dell’apparato genitourinario (X)	23	18	41	19	12	31	-17%	-33%	-24%
Mal. del sangue (IV)	4	5	9	12	13	25	200%	160%	178%
Disturbi psichici (V)	11	6	17	14	9	23	27%	50%	35%
Malattie infettive e parass. (I)	6	6	12	16	6	22	167%	0%	83%
Causa non codificata o non nota	1	5	6	0	5	5	-100%	0%	-17%
Condizioni morbose di origine perinatale XV)	2	3	5	3	0	3	50%	-100%	-40%
Malformazioni congenite (XIV)	0	1	1	0	2	2		100%	100%
Mal. sistema osteomuscolare (XIII)	1	0	1	0	1	1	-100%		0%
Mal. pelle e sottocutaneo (XII)	0	0	0	0	0	0			
Totale complessivo	905	942	1847	997	988	1985	10%	5%	7%

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 2015 pubblicata sul sito aziendale.

Grafico n. 5 - Distribuzione delle principali cause di morte per incidenza percentuale – Anno 2015



La prima causa di morte nell'anno 2015, costituita dalle malattie del sistema circolatorio, rappresenta il 45% del totale dei decessi avvenuti nel suddetto anno, in aumento rispetto all'anno precedente, la seconda causa di morte è invece costituita dai tumori che, che rappresentano il 23% del totale dei decessi verificatisi complessivamente nella provincia di Matera.

La mortalità è un indicatore parziale dello stato di salute di una popolazione. Molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale (artrosi, diabete, ipertensione, ecc.), presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità. Inoltre, importanti diminuzioni della mortalità di alcune gravi patologie, come alcuni tumori, possono essere dovute a progressi nella diagnosi o nel trattamento, anche se la frequenza della malattia rimane stabile o è addirittura in aumento.

L'attribuzione della causa di morte, così come riportata nelle schede della rilevazione, si basa sulla diagnosi del medico curante o del medico necroscopo e non necessariamente sulla completa documentazione clinica. La validità dei dati di mortalità per causa non è quindi assoluta, ma dipende strettamente dalla correttezza della certificazione.

Considerato che le patologie oncologiche risultano tra le cause principali dei decessi avvenuti nel corso del 2015 tra la popolazione della ASM di Matera, è stata condotta un'analisi finalizzata ad individuare le principali sedi dei tumori che hanno determinato i decessi. Da tale indagine è emerso come nell'anno 2015 i decessi per tumori sono stati complessivamente 458, con un aumento lievissimo di soli due casi rispetto al 2014, di cui 260 (il 57%) ha riguardato il sesso maschile e 198 (il 43%) il sesso femminile.

La neoplasia che ha comportato il maggior numero di decessi è stata quella relativa a trachea, bronchi e polmoni con 80 decessi complessivi (il 17% di tutti i decessi per tumore), appena 3 casi in più rispetto al 2014. Tale patologia è stata prevalente nel sesso maschile (83%), con 60 morti, risultando la patologia neoplastica che ha causato più decessi in assoluto nell'ambito della popolazione maschile (23% di tutti i decessi per tumore tra gli uomini), mentre ha riguardato 20 soggetti di sesso femminile, rappresentandone la seconda causa di decesso per tumore (10% di tutti i decessi per tumore tra gli uomini).

La patologia neoplastica mortale prevalente tra la popolazione femminile dell'ASM di Matera nel 2015 è quella riguardante la mammella con 33 casi (17% di tutti i decessi per tumore tra le donne), con 7 casi in più rispetto al 2014.

Al fine di consentire una migliore valutazione dello stato di salute della popolazione si fornisce di seguito un'analisi di 4 indicatori di mortalità: la mortalità infantile, la mortalità per tumori, la mortalità per malattie circolatorie e per suicidi, i cui valori si muovono lentamente nel tempo ed un miglioramento registrato oggi è, spesso determinato dalle scelte gestionali effettuate nel passato.

I suddetti indicatori vengono espressi su base triennale in quanto alcuni tassi di mortalità presentano valori assoluti bassi, per cui il confronto tra tassi annuali sarebbe fortemente soggetto alla numerosità della casistica.

I valori degli indicatori di seguito riportati sono stati desunti dal Report 2014 inherente “il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto”, realizzato dal Laboratorio Management e Sanità dell’Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa.

5.4.2. TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE

Il tasso di mortalità infantile è considerato un indicatore particolarmente significativo del livello di salute di una popolazione, perché consente di misurare, all’interno di essa, non solo il livello di salute del bambino (e di conseguenza quello della madre, così come la qualità delle cure materno infantili), ma anche il livello generale di benessere socio – economico e di sviluppo del paese o regione considerati.

Questo avviene perché i fattori che possono incidere sulla mortalità infantile sono molteplici e non tutti riconducibili alla sfera sanitaria propriamente intesa: sono determinanti dello stato di salute infantile, infatti, non solo la qualità delle cure ricevute dalla madre e/o dal bambino, ma anche fattori biologici come l’età della madre, la sua storia clinica, l’ordine di nascita, o fattori sociali, culturali ed economici, come il livello di urbanizzazione del luogo di nascita, le condizioni abitative, l’occupazione ed il reddito dei genitori.

Il suddetto indicatore generalmente si articola in tre sottoindicatori che misurano la variabilità del rischio di morte del bambino nel corso del primo anno di vita.

Di seguito si riportano solo i valori del tasso di mortalità nel primo anno di vita.

MORTALITÀ NEL PRIMO ANNO DI VITA

Sul rischio di mortalità nel primo anno di vita sono determinanti sia la disponibilità ed il livello dell’assistenza sanitaria che l’incidenza di fattori ambientali, come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre.

Il tasso di mortalità nel primo anno di vita registrato nella ASM relativamente al triennio 2011 – 2013 (che rappresenta il valore dell’anno bersaglio 2015) è pari a circa 5‰ nati vivi, in netto aumento rispetto al triennio 2010 – 2012 in cui è stato inferiore a 3‰ nati vivi. Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata “media” nel sistema di valutazione realizzato dal MES, si conferma inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo, superiore a 3‰ nati vivi.

TASSO DI MORTALITÀ PER TUMORI

Le patologie oncologiche sono diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società; in base al Rapporto Osserva salute 2012 sono, infatti, a livello nazionale, la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (38% di tutti i decessi). Nel 2014 i cittadini italiani che, nel corso della vita hanno ricevuto una diagnosi di tumore sono circa 2 milioni e 900 mila (“I numeri del cancro in Italia 2014”, AIOM-AIRTUM). Per quanto riguarda la mortalità, i dati relativi agli ultimi anni hanno mostrato una riduzione in tutte le aree del Paese, sebbene più marcata nel Centro-Nord rispetto al Sud; nel periodo 1996 – 2014 la mortalità diminuisce del 18% tra gli uomini e del 10% tra le donne: questo è da imputarsi prevalentemente al miglioramento dell’efficacia delle terapie ed alla maggiore tempestività nella diagnosi, grazie anche ai programmi di screening ormai diffusi (www.epicentro.iss.it).

Tale indicatore fornisce un elemento di valutazione dello stato di salute della popolazione, in quanto il suo trend rappresenta lo sfondo dell’azione delle istituzioni sanitarie, al fine di far emergere eventuali punti critici e punti di forza ed orientare la futura programmazione strategica ed operativa.

Il tasso di mortalità per tumori registrato nella ASM relativamente al triennio 2011 – 2013 (che rappresenta il valore dell’anno bersaglio 2015) è inferiore a 230 per 100.000 abitanti, in linea con il valore medio regionale, evidenziando una performance giudicata “ottima” nel sistema di valutazione realizzato dal MES.

5.4.3 TASSO DI MORTALITA' PER MALATTIE CIRCOLATORIE

Attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente), e in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria, in quanto colpisce, indifferentemente, sia le popolazioni più ricche che quelle a più basso reddito. Sono stati attivati, pertanto, programmi di monitoraggio sulla mortalità e sull'incidenza della patologia e, nel contempo, l'OMS ha fornito indicazioni atte a promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità. (Rapporto Osserva salute 2010). Anche questo indicatore, come gli altri indicatori relativi allo stato di salute della popolazione, non esprime una valutazione dell'operato dell'Azienda, ma offre informazioni utili ai fini della conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute, necessari a riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico.

Il tasso di mortalità per malattie circolatorie registrato nella ASM relativamente al triennio 2011 – 2013 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2015) è pari a circa 180 per 100.000 abitanti, in aumento rispetto a quello del triennio 2012 – 2013 in cui era comunque superiore a 150 per 100.000 abitanti. Tale tasso, che conferma una performance giudicata “molto scarsa” nel sistema di valutazione realizzato dal MES, è anche superiore alla media regionale relativa allo stesso periodo.

TASSO DI MORTALITA' PER SUICIDI

La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta ogni anno 800 mila persone si tolgono la vita. Circa il 75% dei suicidi si verifica in Paesi a basso e medio reddito, ma anche quelli ad alto reddito, dove l'incidenza degli uomini è tripla rispetto a quella delle donne, si trovano a fronteggiare il problema. Il suicidio è la seconda causa di morte tra le persone con età compresa tra i 15 e i 29 anni, oltre i 70 anni aumentano le probabilità di togliersi la vita. Il tasso di suicidi nelle diverse parti del mondo è molto variabile e dipende da fattori culturali e sociali. Nel 2012, in Italia i casi di suicidio sono stati 3.908 (www.who.int) con il tasso che tende a crescere all'aumentare dell'età.

Come gli altri indicatori sul livello di salute della popolazione, anche il tasso di mortalità per suicidio non vuole essere una valutazione diretta dell'operato della Azienda, ma intende fornire elementi descrittivi per la fase di definizione delle priorità per la nuova programmazione.

Il tasso di mortalità per suicidi registrato nella ASM relativamente al triennio 2011 – 2013 (che rappresenta il valore dell'anno bersaglio 2014) è pari a poco meno di 7 per 100.000 abitanti, in lievissimo aumento rispetto a quello del triennio 2010 – 2012. Tale tasso, che evidenzia una performance giudicata “buona” nel sistema di valutazione realizzato dal MES, è significativamente inferiore alla media regionale relativa allo stesso periodo.

5.5. MORBOSITÀ

5.5.1 MALATTIE INFETTIVE

Il quadro epidemiologico delle malattie infettive denunciate nel territorio di competenza della ASM di Matera, è rappresentato nella seguente tabella, in cui sono riportate, distinte per sesso e per classe di età, le notifiche di malattie infettive avvenute nell'anno 2015 nella provincia di Matera

Tabella n. 5 - ASM - Matera - Malattie infettive sottoposte a notifica per classi d'età - anno 2015

Malattia	Totale	Classe di età							
		0-14		15-24		25-64		>= 64	
		F	M	F	M	F	M	F	M
Epatite C	13					1	6	4	2
Botulismo	1	1							
Listeriosi	1								1
Influenza con isolamento virale	11					3	3	1	4
Legionellosi	2						2		
Malattia batterico invasiva da agente non identificato	1					1			
Scabbia	5	1	2			1		1	
Mononucleosi infettiva	2	2							
Parotite epidemica	1	1							
Pediculosi del capo	11	10	1						
Rosolia	1		1						
Salmonellosi non tifoidea	3	1	2						
Scarlattina	7	3	4						
Sifilide	1					1			
Tubercolosi	8	1	1			1	2	2	1
Varicella	46	18	25			1		2	
Totale	114	38	36	0	3	8	15	6	8

I dati sopra riportati, nonostante siano costituiti solo dalle notifiche effettuate, pur rappresentando una percentuale decisamente limitata del fenomeno considerato, evidenziano che la malattia infettiva maggiormente notificata nel territorio della ASM di Matera è la varicella con 46 casi. La fascia d'età che risulta maggiormente colpita dalle malattie infettive è evidentemente quella da 0 a 14 anni, con una distribuzione lievemente superiore tra la popolazione femminile.

5.6 MALATTIE CRONICHE

L'analisi delle patologie croniche è stata condotta sulla scorta dei dati rilevati dalle esenzioni per patologia rilasciate ai residenti ASM fino al 31/12/2015 per effetto del D.M.S. 329 del 28.05.1999. L'analisi suddetta non può certamente ritenersi esaustiva del fenomeno in oggetto, in quanto l'elenco delle patologie rilevate non esaurisce la totalità delle malattie croniche, oltre al fatto che non sempre per le patologie considerate viene richiesta l'esenzione ai sensi del D.M.S., con la conseguenza che i dati riportati forniscono una rappresentazione sottostimata delle patologie croniche della popolazione della ASM di Matera.

Nella tabella n. 5 si riporta il numero complessivo delle esenzioni rilasciate dall'ASM, classificate per singola causa.

La tabella n. 6 evidenzia, il numero complessivo delle esenzioni ticket rilasciate dall'Azienda ai propri assistiti al 31/12/2015, tenendo distinte le esenzioni rilasciate per invalidità (civile, di guerra, sul lavoro) dalle esenzioni per specifica patologia, con l'indicazione della tipologia delle prime cinque patologie più frequenti.

Tabella n. 6 – numero esenzioni ASM per tipologia - Anno 2015

TIPOLOGIA DI ESENZIONE	NUMERO ESENZIONI
PATOLOGIE CRONICHE	72.412
INVALIDI CIVILI	10.977
INVALIDI DEL LAVORO	724
INVALIDI PER SERVIZIO	221
INVALIDI DI GUERRA	4
INFORTUNI SUL LAVORO	2.748
ALTRE ESENZIONI	132
TOTALE	87.218

Tabella n. 7 – esenzioni Ticket per patologia - Anno 2015

COMUNE	POPOLAZ.	ESENZIONI PER INFORTUNI SUL LAVORO	ESENZIONI PER INVALIDITA'	ESENZIONI PER PATOLOGIA	NUMERO
TOTALE ASM	200.597	2.751	11.921	TOTALE COMPLESSIVO MALATTIA IPERTENSIVA(II E III STADIO O.M.S.) DIABETE MELLITO SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNE AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)	72442 20558 12985 6860 6687 5608

I dati sopra riportati, fermo restando i limiti intrinseci alla metodologia di rilevazione sopra descritta, evidenziano come l’ipertensione arteriosa costituisce la patologia cronica più diffusa tra la popolazione della ASM di Matera, colpendo circa il 10% della popolazione. Altra malattia molto diffusa nel territorio considerato è il diabete (oltre il 6% della popolazione) seguito rispettivamente dalle neoplasie (oltre il 3% della popolazione), dalle affezioni del sistema cardio circolatorio (oltre il 3% della popolazione) e dall’ipotiroidismo congenito (quasi il 3% della popolazione).

Il numero di esenzioni per invalidità civile, sul lavoro o di guerra, nella provincia di Matera al 31/12/2015 risulta pari a 11.921 (5,9% della popolazione).

Il numero delle esenzioni per infortunio registrate nel 2015 nella ASM è pari complessivamente a 2.751 (1,4%). La maggior parte di tali esenzioni riguarda i residenti nelle aree più popolose e con più tessuto produttivo, quali quelle dei Comuni di Matera (890), Pisticci (320), Policoro (270) e Scanzano (127).

Pare opportuno tenere distinte le varie tipologie di esenzione, tenendo ben presente che in molti casi, i titolari delle esenzioni per invalidità civile o di guerra o sul lavoro, o esenzioni per infortuni sul lavoro, detengono anche esenzioni per specifica patologia.

5.7 INFORTUNI SUL LAVORO

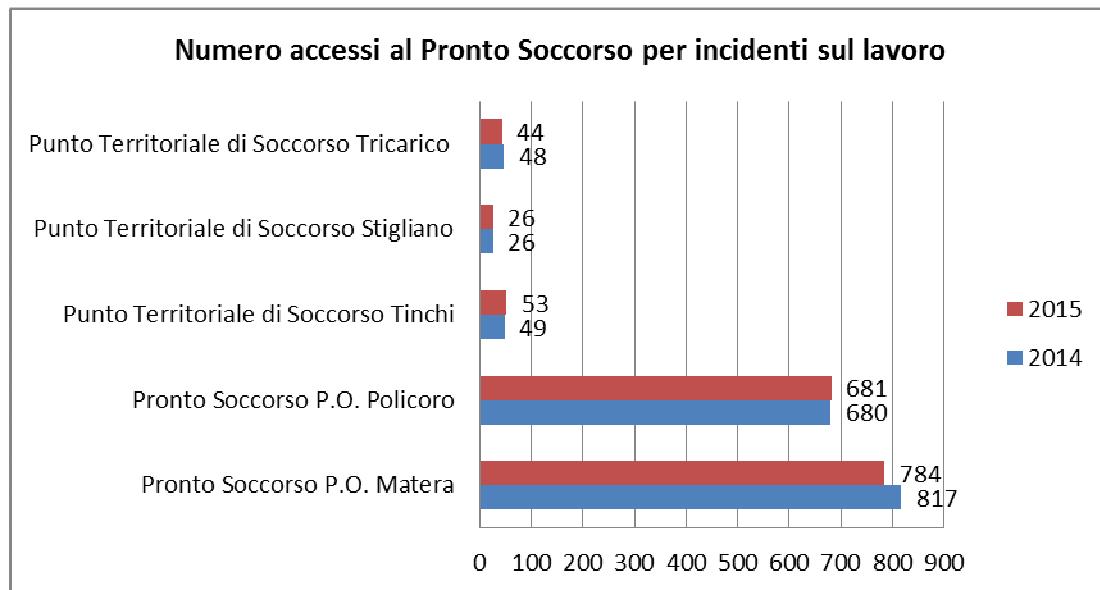
I dati sugli infortuni sul lavoro raccolti riguardano, da una parte, la popolazione residente nel comprensorio della Asl di Matera che si è rivolta al Pronto Soccorso degli Ospedali aziendali denunciando incidenti occorsi sul luogo di lavoro, dall'altra, il numero di esenzioni per infortuni sul lavoro.

La tabella n. 8 e il grafico n. 6 riguardano le persone che si sono rivolte al Pronto Soccorso degli Ospedali di Matera, Policoro, Tinchi, Stigliano e Tricarico.

Tabella n. 8 – Infortuni sul lavoro denunciati al Pronto Soccorso degli ospedali ASM - Anno 2015

Incidenti sul lavoro	2014	2015	Δ	Δ%
Pronto Soccorso P.O. Matera	817	784	-33	-4%
Pronto Soccorso P.O. Policoro	680	681	1	0%
Punto Territoriale di Soccorso Tinchi	49	53	4	+8%
Punto Territoriale di Soccorso Stigliano	26	26	0	0%
Punto Territoriale di Soccorso Tricarico	48	44	-4	-8%
Totale	1.620	1.588	-32	-2%

Grafico n. 6 – Infortuni sul lavoro denunciati al Pronto Soccorso degli ospedali ASM – 2014 – 2015



I dati sopra riportati evidenziano una riduzione complessiva del numero degli incidenti denunciati al Pronto Soccorso degli ospedali aziendali, rispetto all'anno precedente pari complessivamente al -2%.

Tale riduzione, sia pure con percentuali differenti, ha riguardato nello specifico il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Matera e il P.T.S. di Tricarico; in particolare nel P.O. di Matera si è registrata una riduzione di 33 incidenti sul lavoro denunciati al Pronto Soccorso, pari al -4%, mentre a Tricarico la riduzione è stata di 4 casi, pari al -8%. A Tinchi si è registrato un incremento di incidenti sul lavoro occorsi al P.T.S. di 4 casi, pari al +8%. Negli altri Ospedali si è registrata una sostanziale invarianza di casi.

Vale la pena sottolineare come i dati riportati non sono esaustivi di tutti gli incidenti sul lavoro occorsi nel territorio della provincia di Matera, pur fornendo una buona proxy rappresentativa della casistica considerata.

5.8 SPERANZA DI VITA

L’Italia, come riportato dall’OMS, è fra i Paesi al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce. Le cause di questo processo sono sostanzialmente due: l’allungamento della vita (longevità) e la riduzione delle nascite (denatalità). I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana, che ha caratterizzato tutto il secolo scorso e che ha portato nel 2011 la speranza di vita alla nascita a 80,1 anni per gli uomini e a 85,3 anni per le donne (fonte OECD Health Data 2013). Tale incremento costante ha avuto una battuta d’arresto nel 2015, anno in cui per la prima volta si è fermato. La speranza di vita costituisce uno dei parametri più significativi delle condizioni sociali, economiche e sanitarie espresse da un territorio e si configura non solo come un indicatore demografico, ma anche come un indicatore sintetico del livello di sviluppo raggiunto da un territorio.

Il suddetto indicatore si articola in due sottoindicatori:

1. Speranza di vita alla nascita, distinto tra popolazione maschile e femminile
2. Speranza di vita a 75 anni, distinto tra popolazione maschile e femminile

I valori degli indicatori di seguito riportati sono stati desunti dalle Tavole di Mortalità ISTAT relative al 2015, pubblicate sul sito <http://demo.istat.it>

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

La speranza di vita alla nascita indica il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita, in base ai tassi di mortalità registrati nell’anno di riferimento. Viene calcolata con il metodo delle tavole di sopravvivenza distintamente per maschi e femmine, a causa delle forti differenze di genere nelle probabilità di morte. Combinata con l’indice di mortalità infantile, rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione. La speranza di vita alla nascita, oltre a rappresentare semplicemente un indice demografico è, quindi, utile per valutare lo stato di sviluppo di una popolazione.

1. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA – MASCHI

La speranza di vita alla nascita degli uomini della ASM registrato relativamente al 2015 è pari a 79,9 anni, in lievissima flessione rispetto al 2014 in cui è stato pari a 80,14 anni. Tale valore è risultato lievemente superiore sia alla media regionale che alla media del sud, relative allo stesso periodo, pari rispettivamente a 79,7 e 79,4 anni, mentre è risultato lievemente inferiore al valore medio italiano, pari a 80,1.

2. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA – FEMMINE

La speranza di vita alla nascita delle donne della ASM registrato relativamente al 2015 è pari a 84,3 anni, in lievissimo calo rispetto al 2014 in cui è stato pari a 84,66 anni. Tale valore è risultato lievemente inferiore sia alla media regionale che alla media nazionale, relative allo stesso periodo, pari a 84,4 e 84,6 anni, mentre è risultato lievemente superiore al valore medio del sud, pari a 83,8.

SPERANZA DI VITA A 75 ANNI

Nel corso degli ultimi decenni, la speranza di vita a 75 anni è aumentata considerevolmente: nel 1960 agli italiani che avevano raggiunto l’età di 75 anni restavano ancora mediamente da vivere 7,8 anni, se uomini, 8,8 anni, se donne. Nei 40 anni successivi, l’aspettativa di vita di un 75enne si è accresciuta di 2,1 anni per gli uomini e di 3,7 anni per le donne, fino, quindi, rispettivamente, a 9,9 e 12,5 anni. Fra i fattori che spiegano questo aumento, figurano i progressi nel campo delle cure mediche, associati al miglioramento dell’accesso alle cure sanitarie, dell’igiene in generale e delle condizioni di vita prima e dopo i 75 anni.

SPERANZA DI VITA A 75 ANNI - MASCHI

La speranza di vita a 75 anni degli uomini della ASM registrato relativamente al 2015 è pari a 11,6 anni, in perfetto allineamento rispetto al 2014. Tale valore è risultato superiore sia alla media regionale che alla media del sud, che alla media nazionale relative allo stesso periodo, pari rispettivamente a 11,5, 11,1 e 11,3 anni.

SPERANZA DI VITA A 75 ANNI – FEMMINE

La speranza di vita a 75 anni delle donne della ASM registrato relativamente al 2015 è pari a 13,5 anni, in lieve calo rispetto al 2014 in cui è stato pari a 13,73 anni. Tale valore è di poco inferiore sia alla media regionale che alla media nazionale, relative allo stesso periodo, pari a 13,6 anni, mentre è superiore al valore medio del sud, pari a 13,1.

TERZA PARTE

6. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

6.1 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 (vedi Tabella sotto riportata).

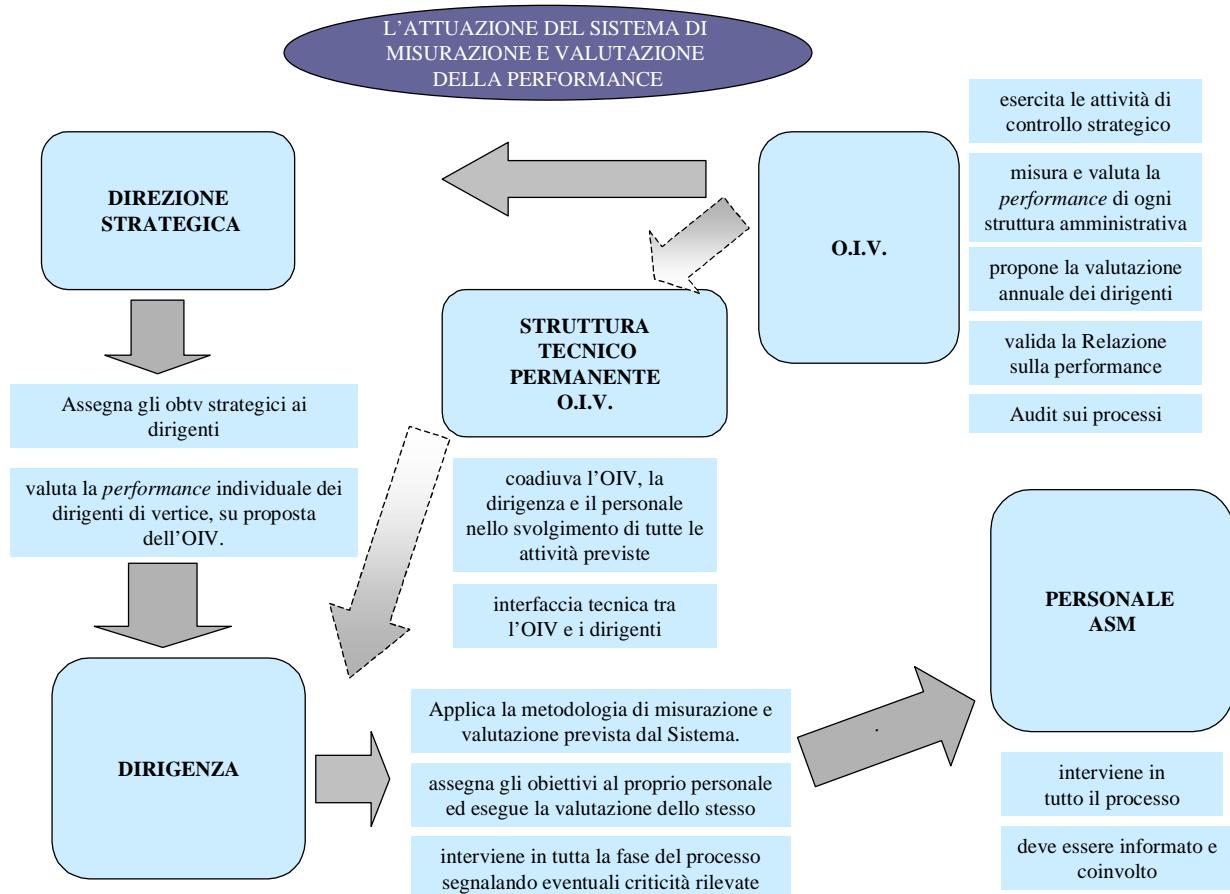
Fase	Soggetti interni coinvolti
1) Definizione/aggiornamento del Sistema – Atto di indirizzo aziendale - Obiettivi regionali	<ul style="list-style-type: none">▪ Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	<ul style="list-style-type: none">▪ Direzione Strategica ASM
3) Attuazione del Sistema	<ul style="list-style-type: none">▪ Direzione Strategica ASM▪ Dirigenza▪ Personale▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	<ul style="list-style-type: none">▪ Personale, dirigenziale e non▪ Centro Controllo Strategico▪ Comitato di budget OIV (Struttura Tecnica Permanente)

1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della missione 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 sintetizzato nel grafico seguente.



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

L'OIV, 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.

Inoltre all'O.I.V. compete la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati (con apposita scheda) ai Direttori di dipartimento, la valutazione effettuata viene inviata al Direttore Generale.

6. 2 GLI OBIETTIVI STRATEGICI

6.2.1 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. 364 / 2016 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. Oltre alla DGR sopra menzionata, al Direttore Generale ASM, sono stati assegnati i seguenti obiettivi in sede contrattuale.

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 2016 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.

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.(DGR 364/2016)

Il sistema di valutazione degli obiettivi si compone di 5 principali aree strategiche 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 44 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 individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo. E' previsto per ogni indicatore, sia un limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero, sia 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) .

AREE STRATEGICHE DI RISULTATO	I 10 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 \leq 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
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;

6.3 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.

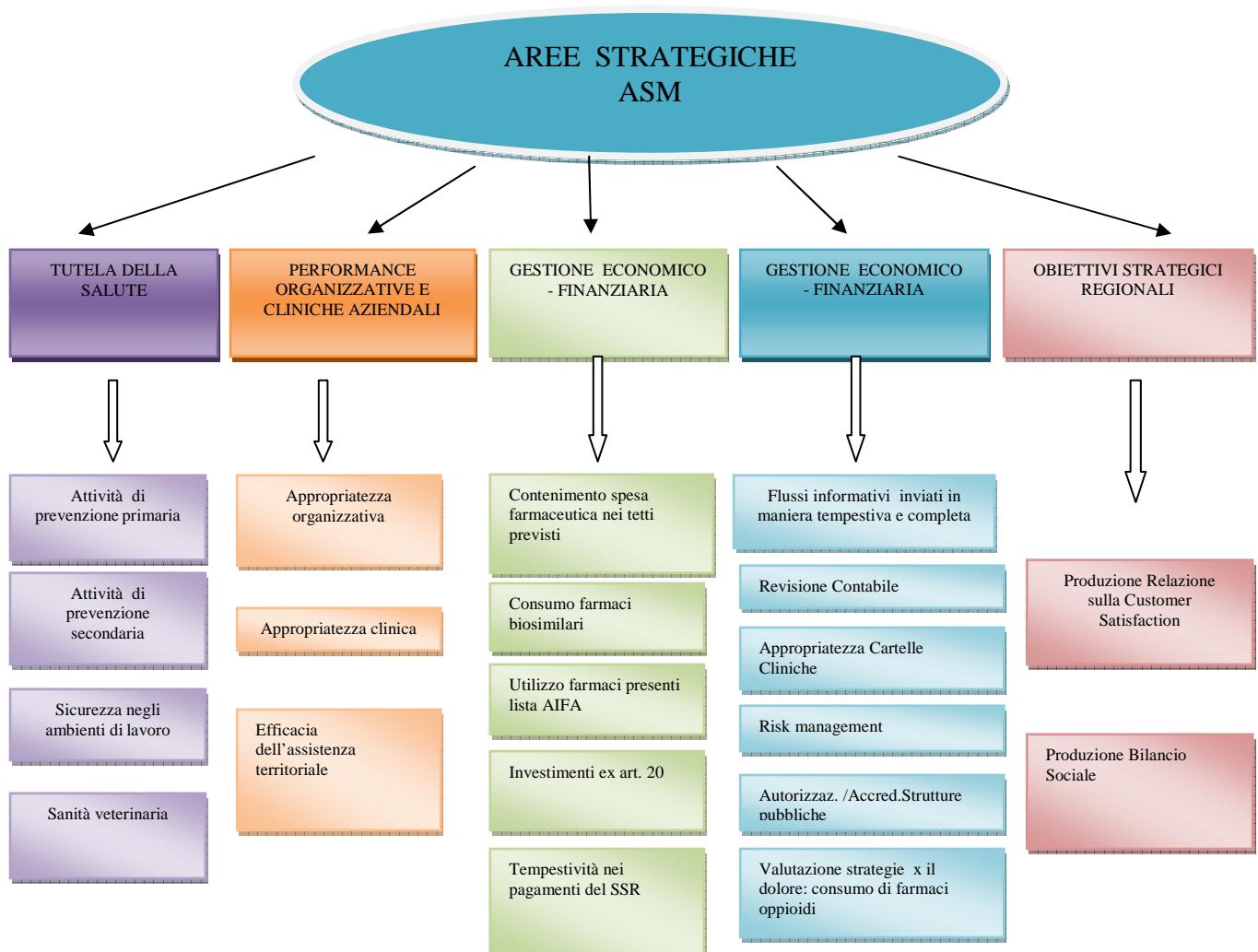
La Performance della ASM viene valutata sulla base delle seguenti 5 aree strategiche:

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 seguendo 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 cognizione di tutti i dati necessari per le verifiche relative all'anno 2016. Pertanto, si fa riferimento ai risultati aziendali relativi all'anno 2015 allegando le relazioni sul raggiungimento degli obiettivi aziendali anno 2015 (Allegato 3) e alla relazione semestrale relativa alle attività svolte nel I semestre 2016 (allegato 4).



6.4 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 accordo 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 1° 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 dal Comitato di budget aziendale, 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), con la conseguente attribuzione alle UU.OO. e ai dipartimenti di un punteggio di performance globale, espresso in percentuale. La relazione viene inviata all’O.I.V. per la valutazione della Performance aziendale.
- 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”. Tale scheda, anche in seguito ai suggerimenti dell’OIV, è stata modificata e/o integrata per l’anno 2017 (all. n. 6).

Sulla base della procedura del sistema di valutazione approvata con delibera n. 1455/2015 e s.m.i. , 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 e del direttore del dipartimento (Allegato 5 e 6).

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. e Direttore di U.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.	

*N.B. Per il dirigente si intende, per il personale afferente al Servizio Assistenza i 1 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. 7) .

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell’OIV, dei risultati di Performance raggiunti dalla Azienda.

6.5 .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.

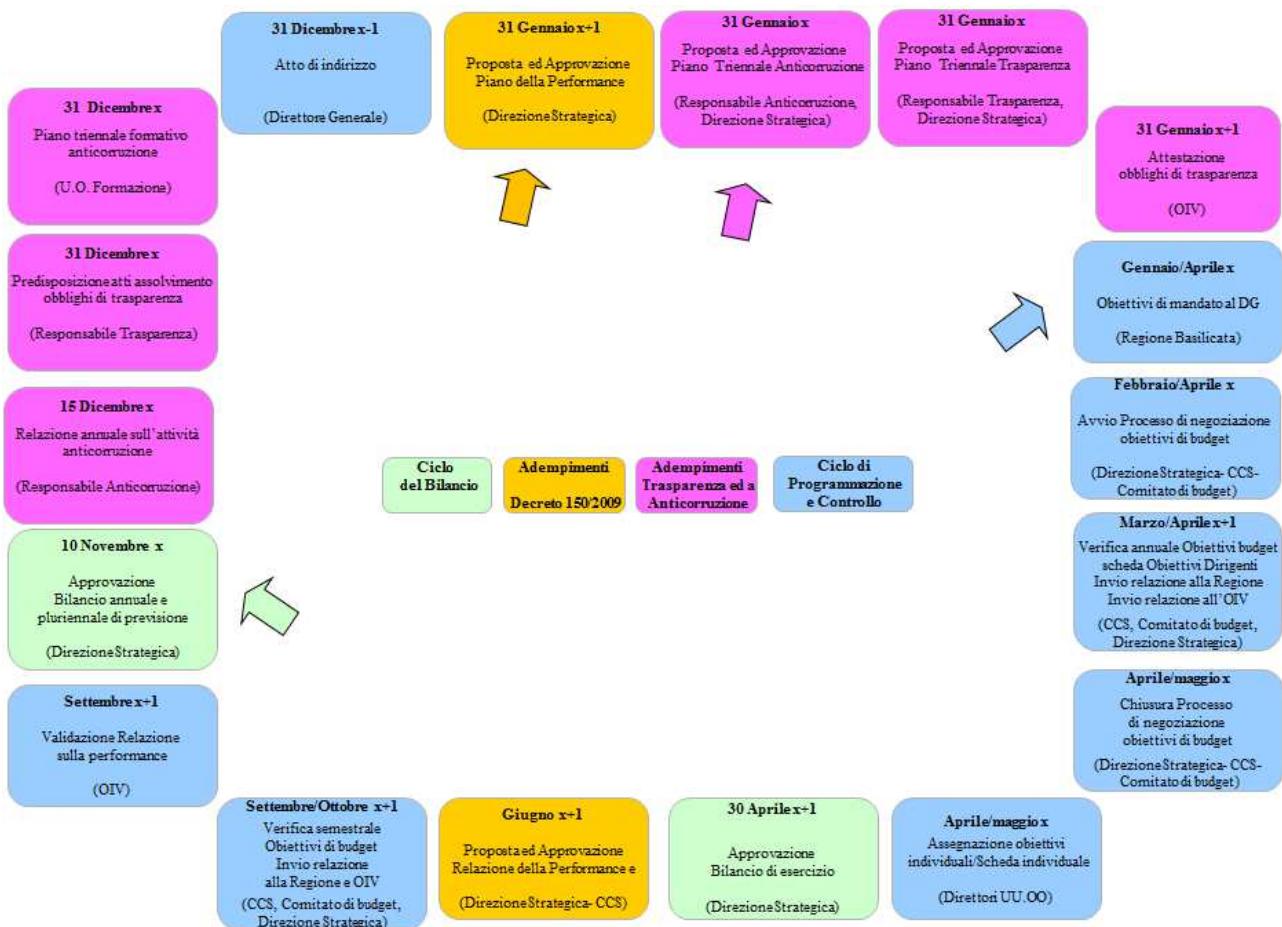
Il percorso “a cascata” nell’attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ed essa assegnati dagli organismi 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/negoziando 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.

Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione), nel corso dell'anno 2017, che rappresenta, il quarto anno di applicazione del Piano, saranno gradualmente perfezionati tutti i passaggi che la normativa richiede affinché il documento recepisca in maniera esauriva, 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).

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



6.6 OBIETTIVI OPERATIVI E GESTIONALI

La ASM definisce la programmazione delle attività attraverso il processo di negoziazione del budget per ciascuna struttura sanitaria , clinico, assistenziale e amministrativa.

E’ proprio in sede di definizione del budget che l’azienda e le singole strutture operative aziendali si impegnano a perseguire gli obiettivi aziendali.

La metodica del budget si sviluppa in due fasi:

1. L’atto d’indirizzo aziendale, le DGR regionali di riferimento e il Piano della performance , dove sono riportate le principali linee di attività da attuare nell’anno di riferimento, ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale, costituiscono i documenti di raccordo sistematico fra la programmazione aziendale e il processo di budgeting;
2. il budget operativo dipartimentale con il quale si assegnano, per l’anno di riferimento, gli obiettivi di attività e le relative risorse.

Gli obiettivi operativi vengono quindi declinati in obiettivi individuali e di UU.OO. e quindi assegnati ai Direttori di Dipartimento e a cascata ai dirigenti di struttura semplice e/o complessa, che, insieme al personale afferente alla sua U.O. sarà responsabile del raggiungimento degli stessi.

Nel corso del 2016, con delibera aziendale n. 506/ 2016, sono stati assegnati a tutti i Dipartimenti e/o alle strutture aziendali gli obiettivi operativi attraverso le schede di budget per ogni UU.OO. aziendale. Sono in corso le attività di verifica sul raggiungimento degli obiettivi.

Per l’anno 2017, tenendo conto anche del Documento di Direttive ASM anno 2017, (delibera az. n. 1485 all. n. 1) saranno assegnati gli stessi obiettivi, salvo poi integrare, il Piano della Performance e le schede di budget, nel caso in cui vengano trasmessi nuovi e/o ulteriori obiettivi da parte della Regione Basilicata.

Di seguito viene riportato uno schema riassuntivo contenente tutti gli obiettivi assegnati per il triennio 2015 - 2017 alle strutture aziendali con relativa verifica del raggiungimento degli obiettivi riferita al 2014, al 2015 e al primo semestre 2016, in quanto la verifica del raggiungimento degli obiettivi, riferita all’intero anno è in corso.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Obiettivi assegnati al Direttore Generale Equilibrio Economico del SSR	Equilibrio economico finanziario della gestione e riduzione nel 2016 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 2016 - Obiettivi economici - Direttiva vincolante).	(Costi anno in corso - 1% rispetto anno precedente)	+ 276.000	154	Proiezione 16 – 14 Meno -100.000,00	Conto Consuntivo 2010, 2012, 2013, 2014 2015, 2016	Tutte le UU.OO. ASM	
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	Ob. raggiunto	Ob. raggiunto	Vedi relazioni I sem. 2016 (all. n. 5)	Regione Basilicata	Tutte le UU.OO. ASM	

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		questionario LEA							
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 2014 come prerequisito	Ob. raggiunto	Vedi relazioni I sem. 2016 (all. n. 5)	100% flussi	Regione Basilicata	Tutte le UU.OO. ASM
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 2014 come prerequisito	Obiettivo raggiunto	Vedi relazioni I sem. 2016 (all. n. 5)		Regione Basilicata	
Riduz. rispetto all'anno precedente dei ricoveri in mobilità passiva	Riduzione ricoveri in mobilità passiva	Attività volte alla riduzione dei ricoveri in mobilità passiva	% di riduzione dei dati di mobilità passiva 2013 vs 2016	Non presente come obiettivo	Obiettivo raggiunto	Non verificabile in quanto non ancora disponibili i dati di mobilità passiva	% di riduzione dei dati di mobilità passiva 2013 vs 2017	Regione Basilicata	Tutte le UU.OO. aziendali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.1 Attività di Prevenzione e Primaria	Copertura Vaccinale esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	Cicli vacc. completati al 31dic coorte di bambini che compiono 2 anni x 100 100% (maggiore di 95%) 50 % (da 90 a 95) 0% (infer. a 90)	98,10 %	98,52%	90 % I sem 2016 si prevede il ragg. dell'ob. a fine anno	> 98 %	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 antimenginococica	Cicli vacc. completati al 31dic/ Numero bambini residenti < 24 mesi 100% (maggiore di 97%) 50 % (da 95 a 97) 0% (infer. a 95)	Obiettivo non presente nel 2014	83,11 %	I semestre 2016 74 % si prevede il ragg. dell'ob. a fine anno	> 90%	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	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1) TUTELA DELLA SALUTE	1.3 Attività di Prevenzione e Primaria	Copertura x vaccino MPR	Cicli vac.completati al 31 dic. X MPR /coorte di bambini che compiono 2 anni x 100 100% (maggiore di 90%) 50 % (da 80 a 90) 0% (infer. a 80)	91,34	86,34 %	I sem. 2016 76 %	> 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 antipneumococca	Cicli vacc. (3° dose) completati al 31dic/ n. bambini residenti < 24 mesi 100% (maggiore di 97%) 50 % (da 95 a 97) 0% (infer. a 95) n. cicli vacc.completati nella coorte di riferimento/ n. bambine di 12 anni	Obiettivo non presente nel 2014	98,25%	I sem. 2016 90% si prevede il ragg. dell'ob. a fine anno	> 97%	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 Papilloma Virus (HPV)	100% (magg. di 97) 50% da 95 a 97) 0% (inf. a 95)		62,56 %	25% (I sem. 2016)	Magg. 70 %		Consultori fam. UU.OO. Di ostetricia e Ginec. P.O. Matera e P.O. Policoro

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		Adesione dello screening mammografico	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico/ n. donne invitate allo screening x 100 0% (inferiore al 80%) 50% (da 80 a 95%) - 100% (maggiore di 95 %)	93,14%	93,14% (ultimo dato disponibile riferito al 2014)	Dati non disponibili	> 80%	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata	U.O. di Senologia UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di materna e Policoro Consultori Familiari Distretti UU.OO. di Prevenzione umana
		Estensione dello screening mammografico	N. donne invitate allo screening / Donne 50 – 69 anni x 100 0% (inferiore al 40%) 50% (da 40 a 80%) - 100% (maggiore di 80 %)	56 %	56 %	Dati non disponibili	> 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

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	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 0% (inferiore al 5%) 50%(da 5 a 8%) 100% (maggiore di 8 %)	11,46 %	12,5 %	6,4 % (si prevede di ragg. l'ob. entro la fine del 2016)	> 8 %	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
	1.4 Sanità Veterinaria	% campioni analizzati per la ricerca di residui di fitosanitari nei prodotti alim.	(100%)SI -(0%)NO	Obiettivo non presente nel 2014	100% (150 % Campioni analizzati)	48,45	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 scaprie/ n. capi morti x 100 SI - NO	Obiettivo non presente nel 2014	Ob. raggiunto	Ob. valutabile solo a fine anno	100 %	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1.4 Sanità Veterinaria	1.4 Sanità Veterinaria	% campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (PNR)	Piano di campionamento previsto dalla normativa (100%)SI (0%) NO	Obiettivo non presente nel 2014	Ob. raggiunto	Ob. valutabile solo a fine anno	100%	Banca dati regionale Anagrafe animale Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
	1.4 Sanità Veterinaria	Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg. CE 852/2004	N. aziende correttamente inserite sul sistema informativo di gestione delle imprese alimentare / n. aziende da inserire nel sistema informativo x 100 (100%)Si (0%) NO	Obiettivo non presente nel 2014	Ob. raggiunto	Ob. raggiunto	100%	Banca dati regionale NSIS Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
	1.4 Sanità Veterinaria	Allineamento del controllo ufficiale allo standard D.Lgs. 193/2007	Allineamento del controllo ufficiale allo standard D.Lgs. 193/2007 Si NO	Obiettivo non presente nel 2014	Ob. raggiunto	Ob. raggiunto	100%	Banca dati regionale NSIS Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale
	1.4 Sanità Veterinaria	Registraz. d'ufficio delle imprese aliment.	N. az. registrate di ufficio/ n. az. censite (Camera di commercio)	Obiettivo non presente nel 2014	Ob. raggiunto	Ob. raggiunto	100%	Banca dati regionale NSIS Dip. Prevenzione animale	Dip. Prevenzione animale

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Performance organizzative e cliniche aziendali	2.1 Appropiatezza clinico organizzativa	Intervallo allarme target dei mezzi di soccorso (minuti)	Tempo medio di percorrenza	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 0% (magg. di 33%) 50% (da 21 a 33%) 100% (inferiore a 21 %)	30,75%	27,38	I sem anno 27,72%	<21%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri U.U.OO P.S. Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
		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 0% (inf. a 50%) 50% (da 50 a 67%) 100% (maggiore di 67 %)	42,68 %	36,07	I sem. anno 36,07	>60%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti chirurgici ospedalieri Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Performance organizzative e cliniche aziendali	2.2 Approprietà organizzativa	(VGP) Riduzione Ricoveri DH medico con finalità diagnostiche	n. ricoveri inH medico con finalità diagnostica x 100/ n. ricoveri in DH medico 0% (magg. di 33%) 50%(da 23 a 33%) 100% f. a 2 %)	17,27%	3,20%	I sem anno 4,35%	< a 4,35%	SIS Flusso SDO	UU.OO Dipartimenti medici ospedalieri UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie ed amministrative 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 0% (inf. a 45%) 50%(da 45 a 60%) 100% (magg. di 60%)	49,46%	75,47%	I sem. anno 72,35%	>60%	SIS Flusso SDO	UU.OO Ortopedia Matera. – Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Performance organizzative e cliniche aziendali	2.2 Appropriatezza clinica		n. part. cesarei primari/n. totale di part. con nessun pregresso parto cesareo x 100% (magg. di 33%) 50%(da 23 a 33%) 100% (inf a 23%)	30 %	36,60%	I sem. anno 2016 35,98%	<23%	SIS Flusso SDO	UU.OO Ostetricia e ginecologia di Matera–Policoro Direzioni Sanitarie ed amministrative Ospedaliere
			N. ricoveri x scompenso cardiaco in res. Fascia di età 50 –74 anni Pop. Residente 50 – 74 anni x 100 0% (magg.di 250%) 50%(da 180 a 250%) 100% (inf. a 180%)	156,25	156,25 si riporta il dato 2014 non avendo i dati di mobilità passiva	156,25 si riporta il dato 2014 non avendo i dati di mobilità passiva	<180	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
	2.3 Efficacia Assistenziale e territoriale	Riduzione T.O. per scompenso in pop 50-74 anni	N. ricoveri x diabete in res. Fascia di età 20 –74 anni/ Pop. Residente 20 – 74 anni x 100 0% (magg.di 30%) 50%(da 20 a 30%) 100% (inf. a 20%)	37,5	37,5 si riporta il dato 2014 non avendo i dati di mobilità passiva	37,5 si riporta il dato 2014 non avendo i dati di mobilità passiva	<20	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
Performance organizzative e		Riduzione T.O. per diabete in pop 20-74 anni							

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
cliniche aziendali	2.3 Efficacia Assistenziale e territoriale	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 0% (magg.di 60 ricoveri) 50%(da 40a 60 ricoveri) 100% (inf. a 40 ricoveri)	64,04	64,04 si riporta il dato 2014 non avendo i dati di mobilità passiva	60,04 si riporta il dato 2014 non avendo i dati di mobilità passiva	<40	SIS Flusso SDO	UU.OO. Dip. Medico UU.OO. attività territoriali Direzioni Sanitarie Ospedaliere
		Incremento Pazienti trattati in ADI >64 anni	N.ric.over 64 ricoverati in ADI Pop. Residente over 64 x 100 0% (inf a 3%) 50%(da 3 a 7 %) 100% (maggiore di 7%)	6 %	6,50%	I sem. anno 3,2 % si prevede di ragg. l'ob. entro la fine dell'anno	> 7 %	SIS Flusso ADI	UU.OO. Ospedaliere UU.OO. attività territoriali
	Efficacia ass. territoriale	(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 0% (magg. di 15%) 50%(da8 a 15 %) 100% (inf. a 8 %)	7,50	7,11	Dati disponibili a fine 2016	<8%	SIS Flusso Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
		(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 0% (magg. di 31%) 50%(da 27 a 31 %) 100% (inf. a 27%)	20,00 %	19,87	Dati disponibili a fine 2016	<27%	SIS Flusso Marno	DSM UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali
Performance Organizzative e Cliniche Aziendali	Efficacia ass. territoriale	Consumo di antibiotici	n. DD di farmaci antibiotici erogate /anno per principio attivo x 1000 / n. residenti x 365 0% (magg. di 24%) 50%(da 20 a 24 %) 100% (inf. a 20%)		29 %	I sem 2016 25,46	< 20	SIS Fluo Marno	UU.OO. attività territoriali Servizi Farmaceutici Territoriali

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	3.1 Controllo della spesa farmaceutica	Rispetto tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera Rispetto tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale % utilizzo farmaci biosimilari % Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	SI < 3,5 % del FSR (fabbisogno) No > di 3,5 % SI < 11,35% % No > 11,35 % Totale UP farmaci biosimilari erogati / totale UP tutti farmaci 100% (magg. di 40%) 50%(da 25 a 40%) 0% (inf. a 50%) Totale UP farmaci AIFA/ totale UP tutti i farmaci 100% (magg. di 90%) 50%(da 80 a 90%) 0% (inf. a 80%)	Obiettivo non presente Obiettivo non presente Obiettivo non presente Obiettivo non presente	3,40% 14,55 % 33,79 77,32 %	I sem. 2016 4,4 % I sem. 2016 13,8 % <11,35% I sem. 2016 35,44 >15% I sem 2016 77,08 < 80	<3,5% <11,35% >15% >90%	SIS Fluo Marno	

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	3.2. Razionalizzazione delle risorse economico Finanziarie	Investimenti ex art. 20	Investimenti ex art. 20	SI	SI	SI	SI	Ufficio Provveditorato Economato Ufficio Tecnico	Ufficio Provveditorato Economato Ufficio Tecnico
Gestione Economico Finanziaria	3.2. Razionalizzazione delle risorse economico Finanziarie	Tempestività nei pagamenti del SSR	0% (maggiore di 10) 50% (da 0 a 10) 100% (inf. a 0)	Obiettivo non presente	Obiettivo non presente	I sem. 2016 11,65 %	< 0	Ufficio Provveditorato Economato Ufficio Tecnico	Ufficio Provveditorato Economato Ufficio Tecnico

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
4. CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo Flussi Informativi di interesse ministeriale e di interesse regionale	Invio flussi informativi di tipo A in maniera completa e tempestiva	N. flussi inviati in maniera tempestiva e completa	SI	SI	SIS Uffici Dipartimento Salute Regione Basilicata	UU.OO. ASM che inviano flussi U.O. SIS ASM	SIS Uffici Dipartimento Salute Regione Basilicata	UU.OO. ASM che inviano flussi U.O. SIS ASM
		Invio flussi informativi di tipo B in maniera completa e tempestiva	SI-NO	SI					

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Revisione Contabile			Opinion Positiva					
	Armonizzazione Contabile	Certificazione del Bilancio	Opinion Positiva senza limitazioni - Opinion negativa o con limitazioni	Ob. Non presente	Opinion positiva	Opinion Positiva	Opinion Positiva	Ufficio risorse Finanziarie Dip. Regione	
		Invio Bilancio di esercizio in Regione entro il 30 aprile	SI' – consegna del Bilancio di esercizio entro il 30 aprile NO - non consegna del Bilancio di esercizio entro il 30 aprile	Ob. Non presente	Bilancio di esercizio inviato entro il 30 aprile		Consegna entro il 30 aprile		U.O. Gestione Risorse finanziarie

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	Valutazione appropriata cartelle Cliniche	Controllo cartelle Cliniche e invio 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 ≥10% Cartelle Cliniche	Inviata relazione aziendale sul controllo effettuato entro il 15 maggio 2015	Oltre il 10% cartelle controllate e ed invio relaz. in Regione	Oltre il 10% di cartelle controllate Invio relazione entro i termini previsti	Invio relazione entro i termini previsti e controlli secondo la % prevista	Osservatorio Epidemiologico regionale della Basilicata (OER_B)	Direzioni Sanitarie P.O. Matera e P.O. Policoro
	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	Si	Si	Invio relazione entro 28/02	Invio relazione entro 28/02	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute Regione	U.O. Medicina Legale e Rischio Clinico
	Risk management	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	Invio piano entro 30/06	Si	Si	Si	Si		
	Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche	Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche	Obiettivo non presente	Obiettivo non presente	Si	Si	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute	Ufficio Pianificazione del dipartimento salute	

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	Risultato 2014	Risultato 2015	Risultato 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
	Customer Satisfaction	Produzione ed invio in Regione relazione sulla customer satisfaction	Invio della relazione sulla customer entro 28 febbraio anno successivo	Sì	Sì	Invio relazione entro 28/02	Invio relazione entro 28/02	Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione	URP Aziendale UU.OO Aziendali
	Bilancio Sociale	Redazione ed invio Bilancio Sociale	Redazione ed invio BILANCIO SOCIALE entro il 28 febbraio anno successivo	Sì	Sì	Invio piano entro il 28/02	Invio piano 28/02	Ufficio Pianificazione 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. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO – FINANZIARIA E DI BILANCIO

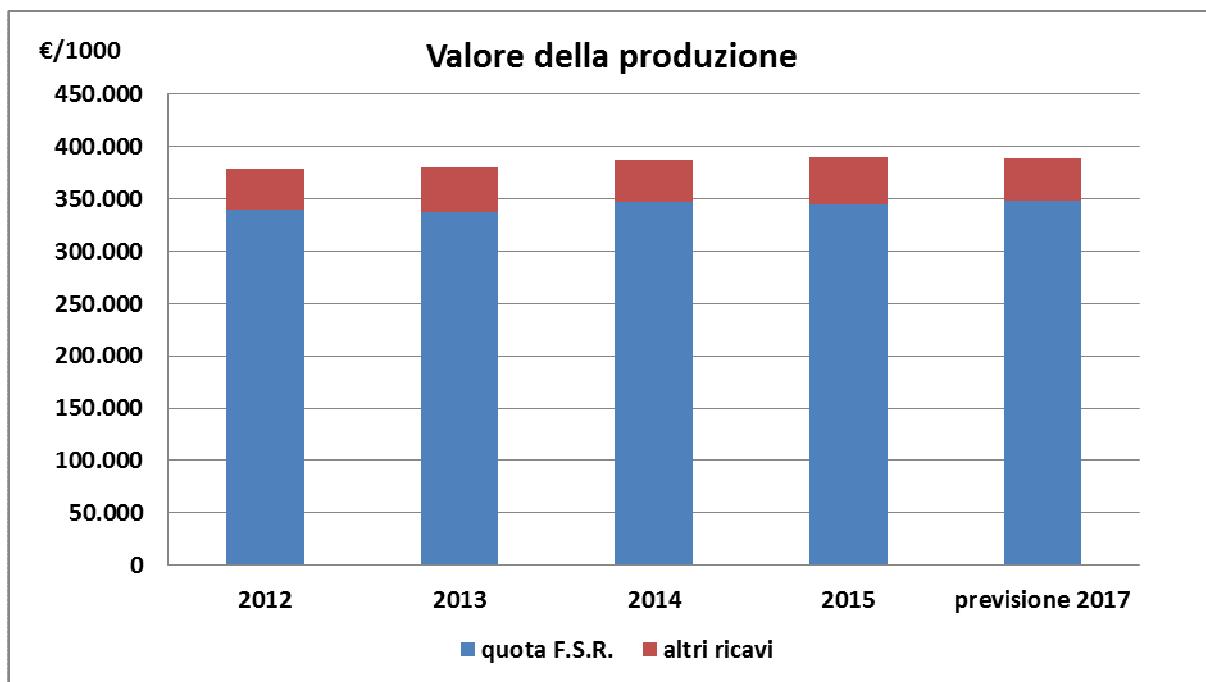
Secondo quanto previsto dall’articolo 5, comma 1, e dall’articolo 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell’ambito del Piano della performance è avvenuta in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione, attraverso:

- ❖ l’inclusione all’interno del piano della Performance degli obiettivi strategici declinati nella Relazione al Bilancio preventivo 2017 e triennale 2017 – 2019;
- ❖ l’impegno a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utilizzate per il conseguimento degli stessi;
- ❖ La definizione di un set minimo di indicatori di bilancio che, attraverso la rappresentazione dell’andamento delle serie storiche dei dati, fornisce una utile lettura della gestione con riferimento all’assistenza.

La ASM ha predisposto il bilancio di previsione 2017 e triennale 2017 – 2019 con le delibera aziendale n. 1298 del 10.11.2016). Le delibera con gli allegati è disponibile sul sito aziendale.

Si riporta di seguito in forma grafica e tabellare il trend delle voci principali che compongono il valore della produzione.

VALORE DELLA PRODUZIONE	2012	2013	2014	2015	previsione 2017	Δ pr. 17 - 15	$\Delta \%$ pr. 17 - 15
quota F.S.R.	339.857	337.204	347.491	344.383	348.106	3.723	1,1%
altri ricavi	38.939	43.548	40.644	45.639	40.587	-5.052	-11,1%
Totale valore della produzione	378.796	370.045	388.135	390.022	388.693	-1.329	-0,3%



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 nella delibera aziendale: n. 1298 del 10.11.2016 contenenti il Bilancio di Previsione 2017, il bilancio di previsione triennale 2017 – 2019 e la relazione tecnico-illustrativa.

7.1 COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE

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 effettive e verificabili; ciò conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguitamento 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. 101 del 28/01/2016 è stato adottato il Piano triennale per la Trasparenza e Integrità “PTTI” 2016-2018 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 già nel 2015, aggiornati al 2017, 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 2016, sono stati verificati i risultati raggiunti per ciascun obiettivo strategico concordato e l’analisi dei risultati dell’attività svolta, quale rendiconto sull’efficacia delle misure di prevenzione definite, per l’anno 2016 è stata inserita nella relazione annuale sull’esito dell’attività PTPC 2016 – 2018 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 2017 intende introdurre miglioramenti alla politica di prevenzione della corruzione della ASM e adeguarsi alle nuove ed aggiuntive indicazioni contenute nell’aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione.

Sono stati evidenziati, sin dall’anno 2015 e completamente conseguiti nel 2016, alcuni obiettivi, riportati, con relativi indicatori, target e risultati raggiunti, di seguito sono stati individuati nuovi obiettivi da perseguire a partire dall’anno 2017.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2015	TARGET 2016	RISULTATO 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Aggiornamento Piano prevenzione della corruzione Monitoraggio aree a rischio	Monitoraggio delle Aree a rischio ex lege / uffici esposti ad eventi rischiosi nelle singole UU.OO.	Gestione del rischio – Monitoraggio 80% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure correttive previste (Applicazione Codice di comportamento o Az.).	Gestione del rischio – reports di Monitoraggio 90% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure correttive previste Reports su Azione Migliorativa	Sono state monitorate il 90% delle attività nelle UU.OO. a rischio	Gestione del rischio – Reports su Monitoraggio 100% attività nelle UU.OO. a rischio e delle misure correttive previste Reports su Azione Migliorativa	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2016 - 2018 Sito aziendale	Direzione Strategica Responsabile del Prev. e Corr. Responsabile Trasparenza Referenti del Resp. della corruzione Dirigenti UU.OO. interessate
Prevenzione della corruzione	Applicazione Codice di 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	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	Monitoraggio effettuato	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.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2015	TARGET 2016	RISULTATO 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione e 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	Report su Monitoraggio Applicazione 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio Applicazione procedure misure 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su monitoraggio e applicazione procedure 0 conflitti di interesse	Report su Monitoraggio Applicazione procedure misure	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione PTBC 2015 - 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Generale Responsabile della prevenz.della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigenti della U.O. Attività Tecnica
Prevenzione della Corruzione e Area Gestione Risorse Umane	2014 – 2015 Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazioni rese dai dipendenti e dagli utenti	2014 – 2015 N. Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di cert. / N dichiarazioni sostitutive di cert. Pervenute	2014 – 2015 50 % controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	60 % controlli 60% sul totale delle dichiarazioni pervenute	60% di controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	70 % controlli sul totale delle dichiarazioni pervenute	Relazione annuale sulla prevenzione della corruzione PTBC 2015 – 2017 Sito aziendale	Direzione Strategica Generale Responsabile della prevenz.della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigenti della U.O. Gestione Risorse Umane

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2015	TARGET 2016	RISULTATO 2016	TARGET 2017	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione e 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	Report su Monitoraggio Applicazione 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio Applicazione procedure misure 0 conflitti di interesse Reports Azioni di miglioramento intraprese	Report su Monitoraggio Applicazione procedure misure 0 conflitti di interesse	Report su Monitoraggio Applicazione 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 prevenzione della corruzione Responsabile della Trasparenza Dirigente dell'U.O. Economato / Provveditorato

In seguito ad un rigoroso esame dei risultati raggiunti in tema di anticorruzione, si è ritenuto opportuno azzerare i precedenti obiettivi, in quanto quasi totalmente raggiunti e inserire nuovi obiettivi , con relativi indicatori e target , evidenziati nella tabella seguente. (vedi relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2016 – 2018 pubblicata sul Sito aziendale).

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATOR E	TARGET 2017	TARGET 2018	RISULTATI 2017		FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	ALPI (Libera professione) Verifica dell'att. svolta in regime intramoenia allargata	Report su Controllo sistematico della gestione e programmaz . delle agende della spec. amb. al fine di uniformare i comport.deg li operatori coinvolti	Redazione – adozione e monitoraggi o di una procedura interna di controllo	Reports su verifiche effettuate			Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2016 - 2018 Sito aziendale	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATOR E	TARGET 2017	TARGET 2018	RISULTATI 2017		FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Verifica e controllo della gestione delle attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero	Report su Controllo sistematico della gestione . delle attività conseguenti al decesso al fine di uniformare i comport.deg li operatori coinvolti	Redazione – adozione e monitoraggi o di una procedura interna di controllo	Reports su verifiche effettuate			Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2016 - 2018 Sito aziendale	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATOR E	TARGET 2017	TARGET 2018	RISULTATI 2017		FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Verifica e controllo della gestione delle agende della specialistica amb. Liste di attesa	Controllo sistematico della gestione . delle agende al fine di uniformare i comport.deg li operatori coinvolti	Redazione – adozione e monitoraggi o di una procedura interna di controllo	Reports su verifiche effettuate			Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2016 - 2018 Sito aziendale	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2017	TARGET 2018	RISULTATI 2017		FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2017	TARGET 2018	RISULTATI 2017		FONTI E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
Prevenzione della corruzione	Verifica e controllo delle attività dei servizi esternalizzati di ristorazione , lavanolo ed igiene amb.perchè siano aderenti ai rispettivi capitolati	Controllo sul rispetto dei capitolati da parte delle aziende che forniscono i servizi alla ASM	Redazione – adozione e monitoraggi o di una procedura interna di controllo	Reports su verifiche effettuate			Relazione annuale sull'esito dell' attività PTPC 2016 - 2018 Sito aziendale	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile Coordinatori del Servizio Infermieristico

7.2 COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA

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 2016 e la definizione di nuovi obiettivi e dei relativi dei target prefissati sino al 2017.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017	RISULTATO 2016	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
OBIETTI VI DI EMPOWE RMENT	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 %	> 28 %	> 29 %	28% di risposte ai questionari	Pubblicazi one su sito aziendale Ufficio Pianificazi one del Dipartimen to Salute della Regione	URP Aziendal e UU.OO Aziendali
OBIETTI VI DI EMPOWE RMENT	Obiettivo Strategico	Produzione Bilancio sociale (redatto dall'U.O. Pianificazione e Controllo strategico)	Redazion e ed in invio in Regione del Bilancio Sociale	Il Piano è stato redatto Obietti vo raggiunto	Riediz ione ed aggior namen to Bilan cio socia le	Riediz ione ed aggior namen to Bilan cio social e	Il Piano è stato redatto /aggiornat o Obiettivo raggiunto	Pubblicazi one su sito aziendale Ufficio Pianificazi one del Dipartimen to Salute della Regione	CCS e UU.OO. aziendali
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 normativ o/ totale dati pubblicati	100%	100 %	100%		Sito aziendale Responsabi le Trasparenz a ASM	Dirigenti delle UU.OO

7.3 COERENZA CON IL MANUALE 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 Accentrat a 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 sistematico, 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 sistematico, 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.

8. IL PROCESSO SEGUITO

8.1 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)
- Il Comitato di budget
- Direzioni Ospedaliere
- Direzioni Dip. Prevenzione Salute Umana e Animale
- Direzioni dei Distretti
- Comitato Consultivo Misto
- Ufficio Stampa
- Responsabile Anticorruzione
- 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).

- favorire una effettiva accountability e trasparenza.
- Organizzazioni Sindacali

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.

9. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA 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.

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 riportano le azioni già intraprese e quelle da porre in essere:

- Il Piano è 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.
- Il Piano è integrato con il piano della trasparenza e con il Piano PTTP, con individuazione di alcuni obiettivi prioritari da monitorare;
- Sono state definite le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini, al fine di fornire la trasparenza come massima leggibilità delle informazioni da parte dei vari stakeholder;
- E' stato avviato e implementato un sistema di controllo direzionale che consente il monitoraggio periodico dei principali indicatori di attività dell'azienda, anche da parte dei direttori di dipartimento e di UU.OO. complesse, (cruscotto direzionale);
- Si stanno individuando particolari procedure di monitoraggio e verifica della performance aziendale e individuale; prevedendo 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.

Di seguito si elencano ulteriori azioni di miglioramento già attuate e quelle previste nel prossimo triennio:

9.1 QUALITA' ED 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 riconoscenza 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 2016

- È stata avviata la fase di raccolta degli atti autorizzativi esistenti presso tutte le strutture aziendali con ripetuti contatti con i vari soggetti Responsabili.
- 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.
- 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.
- Con delibera aziendale n.1095 / 2014 è stato 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).
- 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
- 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".
- 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.
- E' stato elaborato il "Manuale della Qualità ASM Matera" trasmesso alla Direzione Strategica per approvazione e ratifica.
- 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.
- 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
- Sono state attuate tutte le attività programmate dalla Regione Basilicata, come valutatore regionale dei sistemi di gestione della qualità.

9.2. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA " CUSTOMER SATISFACTION"

Ogni anno, l'ASM conduce un'analisi sulla qualità percepita da parte dei cittadini che usufruiscono dei servizi aziendali.

La valutazione della qualità dei servizi espressa dai cittadini è lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale per far coincidere i servizi sanitari offerti con le richieste dei cittadini, ottimizzando le risorse disponibili ed intervenendo con azioni mirate e progetti specifici.

Di conseguenza "un'analisi della valutazione della qualità dei servizi" non si traduce in un sondaggio di opinioni, ma dà la possibilità di ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e di relazione, costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia.

Ascoltare quello che il cittadino dice, significa considerare l'ascolto una funzione permanente, pianificata ed organizzata.

LA ASM, pertanto, per la misurazione della soddisfazione del cliente, ha realizzato una 'indagine sulla valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari dell'Azienda Sanitaria, avente ad oggetto:

- le aspettative con cui il cliente si accosta al servizio.
- le percezioni degli utenti /clienti relative al servizio sanitario erogato dopo l' utilizzo dello stesso
- Lo strumento utilizzato è stato un questionario strutturato, comprendente :
- domande chiuse, volte a misurare la valutazione del l'utente /cliente sulla qualità del servizio,
- domande aperte per i suggerimenti relativi al miglioramento della qualità;
- un allegato con note sui dati anagrafici del cittadino, nel rispetto della riservatezza e della privacy.

Il questionario, suddiviso in sezioni, si compone di domande di carattere generale relative alla valutazione della qualità totale del servizio erogato e domande più specifiche, per la valutazione di singoli aspetti relativi alla fruizione del servizio stesso.

Per l' analisi dei singoli item è utilizzata una scala di valori che va dal molto inadeguato, al molto adeguato, al non so.

LA metodologia usata è stata quella del campionamento.

Per il Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" sono state individuate, un'unità operativa per ogni Area Dipartimentale e per il tipo di assistenza di cui gli utenti 7 clienti hanno usufruito:

- Assistenza Ospedaliera
- Dipartimento Multidisciplinare Medico – Unità Operativa di Pneumologia
- Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico – Unità Operativa di Ortopedia
- Dipartimento Donna, Maternità, Infanzia – Unità Operativa di Pediatria
- Assistenza Ambulatoriale
- Dipartimento Multidisciplinare Medico –Diabetologia- Malattie Metaboliche
- Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio – Nutrizione clinica -Dietologia
- Poliambulatorio di via Montescaglioso
- Poliambulatorio Punto Sanità
- Consultorio Familiare di via Matteotti
- Consultorio Familiare di via Montescaglioso

Per il Presidio Ospedaliero di Policoro e gli Ospedali Distrettuali di Tinchi – Stigliano- Tricarico, il coinvolgimento è stato globale.

I questionari sono stati distribuiti ai cittadini che hanno usufruito delle strutture sanitarie dell'Azienda, dal 16 al 30 Maggio 2016.

I risultati della Customer Satisfaction costituiscono oggetto di approfondimento per tutti gli operatori e le UU.OO. aziendali al fine di perseguire l'obiettivo della qualità "totale" per far coincidere i servizi sanitari offerti con le richieste dei cittadini.

I dati inerenti la tabulazione del questionario e i risultati dell'indagine di Customer Satisfaction sono stati pubblicati sul sito, nella sezione trasparenza.

3.3. LA DEMATERIALIZZAZIONE

L'Azienda Sanitaria di Matera ha da tempo avviato processi di dematerializzazione.

Tra i più significativi si riportano:

- delibere e determinate
- albo on line
- cedolini dipendenti
- ferie dipendenti per alcune strutture della ASM
- fatturazione elettronica,
- referti on line
- richieste e referti per i servizi diagnostici
- notifiche infortuni
- richieste di consulenze interne e relativi referti per alcuni reparti ospedalieri
- scelta e revoca dei MMG e PLS

Le attività che saranno implementate nel prossimo triennio riguarderanno:

- ciclo dell'ordine
- cartelle cliniche
- pagamenti tikets
- ferie dipendenti per tutti gli operatori ASM
- implementazione di consulenze interne e relativi referti per tutti i reparti ospedalieri
- turni di lavoro nei reparti e servizi aziendali

9.4. APERTURA E GESTIONE DI NUOVI SERVIZI RIVOLTI AI CITTADINI

- Con delibera n. 1226 /2016 sono stati definiti i primi indirizzi operativi specifici per l'avvio delle attività di Neuropsichiatria Infantile da parte della Fondazione Stella Maris Mediterraneo, a partire dal 1 novembre 2016 in attuazione del Protocollo d'Intesa regionale formalizzato con DGR n. 1455 /2015, che prevede l'attivazione di 8 posti letto presso il P.O. di Matera.
- Con delibera n. 829 /2016 è stata istituita la U.O.S.D. di **STROKE UNIT**, ed è stato approvato il protocollo per la gestione dello STROKE – Integrazione Terapia Sub Intensiva / Stroke Unit. Alla Stroke sono stati assegnati 3 posti letto nell'ambito degli attuali posti letto della terapia sub intensiva generale, da destinare a pazienti con ictus cerebrale candidabili alla trombolisi
- Apertura della R.E.M.S. (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), che ha consentito alla Regione Basilicata di risultare tra le prime Regioni in Italia ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.
La R.E.M.S., realizzata nella frazione di Tinchi, risponde all'obiettivo prioritario di curare e ridare dignità a particolari categorie di pazienti psichiatrici, favorendo il reinserimento sociale dei pazienti cui è rivolta. La R.E.M.S., infatti, vuole aprirsi all'esterno, curare e riabilitare, attraverso la continua interazione degli operatori con il mondo esterno, le associazioni di volontariato e tutti i soggetti coinvolti nei progetti di terapia e riabilitazione.
A tale scopo la ASM in collaborazione con la Regione ha messo su una vera e propria struttura di missione: 2 psichiatri, 1 psicologo, 1 assistente sociale e altro personale di supporto, il tutto sotto la vigilanza e previa autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza.

9.5 IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' DI VALUTAZIONE

Da circa tre anni l'Azienda utilizza un datawarehouse, programma applicativo di controllo direzionale, in uso presso il controllo di gestione finalizzato al controllo di gestione e alla produzione dei rapporti di gestione, oltre che al monitoraggio delle attività assistenziali.

Si prevede per il prossimo anno, l'implementazione delle attività in riferimento a:

- accesso al programma per tutti i Direttori di Dipartimento e/o di unità operativa semplice e complessa, al fine di monitorare direttamente le attività svolte e le risorse utilizzate (personale , farmaci ecc) ;
- reportistica (scheda nominativa) per ogni singolo medico, MMG e PLS, con raffronti statistici (economici e clinici) riferiti:
 - alle associazione (per gruppi di medici)
 - al Distretto di riferimento
 - all'azienda nel suo complesso

9. 6. EFFICIENTAMENTO GESTIONALE

Sempre nell'ambito delle azioni di efficientamento gestionale, nel corso del 2015 e proseguito nel 2016 è stato avviato un percorso finalizzato all'ottimizzazione dell'utilizzo ed allocazione delle risorse umane, attraverso la costituzione di apposito gruppo di lavoro di supporto alla Direzione Strategica, per la cognizione del personale del comparto addetto all'assistenza, formalizzata con deliberazione n. 98 del 22/01/2015, al fine dell'individuazione delle unità cui sono state riconosciute limitazioni funzionali e/o operative e della conseguente ricollocazione dello stesso personale, di concerto con le posizioni organizzative, in maniera più congrua rispetto alle attività delle varie Unità Operative ed più in generale più consona con le esigenze assistenziali. Tale intervento si propone di fronteggiare le sofferenze di organico del personale infermieristico, determinate dal blocco del turn over, effettuato in applicazione della vigente normativa, ed aggravate dalle limitazioni funzionali riconosciute oltreché dalle assenze registrate.

Nello specifico con deliberazione n. 644 del 20/04/2015, l'Azienda ha approvato le risultanze dello studio condotto dal Gruppo di lavoro appositamente costituito unitamente alla proposta di nuova assegnazione del suddetto personale.

In particolare, il gruppo di lavoro ha suddiviso il personale dipendente in quattro categorie differenti, tenuto conto della diversa capacità lavorativa degli stessi:

- Fascia A - comprendente tutti i lavoratori giudicati pienamente idonei e che, pertanto, possono essere impiegati su tre turni (mattino – pomeriggio – notte) in tutti i reparti;
- Fascia A1 - comprendente tutti quei lavoratori ai quali è stato prescritto di avvalersi, nell'espletamento delle proprie mansioni, del supporto di mezzi meccanici adeguati e che, pertanto, il Gruppo di lavoro ha ritenuto di poter pienamente adibire in tutti i reparti ad eccezione del Pronto Soccorso e del 118;
- Fascia B - comprendente i dipendenti i quali, per problemi di salute, sono stati esonerati dal lavoro notturno e che, pertanto, possono prestare la propria attività lavorativa soltanto su due turni (mattino – pomeriggio);
- Fascia C - comprendente i dipendenti per i quali è stato formulato un giudizio di idoneità con prescrizioni varie, diverse dal divieto di movimentazione manuale dei carichi e dal divieto di turnazione notturna e che, pertanto, nell'espletamento delle proprie mansioni, presentano una serie di limitazioni.

A seguito della cognizione di tutto il personale infermieristico, effettuata tenendo in considerazione i giudizi di idoneità con prescrizione rilasciati dal Medico Competente aziendale, nonché all'esistenza di eventuali limitazioni alla utilizzazione del lavoratore nell'intero arco della giornata, il Gruppo, con l'intento di contemperare l'esigenza di ottimizzare la capacità lavorativa del personale in servizio con quella, altrettanto prioritaria, di tutelarne la salute ed i legittimi diritti, ha proposto di assegnare ai Reparti con Alto carico assistenziale:

- Tutto il personale di Fascia A giudicato pienamente idoneo alle mansioni di appartenenza;
- - ai reparti con Medio/Basso carico assistenziale;
- Il personale di Fascia A;
- Tutti i dipendenti di Fascia A1 per i quali il giudizio di idoneità contiene la prescrizione di evitare la movimentazione manuale dei carichi e che, pertanto, necessitano di essere supportati da mezzi meccanici adeguati nell'espletamento delle proprie mansioni;
- Tutti i dipendenti di Fascia B esonerati, per motivi di salute, dal lavoro notturno;
- Tutti i dipendenti i quali, pur essendo di fascia A in quanto giudicati pienamente idonei alle mansioni proprie del profilo di appartenenza, hanno comunque diritto all'esonero dal lavoro notturno per esigenze di carattere familiare, tutelate dalla normativa vigente;
- - agli Ambulatori, nell'ordine:
- Tutti i dipendenti di Fascia C, i quali sono tenuti a rispettare una serie di prescrizioni nell'espletamento dell'attività lavorativa;

-
- Tutti i dipendenti che fruiscono delle agevolazioni previste dalla L. 104/92;
 - Tutti lavoratori in part-time con articolazione dell'orario di lavoro tale da non coprire un intero turno;

In subordine, a richiesta:

- Tutti i lavoratori con età anagrafica compresa tra i 65 ed i 55 anni e tutte le lavoratrici madri di uno o più bambini di età inferiore agli otto anni.

Inoltre, al fine di garantire la costante presenza in servizio del personale indispensabile per il regolare funzionamento dei servizi, si è proposto di distribuire in maniera più equa e razionale tra le varie articolazioni aziendali i lavoratori che fruiscono dei permessi ex legge 104/1992, nonché quelli con orario di lavoro part-time.

Infine, allo stesso fine, il Gruppo ha proposto di prevedere un sistema premiante per il personale che viene utilizzato nelle UU.OO. di degenza su tre turni, avuto riguardo all'indice di presenza al lavoro di ciascuno.

In applicazione dei suddetti criteri, nel 2015 e 2016 sono state ricollocate complessivamente 28 unità infermieristiche.

10. MONITORAGGIO DEL PIANO

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.