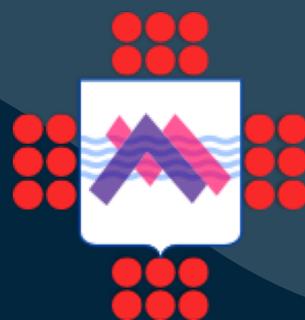




SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
ASM MATERA

2022

Relazione annuale sulla performance



SOMMARIO

| | |
|---|------------|
| PREMESSA | 3 |
| 1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE | 6 |
| 1.1 PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE - FINALITA' E PRINCIPI GENERALI | 6 |
| 2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI | 7 |
| 2.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA..... | 7 |
| 2.2 IL CONTESTO TERRITORIALE e DEMOGRAFICO..... | 8 |
| 2.3 I RISULTATI DELLE ATTIVITA' SANITARIE RAGGIUNTI | 10 |
| 2.4.1. GLI INVESTIMENTI EFFETTUATI..... | 12 |
| 2.4.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA..... | 15 |
| 2.4.2.1 PRESIDIO OSPEDALIERO DI MATERA | 17 |
| 2.4.2.2 <i>PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO</i> | 25 |
| 2.4.2.3 <i>OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO</i> | 30 |
| 2.4.2.4 <i>OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO</i> | 32 |
| 2.4.2.5 <i>OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI</i> | 33 |
| 2.4.3. ASSISTENZA TERRITORIALE | 33 |
| 2.4.4. <i>PREVENZIONE</i> | 59 |
| 2.4.4.1 <i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA</i> | 59 |
| 2.4.4.2 <i>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITA' E BENESSERE ANIMALE</i> | 69 |
| 2.5 I RISULTATI ECONOMICO FINANZIARI..... | 76 |
| 2.6 LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA – “CUSTOMER SATISFACTION” | 78 |
| 3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE | 80 |
| 4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA: OBIETTIVI DI MANDATO – OBIETTIVI OPERATIVI | 82 |
| 4.1 OBIETTIVI DI MANDATO..... | 82 |
| 4.2 RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI COME DECLINATI CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE | 84 |
| 5. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE..... | 129 |
| ALLEGATO 1 - LE RISORSE UMANE..... | 139 |
| ALLEGATO 2 - IL MODELLO ORGANIZZATIVO E L'ORGANIGRAMMA | 145 |
| 6. CONCLUSIONI..... | 151 |

PREMESSA

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda stessa è costituita. La misurazione della performance delle aziende sanitarie e la loro comunicazione a tutti i portatori di interesse rappresentano un'esigenza particolarmente sentita, in considerazione del valore che la collettività attribuisce al "bisogno salute". In tale contesto assume rilevanza fondamentale la redazione della Relazione sulla performance prevista dal D. Lgs. n. 150/2009.

Ogni sistema di misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento e innovazione.

La misurazione e valutazione della performance è un processo fondamentale per: portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare nonché i risultati conseguiti; migliorare il sistema di comunicazione degli obiettivi aziendali; porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance; guidare i processi decisionali; gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi; motivare i comportamenti di gruppi e di individui; rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici.

La presente Relazione sulla Performance vuole illustrare i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2022 rispetto agli obiettivi prefissati ed è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

L'iter di predisposizione della Relazione sulla Performance si è protratto oltre i termini previsti dalla normativa vigente, in quanto strettamente connesso a quello inerente alla definizione e trasmissione alle Aziende del riparto del FSR 2022 da parte della Regione, approvato in via definitiva con DGR N. 202300780 del 22/11/2023, avente ad oggetto " Riapprovazione Riparto definitivo delle disponibilità finanziarie di parte corrente a destinazione indistinta, vincolata e finalizzata per il Servizio Sanitario Regionale – anno 2022. Annullamento DGR 202300599 del 3.11.2023".

Conseguentemente, per la redazione della presente Relazione si è dovuto attendere l'adozione definitiva del bilancio d'esercizio 2022, avvenuta solo in data 30/11/2023, con DDG n. 1002.

A tal proposito con nota prot. 24964 del 15/06/2023 pubblicata sul sito Aziendale all'interno dell'Area relativa all'Amministrazione Trasparente - sezione Performance, si è provveduto a comunicare al Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio Valutazione della Performance e, per conoscenza, all'Organismo Indipendente di Valutazione ASM, il differimento dei termini per la presentazione della Relazione sulla Performance dell'ASM per l'anno 2022.

Il quadro generale all'interno del quale si è collocata la gestione dell'ASM nell'anno 2022 è stato caratterizzato, da un lato, dal termine dello stato di emergenza sanitaria nazionale deliberato dal Consiglio dei ministri il 31 gennaio 2020 e prorogato sino al 31 marzo 2022, come da Decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24 recante "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza." (G.U. Serie Generale, n. 70 del 24 marzo 2022) ovvero, dall'altro dalla Crisi Ucraina, in essere a far data dal febbraio 2022 e tuttora in corso. In particolare, il forte rincaro dei prezzi dell'energia e delle materie prime ha condizionato pesantemente l'evoluzione dell'economia dei paesi europei, tra cui l'Italia, sviluppando dinamiche inflazionistiche che hanno determinato un rilevante incremento dei costi di produzione per le imprese e dei prezzi al consumo per le famiglie, con l'erosione del potere di acquisto dei salari, che è destinato a protrarsi nel biennio 2023-2024. La fine dello stato di emergenza, dichiarata nel primo trimestre 2022, con la sospensione delle misure di contrasto alla diffusione della pandemia avrebbe dovuto garantire una ripresa a pieno ritmo delle attività assistenziali ordinarie, ma ciò non è sempre avvenuto.

In particolare l'emergenza pandemica del biennio 2020 – 2021 aveva drammaticamente fatto emergere criticità e debolezze già presenti nel sistema sanitario italiano, conseguenti alle scelte programmatiche, relative all'ultimo decennio, effettuate prevalentemente in risposta alla crisi finanziaria che ha investito il

Paese, quali la riduzione della spesa pubblica in generale e, nello specifico, quella per la sanità, con il crescente incremento della componente a carico dei cittadini, la contrazione del personale a tempo indeterminato, la riduzione delle strutture di ricovero ospedaliero, il mancato sviluppo dell'assistenza territoriale, oltre al rallentamento degli investimenti. Tali misure, se da un lato hanno consentito in questi anni il riassorbimento di squilibri finanziari nell'utilizzo delle risorse pubbliche, dall'altro hanno amplificato criticità già esistenti, che oggi più che mai è necessario superare: si tratta delle differenze nella qualità dei servizi offerti nelle diverse aree del Paese, delle gravi carenze di personale sanitario dovute alla mancata attuazione del turn over per adempiere ai vincoli di finanza posti nella fase di risanamento; della inadeguatezza della risposta assistenziale sul territorio a fronte del crescente fenomeno delle non autosufficienze e delle cronicità; dei ritardi negli investimenti, sacrificati a fronte delle necessità correnti. Come ben stigmatizzato nelle ultime Relazioni Annuali della Corte dei Conti, le suddette criticità sono destinate ad aggravarsi, in prospettiva, per il crescente squilibrio demografico, segnato dal progressivo invecchiamento della popolazione, con la duplice conseguenza di una riduzione della ricchezza generata e delle risorse pubbliche a disposizione a fronte di un aumento dei bisogni di salute e assistenza.

In particolare, la pandemia ha evidenziato in tutta la sua gravità l'inadeguatezza delle risorse umane professionali (esplosa in tutta la sua gravità durante gli anni dell'emergenza COVID 19) che si è riproposta in tutta la sua drammaticità nel periodo post pandemico, ritardando o non consentendo di assicurare una ripresa dell'operatività ordinaria, in grado di fornire una risposta sanitaria congrua. Negli ultimi anni sono divenuti più evidenti gli effetti negativi di due fenomeni diversi che hanno inciso sulle dotazioni organiche del sistema di assistenza: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, soprattutto in alcuni ambiti, di personale specialistico. A seguito del blocco del turn-over nelle Regioni in Piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), tra cui la Basilicata, il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Negli ultimi anni, inoltre, i vincoli posti alle assunzioni in sanità, pur se resi necessari dal forte squilibrio dei conti pubblici del settore, hanno aumentato le difficoltà di trovare uno sbocco stabile a fine specializzazione e un trattamento economico adeguato, determinando una vera e propria fuga in altri Paesi. Negli ultimi 8 anni, secondo i dati Ocse pubblicati nel 2021, sono stati oltre 9.000 i medici formati in Italia che sono andati a lavorare all'estero (Regno Unito, Germania, Svizzera e Francia tra i mercati più selezionati). Una condizione che, pur deponendo a favore della qualità del sistema formativo nazionale, rischia di rendere le misure assunte per l'incremento delle specializzazioni poco efficaci, se non accompagnate da un sistema di incentivi che consenta di contrastare efficacemente le distorsioni evidenziate.

Nel 2022, anche a seguito della fine dello stato di emergenza, è risultato estremamente complicato riprendere le attività ordinarie, con specifico riferimento al pieno recupero della capacità operativa delle sale operatorie, al ripristino delle attività ambulatoriali e delle altre linee produttive, per effetto soprattutto della grave carenza di risorse umane, con particolare riguardo ai profili sanitari, che ha gravato pesantemente sulle strutture aziendali, sia territoriali che, soprattutto, ospedaliere.

In tal senso l'anno 2022 si è caratterizzato:

- da un lato, per il consolidamento dell'imponente contrazione delle attività da parte delle articolazioni operative dell'ASM, con riferimento in particolar modo ai ricoveri e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che hanno confermato nel complesso la severa battuta d'arresto fatta registrare già nel 2020 e 2021 rispetto ai livelli prepandemici;
- dall'altro, la registrazione di un risultato economico negativo.

Le risultanze economiche dell'ASM per l'anno 2022 sono state determinate alla luce delle risorse del F.S.R. assegnate e comunicate con nota PEC - Protocollo nr. 218255 del 23/10/2023, tenendo conto delle indicazioni fornite dal MEF agli esiti della Verifica dei Conti Sanitari - consuntivo 2022, comunicate dalla Regione Basilicata con nota Protocollo nr. 209103 del 10/10/2023, a seguito della riunione tenutasi in data 28 Settembre 2023, presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze- Ragioneria Stato- Dip. IGESPES, del Tavolo degli Adempimenti per l'esame dei conti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) Consuntivo 2022 (CE/SP) e alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 202300780 del 22/11/2023 di riparto definitivo delle disponibilità finanziarie di parte corrente a destinazione indistinta, vincolata e finalizzata per il Servizio Sanitario Regionale – anno 2022.

In applicazione delle indicazioni contenute nella succitata nota si è proceduto alla contabilizzazione di una serie di contributi regionali in favore dell'ASM di competenza 2022, anziché tra i ricavi del conto economico aziendale 2022, come da procedura ordinaria, alcuni nel Capitale Netto dello Stato Patrimoniale 2022, a copertura delle perdite pregresse, altri tra le sopravvenienze attive del conto economico relativo all'anno 2023.

Tale modalità di contabilizzazione ha comportato inevitabilmente una riduzione dei ricavi d'esercizio 2022, incidendo conseguentemente sulla formazione della perdita economica.

Il sistema sanitario locale, così come si presenta oggi, all'indomani della fine dello stato di emergenza da COVID, proclamato il 31 marzo 2022, versa in condizioni di grande difficoltà, che ne inficiano significativamente le capacità di risposta rispetto al crescente fabbisogno assistenziale richiesto dalla popolazione, rendendo indispensabile l'avvio di una nuova stagione di investimenti, soprattutto in risorse umane, ma anche tecnologiche e strutturali, in grado, da un lato, di ripristinare le condizioni minime necessarie a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, dall'altro, di consentire la realizzazione dei programmi operativi predisposti per il rafforzamento dell'assistenza sia a livello ospedaliero che territoriale in attuazione dei nuovi modelli organizzativi previsti dal PNRR.

1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

1.1 PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE - FINALITA' E PRINCIPI GENERALI

Il D.Lgs. n. 150/2009, così come modificato dal Dlgs.74/2017, e dalle Linee Guida nn. 1 e 2/2017 e n. 3/2018 della Funzione Pubblica, inerenti “la Relazione annuale sulla Performance”, prevede che le Amministrazioni pubbliche predispongano e pubblichino sul proprio sito istituzionale e sul Portale della Performance, la Relazione annuale sulla performance, approvata dall’organo di indirizzo politico amministrativo e validata dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), entro il 30 giugno di ciascun anno, superando in tal modo le disposizioni di cui alla delibera CiVIT n. 6 del 2012 che avevano fissato al 15 settembre il termine ultimo per la trasmissione della relazione validata.

Come già anticipato in premessa, il ritardo nell’iter di approvazione del bilancio d’esercizio 2022, ha comportato il mancato rispetto del suddetto termine di scadenza, con uno slittamento dello stesso, oltre che indicato nell’apposita sezione del sito aziendale dedicato alla trasparenza.

La presente Relazione sulla Performance, redatta in ossequio alle Linee Guida della Funzione Pubblica n. 2/2018, oltreché secondo le disposizioni contenute nel D. Lgs n. 74 del 25 maggio 2017, conclude il ciclo della performance dell’ASM relativo all’anno 2022, avviato con l’adozione del Piano della performance 2022 – 2024 – Anno 2022 formalizzata con deliberazione aziendale n.405 del 24/06/2022 e nella Delibera n. 474 del 15.07.2022 avente ad oggetto “Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO – Triennio 2022 - 2024”.

Nell’impianto definito dal decreto n. 150/2009, la performance rappresenta il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita. Pertanto, il suo significato si lega strettamente all’esecuzione di un’azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione e, come tale, si presta ad essere misurata e gestita.

La presente Relazione sulla performance, redatta in conformità ai principi generali di rappresentatività e trasparenza di cui al Decreto Legislativo n. 150/2009, costituisce lo strumento d’elezione attraverso cui l’Azienda rappresenta e comunica a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati ed esplicitati nel Piano della Performance.

Con la presente Relazione, l’Azienda attesta il livello di raggiungimento per l’anno 2022 degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel Piano della Performance 2022 – 2024 che costituisce il documento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono stati esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target, sui quali si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Al pari del Piano della Performance, ai sensi dell’art. 15, comma 2, lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009, la Relazione viene approvata dall’Organo di indirizzo politico amministrativo, dopo essere stata definita in collaborazione con i vertici aziendali.

Inoltre, ai sensi dell’art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del suddetto decreto, la Relazione è sottoposta - per la validazione - all’Organismo Indipendente di Valutazione.

Infine, la Relazione è resa disponibile e scaricabile online sul sito web istituzionale dell’ASM www.asmbasilicata.it, come previsto dalla normativa, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata “Amministrazione Trasparente”.

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

2.1 PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

L'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera ha assunto la sua attuale configurazione nel 2009, in seguito all'unificazione delle due ex Unità Sanitarie Locali della Provincia di Matera: la ASL n. 4 di Matera e la ASL n. 5 di Montalbano Jonico.

L'ASM è un'Azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia imprenditoriale, organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

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.

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

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extra ospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Matera.

Essa si caratterizza per la sua natura pubblica, in funzione delle risposte di salute espresse e nel rispetto delle aspettative e delle preferenze delle persone che ne richiedono i servizi.

L'ASM quale parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, è orientata a soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione di riferimento e dell'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza, mediante la erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.

L'Azienda, quale ente strumentale della Regione Basilicata, assume come obiettivi, intesi quali risultati concreti della propria missione in un arco temporale dato, l'assicurazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e di altri obiettivi di salute ed economico-finanziari, così come definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

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

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

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

La gestione operativa dell'ASM è garantita da numerose strutture direttamente gestite, rappresentate da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali e non, come indicate nell' Atto Aziendale, pubblicato sul sito web dell'Azienda, a cui si rimanda per i dettagli.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti;

- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore.

Si rinvia a specifici allegati del presente documento la descrizione

- delle risorse umane dell'ASM (Allegato 1),
- del modello organizzativo adottato e del corrispondente organigramma (Allegato 2).

2.2 IL CONTESTO TERRITORIALE e DEMOGRAFICO

L'ambito di riferimento territoriale in cui opera l'Azienda Sanitaria Locale è la Provincia di Matera, che si estende su una superficie di 3.446 Km², ripartita tra i 31 Comuni (con una popolazione complessiva pari a 190.739, di cui 94.140 uomini e 96599 donne sulla base dei dati ISTAT al 31/12/2022) che ne definisce l'estensione amministrativa, come riportato nella esemplificazione che segue, ove vengono individuati i confini territoriali dei Comuni che fanno parte della Provincia di Matera.

Il Comune più popoloso è il Capoluogo di Provincia, ovvero Matera che conta al 31/12/2022 n. 59.685 abitanti.

L'ambito territoriale comprende 31 Comuni corrispondenti alla intera Provincia di Matera:

- | | | |
|---------------|------------------|----------------------|
| - Accettura | - Grottole | - Rotondella |
| - Aliano | - Irsina | - Salandra |
| - Bernalda | - Matera | - San Giorgio Lucano |
| - Calciano | - Miglionico | - San Mauro Forte |
| - Cirigliano | - Montalbano | - Scanzano Jonico |
| - Colobraro | - Montescaglioso | - Stigliano |
| - Craco | - Nova Siri | - Tricarico |
| - Ferrandina | - Oliveto Lucano | - Tursi |
| - Garaguso | - Pisticci | - Valsinni |
| - Gorgoglione | - Policoro | |
| - Grassano | - Pomarico | |

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. Infatti, come emerge dalle graduatorie stilate tra le provincie italiane, la dotazione di infrastrutture nella provincia di Matera risulta alquanto scarsa, 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 24% è costituito da strade statali e il restante 35% da strade comunali e provinciali. La rete viaria che collega i singoli Comuni tra di loro e con gli altri Comuni regionali e non, è caratterizzata da strade strette e tortuose, accidentate e spesso franose, che condizionano notevolmente la viabilità rendendo i tempi di percorrenza sproporzionati rispetto alle distanze.

Tale assetto del territorio di fatto influenza le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento.

Se il dato relativo ai cittadini stranieri dei servizi sanitari mostra un incremento costante nel tempo, non si può affermare la stessa cosa per l'andamento demografico generale dei residenti in Provincia di Matera.

Negli ultimi 20 anni il quadro demografico della provincia, ha fatto registrare in maniera inequivocabile un trend progressivamente decrescente della popolazione residente, con l'eccezione degli anni 2004, 2007, 2010, 2013 e 2014, che hanno fatto registrare momentanee quanto transitorie battute d'arresto. Nel 2001 il

numero totale dei residenti nella provincia di Matera era superiore a 204.000 unità e da allora la popolazione è andata via via riducendosi fino a toccare il livello più basso nel 2021 (ultimo dato disponibile), in cui il numero dei residenti è di 191.552, con una riduzione superiore a 12.000 unità.

Nel grafico seguente viene riportato (sempre con riferimento 2003-2022) l'andamento della popolazione residente in Provincia di Matera suddivisa per classi di età.

Il risultato atteso come il miglioramento dei servizi e dell'offerta sanitaria e sociale dell'ASM, in relazione anche alle aspettative e risultati attesi dalla popolazione, deve considerarsi un obiettivo che deve tener conto dell'analisi dei cambiamenti dei fabbisogni assistenziali della popolazione residente nell'ambito territoriale in cui opera l'Azienda. Non solo ma anche della popolazione dei territori limitrofi che gravitano intorno a Matera e Policoro. Infatti occorre tener presente anche di un elemento di non trascurabile entità, rappresentato dal fatto che, dal 2003 al 2022 il numero dei cittadini stranieri aventi dimora abituale nella Provincia di Matera è passato da poco più di 2.000 a oltre 11.143 e rappresentano, ad oggi, il 5,8% della Popolazione residente nel territorio materano.

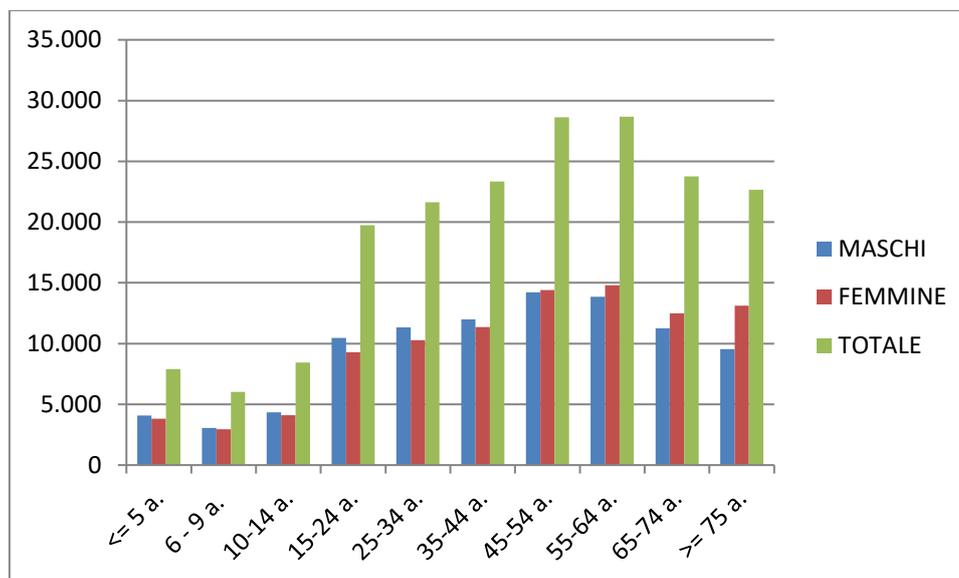
L'andamento demografico evidenzia che la classe di età con maggiore numerosità è rappresentata da quella dai 15 a 64 anni; mentre per le altre due classi rimanenti 0-14 anni e oltre 65 anni si nota, da un lato, una continua riduzione nel corso del tempo della numerosità della popolazione giovane da 0 a 14 anni, e dall'altro un aumento della numerosità della fascia di popolazione anziana oltre i 65 anni di età. Questa distribuzione delle classi di età è importante per comprendere la tipologia di servizi sanitari da assicurare alla popolazione. All'uopo appare opportuno sottolineare anche la conformazione del territorio caratterizzata da una bassa densità abitativa e da 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.

Il risultato atteso/ottenuto dovrà dunque essere interpretato non in valore assoluto, ma dovrà tener conto di tutti questi elementi demografico/morfologico/ambientale che caratterizzano la Provincia di Matera.

La tabella seguente riporta il numero di abitanti distinti per sesso e fasce di età quinquennali.

Tabella 2.1 – Popolazione residente nella ASM di Matera al 31/12/2022 e relativa piramide di età

| Età | MASCHI | FEMMINE | TOTALE |
|--------------------|---------------|---------------|----------------|
| <= 5 a. | 4.071 | 3.823 | 7.894 |
| 6 - 9 a. | 3.059 | 2.961 | 6.020 |
| 10-14 a. | 4.343 | 4.100 | 8.443 |
| 15-24 a. | 10.468 | 9.274 | 19.742 |
| 25-34 a. | 11.345 | 10.277 | 21.622 |
| 35-44 a. | 11.979 | 11.349 | 23.328 |
| 45-54 a. | 14.211 | 14.413 | 28.624 |
| 55-64 a. | 13.856 | 14.806 | 28.662 |
| 65-74 a. | 11.263 | 12.489 | 23.752 |
| >= 75 a. | 9.545 | 13.107 | 22.652 |
| Totale | 94.140 | 96.599 | 190.739 |



Sul territorio dell'ASM, si conferma per il 2022 la tendenza regressiva, con un decremento pari al 1,05% rispetto all'anno precedente (191.663 unità/2021) di cui 94.140 uomini e 96.599 donne e con una densità territoriale inferiore a 55 abitanti per kmq, tra le più basse d'Italia.

I dati relativi alla popolazione, sopra riportati, non differiscono da quelli ISTAT.

2.3 I RISULTATI DELLE ATTIVITA' SANITARIE RAGGIUNTI

Come evidenziato il sistema sanitario, nell'epoca post-pandemica, versa in condizioni di grande difficoltà, che ne inficiano significativamente le capacità di risposta rispetto al crescente fabbisogno assistenziale richiesto dalla popolazione, per cui diviene indispensabile avviare una stagione di investimenti, in risorse umane, tecnologiche e strutturali, in grado, da un lato, di ripristinare le condizioni minime necessarie a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, dall'altro, di consentire la realizzazione dei programmi operativi predisposti per il rafforzamento dell'assistenza in attuazione dei nuovi modelli organizzativi previsti dal PNRR.

L'inadeguatezza numerica delle risorse umane professionali ha di fatto impedito una ripresa dell'operatività ordinaria e di fornire una risposta sanitaria congrua al bisogno di salute espresso dalla popolazione di riferimento.

L'Azienda ha intrapreso un percorso che mira al contestuale miglioramento delle performance economico – gestionali e al miglioramento della capacità di risposta alla domanda di servizi sanitari qualificati, imperniato su due macro-obiettivi, tra loro intrinsecamente correlati, che qualificano le strategie di politica sanitaria perseguite:

- il costante innalzamento del livello della appropriatezza clinica ed organizzativa,
- lo sviluppo di molteplici processi di integrazione gestionale e professionale sia all'interno dell'Azienda sia al di fuori di essa.

Il recupero dell'appropriatezza declinata sotto tutti profili, da quello clinico - assistenziale a quello organizzativo – gestionale, è l'unica leva in grado di coniugare la qualità dell'assistenza sanitaria con l'impiego ottimale delle risorse, l'unico strumento del management strategico capace di favorire l'innalzamento dei livelli essenziali di assistenza senza compromettere la tenuta economica del sistema.

È di tutta evidenza che il permanere delle criticità e le carenze evidenziate nel corso degli anni che impedirebbero la ripresa delle attività e il recupero dei livelli quali-quantitativi di assistenza offerti dall’Azienda.

Al riguardo con deliberazione aziendale n. 927 del 31/12/2022 è stato adottato in via provvisoria il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale – Annualità 2023 – 2025, che per ciascuna delle annualità considerate risulta coerente con i vincoli in materia di contenimento del costo del personale indicati dall’art. 11, comma 1, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, con il tetto di spesa così come definito dalla Regione Basilicata con le DD.GG.RR. n. 798 del 06/11/2019, n. 456 del 11/06/2021 e n. 302 del 26/05/2022, con gli atti di programmazione aziendale e, in particolare, con l’Atto Aziendale.

Altrettanto strategica in chiave di innalzamento quali-quantitativo della capacità produttiva è l’azione di ammodernamento del parco tecnologico aziendale, attraverso l’implementazione di nuove e più evolute attrezzature sanitarie al posto o in aggiunta a quelle già esistenti, da realizzare in conformità alla programmazione degli investimenti regionali. Altro tassello fondamentale su cui l’Azienda ritiene sia necessario continuare ad investire al fine di favorire la crescita professionale del personale dipendente è la formazione aziendale quale leva per l’acquisizione delle competenze e delle skills necessarie a promuovere l’auspicato innalzamento quali-quantitativo dei servizi erogati dall’Azienda.

L’Azienda nel corso del 2022 ha avviato un importante processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, in ottemperanza agli indirizzi della programmazione regionale, che ruota attorno ai seguenti obiettivi prioritari:

1. la ripresa e la riqualificazione dell’offerta assistenziale dell’Ospedale per acuti unico dell’ASM, finalizzata a ripristinare l’utilizzo di tutti i setting assistenziali;
2. innalzamento dei livelli quali – quantitativi dei servizi erogati in funzione dell’evoluzione del quadro epidemiologico e demografico nel rispetto dell’ottimizzazione delle risorse disponibili e del contenimento dei costi, da attuare attraverso la riprogettazione dei modelli organizzativi e logistici, con la rimodulazione, tra l’altro, dei posti letto, secondo una prospettiva di sistema tesa a favorire l’integrazione funzionale delle risorse ed ottimizzare il livello di efficacia e di efficienza dei servizi.
A tal riguardo è stato necessario riprendere a pieno regime le attività chirurgiche, che hanno subito una drastica battuta d’arresto con la pandemia e stentano a riattivarsi. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso l’utilizzo di tutte le sale operatorie a disposizione, ma anche con l’individuazione ottimale di altri spazi dedicati da destinare alla chirurgia ambulatoriale o alla day e week surgery;
3. attuazione di un processo di rifunzionalizzazione degli Ospedali Distrettuali di Stigliano, Tinchi e Tricarico, avviato con la progressiva e definitiva dismissione dei posti letto per acuti e da perfezionare con il potenziamento delle attività sanitarie di tipo territoriale in conformità alle linee di indirizzo nazionali e regionali.

Altro importante tema per la sostenibilità del Sistema Sanitario è quello delle risorse umane che, insieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale: negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del turn over operato in attuazione delle politiche di riduzione della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale.

La progressiva riduzione di personale ha determinato crescenti difficoltà, con specifico riferimento a quelle aree e a quei settori in cui si sono registrate maggiori uscite di risorse umane, mettendo a repentaglio, in alcuni casi, la garanzia all’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tale situazione rende improcrastinabile l’acquisizione di nuove unità di personale, in sostituzione di quelle cessate a vario titolo o in via di cessazione, anche in considerazione dell’attuazione delle recenti riforme avviate in tema di previdenza, con l’introduzione della cosiddetta “quota 100”, che hanno incrementato notevolmente il numero di pensionamenti, aggravando ulteriormente le carenze di organico.

Il quadro è aggravato dalle difficoltà incontrate nel reclutamento di personale, in particolare dei dirigenti medici, solo in parte attenuata dal ricorso a contratti di incarichi libero professionali e a medici specializzandi che, tuttavia, non hanno consentito di potenziare, in maniera strutturale e durevole le aree assistenziali storicamente carenti (Medicina d'emergenza urgenza, Anestesia e Rianimazione, Radiodiagnostica, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e Psichiatria).

La carenza diffusa di personale sanitario e socio-sanitario e le difficoltà nelle procedure di reclutamento hanno assunto ormai livelli preoccupanti, e si ripercuote sui fabbisogni assunzionali sempre crescenti che vanno a sommarsi a quelli legati al normale turnover per quiescenza o per cessazioni, ovvero derivanti dalle procedure di mobilità di personale tra le diverse aziende.

L'Azienda ha cercato di focalizzare l'attenzione sulle principali criticità, con l'obiettivo di assicurare la funzionalità delle strutture operative assistenziali e territoriali con azioni mirate al recupero dei livelli delle prestazioni erogate negli anni passati, alle quali si sono aggiunte, nel tempo, quelle non erogate durante l'emergenza covid.

Il saldo registrato nel rapporto nuove assunzioni/cessazioni ha determinato, anche per il 2022, una riduzione nel contingente di personale all'interno dei diversi ruoli, solo in parte attenuato dai trattenimenti in servizio, soprattutto nell'ambito della dirigenza medica.

2.4.1. GLI INVESTIMENTI EFFETTUATI

Il Piano strategico regionale 2021-2030, coerentemente con gli interventi finanziati nell'ambito del PNRR, mira a implementare le "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina" per potenziare i servizi assistenziali e superare la frammentazione e il divario strutturale puntando ad un percorso integrato che parta dalla "Casa come primo luogo di cura", per arrivare alle "Case della comunità" e agli "Ospedali di comunità", e quindi alla rete ospedaliera, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali oltre che un grande impulso all'assistenza sanitaria domiciliare.

Nello specifico la Missione 6 del PNRR Salute intende potenziare e migliorare l'efficacia del SSN in termini di risposta ai bisogni di cura delle persone per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio promuovendo la ricerca.

Gli interventi previsti nell'ambito della Componente 1 hanno l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), migliorare l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Tali strutture vengono puntualmente definite:

- la Casa della Comunità come "lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici", una struttura dove "opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute" e che "potrà ospitare anche assistenti sociali", "ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento";
- le Centrali Operative Territoriali (COT) "una in ogni Distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza";
- l'Ospedale di Comunità quale "struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata", dotata di moduli da indicativamente 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

Gli interventi finanziati sono di seguito riportati:

| Comp. | Intervento | Descrizione Intervento | Importo ASM |
|-------|------------|---|----------------|
| 1 | M6C1 1.1 | Case della Comunità e presa in carico della persona | € 8.839.869,70 |
| 1 | M6C1 1.2.2 | COT | € 681.725,26 |
| 1 | M6C1 1.3 | Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedali di Comunità | € 4.452.747,10 |
| 2 | M6C2.1.1.1 | Ammodernamento parco digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II livello) | € 7.864.112,75 |
| 2 | M6C2.1.1.1 | Ammodernamento parco tecnologico ospedaliero (nuovi progetti e FSC) | € 6.560.534,78 |
| 2 | M6C2.1.2 | Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Stigliano) | € 4.060.957,79 |
| 2 | M6C2.1.2 | Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Tricarico) | € 3.050.533,00 |

Con deliberazione aziendale n. 129 del 04/03/2022 l'Azienda prende atto delle risorse assegnate per l'attuazione del PNRR e formalizza:

- la geolocalizzazione delle sedi degli Ospedali e delle Case di Comunità,
- la nomina dei Responsabili del Procedimento, individuati ai sensi dell'art. 5 della L. n. 241/90 e ss. mm. e ii. e dell'art. 31 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss. mm. e ii.;
- l'aggiornamento degli atti di programmazione ex art. 21, c. 1, del D. Lgs n. 50/2016 e ss. mm. e ii. (programma biennale degli acquisti di beni e servizi e programma triennale dei lavori pubblici), non appena perverrà comunicazione formale di assegnazione dei finanziamenti;
- la stipula di adeguata polizza assicurativa per la copertura dei rischi di natura professionale a favore dei dipendenti coinvolti nelle attività relative ai procedimenti in oggetto e finalizzati al completamento dei progetti per il PNRR;
- l'approvazione delle schede di intervento, già rilasciata per le vie brevi, come compilate ed inserite dai RUP sulla piattaforma Agenas per i singoli interventi;
- l'approvazione dello schema della convenzione per il comodato d'uso gratuito da utilizzare per la stipula del relativo contratto con ciascun comune che attualmente risulta proprietario degli immobili interessati dall'attuazione del programma;
- l'individuazione del referente AGENAS/PNRR per l'ASM, autorizzato a sottoscrivere, in nome e per conto della stessa, ciascun atto di comodato gratuito relativo agli immobili di proprietà dei rispettivi Comuni oggetto degli interventi dei vari provvedimenti.

Con deliberazione aziendale n. 350 del 27/05/2023 si è provveduto ad approvare i Documenti Programmatici di Indirizzo (DPI) relativi a ciascun intervento come di seguito riportato:

- n. 3 DD.II.PP. relativi alle "Case della Comunità di tipo HUB" per il territorio afferente ai comuni di Montescaglioso, Montalbano, Irsina;
- n. 3 DD.II.PP. relativi alle "Case della Comunità di tipo SPOKE" per il territorio afferente ai comuni di Tursi, Garaguso, Ferrandina;
- n. 2 DD.II.PP. relativi agli "Ospedali di Comunità" per il territorio afferente ai comuni di Stigliano e Tinchi;
- n. 2 DD.II.PP. relativi alle "Centrali Operative Territoriali" di Matera e Policoro;
- n. 2 DD.II.PP. relativi agli "Ospedali Sicuri" di Stigliano e Tinchi.

Con deliberazione aziendale n. 422 del 22/06/2022 si è preso atto:

- della Delibera di Giunta Regionale n.313 del 26/05/2022 - avente ad oggetto: “PNRR Misura 6: Approvazione Schema CIS”, che ha stabilito “che per la esecuzione degli interventi di cui al Piano Operativo Regionale la Regione Basilicata si avvale degli enti del Servizio Sanitario Regionale quali soggetti attuatori esterni in base alla competenza territoriale dei medesimi”;
- che l’Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM è stata individuato dal Soggetto Attuatore Regione BASILICATA, quale Soggetto Attuatore Esterno degli interventi finanziati a valere sulle risorse PNRR e PNC riferibili al proprio territorio di competenza;
- che in data 31/05/2022 è stato sottoscritto il Contratto Istituzionale di Sviluppo – CIS della Regione Basilicata.

Con la medesima deliberazione aziendale è stata formalizzata l’intenzione di avvalersi di INVITALIA quale Centrale di Committenza, affinché quest’ultima proceda, per conto dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera-ASM in qualità di stazione appaltante, alla indizione, gestione e aggiudicazione della procedura aperta, ai sensi degli articoli 54 e 60 del D.Lgs. n. 50/2016, da realizzarsi mediante piattaforma telematica, per la conclusione di accordi quadro con più Operatori Economici, per l’affidamento di lavori (OG1 – OG11) e servizi di ingegneria e architettura (E.10 — S.03 – IA.02 – IA.04) per la nuova edificazione, ristrutturazione e riqualificazione di edifici pubblici quali case della comunità, ospedali delle comunità, centrali operative territoriali e ospedali sicuri per l’aggiudicazione di Accordi Quadro multilaterali relativi a:

- Case della Comunità e presa in carico della persona di Montalbano Jonico;
- Case della Comunità e presa in carico della persona di Montescaglioso;
- Case della Comunità e presa in carico della persona di Irsina;
- Case della Comunità e presa in carico della persona di Tursi;
- Case della Comunità e presa in carico della persona di Garaguso;
- Case della Comunità e presa in carico della persona di Ferrandina;
- Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedale di Comunità "Angelina Lo Dico" di Tinchì di Pisticci;
- Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedale di Comunità "Salvatore Peragine" di Stigliano;
- Verso un ospedale sicuro e sostenibile "Rocco Mazzarone" di Tricarico;
- Verso un ospedale sicuro e sostenibile "Salvatore Peragine" di Stigliano.

Inoltre si è disposto di volersi avvalere di Invitalia per la stipula dei relativi Accordi Quadro con gli operatori economici aggiudicatari per l’affidamento delle prestazioni necessarie alla realizzazione degli interventi summenzionati a valere sulle risorse del PNRR e PNC di propria competenza, prendendo atto ed approvando la documentazione di gara aggiornata, relativa all’indizione delle procedure di interesse, mediante la sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) previsto dall’articolo 56, co. 2, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.

Con deliberazione n. 668 del 05/10/2022, si è provveduto alla ridefinizione dell’ubicazione delle sedi COT precedentemente approvate, individuando come nuovi ambienti quelli ubicati rispettivamente per Matera al piano terzo della Sede Centrale di Via Montescaglioso e per Policoro al piano primo del Distretto Sanitario in Via Moncenisio.

2.4.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA

RIDEFINIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEGLI OSPEDALI PER ACUTI

L'ASM, all'atto della sua costituzione, ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite la gestione di tre Presidi Ospedalieri: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico e il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro, quest'ultimo composto a sua volta dai tre plessi di Policoro, Stigliano e Tinchì.

Il processo di riorganizzazione della rete Ospedaliera, avviato in questi ultimi anni dall'Azienda e tutt'ora in corso, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, ha previsto una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale, ragion per cui il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro è stato disarticolato in tre distinti Ospedali: l'Ospedale per acuti di Policoro, l'Ospedale Distrettuale di Tinchì e l'Ospedale Distrettuale di Stigliano.

In applicazione dell'art. 2, comma 1b) della L.R. n. 2/2017 di riordino del S.S.R. di Basilicata, a partire dal 01/01/2017, il Presidio Ospedaliero DEA di I livello "Ospedale Madonna delle Grazie di Matera" e il Presidio Ospedaliero di base di Policoro sede di PSA "Giovanni Paolo II" costituiscono un'unica articolazione ospedaliera per acuti.

Per effetto di tale riorganizzazione, il nuovo modello organizzativo prevede che l'assistenza ospedaliera per acuti sia erogata da un unico ospedale per acuti dotato di 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

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

L'assistenza ospedaliera distrettuale è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:

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

I posti letto delle strutture ospedaliere dell'ASM nel corso degli ultimi anni hanno subito continui "riaggiustamenti" a seguito delle evoluzioni del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera sopra menzionata, anche in aderenza e nel rispetto degli standard definiti a livello nazionale e recepiti dalla Regione Basilicata, intensificandosi nell'ultimo biennio, in conseguenza delle necessità rivenienti dalla gestione della pandemia.

Al 31/12/2022, i posti letto complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontano a 473, di cui 394 ordinari e 79 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella. I Posti letto degli Ospedali distrettuali sono pari a 113.

| OSPEDALI PER ACUTI | ORDINARI | DH/DS | TOTALI | OSPEDALI DISTRETTUALI | ORDINARI |
|-------------------------------|------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| Presidio Ospedaliero Matera | 302 | 62 | 364 | Ospedale Tricarico | 99 |
| Presidio Ospedaliero Policoro | 92 | 17 | 109 | Ospedale Stigliano | 14 |
| TOTALE | 394 | 79 | 473 | Ospedale Tinchì | 0 |
| | | | | TOTALE | 113 |

I dati esposti coincidono con quelli riportati nel modello ministeriale HSP.22 bis, risultando coerenti con quelli definiti dalla programmazione regionale, in ottemperanza alla normativa vigente ed, in particolare ai vincoli rivenienti dal D.M. n. 70/2015.

Nello specifico, si intende riorganizzare l'assistenza ospedaliera massimizzando l'integrazione, sia di tipo professionale che di tipo strutturale, sia all'interno dei due plessi ospedalieri per acuti esistenti, sia tra di essi, attraverso una gestione unitaria delle strutture organizzative, che ponga il paziente al centro del percorso assistenziale. In particolare, si intende promuovere un percorso graduale di cambiamento di approccio nell'organizzazione ospedaliera, contrassegnato dall'adozione di una logica di superamento degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline specialistiche e con un orientamento all'organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni, secondo una visione che pone il paziente ed i suoi bisogni al centro del sistema. L'idea di fondo è quella di superare il concetto di reparto tradizionale, inteso come spazio fisico: le funzioni non devono essere più legate alla peculiarità delle singole discipline ma devono essere riprogettate in settori di "aree assistenziali" il più possibile comuni. In virtù di tale nuovo approccio i processi di diagnosi e cura del paziente devono seguire percorsi integrati, organizzati "orizzontalmente" che intersecano le diverse aree. Il nuovo approccio è funzionale a sviluppare sempre di più la interdisciplinarietà fra i professionisti delle varie divisioni e servizi per affrontare nel modo più integrato possibile le diverse patologie e garantire all'utenza il massimo delle competenze.

Il processo di riordino della rete ospedaliera per acuti dell'ASM punta ad essere realizzato attraverso l'attuazione di una forte integrazione tra i due plessi di Matera e Policoro, con una tendenza a concentrare le patologie e le attività a maggiore livello di complessità presso il primo, e quelle a minore complessità ed intensità di cura presso il secondo, sperimentando, presso quest'ultimo, modelli organizzativi più consoni a tali tipologie di casistica, quali, ad esempio, le attività chirurgiche a degenza breve (modello week – surgery). In particolare presso il plesso di Policoro si prevede un'organizzazione flessibile sotto il profilo dell'offerta di prestazioni, che tenga conto delle variazioni stagionali della domanda, che contraddistinguono da sempre tale struttura in considerazione della localizzazione geografica e della tipologia di utenza afferente, in modo tale da garantire la necessaria modularità nella gestione delle risorse umane per far fronte ai picchi di domanda, tipici dei mesi estivi.

Tali nuovi scenari impongono una riorganizzazione complessiva, anche di tipo strutturale, di tutta l'area destinata al Pronto Soccorso e, più in generale, all'Emergenza Urgenza, come i settori dell'UTIC e dell'Emodinamica, oltre che dell'area parto. Pur conservando immutato il principio di fondo che ispira il processo di riordino della rete ospedaliera dell'ASM, relativo alla differenziazione dei livelli di complessità della casistica trattata dai due plessi ospedalieri di Matera e Policoro, rimane costante l'intenzione di favorire processi di integrazione tra i professionisti dedicati all'assistenza, finalizzati ad un innalzamento sia qualitativo che quantitativo delle competenze professionali individuali, destinati ad assicurare una crescita complessiva dei livelli assistenziali erogati dall'Azienda nel suo complesso. Tale integrazione dovrebbe essere favorita da un costante interscambio del personale medico ed infermieristico tra i plessi di Matera e Policoro, in grado di consentire a ciascun operatore di ampliare il proprio bagaglio di conoscenze e di esperienza professionale, trattando una casistica più numerosa e variegata, in modo da trovarsi nelle condizioni di poter fornire risposte assistenziali adeguate in entrambe le strutture ospedaliere. Tuttavia, la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per acuti della ASM non può prescindere dal ripristino delle condizioni operative ordinarie, con specifico riferimento al P.O. di Matera, che sono state stravolte negli ultimi 3 anni per far fronte al protrarsi dell'emergenza pandemica da coronavirus, che ha comportato una revisione nell'assegnazione dei posti letto ai reparti oltre all'individuazione e l'implementazione di nuovi spazi da dedicare alla gestione dei pazienti affetti dal Covid 19, con la progettazione di nuovi percorsi per la gestione ottimale dell'emergenza e di tutta la logistica ospedaliera.

Obiettivi prioritari per l'ASM sono dunque quelli di ripristinare gli assetti operativi più consoni per la ripresa ottimale delle attività ospedaliere ordinarie, da realizzare attraverso il recupero della disponibilità dei posti

letto per tutti i reparti, con particolare riferimento all'area chirurgica, l'utilizzo di tutte le sale operatorie disponibili, l'implementazione degli spazi e dei percorsi necessari per ad assicurare tutti i setting assistenziali quali i ricoveri ordinari, quelli diurni, la chirurgia ambulatoriale, la day e la week surgery.

L'Azienda, nel corso del 2022 ha proseguito il percorso di attuazione del Piano operativo, attuativo della programmazione regionale per il potenziamento della rete ospedaliera, adottato con deliberazione aziendale n. 814 del 17/09/2020 ad oggetto "Potenziamento rete ospedaliera per emergenza covid - 19 art.2 D.L. 34/2020 cmi L. n.77/2020 - presa d'atto DGR n. 611/2020 con direttive regionali e adempimenti conseguenti", così come aggiornata con deliberazione aziendale n. 965 del 30/10/2020.

In particolare, coerentemente alle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo Organizzative nazionali, così come recepite a livello regionale, al fine di fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera dell'ASM prevede:

- l'incremento strutturale di posti letto di Terapia Intensiva del P.O. Madonna delle Grazie, con la istituzione di ulteriori n. 11 posti letto, al fine di raggiungere una dotazione complessiva pari allo 0,14 posti letto per 1000 abitanti;
- la riqualificazione di posti letto di terapia semi-intensiva, con la riconversione di n. 14 posti letto, di cui 10 collocati all'interno del reparto di Malattie Infettive e 4 nel reparto di Pneumologia al fine di raggiungere una dotazione complessiva pari allo 0,07 posti letto per 1000 abitanti;
- il consolidamento della separazione dei percorsi dei pazienti covid e la ristrutturazione del pronto soccorso, con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti o potenzialmente contagiosi, ai sensi dei commi 4 e 5 dell'art. 2 del D.L 34/2020;
- l'implementazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti covid- 19.

Al fine di dare completa attuazione alle suddette misure, in conformità alle linee di indirizzo programmatiche nazionali e regionali, l'ASM ha posto in essere una serie di azioni riconducibili alle seguenti aree di intervento:

- realizzazione lavori edili; - realizzazione interventi impiantistici; - acquisto attrezzature sanitarie; - acquisto ambulanze; - implementazione personale.

L'azione strategica dell'AMS si è mossa lungo queste direttrici, in un contesto fortemente caratterizzato da gravi criticità legate per lo più alla carenza di personale.

2.4.2.1 PRESIDIO OSPEDALIERO DI MATERA

Il Presidio Ospedaliero di Matera, quale articolazione dell'Ospedale per Acuti dell'ASM, è Ospedale per Acuti sede di DEA di I livello.

Nel 2022 il P.O. Madonna delle Grazie è stato l'unico presidio deputato all'accoglienza e al trattamento dei pazienti Covid, pertanto la sua attività è stata essenzialmente condizionata dalla gestione della pandemia.

In questa fase, pur essendosi allargate le maglie della normativa di riferimento relativa alla gestione pandemica, a seguito del superamento della fase emergenziale più acuta, l'organizzazione delle attività è stata spesso condizionata dall'andamento altalenante (cd ondate) del Covid - 19.

La "ripresa" delle attività ospedaliere è avvenuta in un contesto in cui è stato necessario conciliare il bisogno di gestire pazienti Covid, ancora presenti, con l'urgenza di ripristinare l'assetto logistico pre-pandemico al fine di rispondere anche a bisogni sanitari non strettamente connessi alla pandemia (es. recupero liste di attesa) e di organizzare la rimodulazione di tutte le aree che avevano subito un riassetto in risposta alle esigenze epidemiologiche sorte nel 2020 e nel 2021.

Nel 2022 si è assistito, inoltre, ad una situazione di gravissima carenza di personale che ha riguardato tutte le UU.OO. aziendali, acuitasi a seguito di dimissioni volontarie, trasferimenti e pensionamenti che di fatto hanno richiesto l'adozione di misure straordinarie atte a garantire la copertura e la continuità dei servizi.

La carenza di organico ha comportato un notevole rallentamento nell'attuazione del processo di rimodulazione del Presidio che, comunque, grazie alla dedizione e allo spirito di sacrificio del personale in forza ha garantito l'erogazione dei servizi contenendo il trend negativo dei ricoveri ordinari, dei Day Hospital e delle prestazioni ambulatoriali

I dati relativi ai ricoveri Covid nel 2022 per il P.O. di Matera sono i seguenti:

| P.O. Matera – Anno 2022 | N° Ricoveri COVID |
|-------------------------------------|-------------------|
| CHIRURGIA GENERALE | 1 |
| GERIATRIA | 42 |
| MALATTIE INFETTIVE | 115 |
| MEDICINA GENERALE | 13 |
| NEFROLOGIA | 7 |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 4 |
| PNEUMOLOGIA | 37 |
| TERAPIA INTENSIVA – RIANIMAZIONE | 2 |
| UROLOGIA | 1 |
| UTIC | 2 |
| Totale | 224 |

Si riportano di seguito i volumi di attività complessivi, riguardanti:

- Pronto Soccorso
- Ricoveri
- Attività Specialistiche Ambulatoriali

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

Nel 2022 si sono rivolti al Pronto Soccorso del Presidio ospedaliero "Madonne delle Grazie" n. 30.291 persone (11,39% in più rispetto al 2021) di cui 1432 bambini, con una media giornaliera di 83 accessi rispetto ai 74,5 del 2021 e ai 68,01 del 2020, a dimostrazione che, come prevedibile, gli accessi sarebbero aumentati sino a tornare a quelli del 2019 o a superarli anche grazie alla ripresa del turismo che ha anch'esso subito una battuta d'arresto. La percentuale di ricoveri è stata del 18,58% rispetto al 17,2% del 2021 e del 18,4% del 2020.

NUMERO ACCESSI DISTRIBUITI PER COLORE CODICE

La funzione specifica dell'Infermiere di Triage ha permesso di disciplinare gli accessi attraverso l'attribuzione di un codice colore che ha prodotto questa distribuzione statistica che qui di seguito viene raffrontata con quella dell'anno precedente. Si fa presente che per i codici arancioni, azzurri si è partiti il 19 luglio 2022 e che sino ad allora c'erano i codici gialli¹.

¹ La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato l'1 agosto 2019 l'accordo sui documenti relativi alle "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero" e "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" (Rep. Atti n.143/CSR).

La rappresentazione grafica sotto riportata evidenzia per il Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie di Matera gli accessi suddivisi per Triage d'ingresso. In estrema sintesi, ciò che pare importante sottolineare è che nell'anno 2022 rispetto all'anno 2021, è che gli accessi al P.S. sono aumentati si è passati da 27.193 a 30.291.

| | PERIODO_ANNO_ENTRATA | 2022 | % sul totale | 2021 | % |
|--|-----------------------------------|----------------|--------------|----------------|---------------|
| STRUTTURA | TRIAGE_INGRESSO | NUMERO_ACCESSI | | NUMERO_ACCESSI | |
| 17001101 - PRESIDIO OSPEDALIERO Madonna delle Grazie - MATERA | 1 - Rosso | 437 | 1,4% | 385 | 1,4% |
| | 2 - Giallo | 6.144 | 20,3% | 9.664 | 35,5% |
| | 3 - Verde | 18.110 | 59,8% | 15.974 | 58,7% |
| | 4 - Bianco | 1.190 | 3,9% | 1.130 | 4,2% |
| | 9 - Non eseguito | 1 | 0,0% | 4 | 0,01% |
| | blue - 3 - URGENZA DIFFERIBILE | 3.572 | 11,8% | - | |
| | orange - 2 - URGENZA | 813 | 2,7% | - | |
| | purple - RIENTRO | 24 | 0,1% | 36 | 0,1% |
| TOTALE PS MATERA | | 30.291 | 100% | 27.193 | 100,0% |

Il processo di riqualificazione dell'offerta volta al recupero dell'appropriatezza clinica, ha messo in evidenza che c'è stata riduzione del codice bianco per il quale è stata confermata la tendenza decrescente dal 2020 in poi.

I dati sugli abbandoni prima della visita evidenziano per il PS di Matera un numero di 473 abbandoni, pari al 1,6% del totale accessi, concentrati nel codice bianco e verde.

Accessi PS seguiti da ricovero:

| EROGATORE_STRUTTURA | PS SEGUITI DA RICOVERO 2022 | NR TOT. ACCESSI | % SU TOT | PS SEGUITI DA RICOVERO 2021 | NR TOT. ACCESSI | % SU TOT | SCOSTAMENTO 22-21 |
|---|-----------------------------|-----------------|----------|-----------------------------|-----------------|----------|-------------------|
| 17001101 - PRESIDIO OSPEDALIERO Madonna delle Grazie - MATERA | 5.627 | 30.291 | 18,58% | 5.792 | 27.193 | 21% | -0,54% |

Nel 2022 gli accessi in Pronto Soccorso seguiti da ricovero sono stati 5.627 con un lievissimo decremento del numero in valore assoluto, rappresentando il 18,58% del totale degli accessi.

ATTIVITA' DI DEGENZA RICOVERI ORDINARI

| DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI | 2022 | 2021 | Scostamento 22-21 | |
|--------------------------------|------|------|-------------------|-------|
| | | | Assoluto | % |
| P.O. MATERA | 302 | 290 | 4 | 1.38% |

Nel corso del 2021, al pari dell'anno precedente, si è provveduto ad un'azione di costante rimodulazione funzionale della dotazione di posti letto tra i vari reparti, in conformità all'evoluzione del trend di ospedalizzazione per Covid. Per tutto l'anno 2021 e in parte per il 2022 è stata posta in essere una riorganizzazione strutturale di tutti i posti letto disponibili presso il P.O. di Matera, con una gestione flessibile degli stessi, coerente con l'evoluzione pandemica, che ha consentito la individuazione di specifiche "aree covid", a gestione prevalentemente delle Malattie Infettive, della Pneumologia, oltre che della Rianimazione, in cui sono via via confluiti posti letto, sottratti temporaneamente ad altri reparti, in ragione dell'incremento dell'ospedalizzazione dei pazienti covid positivi. In particolare, al fine di evitare il più possibile la diffusione dei contagi tra i pazienti e il personale, accanto all'area di degenza con i posti letto dedicati ai pazienti conclamati positivi, è stata creata un'altra area osservazionale con posti letto dedicati ai pazienti da ricoverare, in attesa di esito del tampone. Tale flessibilità nella gestione dei posti letto, ha consentito all'Azienda di far fronte anche ai picchi di domanda verificatisi nel corso della varie ondate che si sono succedute dall'inizio della pandemia.

| DIMESSI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22 - 21 | |
|------------------|-------|-------|-------|---------------------|-------|
| | | | | assoluto | % |
| P.O. MATERA | 8.798 | 8.281 | 8.464 | 183 | 2.21% |

Nel 2022 i ricoveri ordinari effettuati nel P.O. di Matera sono stati 8.464, con un incremento rispetto all'anno precedente (183 ricoveri), pari al +2,21%, che conferma una lieve ripresa delle attività in epoca post pandemica.

| DEGENZA MEDIA | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22 - 21 |
|---------------|------|------|------|---------------------|
| P.O. MATERA | 8,4 | 8,55 | 9,02 | 0,47 |

Nel 2021 la degenza media registrata nel P.O. di Matera è stata pari a 9 giorni, in lieve aumento rispetto all'anno precedente, in cui si era attestata a 8,5 giornate, al di sopra del target fissato dal DM 70/2015, che fissa il valore medio della degenza per acuti a 7 giorni.

| TASSO DI OCCUPAZIONE RICOVERI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | SCOSTAMENTO 22 - 21 |
|--|-------|-------|--------|---------------------|
| | | | | % |
| P.O. MATERA | 65,9% | 66,3% | 71,33% | 7,59% |

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari considera le giornate di degenza effettivamente coperte rispetto alle giornate di degenza teoricamente possibili, pertanto esprime la capacità di saturazione dei posti letto.

L'analisi del tasso di occupazione dei posti letto ordinari del P.O. di Matera nel 2022 evidenzia un valore pari al 71,33%, in aumento rispetto al 2021, ma in netta diminuzione rispetto ai livelli pre-pandemici, in cui lo stesso indicatore era pari a circa l'85,4%.

I valori della degenza media riportati per ogni singolo reparto sono stati calcolati sul numero di pazienti dimessi, attribuendo il ricovero e le relative giornate di degenza interamente al reparto che ha effettuato le dimissioni, senza considerare eventuali trasferimenti in altri reparti.

Il reparto che nel 2022 ha presentato la degenza media più alta è quello delle malattie infettive seguito da Ematologia e terapia intensiva.

| TASSO DI OCCUPAZIONE RICOVERI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | SCOSTAMENTO 22 – 21 |
|---|---------|---------|---------|------------------------|
| | | | | % |
| CARDIOLOGIA | 111,70% | 111,40% | 127,49% | 14,44 |
| CHIRURGIA PLASTICA | 39,20% | 7,80% | 0,46% | -94,10 |
| CHIRURGIA GENERALE | 72,70% | 59,90% | 56,83% | -5,13 |
| EMATOLOGIA | 127,30% | 87,30% | 35,16% | -59,73 |
| GERIATRIA | 78,80% | 59,60% | 136,98% | 129,83 |
| MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI | 58,70% | 51,80% | 44,77% | -13,57 |
| MEDICINA GENERALE | 87,80% | 92,40% | 91,75% | -0,70 |
| NEFROLOGIA | 110,00% | 119,10% | 135,92% | 14,12 |
| NEUROLOGIA | 66,80% | 74,30% | 83,63% | 12,56 |
| NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | 22,00% | 19,50% | 21,66% | 11,08 |
| OCULISTICA | 1,60% | 0 | 1% | 100% |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 59,80% | 68,20% | 1,03% | -98,49 |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 50,20% | 46,70% | 80,42% | 72,21 |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 40,30% | 34,20% | 43,97% | 28,57 |
| PEDIATRIA-NEONATOLOGIA | 61,10% | 57,90% | 35,85% | -38,08 |
| PNEUMOLOGIA | 74,20% | 86,70% | 50,53% | -41,72 |
| PSICHIATRIA | 81,40% | 74,90% | 81,11% | 8,29 |
| TERAPIA INTENS-RIANIMAZIONE | 23,60% | 55,30% | 70,45% | 27,40 |
| UROLOGIA | 60,80% | 52,60% | 66,69% | 26,79 |
| UTIC | 15,20% | 28,10% | 26,62% | -5,27 |
| TOTALE | 65,90% | 66,30% | 71,33% | 7,59 |

Conseguentemente, molti reparti hanno fatto registrare, tassi di occupazione inferiori al 70%, mentre il valore, a livello complessivo ospedaliero, pari a 71,33% è stato inferiore al 90% che costituisce il target stabilito dagli standard dell'assistenza ospedaliera contenuti nel D.M. n. 70/2015.

| INDICE DI ROTAZIONE | 2020 | 2021 | 2022 | SCOSTAMENTO 22 – 21 |
|---------------------|------|------|------|------------------------|
| | | | | % |
| P.O. MATERA | 29 | 29 | 29 | 0% |

L'indice di rotazione dei posti letto ordinari, che indica il numero di ricoveri effettuati sullo stesso posto letto ovvero il numero medio di pazienti che ruotano sullo stesso letto, nel 2022 è stato pari a 29, perfettamente in linea rispetto al 2021, confermando la notevole diminuzione rispetto ai livelli pre pandemici, in cui era superiore a 40.

| INDICE DI TURN OVER POSTI LETTO ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | SCOSTAMENTO 22 – 21 | |
|---|------|------|------|------------------------|--|
| | | | | % | |
| P.O. MATERA | 4,31 | 4,29 | 3,62 | -15,62% | |

L'Indice di turn over dei posti letto ordinari, che misura il periodo di tempo (numero di giorni) intercorrente tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un nuovo paziente, calcolato sui pazienti dimessi dai singoli reparti, nell'anno 2022 è stato pari a 3,62 giorni, registrando un miglioramento rispetto al dato del 2021. Tale indicatore che sostanzialmente individua il periodo di tempo in cui il posto letto di un reparto rimane libero tra un ricovero ed il successivo, fornisce una misura diretta del funzionamento dinamico di un servizio e quindi degli eventuali sprechi nell'utilizzazione dei posti letto.

Di seguito la rappresentazione dell'indice di turn over per reparto.

| PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | SCOSTAMENTO 22 – 21 | |
|------------------------------|------|------|------|------------------------|--|
| | | | | % | |
| P.O. MATERA | 1,04 | 1,08 | 1,07 | - 0,93 % | |

Fonte OSLO

Il peso medio dei ricoveri ordinari del P.O. di Matera, nel 2022 è stato pari a 1,07, in lievissima diminuzione rispetto a quello dell'anno precedente.

Il peso medio fornisce sostanzialmente una misura della complessità della casistica trattata cui conseguentemente si associa il livello di assorbimento di risorse, consentendo una valutazione sulla qualità.

| VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | SCOSTAMENTO 22 – 21 | |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------------------|-------|
| | | | | ASSOLUTO | % |
| P.O. MATERA | 30.693.652 | 30.103.488 | 30.486.923 | 383.425 | 1,27% |

Nel 2022 il valore economico dei ricoveri ordinari effettuati dall'Ospedale di Matera è stato pari complessivamente a **30.486.923** euro, con un incremento rispetto all'anno precedente di 383 mila euro, pari all' 1,27%, che conferma una timida ripresa delle attività di ricovero ordinario nel corso del 2022.

ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY P.O. MATERA

| DAY HOSPITAL - RICOVERI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|-------------------------|-------|------|------|-------------------|--------|
| | | | | ASSOLUTO | % |
| P.O. MATERA | 1.085 | 981 | 876 | -105 | -10,7% |

Nel 2022 nel P.O. di Matera sono stati effettuati complessivamente 876 ricoveri in Day Hospital/Day Surgery, con un decremento di -105 ricoveri rispetto al 2021, pari al -10,7%.

| VALORIZZAZIONE ECONOMICA DH | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22 - 21 | |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|---------------------|----------|
| | | | | ASSOLUTO | % |
| P.O. MATERA | 1.681.635 | 1.437.550 | 1.129.489 | -308.061 | -21,43 % |

La valorizzazione economica dei ricoveri diurni effettuati nell'Ospedale di Matera nel 2022 è stata pari complessivamente a **1.129.489** euro, in decremento rispetto all'anno precedente (-21,43%).

ATTIVITA' CHIRURGICA P.O. MATERA

| INTERVENTI 2020 | | | | |
|-----------------|-------------------|--------------|-------------|--------|
| | Degenza Ordinaria | Day Hospital | Ambulatorio | Totale |
| P.O. MATERA | 4.338 | 551 | 2.086 | 6.975 |

| INTERVENTI 2021 | | | | |
|-----------------|-------------------|--------------|-------------|--------|
| | Degenza Ordinaria | Day Hospital | Ambulatorio | Totale |
| P.O. MATERA | 4.445 | 580 | 1.899 | 6.924 |

| INTERVENTI 2022 | | | | |
|-----------------|-------------------|--------------|-------------|--------|
| | Degenza Ordinaria | Day Hospital | Ambulatorio | TOTALE |
| P.O. MATERA | 4.606 | 354 | 2.397 | 7.357 |

Nel 2022 sono stati effettuati 7.357 interventi chirurgici, in crescita rispetto al 2021 del 6,25%. Registrano in particolare, un incremento gli interventi chirurgici in regime di degenza ordinaria (+3,62%) e in regime ambulatoriale (+26,22%).

Il 62,61% degli interventi complessivi sono stati effettuati in regime di ricovero ordinario, il 4,81% in regime di day hospital, ed il rimanente 26,22% in regime ambulatoriale.

In tali report sono considerati anche le procedure di emodinamica.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE

| NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI - P.O. MATERA | | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|-------------------------|--------|-------------------------|---------|
| Struttura | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 2022 - 2021 | | Scostamento 2021 - 2020 | |
| | | | | numero | % | numero | % |
| Ospedale Matera | 453.855 | 512.351 | 468.203 | -44.148 | -8,62% | 58.469 | -12,89% |

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2022 dai servizi del P.O. di Matera sono state complessivamente 468.203, evidenziando un decremento del -8,62% rispetto al 2021.

| VALORE € PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI - P.O. MATERA | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|--------------|
| Struttura | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 2022 - 2021 | | Scostamento 2021 - 2020 | |
| | valore € | valore € | valore € | numero | % | numero | % |
| Ospedale Matera | 10.725.634 | 11.794.436 | 10.236.637 | -1.557.799 | -13,21% | 1.090.448 | 10,17 |

Il valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dalle U.O. del P.O. di Matera nel 2022 è stato pari a € 10.236.637 e registrano un decremento, in termini numerici, del -8,82% e del 13,20% in termini di valore, rispetto al 2021.

Si riporta di seguito la tabella in cui sono illustrati i dati di dettaglio delle prestazioni ambulatoriali del P.O. di Matera:

| STRUTTURA | IMPORTO 2021 | QUANTITA 2021 | IMPORTO 2022 | QUANTITA 2022 |
|--|-----------------|---------------|---------------|---------------|
| Anatomia Patologica Ospedale Matera | €285.492,00 | 6.930 | €318.214,76 | 7.100 |
| Anestesia e Rianimazione Ospedale Matera | €33.204,00 | 891 | €72.826,14 | 1.492 |
| Cardiologia – Angiologia Ospedale Matera | €33.996,00 | 806 | €35.330,22 | 867 |
| Cardiologia Medica Ospedale Matera | €257.655,00 | 10.669 | €299.049,13 | 12.645 |
| Centro Diabetologico Ospedale Matera | €86.464,00 | 5.846 | €107.690,13 | 7.225 |
| Centro Riferimento Trapianti Ospedale Matera | €286.736,00 | 5.087 | €135.480,41 | 2.080 |
| Centro Trasfusionale Ospedale Matera | €325.096,00 | 22.878 | €260.884,23 | 17.710 |
| Chirurgia Ospedale Matera | €22.640,00 | 2.241 | €25.458,25 | 2.069 |
| Chirurgia Plastica Ospedale Matera | €87.853,00 | 9.239 | €122.285,69 | 11.712 |
| Chirurgia Vascolare Ospedale Matera | €50.541,00 | 1.998 | €57.943,73 | 1.917 |
| Ematologia Ospedale Matera | €67.446,00 | 5.259 | €71.162,92 | 4.859 |
| Endocrinologia Ospedale Matera | €77.004,00 | 3.568 | €108.012,64 | 5.007 |
| Endoscopia Digestiva Ospedale Matera | €268.802,00 | 3.193 | €333.278,17 | 3.986 |
| Fisioterapia Ospedale Matera | €96.429,00 | 9.707 | €101.822,96 | 9.915 |
| Genetica Ospedale Matera | €1.776.526,00 | 22.225 | €1.817.656,31 | 22.219 |
| Geriatrics Ospedale Matera | €35.870,00 | 785 | €43.444,27 | 944 |
| Ginecologia Ospedale Matera | €164.731,00 | 6.592 | €204.344,90 | 7.603 |
| Laboratorio di Analisi Ospedale Matera | €1.025.990,00 | 252.573 | €837.562,04 | 226.827 |
| Malattie Infettive Ospedale Matera | €4.424,00 | 258 | €167,84 | 12 |
| Medicina Nucleare Ospedale Matera | €1.236.584,00 | 4.135 | €1.345.246,61 | 4.235 |
| Medicina Ospedale Matera | €64.983,00 | 2.102 | €96.987,47 | 3.044 |
| Nefrologia Ospedale Matera | €2.035.658,00 | 36.810 | €17.474,99 | 1.286 |
| Neurologia Ospedale Matera | €122.065,00 | 8.855 | €140.387,00 | 9.888 |
| Neuropsichiatria Infantile Ospedale Matera | €47.107,00 | 2.622 | €55.616,64 | 3.284 |
| Nutrizione clinica e dietetica Ospedale Matera | €44.282,00 | 2.944 | €55.077,99 | 3.648 |
| Oculistica Ospedale Matera | €708.556,00 | 6.472 | €794.444,50 | 7.792 |
| Oncologia Ospedale Matera | €71.045,00 | 5.740 | €76.291,22 | 6.114 |

| STRUTTURA | IMPORTO 2021 | QUANTITA 2021 | IMPORTO 2022 | QUANTITA 2022 |
|--------------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| Ortopedia Ospedale Matera | €171.309,00 | 8.522 | €140.664,08 | 7.158 |
| Otorinolaringoiatria Ospedale Matera | €94.685,00 | 5.968 | €113.958,74 | 7.270 |
| Pediatria Ospedale Matera | €22.348,00 | 1.798 | €25.806,07 | 1.623 |
| Pneumologia Ospedale Matera | €130.001,00 | 5.362 | €267.178,66 | 10.459 |
| Pronto Soccorso Ospedale Matera | €2.256,00 | 93 | €25,00 | 1 |
| Psichiatria Ospedale Matera | €48.834,00 | 3.545 | €46.917,11 | 3.311 |
| Psicologia Ospedale Matera | €4.961,00 | 256 | €6.549,33 | 345 |
| Radiologia Ospedale Matera | €900.548,00 | 17.573 | €865.992,14 | 17.599 |
| Reumatologia Ospedale Matera | €45.521,00 | 2.583 | €73.086,77 | 4.083 |
| Risonanza Magnetica Ospedale Matera | €598.747,00 | 3.362 | €567.442,31 | 3.054 |
| Senologia Ospedale Matera | €305.423,00 | 9.623 | €397.918,54 | 12.606 |
| Servizio D.C.A. Ospedale Matera | €10.443,00 | 564 | €11.822,69 | 655 |
| Urologia Ospedale Matera | €142.181,00 | 6.058 | €185.134,08 | 7.471 |
| TOTALE | 11.794.436 | 505.732 | 10.236.637 | 461.115 |

2.4.2.2 PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO P.O. POLICORO

Accessi in Pronto Soccorso

| STRUTTURA | TRIAGE_INGRESSO | NUMERO ACCESSI 2022 | | NUMERO ACCESSI 2021 | |
|---|--------------------------------|---------------------|--------------|---------------------|---------------|
| | | | % sul totale | | % sul totale |
| 17001102 - PRESIDIO OSPEDALIERO Papa Giovanni Paolo II - POLICORO | 1 - Rosso | 67 | 0,3% | 90 | 0,4% |
| | 2 - Giallo | 1.869 | 8,3% | 4.632 | 21,3% |
| | 3 - Verde | 16.169 | 71,8% | 16.503 | 75,9% |
| | 4 - Bianco | 404 | 1,8% | 518 | 2,4% |
| | 9 - Non eseguito | 1 | 0,0% | 1 | 0,0% |
| | blue - 3 - URGENZA DIFFERIBILE | 2.534 | 11,2% | - | - |
| | orange - 2 - URGENZA | 702 | 3,1% | - | - |
| | purple - RIENTRO | 786 | 3,5% | - | - |
| TOTALE PS POLICORO | | 22.532 | 100% | 21.744 | 100,0% |

Nel 2022 sono stati registrati complessivamente 22.532 accessi nel P.O. di Policoro, facendo registrare rispetto al 2021 un incremento complessivo pari al 3,6% rispetto al 2021 e una media di n. 62 accessi giornalieri.

Il processo di riqualificazione dell'offerta volta al recupero dell'appropriatezza clinica, ha messo in evidenza che c'è stata riduzione del codice bianco per il quale è stata confermata la tendenza decrescente dal 2020 in poi.

La funzione specifica dell'Infermiere di Triage ha permesso di disciplinare gli accessi attraverso l'attribuzione di un codice colore che ha prodotto questa distribuzione statistica che qui di seguito viene raffrontata con

quella dell'anno precedente. Si fa presente che per i codici arancioni, azzurri si è partiti il 19 luglio 2022 e che sino ad allora c'erano i codici gialli.

ATTIVITA' DI DEGENZA

RICOVERI ORDINARI

| DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|--------------------------------|------|------|------|-------------------|----|
| | | | | Assoluto | % |
| P.O. POLICORO | 92 | 92 | 92 | 0 | 0% |

I posti letto ordinari effettivi dei vari reparti del P.O. di Policoro, nel 2022, pari complessivamente a 92, non hanno subito variazioni rispetto agli anni precedenti.

| DIMESSI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|------------------|-------|-------|-------|-------------------|-------|
| | | | | assoluto | % |
| P.O. POLICORO | 3.725 | 4.235 | 4.234 | -1 | 0,02% |

Nel 2022 i ricoveri ordinari effettuati nel P.O. di Policoro sono stati 4.234, facendo registrare un dato di sostanziale equilibrio rispetto all'andamento del 2021.

| DEGENZA MEDIA | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|---------------|------|------|------|-------------------|--|
| | | | | % | |
| P.O. POLICORO | 5,65 | 5,74 | 5,72 | -0,35% | |

Nel 2022 la degenza media registrata nel Presidio Ospedaliero di Policoro è pari a 5,72 giorni, nel pieno rispetto del target stabilito dal DM 70/2015, pari a 7 giornate, sostanzialmente in linea rispetto agli anni precedenti.

| TASSO DI OCCUPAZIONE RICOVERI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|--|-------|-------|---------|-------------------|--|
| | | | | % | |
| P.O. POLICORO | 62,7% | 72,6% | 72,31 % | -0,4% | |

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari considera le giornate di degenza effettivamente coperte rispetto alle giornate di degenza teoricamente possibili, pertanto esprime la capacità di saturazione dei p.l. L'analisi del tasso di occupazione dei posti letto ordinari del P.O. di Policoro nel 2022, si colloca su valori nettamente inferiori a quelli pre-pandemici del 2019, al di sotto del 90%, che costituisce il target fissato dal D.M. 70/2015.

| INDICE DI ROTAZIONE | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|---------------------|------|------|------|-------------------|--|
| | | | | % | |
| P.O. POLICORO | 40 | 46 | 46 | 0% | |

L'indice di rotazione dei posti letto ordinari, che indica il numero di ricoveri effettuati sullo stesso posto letto ovvero il numero medio di pazienti che ruotano sullo stesso letto, nel 2022 per il P.O. di Policoro è stato pari a 46, in linea rispetto all'anno precedente.

| INDICE DI TURN OVER | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|---------------------|------|------|------|-------------------|--|
| | | | | % | |
| P.O. POLICORO | 3,36 | 2,16 | 2,19 | 1,39% | |

L'indice di turn over, che misura il periodo di tempo (numero di giorni) intercorrente tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un nuovo paziente sullo stesso letto, calcolato sui pazienti effettivamente transitati sui posti letto dei singoli reparti, nell'anno 2022 è stato pari per il P.O. di Policoro a 2,19 giorni.

| PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|------------------------------|------|------|------|-------------------|--|
| | | | | % | |
| P.O. POLICORO | 0,9 | 0,9 | 0,87 | -3,33% | |

Il peso medio dei ricoveri ordinari del P.O. di Policoro nel 2021 è stato pari a 0,87, in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti.

| VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|------------------------------------|-----------|------------|------------|-------------------|---------|
| | | | | assoluto | % |
| P.O. POLICORO | 9.435.607 | 11.069.086 | 10.739.018 | - 330.068 | - 2,98% |

Nel 2022 il valore economico dei ricoveri effettuati dall'Ospedale di Policoro è stato pari complessivamente a **10.739.018** euro, evidenziando un decremento rispetto all'anno precedente pari al - 2,98%.

ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

| NUMERO RICOVERI DAY HOSPITAL | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|------------------------------|------|------|------|-------------------|-------|
| | | | | assoluto | % |
| P.O. POLICORO | 392 | 526 | 475 | -51 | -9,7% |

Nel 2021 nell'Ospedale di Policoro sono stati effettuati complessivamente 475 ricoveri in Day Hospital/Day Surgery, in decremento rispetto al 2021 (-9,7%).

| VALORIZZAZIONE ECONOMICA DH | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|-----------------------------|---------|---------|---------|-------------------|---------|
| | | | | assoluto | % |
| TOTALE | 527.160 | 763.948 | 786.471 | 22.523 | + 2,95% |

La valorizzazione economica dei DH effettuati nell'Ospedale di Policoro nel 2021 è stata pari a 786.471 euro, in aumento rispetto all'anno precedente del + 2,95%.

ATTIVITA' CHIRURGICA

| P.O. POLICORO | | | | |
|---------------|-------------------|--------------|-------------|--------|
| 2020 | Degenza Ordinaria | Day Hospital | Ambulatorio | Totale |
| P.O. POLICORO | 1.248 | 224 | 850 | 2.322 |

| P.O. POLICORO | | | | |
|---------------|-------------------|--------------|-------------|--------|
| 2021 | Degenza Ordinaria | Day Hospital | Ambulatorio | Totale |
| Totale | 1.628 | 374 | 1.065 | 3.067 |

| P.O. POLICORO | | | | |
|---------------|-------------------|--------------|-------------|--------|
| 2022 | Degenza Ordinaria | Day Hospital | Ambulatorio | Totale |
| P.O. POLICORO | 1.529 | 316 | 765 | 2.610 |

Nel 2022 nel P.O. di Policoro sono stati effettuati 2.610 interventi chirurgici, con un decremento di 457 interventi rispetto al 2021.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALIERA

| SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESIDIO OSPEDALIERO POLICORO | | | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| SERVIZIO | 2020 | 2021 | 2022 | Scost. 22- 21 | 2020 | 2021 | 2022 | Scost. 22 - 21 |
| | Numero | | | | valore € | | | |
| Ospedale Policoro | 263.929 | 307.174 | 304.063 | -1,01% | 2.487.882 | 2.535.686 | 2.189.760 | - 13,64% |

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2022 dai servizi del P.O. di Policoro sono state complessivamente 304.063, evidenziando un decremento del -1,01% rispetto all'anno precedente, analogamente al valore economico delle prestazioni specialistiche erogate dai servizi del P.O. di Policoro che è stato pari a 2.189.760 euro, con un decremento pari al -13,64% rispetto al 2021.

IL PROCESSO DI RICONVERSIONE DEGLI OSPEDALI DISTRETTUALI

Per l'anno 2022 l'ASM ha curato la gestione diretta dei presidi distrettuali di Tricarico, Stigliano e Tinchì, in cui sono definitivamente cessate tutte le attività ospedaliere per acuti e si è avviato il processo di riconversione in senso territoriale, che troverà nei futuri periodi di gestione un ulteriore momento di sviluppo attraverso il rafforzamento del ruolo e della mission definita per tali strutture dalla programmazione regionale, con specifico riferimento al modello di Ospedale di Comunità previsto dal PNRR.

Tale processo è coerente con gli scenari attuali e futuri che esaltano la valenza strategica dei piccoli ospedali nei percorsi della fragilità, della cronicità, della prevenzione, della riabilitazione, della lungodegenza, della continuità assistenziale, nell'ambito della integrazione ospedale – territorio. I suddetti presidi distrettuali,

con specifica vocazione alla Lungodegenza o alla Riabilitazione, devono diventare sede elettiva di sperimentazione di forme di gestione integrata ospedale – territorio, dove si realizza la presa in carico dei pazienti, con particolare riferimento a quelli cronici, o comunque che versano in condizioni di fragilità.

In conformità a quanto previsto dall'art. 20 della L.R. n. 17/2011 oltreché nell'ultimo P.S.R. approvato dalla Giunta (Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015), negli ospedali post acuti è svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti, inserendosi nel complesso delle attività territoriali sanitarie e socio – sanitarie integrate.

I Presidi Distrettuali di Stigliano, Tinchi e Tricarico nel modello attuale si configurano come strutture polivalenti a bassa intensità assistenziale, con degenza in regime di post-acuzie o di residenzialità in elezione e/o in trasferimento da altri setting assistenziali, nonché PTS (Punti Territoriali di Soccorso) e sedi di attività poliambulatoriale specialistica.

I modelli organizzativi attualmente vigenti, in conformità alle linee di indirizzo programmatico definite dalla Regione Basilicata, prevedono:

- per l'Ospedale di Stigliano, il mantenimento delle attività di lungodegenza medica per la cura delle patologie cronico – degenerative, da ripristinare dopo l'interruzione negli anni passati a causa della pandemia, oltre al mantenimento delle attività dell'Hospice, destinate alla presa in carico dei malati terminali.

Presso l'Ospedale di Tricarico si ha la gestione diretta delle attività di lungodegenza medica e quella in convenzione con la Fondazione Don Gnocchi per le attività di Riabilitazione cod. 56 e cod. 60 oltre che per la Residenza Sanitaria Assistita (R.S.A.), con la promozione di forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte dagli specialisti operanti nel suddetto ospedale.

Per l'Ospedale di Tinchi si prevede, accanto al potenziamento delle attività di tipo territoriale tradizionalmente erogate, il consolidamento delle attività del Centro Dialisi, finalizzato a migliorare la qualità delle prestazioni di dialisi erogate ai pazienti. Inoltre nella suddetta struttura, dopo aver ultimato i lavori di consolidamento strutturale, è allo studio l'ipotesi di avviare un servizio di riabilitazione ortopedica, pneumologica e cardiologica, anche in considerazione della attuale disponibilità ulteriore di 21 posti letto post acuzie cod. 56 rispetto a quelli già attivati presso gli Ospedali Distrettuali di Tricarico e Stigliano, ai sensi della D.G.R. n. 1479/2016.

A fronte del su menzionato modello organizzativo previsto dalla programmazione regionale, i suddetti Ospedali post acuti dell'ASM, nei prossimi anni, saranno oggetto di una riconfigurazione strutturale, coerente con gli obiettivi rivenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che, fra le altre cose, nell'ambito delle strategie di potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale, prevede lo sviluppo degli Ospedali di Comunità o Strutture per le Cure Intermedie (SCI), vale a dire strutture residenziali sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale tipologia di struttura, la cui dimensione viene prevista in 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria territoriale rivolta a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.

L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L'investimento previsto nel PNRR si concretizzerà nella realizzazione di 381 nuovi Ospedali di Comunità, di cui 4 previsti per la Basilicata, per un totale di 7.620 posti letto (70 posti letto per la Basilicata), che vanno ad aggiungersi ai 3.163 posti letto già esistenti in tutte le Regioni italiane con un orizzonte per il completamento della sua realizzazione previsto per la metà del 2026. Con deliberazione aziendale n. 129 del 04/03/2022 di presa d'atto delle risorse assegnate all'Azienda per l'attuazione del PNRR, di approvazione delle relative schede intervento di individuazione dei RUP incaricati della realizzazione, sono stati individuati quali Ospedali di Comunità per l'ASM gli Ospedali di Tinchi e di Stigliano.

2.4.2.3 OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO

L'Ospedale di Tricarico è un Ospedale Distrettuale deputato fondamentalmente alla gestione della Riabilitazione attraverso il Polo Riabilitativo, gestito in convenzione con la Fondazione ONLUS Don Gnocchi, e alla gestione diretta della Lungodegenza attraverso l'U.O. della Lungodegenza Medica in esso operante.

ATTIVITA' DI DEGENZA OSPEDALE DISTRETTUALE TRICARICO

| DOTAZIONE POSTI LETTO ORDINARI | 2021 | 2022 | Scostamento | |
|---------------------------------|-----------|-----------|-------------|---------|
| | | | assoluto | % |
| DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA | 48 | 48 | 0 | 0% |
| LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA | 16 | 16 | 0 | 0% |
| LUNGODEGENZA MEDICA | 28 | 30 | +2 | +7,14% |
| COMA VEGETATIVO | 7 | 5 | -2 | -28,57% |
| TOTALE | 99 | 99 | 99 | |

Nel corso del 2022 si sono svolte le attività presso l'Ospedale distrettuale di Tricarico, secondo il modello organizzativo definito dalla programmazione aziendale e regionale.

| DIMESSI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento | |
|---------------------------------|------------|------------|------------|-------------|---------------|
| | | | | assoluto | % |
| DEGENZA INTENSIVA RIABILITATIVA | 218 | 282 | 370 | 88 | 31,21% |
| LUNGODEGENZA -RIABILITATIVA | 117 | 134 | 141 | 7 | 5,22% |
| LUNGODEGENZA MEDICA | 77 | 99 | 104 | 5 | 5,05% |
| COMA VEGETATIVO | 4 | 4 | 8 | 4 | 100% |
| TOTALE | 416 | 519 | 623 | 104 | 20,04% |

| VALORE ECONOMICO RICOVERI ORDINARI | 2021 | 2022 | Scostamento 22-21 | |
|------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|---------------|
| | | | assoluto | % |
| P.O. TRICARICO | 3.878.670 | 5.182.622 | 1.303.952 | 33,62% |

Nel 2022 i ricoveri ordinari effettuati nell'Ospedale distrettuale di Tricarico sono stati 623, evidenziando un significativo incremento, pari al +20,04%, rispetto all'anno precedente, che ha riguardato tutte le unità operative presenti e che ha fatto registrare un incremento del 33,62% nel valore economico.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE DI TRICARICO

| SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE TRICARICO | | | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|-------------------|----------|---------|---------|-------------------|
| Struttura | 2020 | 2021 | 2022 | Scost. 22 - 21 | 2020 | 2021 | 2022 | Scost. 22 - 21 |
| | numero | | | | valore € | | | |
| Ospedale Tricarico | 112.556 | 141.203 | 113.539 | -19,57% | 643.616 | 675.996 | 573.652 | -15,84% |

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2022 dai servizi dell'Ospedale di Tricarico sono state complessivamente 113.539, evidenziando un decremento del 19,59% rispetto al 2021.

Analogo trend è stato evidenziato con riferimento alla valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali, che nel 2022 è stata pari a 573.652 euro.

Il decremento delle prestazioni ambulatoriali con rispettiva valorizzazione economica ha riguardato quasi tutti i servizi, ma quello che ha presentato una maggiore incidenza in termini di riduzione è il Laboratorio Analisi.

| EROGATORE STRUTTURA | IMPORTO 2021 | QUANTITA' 2021 | IMPORTO 2022 | QUANTITA' 2022 |
|---|--------------------|----------------|--------------------|----------------|
| Endocrinologia Presidio Ospedaliero Tricarico | €21.148,25 | 1.000 | €26.065,39 | 1.229 |
| Diabetologia Presidio Ospedaliero Tricarico | €325,38 | 18 | €1.316,98 | 78 |
| Ginecologia Presidio Ospedaliero Tricarico | €28.784,99 | 1.169 | €25.597,90 | 1.023 |
| Endoscopia Digestiva Presidio Ospedaliero Tricarico | €91.756,62 | 1.455 | €87.077,93 | 1.401 |
| Fisioterapia Presidio Ospedaliero Tricarico | €74.723,03 | 9.092 | €88.535,94 | 10.559 |
| Medicina Generale Presidio Ospedaliero Tricarico | €9.869,74 | 267 | €8.830,32 | 232 |
| Laboratorio di Analisi Presidio Ospedaliero Tricarico | €410.783,25 | 126.000 | €301.149,07 | 97.175 |
| Chirurgia Presidio Ospedaliero Tricarico | €10.684,91 | 950 | €13.059,49 | 878 |
| Geriatría Presidio Ospedaliero Tricarico | €734,68 | 44 | €941,27 | 58 |
| Radiologia Presidio Ospedaliero Tricarico | €25.789,05 | 1.109 | €19.728,25 | 848 |
| Anestesia e Rianimazione Presidio Ospedaliero Tricarico | €717,17 | 15 | €1.012,51 | 17 |
| Centro Trasfusionale Presidio Ospedaliero Tricarico | €678,93 | 84 | €337,02 | 41 |
| TOTALE | €675.996,00 | 141.203 | €573.652,07 | 113.539 |

2.4.2.4 OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO

L'ospedale distrettuale di Stigliano è, insieme agli Ospedali Distrettuali di Tinchi e Tricarico, oggetto di un processo di rifunzionalizzazione, avviato con la progressiva e definitiva dismissione dei posti letto per acuti e da perfezionare con il potenziamento delle attività sanitarie di tipo territoriale in conformità alle linee di indirizzo nazionali e regionali.

RICOVERI ORDINARI OSPEDALE DISTRETTUALE STIGLIANO

I dati relativi ai ricoveri ordinari sono i seguenti:

| DIMESSI ORDINARI | 2020 | 2021 | 2022 | Scostamento 22 - 21 | |
|-------------------------|------|------|------|------------------------|--------|
| | | | | assoluto | % |
| LUNGODEGENZA MEDICA (S) | 41 | 47 | 54 | 7 | 14,89% |

Nel 2022 i ricoveri ordinari effettuati nell'Ospedale Distrettuale di Stigliano sono stati 54, ed hanno riguardato esclusivamente pazienti affetti da covid paucisintomatici non necessitanti di assistenza per acuzie, evidenziando una crescita rispetto al 2021 del 14,89%.

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE DI STIGLIANO

| SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALE DISTRETTUALE STIGLIANO | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|-------------------|----------|--------|---------|-------------------|
| Struttura | 2020 | 2021 | 2022 | Scost. 22 - 21 | 2020 | 2021 | 2022 | Scost. 22 - 21 |
| | numero | | | | valore € | | | |
| Ospedale Stigliano | 11.118 | 14.187 | 15.507 | 9% | 71.562 | 91.930 | 110.874 | 21% |

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2022 dai servizi dell'Ospedale Distrettuale di Stigliano sono state complessivamente 15.507, evidenziando un incremento del 9%. Anche la valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali che nel 2022 è stata pari a 110.874 euro, ha rilevato, di conseguenza, un incremento con un aumento del 21% rispetto al 2021.

In dettaglio:

| STRUTTURA | IMPORTO 2021 | QUANTITA' 2021 | IMPORTO 2022 | QUANTITA' 2022 | DELTA IMPORTO | | DELTA QUANTITA' | |
|--|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|-----------|
| | | | | | delta valore assoluto | delta % | delta valore assoluto | delta % |
| 053005-202 - Anestesia e Rianimazione Ospedale Stigliano | € 8.128,93 | 391 | €9.168,37 | 429 | € 1.039,44 | 13% | 38 | 10% |
| 053001-202 - Laboratorio di Analisi Ospedale Stigliano | € 14.373,18 | 5.571 | € 14.581,53 | 5.519 | € 208,35 | 1% | -52 | -1% |
| 053029-202 - Fisioterapia Ospedale Stigliano | € 46.131,07 | 6.905 | € 53.893,43 | 7.696 | € 7.762,36 | 17% | 791 | 11% |
| 053004-202 - Medicina Ospedale Stigliano | € 3.505,26 | 234 | € 4.703,71 | 318 | € 1.198,45 | 34% | 84 | 36% |
| 053002-202 - Radiologia Ospedale Stigliano | € 36,67 | 2 | € 0,00 | - | -€ 36,67 | -100% | -2 | -100% |
| 053036-202 - Centro Trasfusionale Ospedale Stigliano | € 195,92 | 24 | € 507,83 | 63 | € 311,91 | 159% | 39 | 163% |
| 053018-202 - Endocrinologia Ospedale Stigliano | € 18.828,33 | 1.013 | € 26.940,99 | 1.415 | € 8.112,66 | 43% | 402 | 40% |
| 053032-202 - Nefrologia Ospedale Stigliano | € 689,45 | 45 | € 1.069,06 | 66 | € 379,61 | 55% | 21 | 47% |
| 053014-202 - Chirurgia Ospedale Stigliano | € 41,32 | 2 | € 9,09 | 1 | -€ 32,23 | -78% | -1 | -50% |
| Totale | € 91.930,13 | 14.187 | € 110.874,01 | 15.507 | € 18.943,88 | 21% | 1320 | 9% |

Si osserva come delle prestazioni ambulatoriali e della rispettiva valorizzazione economica abbia riguardato la maggior parte dei servizi dell'Ospedale Distrettuale di Stigliano.

HOSPICE DI STIGLIANO

L'Hospice di Stigliano con una dotazione di 8 posti letto, di cui 7 ordinari e 1 DH, nel 2022 ha effettuato 79 ricoveri, in diminuzione di 17 ricoveri rispetto all'anno precedente. Di tali ricoveri 54 sono ordinari, contro i 47 del 2021 e i rimanenti 25 sono in Day Hospital, contro i 49 dell'anno precedente.

2.4.2.5 OSPEDALE DISTRETTUALE DI TINCHI

Le attività effettuate dall'Ospedale Distrettuale di Tinchi, in conformità alla mission ed alle corrispondenti funzioni assegnate dalla programmazione sanitaria aziendale e regionale, sono state rivolte fondamentalmente all'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

In particolare, presso l'Ospedale Distrettuale di Tinchi, in un blocco adiacente al suddetto Presidio, è stato operativo anche nel 2022, il Centro Dialisi, realizzato nel 2017 attraverso un progetto di finanza.

2.4.3. ASSISTENZA TERRITORIALE

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

Dal punto di vista macro organizzativo l'assistenza territoriale dell'ASM, nel 2022 era ancora articolata in 3 Distretti della Salute:

- Distretto Città di Matera
- Distretto Bradanica-Medio Basento,
- Distretto Metapontino-Collina Materana,

i cui ambiti coincidono con l'ambito socio – territoriale delle tre Aree Programma, costituite ai sensi della L.R. 30 dicembre 2010, n. 33, così come integrata dalla D.G.R. n. 246/2012.

Si fa presente che la Giunta Regionale con la delibera del 30 dicembre 2022, n.948 "D.M. Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022- G.U. n. 144 del 22.6.2022 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel servizio sanitario nazionale" ha adottato il Provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art. 1, comma 2 che istituisce n. 2 ambiti territoriali distrettuali per la Provincia di Matera.

1) DISTRETTO 5 MATERA-MEDIO BASENTO (ATD Tricarico) composto dai Comuni di Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Matera, Montescaglioso, Miglionico, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra, Tricarico con sede in MATERA in Via Montescaglioso snc;

2) DISTRETTO 6 METAPONTO-COLLINA MATERANA composto dai Comuni di Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Pag. 3 a 5 Gorgoglione, Montalbano Jonico, Nova Siri, Pisticci, Policoro, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tursi, Valsinni con sede in POLICORO in Via Moncenisio n.1.

Il Piano Operativo Territoriale ridisegna l'articolazione organizzativa distrettuale prevedendo la figura del Direttore Responsabile del Distretto, la Struttura di Coordinamento delle Attività Distrettuali, e le Strutture che afferiscono alla Direzione Distrettuale.

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

- a) cure primarie;
- b) farmaceutica;
- c) domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- d) specialistica ambulatoriale e protesica;
- e) riabilitativa;
- f) consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- g) sociosanitaria;

h) dipendenze patologiche;

i) residenziale e semiresidenziale socio sanitaria territoriale.

Il Distretto diviene l'articolazione aziendale deputata all'integrazione tra diversi servizi e strutture presenti sul territorio al fine di garantire un'efficace risposta ai bisogni di salute espressi dalla popolazione.

Esso perde la sua funzione di coordinamento delle reti di servizi territoriali e dei terzi convenzionati, ma diviene "agenzia di salute" in grado di affermare e implementare un modello di "Medicina d'Iniziativa" in quanto "modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche" orientato alla promozione della salute, che non aspetta il cittadino in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo assiste "in modo proattivo" già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.

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

- **N. 5 Poliambulatori** specialistici all'interno dei 5 plessi Ospedalieri aziendali che erogano attività clinica, diagnostica strumentale e per immagini ed attività di laboratorio;
- **N. 21 sedi distrettuali comunali** che erogano attività specialistiche ambulatoriali;
- **N. 2 CSM**, 1 a Matera e 1 a Policoro, che erogano attività di assistenza ai disabili psichici;
- **N. 2 SERT**, 1 a Matera e 1 a Policoro che erogano attività di assistenza ai tossicodipendenti;
- **N. 2 Centri Diurni**, 1 a Matera e 1 a Policoro, che erogano attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici;
- **N. 1 consultorio con 7 sedi territoriali** che erogano attività di consultorio familiare all'interno delle sedi distrettuali;
- **N. 1 Hospice** che eroga assistenza ai malati terminali, situato nell'Ospedale di Stigliano.

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

- **N. 4 Centri Privati Accreditati** che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini (ex art. 25 L. 833/78);
- **N. 6 Centri Privati Accreditati** che erogano attività di laboratorio (ex art. 25 L. 833/78);
- **N. 7 Centri Privati accreditati** che erogano attività di Fisiokinesiterapia (ex art. 25 L. 833/78);
- **N. 1 Medico convenzionato** che eroga attività clinica della branca cardiologica (ex art. 25 L. 833/78);
- **N. 4 Centri di Riabilitazione** che erogano attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale/domiciliare (ex art. 26 L. 833/78);
- **N. 1 Struttura Padri Trinitari a Bernalda** per anziani non autosufficienti con n° 2 tipologie R3 e R2D – Nucleo Alzheimer, per n° 20 posti letto ciascuna.

Afferiscono, inoltre, alla gestione CEA i ricoveri di pazienti invalidi gravi fuori Regione, in Strutture accreditate e convenzionate con le ASL di afferenza, a seguito di istruttoria sanitaria in capo alla UVI – Unità di Valutazione Interdisciplinare.

Il numero di tali strutture varia nel tempo e, nell'anno 2022, sono state pari a n° 14.

Inoltre vi sono:

- **N. 14 Residenze Psichiatriche** (Case Alloggio e/o Gruppi Appartamento) che erogano attività residenziale di assistenza ai disabili psichici;
- **N. 1 R.S.A.** per anziani non autosufficienti e con prevalenza di problematiche neurodegenerative e dementigene, con 20 posti letto, gestita in convenzione con la Fondazione Don Gnocchi.

Come già riportato nella precedente sezione, presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico si concentrano le attività del Polo Riabilitativo, consistenti in:

- 48 posti letto per riabilitazione (cod. 56);
- 16 posti letto per lungodegenza riabilitativa (cod. 60);
- attività ambulatoriali per disabilità importanti e con esiti permanenti nonché per disabilità minimali e transitorie.

- 20 posti letto per R.S.A. per anziani non autosufficienti e con prevalenza di problematiche neurodegenerative e dementigene.
A partire dal 2014 vi è stata la riconversione di 10 dei posti letto dal codice R3 medio-bassa intensità al codice R2 elevata intensità (deliberazione aziendale n. 838/2014), in ottemperanza alle linee di indirizzo programmatiche regionali.
- 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.

Dai primi mesi del 2015, prima tra le Aziende Sanitarie meridionali, l'ASM di Matera ha avviato le attività della R.E.M.S. (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) presso Tinchì, portando a compimento in soli 100 giorni, un importante investimento finanziato dalla Regione Basilicata. Tale intervento che ha consentito alla Regione Basilicata di essere la prima Regione del meridione ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Relativamente alla Medicina Generale, nell'Azienda operano mediamente 154 Medici di Medicina Generale e 22 Pediatri di Libera Scelta.

ELENCO MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

| | COMUNE | MMG | | | PLS | | |
|----|-------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 1 | ACCETTURA | 2 | 2 | 2 | | | |
| 2 | ALIANO | 1 | 1 | 1 | | | |
| 3 | BERNALDA | 10 | 11 | 10 | 1 | 1 | 1 |
| 4 | CALCIANO | 1 | 1 | 1 | | | |
| 5 | CIRIGLIANO (*) | 0 | 0 | 0 | | | |
| 6 | COLOBRARO | 1 | 1 | 1 | | | |
| 7 | CRACO | 1 | 1 | 1 | | | |
| 8 | FERRANDINA | 6 | 7 | 6 | 2 | 2 | 2 |
| 9 | GARAGUSO | 1 | 1 | 1 | | | |
| 10 | GORGOGNONE | 1 | 1 | 1 | | | |
| 11 | GRASSANO | 5 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 12 | GROTTOLE | 2 | 1 | 2 | | | |
| 13 | IRSINA | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | MATERA | 50 | 48 | 50 | 9 | 9 | 9 |
| 15 | MIGLIONICO | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | MONTALBANO J.CO | 5 | 5 | 6 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | MONTESCAGLIOSO | 6 | 7 | 6 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | NOVA SIRI | 6 | 6 | 5 | | | |
| 19 | OLIVETO LUCANO(*) | 0 | 0 | 0 | | | |
| 20 | PISTICCI | 14 | 15 | 15 | 2 | 2 | 2 |
| 21 | POLICORO | 15 | 15 | 14 | 2 | 2 | 2 |
| 22 | POMARICO | 3 | 3 | 2 | | | |
| 23 | ROTONDELLA | 2 | 2 | 2 | | | |

| | | MMG | | | PLS | | |
|--|-----------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| 24 | SALANDRA | 2 | 2 | 2 | | | |
| 25 | SAN GIORGIO L. | 1 | 1 | 1 | | | |
| 26 | SAN MAURO FORTE | 2 | 1 | 1 | | | |
| 27 | SCANZANO J.CO | 5 | 5 | 6 | 1 | 1 | 1 |
| 28 | STIGLIANO | 3 | 3 | 2 | | | |
| 29 | TRICARICO | 4 | 4 | 3 | | | |
| 30 | TURSI | 4 | 3 | 3 | | | |
| 31 | VALSINNI | 1 | 1 | 1 | | | |
| | | 160 | 157 | 154 | 22 | 22 | 22 |
| (*) il servizio è garantito rispettivamente dai medici MMG DI Gorgoglione (per i residenti in Cirigliano) e di Oliveto Lucano (per i residenti di Calciano). | | | | | | | |

Al 31/12/2022 gli Specialisti Interni in convenzione con l'Azienda erano 50, di cui 39 medici e 11 veterinari. Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale con 126 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.

Sul territorio aziendale, inoltre, sono dislocate in punti geografici strategici, 12 postazioni di 118, sono presenti inoltre n.3 Punti di Primo Intervento con medici dedicati all'Emergenza Territoriale, la cui gestione è passata all'ASP a far data dal 01/01/2017, ai sensi della L.R. n. 2/2017.

In merito alle strategie di potenziamento dell'assistenza territoriale rimane obiettivo prioritario dell'Azienda la concreta implementazione del modello distrettuale e la ridefinizione della governance dei Distretti in conformità a quanto previsto nel PNRR. L'obiettivo è quello di favorire il progressivo spostamento del baricentro assistenziale dall'Ospedale al Territorio, ed in tale prospettiva il Distretto assume un ruolo determinante, quale punto di raccordo per la presa in carico del paziente, in cui si riportano ad unitarietà i percorsi di cura ed assistenza, evitando la frammentazione degli interventi con un fondamentale recupero dell'efficienza produttiva e dell'efficacia della risposta sanitaria. Sul versante del potenziamento delle attività territoriali, inoltre, l'Azienda intende avviare un percorso di attualizzazione ed aggiornamento degli strumenti per favorire la valorizzazione della medicina generale attraverso un ruolo attivo e partecipativo dei MMG/PLS, in grado di garantire una più fattiva collaborazione degli stessi nel raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali, quali:

- la medicina d'iniziativa verso gli assistiti;
- il dispiego e l'evoluzione delle formule aggregative;
- il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva essenziale per il contenimento dei tempi d'attesa;
- il concorso all'ottimizzazione della spesa farmaceutica;
- il concorso al monitoraggio ed alla riduzione della mobilità passiva extraregionale.

Nell'attuale contesto locale, l'esercizio dell'assistenza primaria in forma singola è ancora prevalente, con conseguenti orari di apertura al pubblico non sempre coerenti con le esigenze della popolazione che, nonostante la presenza della continuità assistenziale 24 h/giorno e 7/7 giorni, il più delle volte continua a ricorrere al pronto soccorso in caso di bisogno urgente. Il modello UCCP dell'integrazione nelle Case della salute o simili è rimasto al palo un'incompiuta. Il potenziamento delle cure primarie della ASM nei prossimi anni dovrà necessariamente passare attraverso la realizzazione delle Case della Comunità (CdC), che costituiscono uno degli obiettivi inseriti nel PNRR, quali strutture sanitarie, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria, in cui il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie.

In queste strutture, al fine di poter fornire tutti i servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera lavorano in équipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia, gli specialisti

ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari quali logopedisti, fisioterapisti, dietologi, tecnici della riabilitazione e altri.

La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità mira a rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. La figura chiave nella Casa della Comunità è indubbiamente l'infermiere di famiglia, figura già introdotta dal Decreto Legge n. 34/2020 che, grazie alle sue conoscenze e competenze specialistiche nel settore delle cure primarie e della sanità pubblica, diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e Comunità. Secondo il PNRR, la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica. L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, di cui 12 per la Basilicata, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

Con la deliberazione aziendale n. 129 del 04/03/2022 di presa d'atto delle risorse assegnate all'Azienda per l'attuazione del PNRR, di approvazione delle relative schede intervento e di individuazione dei RUP incaricati della realizzazione, d'intesa con la Conferenza dei Sindaci è stata individuata la geolocalizzazione oltre che delle sedi degli Ospedali anche quella delle Case di Comunità, come di seguito indicato:

- CASE COMUNITA' HUB presso i Comuni di Irsina, Montescaglioso, Montalbano Jonico
- CASE COMUNITA' SPOKE presso i Comuni di Ferrandina, Tursi, Garaguso.

Altro intervento prioritario coerente con gli obiettivi del PNRR, è il rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare (ADI), attraverso l'incremento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, che secondo le previsioni contenute nel suddetto PNRR, deve consentire di prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, in particolare coloro con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Per realizzare tale obiettivo, secondo quanto previsto dal PNRR si renderà necessario:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso l'ASM un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare una Centrale Operativa Territoriale (COT) per ogni Distretto aziendale, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;
- utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Nello specifico, le Centrali Operative Territoriali saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, favorendo lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituendo un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungendo da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

Nel corso del 2022 sono state inoltre attuati interventi sul territorio predefiniti per far fronte all'emergenza COVID, che di fatto hanno anticipato le menzionate linee di azione previste dal PNRR. Tali interventi sono esplicitati nello specifico Piano Operativo adottato dall'ASM, in recepimento della DGR n. 612/2020, con deliberazione aziendale n. 847/2020, così come aggiornata con deliberazione aziendale n. 986 del 03/11/2020. Nello specifico, coerentemente alle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo Organizzative nazionali, così come recepite a livello regionale, al fine di fronteggiare adeguatamente le emergenze

pandemiche, il Piano di riorganizzazione della rete territoriale dell'ASM nasce dalla consapevolezza della centralità dell'assistenza sul territorio nella gestione dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del COVID – 19 e dalla conseguente necessità di rafforzare la rete assistenziale territoriale in termini sia di prevenzione del contagio che di presa in carico dei pazienti e successivo monitoraggio.

Tale programma, in linea generale, coerentemente agli indirizzi strategici previsti nel D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, è riconducibile a tre macro linee progettuali, coincidenti con le finalità che lo stesso si propone:

- Implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del COVID – 19, dei casi confermati e dei loro contatti;
- Intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus;
- Assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario. Coerentemente alle suddette indicazioni programmatiche regionali, il piano attuativo aziendale si sviluppa intorno ai seguenti tre livelli progettuali: - Testare – Testing; - Tracciamento – Tracing - Trattamento – Treating.

L'insieme degli interventi previsti nel suddetto piano operativo è destinato a produrre effetti strutturali di potenziamento della rete assistenziale territoriale dell'ASM che non si limitano esclusivamente alla gestione dell'emergenza COVID, ma che si propongono di consolidarsi in maniera stabile nel tempo, con riferimento specifico all'implementazione dell'infermiere di famiglia, al potenziamento dell'ADI e al rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio nella presa in carico dei pazienti cronici e più in generale dei soggetti fragili.

Le Unità Speciali COVID-19 (U.S.CO.19), ripartite aziendali in n. 4 Sedi Operative di Matera, Stigliano, Tinchì e Tricarico, hanno effettuato, nel corso del 2022, l'assistenza e il monitoraggio di pazienti affetti da COVID-19 che non hanno necessitato di ricovero ospedaliero, pazienti con sintomatologia respiratoria sospetta in attesa di effettuazione di tampone nasofaringeo — già segnalati e presi in carico dalle U.S.CO.19 — e conviventi di pazienti affetti da COVID-19, in isolamento domiciliare obbligatorio.

Alle U.S.CO.19 è stata demandata, inoltre, la gestione globale del paziente, nei limiti normati dalle linee guida, circolari e procedure operative, dalla presa in carico del caso indice (sospetto, probabile o confermato), identificandone i contatti a basso ed alto rischio — *contact tracing*, ovvero fornendo informazioni e indicazioni esaustive in merito alle misure precauzionali ed educative generali da attuare per il contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2, annoverando le modalità di trasmissione, gli interventi di profilassi che sono necessari (*sorveglianza attiva, quarantena, ecc.*), i possibili sintomi clinici e le istruzioni sulle misure da attuare in caso di comparsa di sintomatologia, eseguendo, quotidianamente, al fine di reperire informazioni continue e ravvicinate circa le condizioni cliniche del caso/contatto, sorveglianza attiva (telefonate, e-mail o messaggi di testo) per mezzo dell'osservazione clinica in cartella territoriale, compilando, dettagliatamente, la valutazione anamnestica, eseguendo richiesta e programmazione TNF di guarigione/controllo, richieste DGC, comunicazione di avvenuta guarigione ed invio di codici NUCG (numero univoco certificato guarigione), dall'applicativo COVID-19 Regione Basilicata SISIR - Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale della Basilicata (SISIR Basilicata), all'attività di programmazione, organizzazione ed effettuazione, in taluni casi con l'ausilio di personale sanitario aziendale, dei tamponi rino-faringei sul territorio di propria competenza, in modalità domiciliare e drive-through, per mezzo di attività routinarie istituite presso il Presidio Ospedaliero "Maria SS. delle Grazie" di Matera e gli Ospedali Distrettuali "Salvatore Peragine" di Stigliano, "Angelina Lo Dico" di Tinchì e "Rocco Mazzarone" di Tricarico, ivi inclusi programmi di screening — sorveglianza attiva sulla circolazione del virus SARS CoV-2 per le categorie maggiormente esposte, dedicati ed in loco, implementando le attività in materia di gestione dei casi indice, con particolare attenzione all'ambito scolastico, nonché RSA e Case di Riposo, nel primo semestre dell'annualità 2022, e delle fragilità e cronicità, nel secondo semestre dell'annualità 2022, rimettendo l'avvio della sperimentazione dei servizi di telemedicina nel territorio della

città di Matera, al fine di consolidare l'implementazione dei diversi servizi nel setting domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, assurgendo il domicilio a luogo privilegiato per l'integrazione delle cure oltre che per la governance e pianificazione delle prospettive di evoluzione delle condizioni di fragilità, con l'obiettivo di elevare gli standard di qualità e sicurezza dei prodotti e creare, contemporaneamente, un quadro legislativo sostenibile, favorevole all'innovazione e fondato sui principi del New Legislative Framework, in continuità con i principi del New Approach, al fine di garantire la salute globale ed erogare, efficacemente, il percorso individuale più appropriato e partecipato, orientando, attraverso il raggiungimento di obiettivi ben definiti e programmati, la migliore cura. In esito al conflitto bellico in Ucraina, si evidenzia che il dato complessivo relativo alla gestione dell'assistenza sanitaria e dell'accoglienza in Italia relativo alla popolazione ucraina è stato attestato a n. 393 cittadini ucraini presi in carico.

L'implementazione della cosiddetta "E-Health", in coerenza con il Decreto 21 settembre 2022 del Ministero della Salute circa "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. (22A06184)" - GU Serie Generale n.256 del 02-11-2022, è ritenuta, pertanto, funzionale alla gestione di patologie croniche, con uno spiccato orientamento alla prevenzione ed educazione, fin dalle fasi precoci della condizione morbosa, riducendo vertiginosamente il numero di accessi ospedalieri, attraverso il ProActive Follow-Up (Primary Care Unit) e l'utilizzo del micro servizio di telemonitoraggio, risultando ampiamente trasversale per la prevenzione secondaria, incidendo, così, in merito alla cura e riabilitazione della patologia.

| USCO-19 | N. TOTALE PAZIENTI IN CARICO | DI CUI N. PAZIENTI COVID-19 | N. ATTIVITA' | N. TELE-MONITORAGGIO | BACINO DI UTENZA |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------|----------------------|------------------|
| SEDE OPERATIVA DI MATERA | 11.974 | 6.774 | 33.853 | 47.769 | 60.530 |
| SEDE OPERATIVA DI STIGLIANO | 3.080 | 1.784 | 4.631 | 6.532 | 15.564 |
| SEDE OPERATIVA DI TINCHI | 6.847 | 4.583 | 10.893 | 14.618 | 74.690 |
| SEDE OPERATIVA DI TRICARICO | 5.754 | 3.369 | 8.513 | 11.922 | 46.217 |
| TOTALE | 27655 | 16510 | 57890 | 80841 | 197001 |

LEGENDA

- **n. totale pazienti in carico:** caso indice (sospetto, probabile o confermato) e contatti ad alto rischio;
- **di cui n. pazienti COVID-19:** caso indice confermato;
- **n. attività:** esecuzione di visite e TNF in modalità domiciliari, drive-through e programmi di screening, di prevenzione, per antigenico positivo, per identificazione dei casi, di controllo, verifica e guarigione;
- **telemonitoraggio:** monitoraggio di parametri vitali e condizioni cliniche del caso indice/contatto ad alto rischio;
- **bacino di utenza:** popolazione totale di competenza.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERRITORIALE

Le strutture territoriali della ASM nel 2022 hanno effettuato complessivamente 59.540 prestazioni, evidenziando un incremento del +3,7% rispetto al 2021, ma rimanendo al di sotto dei valori fatti registrare nel 2019, prima della pandemia. Analogamente, la valorizzazione economica delle suddette prestazioni, nel 2022, è stata pari a 989.522,37 euro, evidenziando un incremento del +11,09% rispetto all'anno precedente. Si riportano di seguito, per ciascuna sede territoriale, le prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia nel numero che nella valorizzazione economica, relativamente agli anni 2022 -2021.

| STRUTTURA | IMPORTO 2021 | QUANTITA' | IMPORTO | QUANTITA' 2022 |
|---|--------------|-----------|------------|----------------|
| Dermatologia Distretto Stigliano | €1.970,39 | 104 | €7.597,20 | 445 |
| Oculistica Distretto Pisticci | €6.923,60 | 439 | €5.747,14 | 339 |
| Neuropsichiatria Distretto Policoro | €8.028,40 | 624 | €8.325,27 | 693 |
| Cardiologia Distretto Policoro | €21.522,81 | 806 | €95.619,46 | 3.633 |
| Laboratorio di Analisi Distretto di Montalbano Jonico | €2.236,86 | 867 | €2.207,10 | 854 |
| Neurologia Distretto Pisticci | €6.202,92 | 337 | €5.900,75 | 325 |
| Odontoiatria Distretto Tursi | €2.958,66 | 163 | €10.272,37 | 563 |
| Neurologia Distretto Policoro | €28.628,16 | 1.601 | €31.125,23 | 1.753 |
| Radiologia Distretto Pisticci | €63.425,38 | 1.230 | €90.822,28 | 1.715 |
| Neurologia Distretto Stigliano | €5.603,80 | 305 | €5.260,29 | 294 |
| Medicina dello Sport Distretto Policoro | €54.156,86 | 898 | €6.653,12 | 114 |
| Otorinolaringoiatria Distretto Policoro | €6.852,14 | 463 | €7.992,83 | 526 |
| Ortopedia Distretto Pisticci | €8.152,45 | 470 | €6.228,22 | 339 |
| Ortopedia Distretto Stigliano | €1.927,95 | 114 | €3.067,84 | 174 |
| Oculistica Distretto Stigliano | €3.137,08 | 211 | €3.147,92 | 207 |
| Otorinolaringoiatria Distretto Pisticci | €2.200,44 | 150 | €2.381,14 | 140 |
| Chirurgia Distretto Stigliano | €2.828,09 | 141 | €1.517,59 | 73 |
| Chirurgia Distretto Policoro | €14.186,81 | 691 | €13.123,20 | 643 |
| Dermatologia Distretto Pisticci | €11.158,61 | 596 | €13.694,13 | 753 |
| Dermatologia Distretto Policoro | €13.751,27 | 687 | €15.332,61 | 770 |
| Pediatria Distretto Stigliano | €4.627,38 | 293 | €2.724,35 | 160 |
| Odontoiatria Distretto Stigliano | €4.434,96 | 171 | €6.444,56 | 287 |
| Chirurgia Distretto Tursi | €1.722,60 | 89 | €0,00 | 0 |
| Odontoiatria Distretto Pisticci | €936,89 | 68 | €1.799,74 | 98 |
| Psicologia Distretto Policoro | €847,37 | 43 | €0,00 | 0 |
| Medicina Distretto Pisticci | €8.832,90 | 587 | €12.702,62 | 824 |
| Otorinolaringoiatria Distretto Stigliano | €4.085,47 | 264 | €5.886,72 | 374 |
| Dermatologia Distretto Tursi | €2.130,23 | 113 | €5.107,88 | 293 |
| Neuropsichiatria Distretto Stigliano | €703,71 | 56 | €244,22 | 18 |
| Dermatologia Distretto San Mauro Forte | €451,91 | 26 | €33,57 | 2 |
| Ginecologia Ospedale Stigliano | €2.029,80 | 83 | €0,00 | 0 |
| Ortopedia Distretto San Mauro Forte | €1.084,62 | 57 | €1.394,46 | 81 |
| Ortopedia Distretto Tursi | €1.190,45 | 70 | €1.513,22 | 92 |
| Odontoiatria Distretto Policoro | €1.946,98 | 56 | €218,20 | 3 |

| STRUTTURA | IMPORTO 2021 | QUANTITA' | IMPORTO | QUANTITA' 2022 |
|---|--------------|-----------|------------|----------------|
| Psicologia Distretto Pisticci | €151,15 | 10 | €234,42 | 12 |
| Neuropsichiatria Distretto Pisticci | €103,30 | 5 | €0,00 | 0 |
| Servizio prelievi Distretto Grottole | €1.769,88 | 686 | €1.086,18 | 421 |
| Neurologia Distretto Grassano | €4.322,96 | 231 | €3.572,15 | 192 |
| Psicologia Distretto Bernalda | €28.161,53 | 1.028 | €1.876,17 | 101 |
| Neurologia Distretto Bernalda | €3.920,87 | 217 | €3.269,41 | 184 |
| Servizio prelievi Distretto Montescaglioso | €5.188,38 | 2.011 | €5.194,97 | 1.991 |
| Servizio prelievi Distretto Irsina | €3.599,10 | 1.395 | €3.093,42 | 1.199 |
| Servizio prelievi Distretto Ferrandina | €5.753,40 | 2.230 | €4.100,41 | 1.508 |
| Pediatria Distretto Garaguso | €733,42 | 37 | €764,42 | 37 |
| Servizio prelievi Distretto Miglionico | €1.821,48 | 706 | €1.139,11 | 437 |
| Ortopedia Distretto Bernalda | €8.516,85 | 523 | €11.094,55 | 671 |
| Servizio prelievi Distretto Bernalda | €3.973,20 | 1.540 | €3.134,65 | 1.190 |
| Servizio prelievi Distretto Oliveto Lucano | €433,44 | 168 | €281,22 | 109 |
| Servizio prelievi Distretto Garaguso | €1.093,92 | 424 | €577,92 | 224 |
| Otorinolaringoiatria Distretto Montescaglioso | €1.456,56 | 85 | €2.417,24 | 142 |
| Fisioterapia Distretto Ferrandina | €24.891,65 | 2.755 | €31.083,20 | 3.830 |
| Servizio prelievi Distretto di Pomarico | €3.508,80 | 1.360 | €3.221,30 | 1.252 |
| Neurologia Distretto di Pomarico | €4.186,15 | 215 | €3.716,13 | 193 |
| Neurologia Distretto Montescaglioso | €5.343,77 | 274 | €2.500,44 | 136 |
| Servizio prelievi Distretto Grassano | €4.290,54 | 1.663 | €0,00 | 0 |
| Pediatria Distretto Calciano | €3.006,02 | 147 | €2.179,62 | 107 |
| Dermatologia Distretto Irsina | €1.694,08 | 88 | €1.880,04 | 94 |
| Servizio prelievi Distretto Salandra | €1.901,46 | 737 | €1.081,02 | 419 |
| Psichiatria Distretto Bernalda | €684,27 | 46 | €1.249,73 | 89 |
| Odontoiatria Distretto Tricarico | €8.329,01 | 380 | €583,80 | 36 |
| Psichiatria Distretto Ferrandina | €934,72 | 67 | €1.225,23 | 84 |
| Dermatologia Distretto Tricarico | €3.228,06 | 166 | €7.860,72 | 442 |
| Neurologia Distretto Ferrandina | €5.106,75 | 279 | €3.693,61 | 206 |
| Neurologia Distretto Tricarico | €3.625,85 | 193 | €3.032,42 | 164 |
| Assistenza sanitaria Distretto Tricarico | €74,82 | 29 | €197,23 | 51 |
| Otorinolaringoiatria Distretto Grassano | €1.691,55 | 95 | €2.375,90 | 135 |
| Assistenza sanitaria Distretto di Pomarico | €763,56 | 84 | €427,23 | 47 |
| Odontoiatria Distretto Irsina | €6.957,83 | 367 | €2.135,81 | 126 |
| Dermatologia Distretto Grassano | €1.531,37 | 82 | €6.484,23 | 378 |

| STRUTTURA | IMPORTO 2021 | QUANTITA' | IMPORTO | QUANTITA' 2022 |
|--|--------------|-----------|------------|----------------|
| Psichiatria Distretto Tricarico | €759,16 | 51 | €1.149,05 | 80 |
| Otorinolaringoiatria Distretto Ferrandina | €3.298,01 | 212 | €3.886,81 | 244 |
| Otorinolaringoiatria Distretto Irsina | €2.042,79 | 123 | €2.241,66 | 135 |
| Servizio prelievi Distretto Calciano | €531,48 | 206 | €539,22 | 209 |
| Attività Distrettuali Distretto Ferrandina | €189,52 | 46 | €41,20 | 10 |
| Psicologia Distretto Montescaglioso | €1.394,69 | 78 | €253,10 | 13 |
| Ortopedia Distretto Ferrandina | €3.271,81 | 191 | €4.921,40 | 287 |
| Neurologia Distretto Grottole | €1.663,76 | 88 | €912,29 | 46 |
| Otorinolaringoiatria Distretto Tricarico | €4.532,35 | 255 | €4.958,48 | 282 |
| Pediatria Distretto Grottole | €1.200,85 | 60 | €2.654,78 | 133 |
| Psichiatria Distretto Grassano | €206,58 | 13 | €20,66 | 1 |
| Dermatologia Distretto Bernalda | €971,02 | 47 | €686,94 | 34 |
| Pediatria Distretto Oliveto Lucano | €785,08 | 38 | €475,18 | 23 |
| Neurologia Distretto Miglionico | €1.288,08 | 69 | €756,65 | 40 |
| Neurologia Distretto Irsina | €2.774,84 | 153 | €2.248,02 | 126 |
| Neurologia Distretto Salandra | €1.792,12 | 107 | €1.518,34 | 99 |
| Dermatologia Distretto di Pomarico | €736,01 | 36 | €694,69 | 34 |
| Psichiatria Distretto Montescaglioso | €537,08 | 38 | €74,89 | 4 |
| Assistenza sanitaria Distretto Miglionico | €63,63 | 7 | €36,36 | 4 |
| Dermatologia Distretto Montescaglioso | €154,94 | 9 | €1.655,35 | 85 |
| Assistenza sanitaria Distretto Montescaglioso | €20,66 | 1 | €0,00 | 0 |
| Cardiologia Medica Distretto Ferrandina | €11,62 | 1 | €0,00 | 0 |
| Assistenza sanitaria Distretto Bernalda | €63,63 | 7 | €0,00 | 0 |
| Assistenza sanitaria Distretto Grassano | €15,48 | 6 | €0,00 | 0 |
| Psicologia Distretto Tricarico | €0,00 | 0 | €4.852,99 | 276 |
| Dermatologia Distretto Miglionico | €0,00 | 0 | €20,66 | 1 |
| Chirurgia Distretto Salandra | €0,00 | 0 | €41,32 | 2 |
| Cardiologia Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €69.589,40 | 3.845 | €70.349,17 | 3.728 |
| Medicina Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €0,00 | 0 | €87,80 | 2 |
| Assistenza sanitaria Ospedale Matera | €16.749,36 | 6.492 | €17.929,37 | 6.946 |
| Odontoiatria Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €46.513,50 | 2.388 | €58.349,12 | 3.280 |
| Psicologia Consultorio Familiare | €28.256,38 | 1.136 | €1.772,85 | 85 |
| Oculistica Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €22.739,29 | 1.273 | €23.069,29 | 1.250 |

| STRUTTURA | IMPORTO 2021 | QUANTITA' | IMPORTO | QUANTITA' 2022 |
|--|---------------------|---------------|---------------------|----------------|
| Neurologia Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €17.127,56 | 950 | €26.254,75 | 1.501 |
| Ginecologia Consultorio Familiare | €27.477,28 | 888 | €7.464,70 | 188 |
| Otorinolaringoiatria Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €24.356,88 | 1.634 | €30.576,37 | 2.009 |
| Geriatría territoriale Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €23.982,65 | 349 | €23.135,65 | 413 |
| Dermatologia Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €19.702,07 | 1.017 | €30.893,44 | 1.624 |
| Medicina dello Sport Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €53.655,86 | 1.105 | €111.051,96 | 2.240 |
| Psicologia Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €4.893,65 | 288 | €3.888,36 | 232 |
| Chirurgia Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €47.138,52 | 762 | €54.864,11 | 886 |
| Geriatría territoriale Ospedale Matera | €5.836,24 | 198 | €3.308,11 | 142 |
| Geriatría territoriale Distretto Grottole | €645,62 | 32 | €1.030,41 | 51 |
| Ginecologia Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €45,32 | 11 | €0,00 | 0 |
| Assistenza sanitaria Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | €90,38 | 7 | €7,74 | 3 |
| Totale | € 890.732,80 | 57.413 | € 989.522,37 | 59.540 |

PNEUMOLOGIA TERRITORIALE

La UOSD Pneumologia Territoriale ASM è stata istituita nel 2015. La sua “mission”, come previsto dal PDTA della Regione Basilicata e in linea con quanto indicato a livello nazionale, consiste nella “presa in carico globale” del paziente pneumologico post-acuto e/o cronico e nella “deospedalizzazione”, riducendo il ricorso ai ricoveri ospedalieri. Tutto questo si traduce in un miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da malattie respiratorie e in una ottimizzazione dell’uso di risorse.

Nel corso del 2022, nell’ambito della strategia aziendale di spostamento del baricentro assistenziale dall’Ospedale al Territorio, sono state effettuate le attività pneumologiche mantenendo l’elevato standard qualitativo, nonostante le criticità connesse alla carenza di Personale Medico e Infermieristico.

L’attività della Pneumologia Territoriale si esplica attraverso la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie dell’apparato respiratorio in pazienti spesso complessi, affetti da comorbidità e da situazioni di fragilità.

I settori operativi della Pneumologia territoriale comprendono varie attività Ambulatoriali e Domiciliari: Ossigenoterapia domiciliare, Fisiopatologia Respiratoria con l’utilizzo della cabina pletismografia (unica in Basilicata) dotata di doppio accesso indispensabile per pazienti non deambulanti e per pazienti obesi, Allergologia Respiratoria, Asma grave con utilizzo anche di terapie biologiche, Studio delle apnee notturne, Tisiologia, Studio e *follow up* di pazienti Long-Covid, Assistenza Domiciliare respiratoria (*Home Care* pneumologica); la Riabilitazione respiratoria, a causa della carenza di Personale, non è stata avviata da questa Azienda.

È stato assicurato il controllo a domicilio dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria, allettati o non deambulanti, in ossigenoterapia domiciliare e/o ventilazione meccanica residenti in tutto il territorio ASM, esaudendo tempestivamente il 100% delle richieste dei Medici curanti. Oltre a Emogasanalisi arteriose vengono effettuati a domicilio anche Monitoraggi saturimetrici notturni, con scarico, lettura e refertazione

dei dati al mattino successivo, per idoneo e accurato controllo di pazienti affetti da insufficienza respiratoria conclamata o latente notturna. Sono stati regolarmente effettuati, in ambulatorio e a domicilio, la formazione e l'addestramento dei pazienti e dei loro *care giver* circa l'utilizzo corretto delle protesi ventilatorie e dell'ossigenoterapia.

Si è provveduto anche, tramite il CUP, al recupero delle prestazioni clinico-strumentali che avevano subito ritardi a causa della pandemia.

Da giugno 2022 la UOSD lavora tramite il Sistema ARCA (istallato a giugno 2022), inviando regolarmente i referti clinici al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), strumento essenziale per un corretto inquadramento sanitario dei cittadini.

Nel 2022 si rimarca, come in passato, l'ottima attrazione dell'U.O. per gli Utenti regionali ed extraregionali. Al fine di ottimizzare la condivisione dei percorsi clinico-assistenziali delle patologie pneumologiche, sempre più impegnative e complesse, è stato profuso continuo impegno nella collaborazione con i Medici di Medicina generale, i Pediatri di libera scelta, i Medici Specialisti di Ospedali e Ambulatori di tutta la Regione e di altre Regioni ed è stata riservata particolare attenzione alla formazione e aggiornamento del Personale in servizio. Nel 2022 sono state effettuate n. 8.107 prestazioni ambulatoriali e domiciliari per un valore di € 176.847,20.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Nel 2022 è stata costantemente garantita l'Assistenza Domiciliare Integrata, che non ha mai subito interruzioni, neanche nel periodo di recrudescenza della pandemia da Covid-19.

Per tutto il 2022 è stata garantita la presa in carico in ADI dei pazienti con dimissioni protette, assicurando l'applicazione ed il monitoraggio dei percorsi assistenziali formulati e condivisi con l'U.O.S.D. Area Cronicità, i MMG e alcune U.O. Ospedaliere per la dimissione protetta e per i ricoveri presso le strutture residenziali.

Nel 2022 sono stati trattati 3.795 pazienti over 65 anni, pari al 9,48 della popolazione ultrasessantacinquenne residente nel territorio dell'ASM: il numero di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età >= 65 anni e il numero di prese in carico (PIC) per cure domiciliari, di età >= 65 anni, nel 2022 è stato pari a 70%, in piena aderenza al target fissato dalla Regione Basilicata .

Nell'anno 2022 il flusso informativo richiesto per la gestione del Servizio ADI, viene inviato in maniera tempestiva e completa, con cadenza trimestrale, attraverso il flusso SIAD.

In merito alla percentuale dimissioni da Ospedale a domicilio di ultra 75 anni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione sono state effettuate 200 Prese in carico di pazienti over 75 con primo accesso domiciliare garantito il giorno successivo alla dimissione.

In relazione all'attuazione e monitoraggio del piano aziendale di potenziamento anti covid sono state messe in atto le linee progettuali previste, in accordo con i Distretti, i MMG e le UU.OO. ospedaliere.

L'efficacia delle cure Palliative misurata in termini di incremento del numero di pazienti in cure palliative si fa presente che nell'anno 2021 sono stati trattati 87 pazienti in cure palliative, nell'anno 2022 sono stati trattati 100 pazienti.

L'efficacia assistenziale territoriale, misurata in percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri, durante la presa in carico domiciliare è pari al 5% dei casi trattati.

Sono, inoltre, stati assicurati gli adempimenti dei Dirigenti in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro. Si è posta sempre attenzione al fine di garantire la privacy per pazienti e famiglie, infatti non vi sono state segnalazioni di disservizio relative a questo aspetto.

Sono stati rispettati e raggiunti da tutto il personale afferente al Servizio ADI gli obiettivi formativi.

Rispetto agli anni precedenti vi è stato un incremento delle prestazioni occasionali per tutti i pazienti trattati in ADI, fornendo comunque una risposta assistenziale ai cittadini a fronte della contrazione dei servizi ospedalieri connessi alla pandemia.

CURE PRIMARIE

Nel 2022, come negli anni precedenti, è stata assicurata la gestione di tutte le attività previste dagli ACN svolte nella ASM dai 154 MMG, 22 PLS e 124 MCA (nelle 33 sedi), tra le quali l'individuazione degli aventi diritto, l'assegnazione degli incarichi con redazione dei relativi atti.

In collaborazione con i responsabili dei distretti e delle sedi distrettuali sono state attivate le sedi di continuità assistenziale turistica a Metaponto Lido, San Basilio, Policoro, Novasiri e Matera, con l'individuazione dei medici, a cui sono stati conferiti gli incarichi.

Si è regolarmente provveduto alla gestione dei ricettari del SSN per tutta la ASM, attraverso la distribuzione di ricettari a tutti i MMG, PLS, medici di Continuità Assistenziale, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, attraverso l'invio alle rispettive direzioni sanitarie.

Anche nel corso del 2022, obiettivo prioritario è stato il recupero dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso il monitoraggio continuo dei profili prescrittivi dei singoli MMG e PLS da parte del personale della struttura, che ha gestito anche le attività del Comitato per l'Appropriatezza Prescrittiva e i Comitati Consultivi Aziendali per i MMG e i PLS, con la contestazione delle prescrizioni inappropriate. Per indurre comportamenti prescrittivi appropriati, sia sulla farmaceutica che sulle prescrizioni di prestazioni specialistiche, sono stati tenuti specifici incontri con i MMG e specialisti ambulatoriali.

E' stata assicurata la partecipazione ai comitati e commissioni regionali previste dagli ACN, per la gestione delle attività dei MMG, PLS.

Si è inoltre provveduto alla gestione delle richieste di vaccini anticovid-19 somministrati dai MMG, oltre alla gestione delle richieste di vaccinazione a domicilio dei pazienti.

ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE

Attraverso la U.O.C. "Medicina Fisica e Riabilitazione" e l'U.O.S.D. "Coordinamento Attività di Gestione Appropriatezza Percorsi Riabilitativi", l'Azienda assicura lo svolgimento delle attività rivolte alla "governance" dei bisogni e dei percorsi assistenziali riabilitativi, dalla fase acuta ospedaliera alla fase estensiva territoriale e contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi dedicati alla riabilitazione.

Nel corso del 2022, superato lo stato di emergenza da Covid-19, è stato dato impulso al processo di integrazione e aggregazione delle risorse umane fra le strutture degli Ospedali per Acuti e le Strutture Ospedaliere Distrettuali, attraverso l'implementazione delle procedure e dei percorsi assistenziali in ambito riabilitativo finalizzati alla presa in carico, monitoraggio e governance dei bisogni riabilitativi degli utenti adulti dalla fase acuta a quella estensiva territoriale. Inoltre si è provveduto alla individuazione ed al soddisfacimento dei bisogni assistenziali di soggetti disabili, predisponendo appropriati protocolli terapeutici idonei ad assicurare l'intervento più opportuno per il singolo caso nell'ambito della rete dei servizi, con monitoraggio costante della qualità dell'assistenza riabilitativa.

Le Attività svolte dalle U.O. sul Territorio ASM si articolano in due macro categorie:

- **Attività di I livello presso:**
 - Il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale del P.O. di Matera e del P.O. di Policoro riguardanti:
 - Ambulatorio specialistico di fisiatria,
 - Presa in carico di pazienti degenti presso le UU.OO. e avvio di protocolli riabilitativi in fase acuta,
 - Percorsi di presa in carico per la Stroke Unit e per pazienti affetti da disfagia,
 - Dimissioni protette dagli ospedali per acuti e indicazioni al prosieguo delle cure riabilitative,

- Recupero e rieducazione funzionale per pazienti esterni,
- Interventi riabilitativi specifici, compresi protocolli dedicati ai postumi di chirurgia mammaria, malattie demielinizzanti, malattie degenerative su base neurologica,
- Partecipazione al gruppo di lavoro della Breast Unit.
- L'Ambulatorio di recupero e rieducazione funzionale del Servizio distrettuale di Ferrandina rivolto ad utenti esterni.
- **Attività Territoriale riguardante:**
 - Attività di coordinamento per la gestione del percorso riabilitativo per pazienti adulti, dalla fase acuta alla fase intensiva ed estensiva;
 - Attività di valutazione e monitoraggio del PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) svolta dall'UVBR (Unità Valutazione Bisogni riabilitativi);
 - Attività della Unità di Valutazione Integrata (UVI) per la Gestione della presa in carico e valutazione multidimensionale per l'accesso a Ricoveri di utenti adulti in Regime Residenziale/Semiresidenziale sia a carattere Socio-Sanitario che a carattere Socio-Assistenziale;
 - Collaborazione con i Servizi Distrettuali ai fini della verifica di appropriatezza delle prestazioni CEA ex art.25 Legge 833/78;
 - Attività di supporto tecnico al percorso dell'Assistenza Domiciliare.

Presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico le Unità Operative assicurano i trattamenti riabilitativi ai pazienti ricoverati presso la Lungodegenza Medica attraverso n. 1 Fisioterapista presente per l'intero orario di servizio.

Presso gli Ospedali per Acuti di Policoro e Matera sono garantiti il supporto di Consulenze Fisiatriche e Trattamenti Riabilitativi su specifica richiesta delle UU.OO. e sono stati rispettati i Tempi di Attesa delle prestazioni ambulatoriali:

Visita Fisiatrica: Classe B 10 giorni - Classe D 20 giorni – Cronici 30 giorni,

- a. Prestazioni di FKT: post-acuti 10 giorni – cronici 30 giorni,
- b. Per utenti affetti da disabilità di origine neoplastica o malattie demielinizzanti, il Servizio Ambulatoriale assicura massima tempestività per Visita Fisiatrica e/o Riabilitazione (FKT), a seguito di segnalazione da parte del MMG, altro Specialista o Servizi Territoriali.

Presso il P.O. di Matera è attivo il Servizio dedicato alla Spasticità di origine neurologica e trattamento con inoculazione di tossina botulinica. Presso il P.O. Distrettuale di Tinchi è attivo il Servizio di Elettromiografia e Velocità di conduzione.

Prestazioni Ambulatoriali Anno 2022:

Matera + Ferrandina

| | |
|------------------------------|--------|
| Visite Fisiatriche | n° 648 |
| Visite Fisiatriche Controllo | n° 206 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Iniezione di Tossina Botulinica | n° 246 |
| Prestazioni di FKT | n° 11.195 |

Policoro - Tinchi - Stigliano

| | |
|------------------------------|----------|
| Visite Fisiatriche | n° 1.029 |
| Visite Fisiatriche Controllo | n° 243 |

| | |
|--------------------|-----------|
| E.M.G.+V.C. | n° 1.558 |
| Prestazioni di FKT | n° 23.590 |

Consulenze Fisiatriche e Prestazioni Riabilitative presso UU.OO. Per Acuti

P.O. Matera

| | |
|--------------------------|----------|
| Consulenze Fisiatriche | n° 620 |
| Sedute di Riabilitazione | n° 3.700 |

P.O. Policoro

| | |
|--------------------------|----------|
| Consulenze Fisiatriche | n° 140 |
| Sedute di Riabilitazione | n° 3.004 |

Le attività della UVBR età adulta sono state svolte in conformità alla Normativa Nazionale e Regione Basilicata

- Valutazione dell'appropriatezza e congruità dei ricoveri in riabilitazione intensiva e estensiva (**D.L. 78/2015**);
- Accettazione dei Progetti Riabilitativi (PRI) inviati dai Centri di Riabilitazione accreditati ex art.26 L.833/78,
- Valutazione dei programmi di intervento, verifica dell'appropriatezza e congruità e validazione dei PRI ;
- Espletamento della procedura (protocollo, notifica dell'autorizzazione ai Centri e agli utenti);
- Registrazione sulle schede personali, archiviazione delle pratiche e colloqui con i Centri e con gli utenti.

ANNO 2022 sede di Matera e Policoro

| | |
|-----------------|---|
| N° Incontri 160 | Progetti esaminati: N° 1.771 |
|-----------------|---|

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Nel 2022 è stato garantito l'espletamento dei compiti istituzionali relativi all'assistenza farmaceutica territoriale, assicurando:

Nel rispetto delle disposizioni di cui al DPR n. 371/1998 (Convenzione nazionale per l'Assistenza Farmaceutica) e dei relativi accordi regionali, si è provveduto con cadenza mensile ad accettare le ricette spedite dalle farmacie aperte al pubblico, per quanto concerne sia l'Assistenza Farmaceutica sia l'Assistenza Sanitaria Integrativa Regionale. Sono stati controllati i relativi documenti contabili presentati ai fini del pagamento (distinte contabili riepilogative e/o fatture) e si è regolarmente proceduto alla liquidazione mensile delle competenze spettanti alle suddette farmacie sulla base dei dati dalle stesse dichiarati sui documenti contabili presentati, fatte salve eventuali operazioni di accredito o di addebito conseguenti ai controlli effettuati in tempi successivi dalla Ditta Marno, affidataria del sistema di monitoraggio regionale

delle prescrizioni farmaceutiche. Mensilmente, inoltre, i dati della spesa farmaceutica convenzionata sono stati inviati alla Direzione Strategica, al Centro di Controllo Strategico e alle strutture aziendali territoriali interessate al monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e della relativa spesa.

Le medesime operazioni sono state effettuate anche per le ricette riguardanti il regime di “Distribuzione per conto” (DPC), ai sensi del vigente Accordo regionale di cui alla DGR n. 362/2013 e s.m.i..

Anche nell’anno 2022 sono stati forniti i dati di consumo farmaceutico attraverso l’invio trimestrale ai MMG e PLS della reportistica medica elaborata dalla citata ditta Marno, per una autoanalisi delle prescrizioni effettuate, in base agli indicatori presenti nel report.

I suddetti report sono resi disponibili, previa validazione da parte del farmacista responsabile dell’UOSD, sul portale “Medico Digitale” elaborato dalla citata ditta Marno e che è reso accessibile, oltre che ai MMG e PLS, alle altre strutture aziendali interessate al controllo e alla razionalizzazione della spesa farmaceutica. A riguardo si precisa che la ditta Marno nell’anno 2022 ha potuto elaborare solo 2 dei 4 report trimestrali a causa di una temporanea sospensione dell’attività determinata dal ritardo nel rinnovo dell’affidamento del servizio.

Per quanto concerne gli incontri interdisciplinari per l’analisi e monitoraggio dei dati di prescrizione farmaceutica anche nell’anno 2022 è stata assicurata la partecipazione attiva agli incontri con MMG e PLS, in collaborazione con l’UOSD “Gestione rapporti MMG/PLS” e con le Direzioni dei Distretti. Nel corso di tali incontri, che si sono svolti nei giorni 27 ottobre, 15, 22 e 29 novembre, 6 e 20 dicembre, si è discusso in particolare delle categorie di farmaci incluse negli obiettivi regionali e sono state richiamate le disposizioni AIFA che regolano la prescrizione a carico del SSN dei farmaci che hanno un maggiore impatto sulla spesa, evidenziando altresì le situazioni in cui più frequentemente si riscontra un uso inappropriato degli stessi farmaci.

Per quanto concerne, poi, le segnalazioni di sospetta reazione avversa ai farmaci, nell’anno 2022 sono pervenute n. 43 schede valide di segnalazione che, dopo la verifica della completezza e dell’accuratezza delle informazioni contenute, sono state trasmesse all’AIFA attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza.

Nel corso del 2022 relativamente all’attività ispettiva sulle farmacie, la Commissione ex art. 17 L.R. 54/81 ha effettuato n. 5 visite ispettive.

AREA CRONICITA’

Nel corso del 2022 la S.S.D. Area Cronicità Integrazione Ospedale -Territorio svolge attività finalizzate ad un modello clinico-assistenziale che favorisca un’ integrazione Ospedale ↔Territorio dei pazienti affetti da fragilità clinica e sociale attraverso una dimissione protetta che non si è concretizzata nel solo invio dei pazienti in Assistenza Domiciliare, quando ritenuto eleggibili, ma nel senso più ampio permettendo loro un rientro a domicilio con le maggiori garanzie assistenziali: prescrizione sanitaria integrativa regionale, assistenza protesica, prescrizioni specialistiche fisiatriche e nutrizionali. Particolare attenzione è stata posta inoltre alla struttura residenziale socio-assistenziale cercando di evitare il più possibile ricoveri ad alto rischio di iatrogenicità.

Nel 2022 l’attività è stata espletata su cinque giorni la settimana :

1. **Le attività ospedaliere presso il P.O. di Matera** sono state:
 - Presa in carico dei pazienti con una Dimissione Protetta che ha coinvolto l’intero Dipartimento Medico;
 - Ambulatorio di Geriatria Territoriale presso il P.O. di Matera, anche in forma integrata con altre U.O.;

- Adozione Protocollo per erogazione farmaci di fascia H nelle cure domiciliari al fine di ridurre le degenze ospedaliere;
 - 2. **Le attività territoriali** nel Comune di Matera e nel Distretto Grottole (un accesso al mese) sono state :
 - Ambulatorio di Geriatria Territoriale;
 - Consulenze geriatriche domiciliari o presso strutture residenziali socio-sanitarie assistenziali nel comune di Matera dopo dimissione protetta o su richiesta del MMG;
 - 3. **Altri obiettivi:**
 - Rispetto volumi delle prestazioni erogate in attività libero professionale;
 - Rispetto obblighi formativi e produzione attestati ECM da inserire nel fascicolo personale;
- Inoltre è stata svolta:**
- a. L'attività di medico specialista per la Commissione UVI della ASM (Unità di Valutazione Integrata) per l'appropriatezza dei ricoveri nelle RSA;
 - b. L'attività di medico specialista per la Commissione Legge 28 della Regione Basilicata per l'autorizzazione e apertura di strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie.

ASSISTENZA CONSULTORIALE E DI PSICOLOGIA

Nel corso del 2022 sono state erogate prestazioni inerenti l'assistenza consultoriale erogata dai Consulteri Familiari di Matera, Policoro e "Consulteri itineranti" delle sedi distrettuali, sia di tipo ostetrico/ginecologico, che di tipo psicologico. Le attività psicologiche comprendono gli interventi di inserimento scolastico degli alunni con handicap, come previsto dalla normativa regionale di istituzione dei Centri Materno Infantili, L.R. 7/1977.

I Consulteri Familiari nella nostra Azienda Sanitaria sono centro di riferimento per la tutela del benessere della donna e dell'uomo e accompagnano la famiglia lungo tutto il suo ciclo vitale, con servizi e prestazioni all'interno di percorsi specifici, riguardanti la maternità e paternità consapevole, la coniugalità e genitorialità. Essi lavorano in sinergia con i DD.SS.BB ed affidano al D.M.I. l'integrazione funzionale e la messa in rete con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri, nonché la realizzazione dei programmi. Organizzano la loro attività secondo gli indirizzi delle Linee Guida Aziendali, individuate nel rispetto delle indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile che ha messo in evidenza gli obiettivi prioritari, azioni, indicatori di esito e di processo, requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'espletamento delle attività .

I Consulteri Familiari presenti sul territorio dell'Azienda sono due, con sede nei comuni di: Matera e Policoro. A quest'ultimo afferiscono i Servizi Consultoriali Distrettuali di Pisticci e di Stigliano.

Attualmente il Servizio Consultoriale Distrettuale di Pisticci (sede distaccata di Tinchi) risponde ai bisogni dei Comuni di Pisticci, Craco e Montalbano.

Gli operatori impegnati sono:

- n. 1 Psicologo (Specialista Ambulatoriale);
- n. 1 Assistente Sociale per 2 giorni a settimana.

A Stigliano le attività Consultoriali coprono le esigenze dei territori di Stigliano, Aliano, Gorgoglione, Accettura, San Mauro Forte e Cirigliano.

Gli operatori impegnati sono:

- n. 1 Psicologo (Specialista Ambulatoriale);
- n. 2 Assistenti Sociali.

Per l'attività espletata all'interno del Consultorio di Matera e Policoro, più "Consultorio itinerante" nelle sedi distrettuali, si riportano i dati di attività non registrati al CUP:

| | PRESTAZIONI E ATTIVITA' | Numeri 2022 |
|----|--|--------------------|
| 1 | Pap-test | 782 |
| 2 | HPV | 603 |
| 3 | Sostegno Allattamento | 21 |
| 4 | Cure al Neonato | 21 |
| 5 | Massaggio Anti coliche | 21 |
| 6 | Consulenze Telefoniche | 1450 |
| 7 | Informazione sui Servizi | 324 |
| 8 | Counselling Contraccezione | 328 |
| 9 | Counselling Menopausa | 304 |
| 10 | Counselling Pre concepimento | 14 |
| 11 | Educazione Sanitaria | 153 |
| 12 | Informazioni percorso SCR regionale | 212 |
| 13 | Collaborazione Ambulatorio | 652 |
| 14 | Prenotazioni Ambulatorio | 525 |
| 15 | Iscrizioni e informazioni sul Corso di Accompagnamento alla Nascita | 322 |
| 16 | Interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative per donne migranti | 25 |
| | TOTALE | 5.757 |

Di seguito si riportano i corsi effettuati nei corsi CAN 2022, con il numero di incontri per ogni singolo corso e di accessi per ogni singolo incontro:

| CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA | | | |
|--|--|---|------------------------------|
| Numero di corsi | Numero di incontri per ogni corso | Numero di utenti per ogni incontro | Numero Totale Accessi |
| 7 | 13 | 20 | 1820 |

Nella tabella seguente si riportano gli incontri tematici effettuati nel 2022, con il numero di incontri per ogni singolo corso e di accessi per ogni singolo incontro

| INCONTRI MONOTEMATICI | Numero | Numero utenti per ogni incontro | Numero Accessi |
|--|---------------|--|-----------------------|
| Uso della fascia e pannolino lavabile | 3 | 20 | 60 |
| Nati per Leggere | 7 | 20 | 140 |
| Nati per la Musica | 7 | 20 | 140 |
| Bimbi Sicuri | 7 | 20+20 (coppie) | 280 |
| Depressione post-partum: incontro con psicologo. | 7 | 20 | 140 |
| Alimentazione in gravidanza | 7 | 20 | 140 |
| Parto eutocico e distocico, contraccezione e riabilitazione del pavimento pelvico (punto di vista medico). | 7 | 20 | 140 |

| INCONTRI MONOTEMATICI | Numero | Numero utenti per ogni incontro | Numero Accessi |
|--|--------|---------------------------------|----------------|
| MENOPAUSA | | | |
| Incontri in menopausa: riflessione sugli argomenti della sfera sessuale femminile. | 2 | 18 | 36 |
| INTERVENTI IN AMBITO SCOLASTICO | | | |
| Interventi scuola: educazione sessuale, contraccezione e aspetti relazionali. | 1 | 350 | 350 |
| Contrasto alla diffusione delle malattie sessualmente trasmesse. | 1 | 240 | 240 |

| Prestazioni U.O.C Psicologia Clinica 2022 | Consultori Familiari |
|---|----------------------|
| Aname valutaz: Storia e valut. abbreviata | 232 |
| Anamnesi e valutaz.: Visita suc. alla prima | 97 |
| Colloquio di sost psic (per seduta) | 99 |
| Colloquio psicologico clinico | 158 |
| Consulto di documentazione clinica | 1198 |
| Consulto definito complessivo | 241 |
| Consulto definito complessivo, a domicilio | 431 |
| Consulto definito complessivo, in strutture residenziali | 9 |
| Counselling informativo per prog. educativa | 401 |
| Somministrazione di test della memoria | 0 |
| Somministrazione di test delle abilità visuo spaziali | 1 |
| Somministrazione di test delle funzioni esecutive | 40 |
| Somministrazione di test di intelligenza | 71 |
| Test scala memoria Wechsler | 1 |
| Test di valutazione del carico familiare e delle strat coping | 8 |
| Test di valutazione della disabilità sociale | 4 |
| Training psico-fisico per il parto naturale | 0 |
| Valutazione funzionale delle funzioni corticali superiori | 8 |
| Valutaz.funzionale globale con scala psico-comportamentale | 219 |
| Valutazione monofunzionale | 88 |
| Val. monof.. Bilancio pretratt.dei dist.i comuni e del linguaggio | 6 |
| Val. monof..Sommin. di test delle funzioni linguistiche | 45 |
| Valutazione psicodiagnostica individuale (per seduta) | 167 |
| Visita interdisciplinare (almeno 3 specialisti) | 64 |
| Visita neuropsicologica clinica | 173 |
| Visita neuropsicologica clinica di controllo | 33 |
| Totale prestazioni | 3.807 |

CONSULTORIO FAMILIARE DI POLICORO

L'attività del Consultorio Familiare di Policoro viene svolta in tutti i Comuni del territorio di riferimento (Policoro, Scanzano J. Tursi, Nova Siri, Rotondella, Valsinni, San Giorgio, Colobraro).

Nel Servizio Consultoriale di Policoro operano:

n. 2 Assistenti Sociali;

- n. 1 Psicologo (Specialista ambulatoriale);
- n. 1 Ginecologo (1 giorno a settimana);
- n. 1 Ostetrica (1 giorno a settimana);
- n. 1 Psicomotricista.

Le attività si realizzano, come previsto dalla L. 328/2000, in stretta collaborazione ed integrazione con gli altri Servizi Distrettuali (ADI, anziani), con il Servizio Sociale dei Comuni (UOZ Piani di zona); con il Tribunale dei minori e Tribunale Ordinario, con il Servizio minorile del Ministero di Grazia e Giustizia USSM (recupero minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria); con il Dipartimento di Salute Mentale; con il Dipartimento Materno-Infantile (prevenzione-assistenza per maltrattamenti abusi su donne e minori, assistenza puerperio, prevenzione aborto volontario, corsi di preparazione al parto); con le Scuole situate nel territorio di competenza ai sensi della L.104/92 e DPR 24 febbraio 1994 individuazione e certificazione degli alunni portatori di handicaps; disagio e disadattamento scolastico (Disturbo Specifico degli Apprendimenti DSA L.170/2010 e Bisogni Educativi Speciali (BES Direttiva Ministeriale del 27/12/2012) ed inadempienza scolastica; consulenze ai docenti e alle famiglie e attività di sensibilizzazione e prevenzione in collaborazione con il Servizio di Neuropsichiatria di Policoro e Matera e con i Centri di riabilitazione territoriali Convenzionati con la ASM.

Non esiste tempo d'attesa, essendo un servizio di libero accesso, fatte salve alcune prestazioni psicologiche e ginecologiche che sono programmate su appuntamento.

Seguono le tabelle illustrative delle attività svolte e delle figure professionali coinvolte in ciascuna fase.

| ATTIVITA' GINECOLOGICA E OSTETRICA | GINECOLOGO | OSTETRICA |
|---|------------|-----------|
| Prevenzione tumori sfera genitale femminile | X | X |
| Diagnosi e terapia ginecologica | X | |
| Contracezione | X | X |
| Menopausa | X | X |

| CONSULTORIO FAMILIARE DI POLICORO ATTIVITA' | PSICOLOGO | ASSISTENTE SOCIALE | PSICOMOTRI CISTA |
|--|-----------|-----------------------|---------------------|
| 1° colloquio e compilazione scheda anamnestica per ogni utente. | | X | |
| Consulenze e colloqui, visite domiciliari per problemi socio-familiari | | X | |
| Attività ambulatoriale per diagnosi e cura delle patologie/disagi psicologici e relazionali in età evolutiva e in età adulta. | X | | |
| Individuazione, Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale e PEI per soggetti portatori di H. (L.104/92 D.P.R. 24 Febbraio 1994) | X | X | X |
| Attività di prevenzione attraverso: incontri di formazione, sensibilizzazione, consulenze attività di ricerca. | X | X | X |
| Partecipazione UOZ, Piani di Zona | X | X | X |
| Osservazione, valutazione cognitiva e psicomotoria dei soggetti portatori di disabilità | X | X | X |
| Valutazione neuropsicologica degli apprendimenti | X | | |
| Collaborazione all'interno dell'Equipe multidisciplinare (L. 104/92 e DPR 24/2/94) | X | X | X |
| Valutazione genitoriale, Supporto alla genitorialità, Mediazione familiare. | X | X | |
| Incontri protetti, Spazio Neutro | X | X | X |
| Psicoterapia individuale e di gruppo | X | | |
| Sostegno psicologico | X | | |
| Presa in carico, sostegno ed accompagnamento a donne e minori vittime di violenza | X | X | |
| Presa in carico sostegno ad uomini maltrattanti | X | X | |
| Colloquio psico-sociale pre IVG | X | X | |

Nel solo territorio di riferimento del Consultorio di Policoro vi sono n. 190 alunni che presentano disabilità in età evolutiva. Si evince un trend di crescita in quanto i nuovi casi individuati risultano più numerosi rispetto all'anno precedente e tra questi si evidenzia, inoltre, un aumento di casi di autismo e di alunni stranieri con difficoltà di apprendimento.

Sono in aumento anche le prese in carico di famiglie su delega dei Tribunali per i Minori e Tribunale Ordinario soprattutto nell'epoca post-Covid.

Il lavoro in rete con le istituzioni del territorio è ben strutturato, organizzato e pianificato attraverso la modalità operativa della UOZ ed è finalizzato alla presa in carico multidisciplinare dei casi multiproblematici.

E' stata condotta l'iniziativa progettuale IPAZIA promossa dall'Istituto Superiore della Sanità: la quale ha previsto la formazione con riguardo all'implementazione e sperimentazione di un Modello formativo (PBL), rivolto a operatori e operatrici dei servizi sanitari e sociali territoriali per la violenza contro le donne e i minori. Inoltre il Consultorio di Policoro è stato individuato come "Centro per la Famiglia", sulla base di un progetto della Regione Basilicata, creando sinergie in rete, per la presa in carico multidisciplinare di famiglie bisognose di interventi di supporto.

Il Consultorio Familiare costituisce un importante strumento in ambito sanitario poiché garantisce a tutti i cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), prestazioni e servizi ritenuti essenziali, che comportano una presa in carico dell'individuo in termini di cura e trattamento, in un'ottica di prevenzione e promozione della salute in tutto l'arco di vita dell'individuo.

SALUTE MENTALE ADULTI

Con riferimento al Centro di Salute Mentale (CSM), esso rappresenta nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale il polo territoriale atto a perseguire interventi di tipo comunitario, rappresentando pertanto il centro di primo riferimento per tutti i cittadini che presentino disagio psichico.

Esso è il centro di coordinamento di tutte le attività di salute mentale per adulti di tipo territoriale: dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione attraverso l'integrazione funzionale con le attività dei distretti e le agenzie del territorio.

Le attività del CSM riguardano la presa in carico e la cura nel tempo degli utenti attraverso:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, ricoveri, Day hospital ospedalieri, inserimenti in strutture residenziali;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative;
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" (NPI, SERT attraverso protocolli strutturati ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani;
- le emergenze-urgenze anche sul territorio;
- le attività infermieristiche di accoglienza, somministrazioni di terapia, prelievi ematici, colloqui con utenti e familiari, visite domiciliari strutturate con progetti individuali per ciascun utente che prevedono criteri di frequenza e modalità di effettuazione degli interventi;
- il supporto psicologico e psicoterapie (individuali, familiari);

- la continuità terapeutica (dell'intera équipe terapeutica anche nel corso del ricovero ospedaliero);
- l'attività psichiatrica presso la Casa circondariale di Matera;
- la collaborazione con il Tribunale anche con l'assunzione in cura presso comunità terapeutiche di utenti sottoposti a misure restrittive e la gestione dell'amministrazione di sostegno;
- le consulenze presso le case Famiglia con precisi programmi di contrasto alle nuove forme di istituzionalizzazione con attenzione agli inserimenti e verifiche dei percorsi riabilitativi nell'ottica della continuità terapeutica;
- le consulenze presso le comunità terapeutiche del territorio presso le quali sono inseriti i nostri utenti, per il monitoraggio e la verifica dei programmi riabilitativi.

L'anno 2022 ha rappresentato per il Centro di Salute Mentale di Policoro un anno difficile a causa delle gravi carenze di organico : dirigenti medici, dirigenti sanitari e comparto.

L'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali attuate al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per maggiorenni, ha limitato i ricoveri ai soli casi più gravi: tenuto conto della popolazione residente maggiorenne * 100.000 abitanti ; il target è stato inferiore al 200 %.

Trattamenti Complessi Integrati - Accessi Infermieristici presso studio MMG che condividono presa in carico pazienti psicotici: gli accessi presso gli studi dei MMG sono stati n 18.

Trattamenti Complessi Integrati - Interventi sociali a domicilio e/o nel C.D. : numero interventi sociali n. 653.

Trattamenti Complessi Integrati - Interventi educativi - riabilitativi abilità di base a domicilio e nel C.D. : n. 1697.

Trattamenti Complessi Integrati - Interventi infermieristici ambulatoriali e domiciliari: interventi infermieristici ambulatoriali n. 4128; domiciliari n. 316.

Attuazione Piano Operativo Aziendale per recupero prestazioni specialistiche ambulatoriali e ricoveri pregressi sospesi nel 2020 - 2021 a causa del CoViD – 19 : non esistenti prestazioni sospese.

Rispetto volumi delle prestazioni erogate in attività libero professionale. Totale prestazioni ambulatoriali effettuate in intra - moenia per singolo medico dell'U.O.C./ Totale prestazioni ambulatoriali effettuate in attività istituzionale per singolo medico dell'U.O.C. : < 1.

SER. D

Nell'ASM all'interno dell'U.O.C. Ser.D operano due Servizi per le dipendenze, uno a Matera e uno a Policoro.

Le attività effettuate dalle suddette strutture aziendali sono riconducibili alle seguenti:

- attuazione di interventi di primo sostegno ed orientamento per persone affette da "Disturbi correlati a sostanze" / " Disturbo da gioco d'azzardo" e le loro famiglie;
- accertamento dello stato di salute psicofisica del soggetto anche con riferimento alle condizioni sociali;
- formulazione diagnosi di "Disturbo da uso di sostanze" e "Disturbo da gioco d'azzardo";
- predisposizione di progetti terapeutici individualizzati;

- realizzazione diretta o in convenzione con le strutture del privato sociale accreditato del programma terapeutico e socio-riabilitativo;
- realizzazione di programmi assistenziali rivolti a detenuti affetti da “Disturbo da uso di sostanze” e “Disturbo da gioco d’azzardo”;
- certificazione dello stato di tossicodipendenza ove richiesto dagli interessati o per le finalità di cui alla legge n. 162 del 1990;
- conduzione gruppi;
- realizzazione di interventi di prevenzione universale e selettiva delle dipendenze patologiche;
- realizzazione di interventi di informazione e sensibilizzazione particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione;
- realizzazione di interventi di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate al “Disturbo da uso di sostanze”, sia nei confronti dei soggetti in trattamento presso i SERD che nei confronti di quelli in trattamento presso le strutture convenzionate;
- valutazione periodica dell'andamento e dei risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli pazienti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico, sociale, nonché in termini di cessazione di assunzione di sostanze stupefacenti;
- counseling rivolto ai consumatori di sostanze psicoattive legali e non legali;
- monitoraggio e analisi socio-epidemiologica delle dipendenze su base locale;
- partecipazione a commissioni, comitati esterni;
- attività di coordinamento e di rete;
- attività di progettazione;
- attività di formazione e addestramento per operatori;
- attività amministrativa;
- gestione sistema informativo di servizio SIND;
- attività Centro Antifumo Policoro;
- attività Diagnosi Precoce Policoro.

Nel corso del 2022 sono stati portati avanti i seguenti obiettivi:

- Iniziative di prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili all’uso di sostanze nelle Scuole Secondarie di I e II Grado della provincia di Matera, attraverso la realizzazione di 20 iniziative su 12 programmate, presso scuole presenti nella città di Matera e provincia;
- Iniziative di prevenzione universale delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili all’uso di sostanze nelle Scuole Secondarie di I e II Grado di Policoro, attraverso la realizzazione di 7 iniziative e 2 campagne di prevenzione, a fronte di 5 iniziative e 2 campagne di sensibilizzazione programmate.

Nel corso del 2022, nell’ambito del Programma Nazionale Guadagnare Salute, è stato assicurato il coordinamento del Tavolo Tecnico Interdisciplinare Aziendale “la prevenzione del tabagismo” e “la lotta alle dipendenze”, con n. 3 incontri tra i componenti del tavolo su n. 3 o più previsti.

Si è provveduto alla informazione/sensibilizzazione della popolazione detenuta ristretta presso la Casa Circondariale di Matera sui rischi legati alla tossicodipendenza, al consumo di bevande alcoliche e al rischio suicidario.

Nell'ambito del "Lavoro di rete" nel 2022 sono state realizzate n. 3 iniziative pubbliche su n. 3 o più previste, promosse da Associazioni presenti sul territorio in collaborazione con il Ser.D sul tema delle dipendenze patologiche.

Si riportano di seguito, in via di mera sintesi, le tabelle riassuntive delle attività erogate nel 2022 dal Ser.D. di Matera e dal Ser.D. di Policoro, rilevate utilizzando il sistema informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) adottato dalla Regione Basilicata con DGR n. 1492 del 12 luglio 2005.

| Codice | Prestazioni | Totale |
|---------------|--|---------------|
| 1 | Attività telefonica | 1.634 |
| 2 | Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazione | 6.227 |
| 3 | Attività di accompagnamento | 13 |
| 4 | Visite mediche | 1.405 |
| 5 | Colloqui (management clinico, psicologici, sociali, educat.) | 2896 |
| 6 | Esami e procedure cliniche | 9.470 |
| 7 | Somministrazioni farmaci (diretta e affido) | 29.405 |
| 8 | Interventi psicoterapeutici individuali | 228 |
| 9 | Interventi psicoterapeutici coppia-famiglia | 48 |
| 10 | Interventi psico/socio/educativi | 17 |
| 11 | Test psicologici | 79 |
| 12 | Attività di supporto generale al paziente | 50 |
| 13 | Predisposizione/revisione progetto terapeutico indiv. e neg. ter. | 415 |
| 14 | Prestazioni alberghiere | 0 |
| 15 | Prestazioni straordinarie di carattere economico assistenziale | 0 |
| 16 | Prestazioni generali di prevenzione primaria | 151 |
| 17 | Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correl.) | 4 |
| 18 | Riunioni organizzative e dipartimentali | 29 |
| 19 | Partecipazione a commissioni, comitati esterni | 5 |
| 20 | Riunioni organizzative -metodologiche interne | 231 |
| 21 | Attività di coordinamento/di rete | 92 |
| 22 | Attività di progetto (ricerca ed interventi spec.) | 8 |
| 23 | Attività di formazione e addestramento per operatori | 44 |
| 24 | Stesura di rapporti/relazioni dell' attività della U.O. | 69 |
| | TOTALE | 52.520 |

ASSISTENZA PENITENZIARIA

La Casa Circondariale di Matera garantisce alle persone detenute, al pari degli altri cittadini liberi residenti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). E' dotata di servizi medici di base e Servizi Multiprofessionali integrati, con 2 posti letto ubicati presso il piano-2 dell' Ospedale Madonna delle Grazie.

Si riportano in tabella le attività sanitarie intramurarie svolte nell'anno 2022 nella Casa Circondariale di Matera come da tabella allegata:

| BRANCA | N. PRESTAZIONI | ACCESSI |
|------------------------|----------------|-----------------------|
| Odontoiatria | 423 | 1/settimana |
| Dermatologia | 58 | 1/mese |
| Psichiatria | 298 | 1/settimana |
| SERD | 756 | 1h/die lunedì -sabato |
| Visite Mediche ex SIAS | 3460 | lunedì-sabato |

Il referente del Servizio Penitenziario non è in grado di fornire il numero di visite richieste dal CUP rispetto al numero di visite effettuate, ritenendo che siano state tutte evase, non essendoci stati reclami o segnalazioni.

2.4.4. PREVENZIONE

Coerentemente agli indirizzi programmatici regionali, le attività di prevenzione della ASM sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e dal Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale, attraverso le rispettive UU.OO. operanti su tutto il territorio aziendale.

Per ciascuno dei Dipartimenti considerati si riportano, di seguito, le principali attività effettuate nel 2022, distinte per singola U.O. erogante.

2.4.4.1 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA

Le attività complessive delle UU.OO.CC. afferenti il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana sono sintetizzate nei quadri sinottici di sotto riportati ricavati dalla tabella II della L.R. 3/99.

Le voci vengono classificate come a (attività o pareri svolti a richiesta), b (attività o pareri svolti dal Servizio), c (attività o pareri effettuati per disposizioni di leggi o regolamenti dove la corrispondente lettera maiuscola (A-B-C) sta ad indicare il denominatore).

Anche per il Dipartimento di Prevenzione nell'anno 2022 sono perdurati gli effetti della emergenza sanitaria determinata dalla prosecuzione della pandemia SARS-COV-2, che ha comportato, da un lato, per tutte le Unità Operative un ridimensionamento delle attività ordinarie, per l'attuazione delle misure restrittive imposte dalla normativa di riferimento, dall'altro, per alcune di esse, un notevole aggravio di lavoro derivante dalla gestione delle attività connesse al COVID, quali in particolare l'accertamento diagnostico dei casi positivi, il tracciamento dei contatti con i soggetti positivi, vale a dire l'implementazione di specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, ma soprattutto le attività di vaccinazione anti-covid.

Per tutto l'anno 2022, l'Azienda ha continuato un'azione intensa nell'ambito della campagna vaccinale anticovid-19, che ha portato a risultati significativi, sintetizzati nella successiva tabella, in cui sono riportati i dati aggiornati al momento della redazione della presente relazione:

| DOSI | N° |
|---------------|---------------|
| I dosi | 4.681 |
| II dosi | 7.029 |
| III dosi | 31.270 |
| IV dosi | 4.714 |
| V dosi | 236 |
| TOTALE | 47.930 |

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (S.I.A.N.)

Le attività complessive dell'U.O.C SIAN, sono sintetizzate nella tabella successivamente esposta ricavata dalla tabella II della L.R. 3/99.

Le voci vengono classificate come a (attività o pareri svolti a richiesta), b (attività o pareri svolti dal Servizio), c (attività o pareri effettuati per disposizioni di leggi o regolamenti dove la corrispondente lettera maiuscola (A-B-C) sta ad indicare il denominatore).

Le attività erogate nel corso del 2022 dalla suddetta Unità Operativa, sono state condizionate dalle difficoltà operative causate dall'emergenza COVID-19, oltre che dalla ben nota carenza di personale medico e tecnico e dal contestuale incremento delle attività del settore agroalimentare e dall'incremento dei flussi turistici.

| AREA DI INTERVENTO - VOCI TABELLA ANNO 2022 | | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA - ANNO 2022 | | | OBIETTIVO PROGRAM. 2022 | EVENTUALI NOTE |
|--|--|----------------|------|---------------------------------|------|-----|-------------------------------|---|
| | | Num. | Den. | Num. | Den. | % | | |
| A) | Verifica preliminare alla realizzazione, attivazione, modifica di attività di produzione, preparazione e confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande e rilascio relativo parere: | | | | | | | RICHIESTA NON PREVEDIBILE |
| | 1. pareri preventivi su progetto | A | A | 10 | 10 | 100 | 100 | |
| | 2. istruttorie per le registrazioni (SCIA) | A | A | 540 | 540 | | | |
| | 3. registrazioni (SCIA) | A | A | 390 | 390 | 100 | 100 | |
| | 4. certificazioni/pareri | A | A | 46 | 46 | 100 | 100 | |
| | 5. istruttorie per l'apertura dei laboratori di analisi degli alimenti | A | A | 1 | 1 | | | |
| B) | Controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio dei prodotti alimentari di competenza e bevande: | | | | | | | ATTIVITA' NON PREVEDIBILE |
| | 1. sopralluoghi attività vigilate | A | A | 386 | | | | |
| | 2. accessi (attività chiusa) | A | A | 3 | | | | |
| | 3. non conformità/inadeguatezze accertate (ex prescrizioni) | A | A | 31 | | | | |
| | 4. verifiche favorevoli | A | A | 352 | | | | |
| | 5. sanzioni - diffide | A | A | 21-10 | | | | |
| | 6. sospensioni/chiusure - revoche sospensioni/chiusure (art. 54 Reg. (CE) 882/04 e art. 5 L.R. 3 /99) | A | A | 10-9 | | | | |
| | 8. sequestri / dissequestri | A | A | 0 | | | | |
| | 9. notizie di reato | A | A | 0 | | | | |
| | 10. provvedimenti per il sistema d'allerta | A | A | 0 | | | | |
| | 11. Campionamenti matrici alimentari (totale) | A | A | 221 | | | | |
| C) | Controllo ufficiale sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia (campionamenti) | C | C | 16 | 16 | 100 | 100 | ATTIVITA' PROGRAMMATA |
| D) | Sorveglianza per gli specifici aspetti di competenza sui casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni di origine alimentare e relative indagini epidemiologiche | A | A | 3 | | | | RICHIESTA NON PREVEDIBILE |
| E) | Rilascio dei pareri relativi ai mezzi di trasporto terrestre degli alimenti di origine non animale: | VOCE SOPPRESSA | | | | | | PER VARIAZIONE DELLA NORMA IL DATO E' INGLOBATO NELLA VOCE SCIA |
| | 1. istruttorie per le registrazioni (SCIA) | | | | | | | |
| | a) sopralluoghi | | | | | | | |
| | 2. registrazioni (SCIA) | | | | | | | |
| F) | 1) Tutela e controlli di competenza delle acque destinate al consumo umano (campionamenti ed analisi A.R.P.A.B) | | | | | | | ATTIVITA' PROGRAMMATA |
| | 2) Tutela e controlli di competenze delle acque destinate al consumo umano: | | | | | | | |
| | a) Campionamenti | C | C | 424 | 424 | 100 | 100 | |
| | b) Provvedimenti | | | 0 | 0 | | | |
| G) | Parere di idoneità ai fini del rilascio dell'autorizzazione regionale di cui all'art. 5 del D.Lgs. 105/92, subordinato agli accertamenti previsti dall'art. 6 della medesima norma | A | A | 0 | 0 | | | RICHIESTA NON PREVEDIBILE |
| H) | Vigilanza e controlli di competenza delle acque minerali (campionamenti) | C | C | 10 | 10 | 100 | 100 | Attività programmata |

| AREA DI INTERVENTO - VOCI TABELLA ANNO 2022 | | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA - ANNO 2022 | | | OBIETTIVO PROGRAM. 2022 | EVENTUALI NOTE |
|---|--|-----------|---|------------------------------|----|-----|-------------------------|------------------------------|
| I) | Vigilanza e controlli di competenza sui materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti, additivi, aromi e coadiuvanti (campionamenti) | C | C | 12 | 12 | 100 | 100 | Attività programmata |
| j) | Attuazione dei Piani regionali di controllo dei residui antiparassitari negli alimenti (campionamenti) | C | C | 63 | 63 | 100 | 100 | Attività programmata |
| K) | Prevenzioni delle intossicazioni da funghi, vigilanza e ispezione sulla raccolta e commercializzazione di funghi epigei freschi e conservati: | | | | | | | RICHIESTA NON PREVEDIBILE |
| | a) pareri/ certificazioni | A | A | 13 | 13 | | | |
| | b) consulenza in caso di intossicazioni | A | A | 0 | 0 | | | |
| | c) ispezioni attività | A | A | 2 | 2 | | | |
| | d) corsi formativi ai raccoglitori | A | A | 4 | 2 | 200 | 100 | |
| L) | Informazione ed Educazione sanitaria abbinata all'igiene degli alimenti e delle preparazioni alimentari : | | | | | | | Richiesta non prevedibile |
| | b) corsi formativi informativi | A | A | 2 | 2 | 100 | 100 | |
| O) | Interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti: | | | | | | | Richiesta non prevedibile |
| | a) incontri formativi scuole | A | A | 41 | | | | |
| | b) soggetti contattati | A | A | 750 | | | | |
| P) | Interventi per la ristorazione collettiva: | | | | | | | Richiesta non prevedibile |
| | a) predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche | A | A | 12 | | | | |
| | b) consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione | A | A | 0 | | | | |
| | d) partecipazione Commissione Osservatorio mense scolastiche | A | A | 4 | | | | |
| Q) | Consulenza per l'aggiornamento, in tema nutrizionale, per il personale delle strutture di ristorazione collettiva: scuole, mense aziendali, etc. | A | A | 0 | 0 | | | Richiesta non prevedibile |
| R) | Collaborazione e consulenza con strutture specialistiche e medici di medicina generale | A | A | 0 | 0 | | | Richiesta non prevedibile |
| S) | Sorveglianza nutrizionale, raccolta dati epidemiologici, consumi ed abitudini alimentari associata a Progetti Ministeriali ecc.: | | | | | | | Dati epidemiologici non noti |
| | • Visite preventive e trattamento soggetti in sovrappeso e prevenzione delle complicanze negli obesi: | c | C | 0 | | | | |
| | • Progetto Passi d'Argento-soggetti contattati | c | C | 45 | | | | |
| | • Studio di sorveglianza scolastica e raccolta dati HBSC a.s. 2021-2022 – campione contattato | c | C | 1343 | | | | |
| | • Obesity day: | c | C | 36 | | | | |

Legenda

NUMERATORE

a = n° attività o pareri svolti a richiesta

b = n° attività o pareri svolti di iniziativa

c = n° pareri o attività effettuati per disposizioni particolari

DENOMINATORE

A = n° richieste pervenute

B = n° attività o popolazioni di riferimento

C = n° interventi previsti per disposizioni particolari

U.O. IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA

Le attività dell'U.O. realizzate nel 2022 sono sintetizzate nella tabella successivamente esposta ricavata dalla tabella 1 della L.R. 3/99.

Le voci vengono classificate come a (attività o pareri svolti a richiesta), b (attività o pareri svolti dal Servizio), c (attività o pareri effettuati per disposizioni di leggi o regolamenti dove la corrispondente lettera maiuscola (A-B-C) sta ad indicare il denominatore.

| AZIENDA SANITARIA DI MATERA - DIPARTIMENTO PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA | | | | | | | | |
|--|--|-----------|------|------------------|-------|---------------------|------------------------------|---|
| UNITA' OPERATIVA: IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA | | | | TOTALE | | TAB. N. 1 anno 2022 | | |
| AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA) | | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA | | | OBIET. PROG. | EVENTUALI NOTE |
| | | N | DEN. | NU M. | DEN . | % | | |
| A) | mappatura dei fattori di rischio per le popolazioni - studi epidemiologici di competenza | B | B | 630 | 630 | 100 | Sorveglianza zabaBB 0-2 anni | Progetto della Regione con ISS |
| B) | profilassi delle malattie infettive e diffuse (notifiche e relative indagini epidemiologiche) (escluso COVID) | A | A | 26 | 26 | 100 | | |
| C) | pianificazione annuale degli interventi routinari di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione e progettazione di quelli da attivare nelle emergenze infettivologiche, nonché relativa vigilanza; | a | A | 31 | 31 | | | Competenze Comuni e provincia . U.O. igiene : compiti tecnici. Emergenze sanitarie a carico ASL |
| D) | visite mediche fiscali; | a | A | 0 | 0 | 0 | | |
| E) | attività che la normativa vigente in materia di polizia mortuaria e di vigilanza cimiteriale attribuisce alla competenza dell'Azienda U.S.L.; | a | A | 1830 | 1830 | 100 | | |
| F) | accertamenti preventivi di idoneità: per l'iscrizione nelle liste di collocamento, per la cessione del quinto dello stipendio, per il rilascio porto d'armi, rilascio patente autoveicoli normale, speciale e patente nautica, per il riconoscimento causa di servizio, esenzione cinture, contrassegno disabili etc.....; | a | A | 3747 | 3747 | 100 | | |
| G) | pareri con sopralluogo (igienicità, abitabilità esposti per inconvenienti igienico sanitari); | a | A | 176 | 176 | 100 | | |
| H) | pareri igienico - sanitari richiesti da autorità ed amministrazioni pubbliche e soggetti privati; | a | A | 311 | 311 | 100 | | |

| AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA) | | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA | | | OBIET. PROG. | EVENTUALI NOTE |
|-----------------------------------|---|-----------|------|------------------|-------|-----|----------------------------|--|
| | | N | DEN. | NU M. | DEN . | % | | |
| I) | pareri per il rilascio dell'autorizzazione al commercio e vendita di presidi sanitari nonché all'istituzione e gestione di depositi e locali per il commercio e la vendita dei presidi sanitari, fitosanitari e detenzione e commercio di detergenti sintetici. | a | A | 0 | 0 | 100 | | |
| L) | attuazione dei piani regionali di controllo e vigilanza sui rivenditori di fitofarmaci | b | B | 0 | 0 | 100 | | |
| M) | parere per il rilascio dell'autorizzazione all'uso di apparecchiature di risonanza magnetica; | a | A | 0 | 0 | 0 | | |
| N) | attuazione di piani e programmi nazionali e/o regionali di vigilanza e controllo sulle acque di balneazione; | a | A | | | 100 | Attività svolta dall'ARPAB | in collaborazione con l'ARPAB |
| O) | vigilanza igienico sanitaria ai lidi | C | C | 1 | 1 | 0 | | |
| P) | attività di protezione dai rischi dell'amianto di spettanza delle aziende UU.SS.LL. ai sensi della Legge 27 marzo 1992 n. 257 e relativa normativa di attuazione; | a | A | 4 | 4 | 100 | | Pareri su piani di bonifica e sopralluoghi su ambienti di vita |
| Q) | partecipazione, ove prevista dalla normativa regionale, alla conferenza regionale di servizio per l'approvazione dei progetti di impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti; | a | A | 7 | 7 | 100 | | |
| R) | emissioni in atmosfera | A | A | 40 | 40 | 100 | | |
| S) | controllo sull'idoneità di locali ed attrezzature per commercio deposito ed utilizzo di sostanze radioattive ed apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti, fatte salve le competenze assegnate ad altre amministrazioni; | a | A | 0 | 0 | | | |
| T) | controlli sulla produzione, detenzione, commercio ed impiego dei gas tossici; nulla osta preventivi all'utilizzo | A | A | 0 | 0 | 100 | | il controllo avviene tramite una commissione afferente a questa U.O. |
| U) | vigilanza nelle scuole su richiesta istituzioni e privati | B | B | 10 | 10 | 100 | | |
| V) | vigilanza e controllo sulle piscine; | b | B | 0 | 0 | 100 | | |
| Z) | vigilanza sulle condizioni igienico - sanitarie delle carceri e case mandamentali; | b | B | 1 | 1 | 100 | | |
| Y) | Vigilanza su estetiste, parrucchieri, barbieri e visagiste; | b | B | 150 | 150 | 100 | | |
| W) | N. adempimenti per l'istruttoria delle istanze della L. 210/92 | A | A | 0 | 0 | 100 | | Non più di competenza della UOC |
| x) | N. Pareri di competenza ai sensi della L. R. 28/2000 | A | A | 5 | 5 | 100 | | |
| X1) | partecipazione commissioni tecniche dipartimentali ex DGR 259/2011 | A | A | 0 | 0 | 0 | | |

| NUOVO CALENDARIO VACCINALE REGIONALE | | ATTIVITA' | | coperture vaccinali | | |
|--------------------------------------|--|-----------|------|---------------------|-------|----|
| | | NUM. | DEN. | NUM. | DEN. | % |
| VACCINAZIONI NUOVI NATI | | | | | | |
| 1 | Cicli Vaccinali Completi terza dose di PoliodtpahibEb a 24 mesi (coorte 2020) | b | B | 1131 | 1212 | 93 |
| 2 | Cicli Vaccinali Completi terza dose di vaccinazione antipneumococcica pediatrica (coorte 2020) | b | B | 1125 | 1212 | 93 |
| 3 | vaccinazione MPR prima dose(coorte 2020) | b | B | 1091 | 1212 | 90 |
| 4 | vaccinazione antimeningococcica ACWY (coorte 2020) | b | B | 1031 | 1212 | 85 |
| VACCINAZIONI ADULTI | | | | | | |
| 5 | Vaccinazione antinfluenzale (ai soggetti di età \geq a 65 anni) | b | B | 34097 | 45462 | 75 |
| 6 | vaccinazione antinfluenzale operatori sanitari | a | A | 1200 | | |
| 7 | Vaccinazione herpes zooster (coorte 1957) Completamento ciclo due dosi al 31/12/2022 | a | a | 60 | 2590 | 23 |
| 7 | vaccinazione papillomavirus (FEMMINE COORTE 2009) ciclo completo 2 dosi | b | B | 261 | 738 | 35 |

Legenda

NUMERATORE

a = n° attività o pareri svolti a richiesta

b = n° attività o pareri svolti di iniziativa

c = n° pareri o attività effettuati per disposizioni particolari

DENOMINATORE

A = n° richieste pervenute

B = n° attività o popolazioni di riferimento

C = n° interventi previsti per disposizioni particolari

Si riportano di seguito le principali attività effettuate dall'U.O.C. Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, per singola area di obiettivo.

U.O. MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Le attività svolte dalla U.O.C. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro sono sintetizzate nella successiva tabella della L.R. 3/99.

| AZIENDA SANITARIA DI MATERA - DIPARTIMENTO PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA | | | | | | | |
|--|---|------|------------------|---------------------|------|--------------------|--|
| UNITA' OPERATIVA: Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | | | | TAB. N. 3 anno 2022 | | | |
| AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA) | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA | | | Obiettivo program. | EVENTUALI NOTE |
| | NUM. | DEN. | NUM. | DEN. | % | | |
| A) | Indagini di epidemiologia occupazionale. | | | | | | |
| B) | Mappatura dei fattori di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori esposti. | | | | | | |
| C) | B | B | | | | | |
| D) | b | B | 1 | 10 | 0,1 | | Non si sono riscontrate le opportunità per detto genere di prescrizione |
| E) | b | B | 425 | 5000 | 8,5% | 5% | Di cui: a) Imprese edili ispez.: 134; b) Unità produttive dei comparti ispez.: n. 187; c) aziende agricole ispezionate: n. 99 d) lavoratori autonomi: n. 5 |
| F) | B | B | | | | | Non vi sono state richieste. |
| G) | A | A | 3 | 3 | 100 | 100 | Tutti i registri vengono esaminati ed archiviati. |
| H) | a | A | 764 | 764 | 100 | 100 | Comprende le Notifiche preliminari (635) e i Piani di Lavoro di Bonifica da Amianto 101 +(28 notifiche art. 250) |
| I) | a | A | 3 | 3 | 100 | 100 | |

| AREA DI INTERVENTO (VOCI TABELLA) | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA | | | Obiettivo program. | EVENTUALI NOTE |
|--|-----------|------|------------------|------|-----|--------------------|---|
| | NUM. | DEN. | NUM. | DEN. | % | | |
| J) Controllo sulla qualità degli accertamenti sanitari, l'idoneità dei protocolli adottati e l'adempimento agli obblighi di legge da parte del medico competente. | b | B | 30 | 30 | 100 | 100 | |
| K) Esame delle richieste di deroga alla frequenza o esenzione degli accertamenti sanitari periodici. | a | A | 0 | 0 | | | Non è pervenuta alcuna richiesta. |
| L) Giudizi di idoneità alle mansioni su richiesta del lavoratore e dei Datori di Lavoro che ricorrono avverso il giudizio espresso dal medico competente aziendale. | a | A | 15 | 15 | 100 | 100 | |
| M) Esecuzione di accertamenti sanitari preventivi e periodici previsti dalla normativa vigente a tutela dei lavoratori minori e degli apprendisti e visite mediche preventive in fase preassuntiva. | a | A | 0 | 0 | | | Non è pervenuta alcuna richiesta |
| N) Controlli di carattere sanitario previsti dalla normativa per la tutela delle lavoratrici madri. | a | A | | | | | Attività non prevista |
| O) Accertamenti ed inchieste, di propria iniziativa o su richiesta dell'autorità giudiziaria, concernenti casi di malattie professionali e di infortunio. | a | A | 22 | 22 | 100 | 100 | Si devono aggiungere n. 4 sub - deleghe |
| P) Pareri preventivi richiesti dai comuni su progetti relativi ad attività produttive al fine di verificare la compatibilità dei medesimi con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori e rilascio delle Autorizzazioni in deroga. | a | A | 3 | 3 | 100 | 100 | |
| Q) Rilascio dei Certificati di restituibilità di ambienti indoor bonificati da amianto. | c | C | 2 | 2 | | | |
| R) Partecipazione ai lavori della Commissione Tecnica Dipartimentale ex DGR n. 259/'11. | c | C | 0 | 0 | | | Non si è stati convocati. |
| S) Partecipazione in qualità di teste nelle udienze dei processi penali a carico dei presunti responsabili di violazione di norme di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro | a | A | 2 | 2 | 100 | 100 | |
| T) Sopralluoghi per istruttorie o verifiche a supporto dell'attività della Commissione Tecnica Dipartimentale ex L.R. n. 28/'00. | c | C | 2 | 2 | 100 | 100 | |
| U) Partecipazione ai lavori del Collegio Medico-Legale ASL (ex L. n. 335/'95; ex L. n. 153/'88 e ex L. n. 300/'70) | c | C | | | | | |
| V) Partecipazione ai lavori del Collegio Medico istituito ex L. n. 482/'68. | c | C | 1 | 1 | 100 | 100 | |
| X) Partecipazione alla Commissione Tecnica Provinciale istituita c/o la Prefettura sulle Sostanze Esplosive (Art. 27 DPR 302/56) | c | C | | | | | |
| Y) Partecipazione alla Commissione d'esame per il rilascio dell'autorizzazione all'acquisto dei prodotti fitosanitari molto tossici, tossici e nocivi. | c | C | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------|--|---|---|---|---|-----|-----|---|
| W) | Obiettivi regionali di cui alla DGR n. 298/2012. | c | C | 7 | 7 | 100 | 100 | Riunioni c/o Prefettura o in videoconferenza. |
| Z) | Partecipazione ai lavori del Tavolo tecnico istituito c/o la Prefettura di Matera per il monitoraggio ed i controlli sull'attuazione del Protocollo condiviso per il contrasto e il contenimento della diffusione del COVID – 19 negli ambienti di lavoro. | c | C | 3 | 3 | | | Riunioni c/o la Prefettura od in video conferenza(è seguita l'attività di controllo nei luoghi di lavoro) |
| AA) | Partecipazione ai lavori del Gruppo Tecnico di supporto all'Autorità Regionale competente | c | C | | | | | |
| AB) | Attività di coordinamento con altri Enti (DTL, INPS, INAIL, VV.FF.) nell'ambito delle attività dell'Organismo Provinciale Prevenzione e Vigilanza nei luoghi di lavoro ex DPCM del | c | C | | | | | |
| AC) | Collaborazione, ai sensi dell'Art. 99, C 3 del D.Lgs. n. 81/'08, con gli Organismi Paritetici istituiti nel settore delle costruzioni. | c | C | | | | | . |

Legenda

NUMERATORE

a = n° attività o pareri svolti a richiesta

b = n° attività o pareri svolti di iniziativa

c = n° pareri o attività effettuati per disposizioni particolari

DENOMINATORE

A = n° richieste pervenute

B = n° attività o popolazioni di riferimento

C = n° interventi previsti per disposizioni particolari

U.O. PREVENZIONE PROTEZIONE ED IMPIANTISTICA NEI LUOGHI DI LAVORO S.P.I.L.L.

Le principali attività effettuate nel 2022 dal Servizio P.I.L.L. Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro della ASM di Matera, sono sintetizzate nella seguente tabella N. 4 della L.R. 3/99.

| AREA DI INTERVENTO (Voci di Tabella) | | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA 2021 | | | OBIETTIVO PROGRAM. | Eventuali note |
|---|---|-----------|-----|--------------------------|-----|------|-----------------------|----------------------------|
| | | NUM | DEN | NUM | DEN | % | % | |
| A) | Verifiche di impianti ed apparecchi (ascensori e montacarichi, impianti per la protezione contro le scariche atmosferiche, impianti di messa a terra, apparecchi di sollevamento, recipienti a pressione, generatori di vapore, impianti di riscaldamento e frigoriferi ed altri impianti) sottoposti a verifica secondo la normativa statale vigente | A | A | 59 | 59 | 95% | 100% | Impianti elettrici** |
| | | A | A | 10 | 10 | 100% | 100% | Apparecchi di sollevamento |
| | | A | A | 77 | 77 | 100% | 100% | Recipienti a pressione |
| | | A | A | 3 | 3 | 100% | 100% | Impianti di riscaldamento |
| | | A | A | 10 | 10 | 100% | 100% | Ascensori e montacarichi |
| B) | L.R. n. 28/2000 | A | A | 5 | 5 | 100% | 100% | |
| C) | Commissioni Carburanti | A | A | 4 | 4 | 100% | 100% | |

1) Impianti elettrici:

Impianti A = 30

Impianti B = 139

Impianti C = 28

2.4.4.2 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITA' E BENESSERE ANIMALE

Le attività complessive delle UU.OO.CC. afferenti il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale sono sintetizzate nelle tabelle di sotto riportate ricavate dalla tabella II della L.R. 3/99.

Le voci vengono classificate come a (attività o pareri svolti a richiesta), b (attività o pareri svolti dal Servizio), c (attività o pareri effettuati per disposizioni di leggi o regolamenti dove la corrispondente lettera maiuscola (A-B-C) sta ad indicare il denominatore.

U.O. SERVIZI VETERINARI AREA A

Le attività effettuate nel 2022 da questa U.O. sono sintetizzate nella tabella seguente.

| AREA DI INTERVENTO SANITA' ANIMALE AREA A ANNO 2022 | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA Anno 2022 | | | OBIETTIVO PROGRAMMATO 2022 |
|---|-----------|------|-------------------------------|--------|-----|--|
| | NUM. | DEN. | NUM. | DEN. | % | |
| A) ATTUAZIONE DEI PIANI E PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI DI PROFILASSI E DI RISANAMENTO DEGLI ALLEVAMENTI | | | | | | |
| a) Profilassi vaccinale negli allevamenti ovini bufalini e ovi – caprini nei confronti della Blue Tongue | | | | | | |
| n. bovini vaccinati | C | C | 0 | 0 | 0 | Profilassi non prevista |
| n. bufalini vaccinati | C | C | 0 | 0 | 0 | |
| n. ovini vaccinati | C | C | 0 | 0 | 0 | |
| n. caprini vaccinati | C | C | 0 | 0 | 0 | |
| b) Sorveglianza sierologica (Piano Sentinelle) | | | | | | |
| n. ovini prelevati | C | C | | | | |
| n. bovini prelevati | C | C | 435 | 435 | 100 | 100 |
| B) ATTUAZIONE DI PIANI DI BONIFICA SANITARIA PER L'ERADICAZIONE DI DETERMINATE MALATTIE ANCHE DI ESCLUSIVO INTERESSE REGIONALE | | | | | | |
| a) Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla tubercolosi | | | | | | |
| n. allevamenti controllati | C | C | 485 | 485 | 100 | 100 |
| n. capi controllati | C | C | 21.781 | 21.781 | 100 | 100 |
| b) Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla brucellosi | | | | | | |
| n. allevamenti controllati | c | C | 486 | 486 | 100 | 100 |
| n. capi controllati | c | C | 23.422 | 23.422 | 100 | 100 |
| c) Piano di risanamento degli allevamenti bovini - bufalini dalla leucosi | | | | | | |
| n. allevamenti controllati | c | C | 132 | 451 | 26 | 20% delle aziende soggette a programma |
| n. capi controllati | c | C | 5309 | 5309 | 100 | |
| d) Piano di risanamento degli allevamenti ovi - caprini dalla brucellosi | | | | | | |
| n. allevamenti controllati | c | C | 925 | 925 | 100 | 100 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---------|---------|-----|------------|
| n. capi controllati | c | C | 26.798 | 26.798 | 100 | 100 |
| C)VIGILANZA E CONTROLLO SULL'IMPORTAZIONE, ESPORTAZIONE, MOVIMENTAZIONE DEGLI ANIMALI E RILASCI DELLA RELATIVA CERTIFICAZIONE | | | | | | |
| a)n. importazioni | | | | | | |
| - n. controlli | a | A | 6 | 6 | 100 | 100 |
| - n. capi controllati | | | 22 | 22 | | |
| b)n. esportazioni | a | A | 29 | 29 | 100 | 100 |
| c)n. movimentazioni | | | | | | |
| - n. mod. 4 rilasciati | a | A | 6783 | 6783 | 100 | 100 |
| - n. capi movimentati | | | 121.895 | 121.895 | | |
| d)n. altre certificazioni | | | | | | |
| - n. attestati consistenza bestiame | a | A | 35 | 35 | 100 | 100 |
| - n. altre certificazioni | | | 269 | 269 | | |
| D)VIGILANZA E CONTROLLO DEGLI ALLEVAMENTI ANIMALI, COMPRESI GLI STABILIMENTI DI ACQUACOLTURA, DELLE STALLE DI SOSTA, DELLE FIERE, DEI CIRCHI E DELLE ESPOSIZIONI ANIMALI; REGISTRI DI CARICO E SCARICO | | | | | | |
| a) stabilimenti di acquacoltura | | | | | | |
| b) stalle di sosta | | | | | | |
| - n. controlli | c | C | 15 | 15 | 100 | 100 |
| - n. capi controllati | c | C | 69 | 69 | | |
| c) mercati, fiere, circhi ed esposizioni animali; | c | C | 16 | 16 | | |
| | c | C | | | | |
| E)VIGILANZA E COORDINAMENTO DEI PIANI SANITARI SVOLTI DA ASSOCIAZIONI E PRIVATI | b | B | | | | Non attivi |
| G)VIGILANZA VETERINARIA PERMANENTE | | | | | | |
| a)Rabbia | | | | | | |
| n. cani morsicatori | a | A | 21 | 21 | 100 | 100 |
| n. cani vaccinati | | | 47 | 47 | 100 | 100 |
| b) Malattia Vescicolare dei suini | | | | | | |
| - n. allevamenti controllati | c | C | | | | |
| - n. capi controllati | c | C | | | | |
| Peste suina classica | | | | | | |
| - n. allevamenti controllati | c | C | 13 | 13 | 100 | 100 |
| - n. capi controllati | a | A | 32 | 32 | 100 | 100 |
| Peste suina africana | | | | | | |
| - n. allevamenti controllati | a | A | 13 | 13 | 100 | 100 |
| - n. capi controllati | a | A | 32 | 32 | 100 | 100 |
| - n. cinghiali controllati | a | A | 151 | 151 | 100 | 100 |
| Malattia Aujeszky | | | | | | |
| - n. allevamenti controllati | a | A | 91 | 91 | 100 | 100 |
| - n. capi controllati | a | A | 2354 | 2354 | 100 | 100 |
| c) controlli sugli equidi | | | | | | |
| Anemia infettiva | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|---------|---------|-------|--------------|
| - n. capi controllati | C | C | 499 | 499 | 100 | 100 |
| Metrite contagiosa | | | | | | |
| - n. capi controllati | c | C | 11 | 11 | 100 | 100 |
| Morva | | | | | | |
| - n. capi controllati | c | C | 11 | 11 | 100 | 100 |
| Artrite virale | | | | | | |
| - n. capi controllati | c | C | 11 | 11 | 100 | 100 |
| d) denuncia casi di morte | | | | | | |
| - n. bovini deceduti | c | C | 307 | 307 | 100 | 100 |
| - n. bovini interrati in loco | c | C | 175 | 175 | 100 | 100 |
| - n. bovini avviati alla distribuzione | c | C | 132 | 132 | 100 | 100 |
| - n. tronchi encefalici prelevati | c | C | 92 | 92 | 100 | 100 |
| - n. ovi-caprini deceduti | c | C | 245 | 245 | 100 | 100 |
| - n. ovi-caprini interrati in loco | c | C | 240 | 240 | 100 | 100 |
| - n. ovi-caprini avviati alla distruzione | c | C | 5 | 5 | 100 | 100 |
| - n. tronchi encefalici ovini prelevati | c | C | 66 | 66 | 100 | 100 |
| - n. tronchi encefalici caprini prelevati | c | C | 26 | 26 | 100 | 100 |
| - n. suini deceduti | c | C | 3082 | 3082 | 100 | 100 |
| - n. suini interrati in loco | c | C | 0 | 0 | 100 | 100 |
| - n. suini avviati alla distribuzione | c | C | 3082 | 3082 | 100 | 100 |
| - n. equidi deceduti | c | C | 17 | 17 | 100 | 100 |
| - n. equidi interrati in loco | c | C | 10 | 10 | 100 | 100 |
| - n. equidi avviati alla distribuzione | c | C | 7 | 7 | 100 | 100 |
| - n. animali da cortile deceduti | c | C | 9396 | 9396 | 100 | 100 |
| - n. animali da cortile interrati in loco | c | C | 0 | 0 | 100 | 100 |
| - n. animali da cortile avviati alla distribuzione | c | C | 9396 | 9396 | 100 | 100 |
| H) EMERGENZA INFLUENZA AVIARIA E SALMONELLOSI | | | | | | |
| a) controlli sierologici per aviaria | | | | | | |
| - n. allevamenti | c | C | | | | Non previsti |
| - n. capi | c | C | | | | Non previsti |
| b) controlli virologici | | | | | | |
| - n. allevamenti | c | C | | | | Non previsti |
| - n. capi | c | C | | | | Non previsti |
| c) visite cliniche | | | | | | |
| n. allevamenti | c | C | 27 | 27 | 100 | 100 |
| n. capi (polli, oche, anatre, tacchini, altro) | c | C | 200.000 | 200.000 | 100 | 100 |
| I) SALMONELLOSI AVICOLE | | | | | | |
| a) controlli batteriologici per aviaria | | | | | | |
| - n. allevamenti controllati | c | C | 15 | 15 | 100 | |
| - n. campionamenti eseguiti | c | C | 27 | 27 | 100 | |
| L) EDUCAZIONE SANITARIA | | | | | | |
| a) interventi svolti | | | | | | |
| - nelle aziende | c | C | 393 | 1831 | 21,64 | 20 |
| - altro | c | C | | | | |
| M) CONTROLLI MINIMI | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|----|----|-----|-----|
| - Aziende bovine e bufaline | c | C | 21 | 18 | 100 | 100 |
| - Aziende ovicaprine | c | C | 41 | 37 | 100 | 100 |
| - Aziende suine | c | C | 3 | 2 | 100 | 100 |
| - Aziende apistiche | c | C | 8 | 6 | 100 | 100 |
| - Aziende equidi | c | C | 65 | 65 | 100 | 100 |

U.O. IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE, TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI – AREA B

Le attività effettuate nel 2022 da questa U.O. sono sintetizzate nella tabella seguente.

| AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALIMENTI AREA B 2022 | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA Anno 2022 | | | OBIETTIVO PROGRAMMATO 2022 |
|--|-----------|------|-------------------------------|------|------|----------------------------------|
| | NUM. | DEN. | NUM. | DEN. | % | |
| Cod. Minsal 2 – Produttori e confezionatori – Caseifici CE | c | C | 15 | 15 | 100% | 100% |
| Cod. Minsal 2 – Produttori e confezionatori – Stabilimenti prodotti a base di carni CE | c | B | 16 | 16 | 100% | 100% |
| Cod. Minsal 3 – Distribuzione all'ingrosso – Deposito Carni CE | c | B | 5 | 5 | 100% | 100% |
| Cod. Minsal 4 – Commercio al dettaglio (Autonegozio, latterie, esercizi di vicinato, supermercati) | c | B | 81 | 61 | 100% | 100% |
| Cod. Minsal 5/6 – Trasporto soggetto a vigilanza (alimenti vari – carni – latte – prodotti della pesca – prodotti a base di latte) n. 37 | c | B | 10 | 12 | 100% | 100% |
| Cod. Minsal 7 – Ristorazione pubblica (Agriturismi- Alberghi con ristorante, Bar Gelateria, Bar Paninoteca, Bar Pasticceria, Bar Ristorante, Braceria, Pizzeria, Ristorante, Rosticceria, Villaggi turistici) | c | B | 40 | 42 | 100% | 100% |
| Cod. Minsal 8 – Ristorazione collettiva assistenziale (Case di riposo – Colonie – Mense Aziendali – Centri cottura) | c | B | 3 | 3 | 100% | 100% |
| Cod. Minsal 9 – Produzione e vendita prevalentemente al consumatore finale (Bar/ pasticceria / gelateria / Caseificio artigianale – Caseificio aziendale – Laboratorio miele – Latterie – Macellerie – Pescherie – Salumifici aziendali) | c | B | 166 | 166 | 100% | 100% |
| Attività istituzionale effettuata in supporto con altre Amministrazioni (Carabinieri NAS – Corpo Forestale dello Stato) | c | B | 6 | 6 | 100% | 100% |
| Interventi di pronta disponibilità | c | B | 4 | 4 | 100% | 100% |

| | | | | | | |
|---|---|---|-----|-----|------|------|
| Ispezione suini macellati a domicilio per uso familiare | a | A | 97 | 97 | 100% | 100% |
| Prelievo di campioni per il Piano Regionale Alimenti | c | C | 126 | 126 | 100% | 100% |
| Prelievo di campioni (su indicazione dell'U.V.A.C. NA) sulle carni importate | c | C | 12 | 12 | 100% | 100% |
| Formazione sanitaria agli OSA (obiettivo LEA) | c | C | 60 | 60 | 100% | 100% |
| Registrazione (D.G.R. n. 1288 del 13.09.2011 e s.m.i. DD. 00334 del 25.06.2012) attività alimentaristiche | a | A | 31 | 31 | 100% | 100% |
| Audit caseifici artigianali | c | B | | | | |
| Audit caseifici aziendali | c | B | 1 | 1 | 100% | 100% |
| Audit caseifici bollo CE | c | B | 3 | 3 | 100% | 100% |
| Audit salumifici bollo CE | c | B | 2 | 2 | 100% | 100% |
| Audit salumifici artigianali/aziendali | c | B | | | | |
| Audit Stabilimenti prodotti a base di carne CE | c | B | | | | |
| Audit Deposito alimenti | c | B | 1 | 1 | 100% | 100% |
| Centri imballaggi uova | c | B | 2 | 2 | 100% | 100% |
| Sistema di allerta | c | B | 11 | 11 | 100% | 100% |
| Attività congiunta con SIAN | c | B | 20 | 22 | 100% | 100% |
| Controlli Ufficiali orario serale | c | B | 20 | 17 | 100% | 100% |

U.O. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE – AREA C

Le attività effettuate nel 2022 da questa U.O. sono sintetizzate nella tabella seguente.

| AREA DI INTERVENTO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE AREA C Anno 2022 | ATTIVITA' | | ATTIVITA' SVOLTA Anno 2022 | | | OBIETTIVO PROGRAMMATO 2022 |
|---|-----------|------|----------------------------|------|------|----------------------------|
| | NUM. | DEN. | NUM. | DEN. | % | |
| Controllo scorte di farmaci in allevamenti (DLVO 193/2006, art. 81) | c | C | 6 | 6 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza. Allevamenti di oaiole/broiler/altri avicoli (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 4 | 4 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza. Allevamenti api/acquacoltura (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 6 | 6 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza. Allevamenti di conigli/ lepri (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 2 | 2 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza. Allevamenti di equini DPA. (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 2 | 2 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza. Allevamenti di bufali. (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 3 | 3 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza. Allevamenti di bovini da latte. (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 16 | 13 | 123% | 100% |

| | | | | | | |
|---|---|---|-----|-----|------|------|
| Farmacosorveglianza. Allevamenti di bovini da carne/ altri bovini. (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 19 | 18 | 105% | 100% |
| Farmacosorveglianza di suini. (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 15 | 15 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza di caprini. (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 18 | 18 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza di ovini. (DLVO 193/2006, art 79- DLVO 158/2006, art.15) | c | C | 54 | 53 | 102% | 100% |
| Farmacosorveglianza di equini NDPA(DLVO 193/2006) | c | C | 24 | 25 | 100% | 100% |
| Controllo scorte di farmaci impianti di cura (DLVO 193/2006 art. 84) | C | C | 5 | 5 | 100% | 100% |
| Controllo scorta propria di farmaci per attività zoiatrica (D. LVo 193/2006 art. 85) | c | C | 5 | 5 | 100% | 100% |
| Controllo delle farmacie | c | C | 16 | 16 | 100% | 100% |
| Controllo delle parafarmacie | c | C | 2 | 2 | 100% | 100% |
| Farmacosorveglianza Grossisti/ Vendita diretta | c | C | 1 | 1 | 100% | 100% |
| Pareri igienico - sanitari/totale | a | A | 28 | 28 | 100% | 100% |
| Audit su OSA/OSM (reg. 882/2004) | c | C | 1 | 1 | 100% | 100% |
| Controllo delle stazioni di fecondazione pubblica/totale (l. 30/1991) | c | C | 3 | 9 | 33% | 20% |
| Allevamenti suinicoli che praticano l'inseminazione artificiale (L. 30/1991) | c | C | 1 | 1 | 100% | 100% |
| Piano regionale alimentazione animale/totale (PRAA) | c | C | 75 | 73 | 100% | 100% |
| Piano regionale residui/totale (PRR) | c | C | 39 | 39 | 100% | 100% |
| Controlli ufficiali/SCU. Reg. 625/2027 | c | C | 221 | 221 | 100% | 100% |
| Controllo sicurezza alimentare (CGO4- CGO 9) | c | C | 40 | 29 | 137% | 100% |
| Controlli Igiene dei mangimi. (Reg. 183/2005) | c | C | 40 | 40 | 100% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 126/2011/totale vitelli/ annutoli | c | C | 18 | 17 | 106% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale bovini adulti | c | C | 24 | 24 | 100% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale bufali | c | C | 3 | 3 | 100% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale ovini | c | C | 32 | 30 | 106% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale caprini | c | C | 11 | 11 | 100% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 122/2011/totale suini | c | C | 15 | 15 | 100% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale da remoto: suini (DLVO n. 122/2011) | c | C | 8 | 8 | 100% | 100% |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|-------|-------|-------|------|
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale equini | c | C | 2 | 2 | 100% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 146/2001/totale conigli/lepri | c | C | 2 | 2 | 100% | 100% |
| Controllo aziende zootecniche ai fini del benessere animale - D. Lgs. 267/2003/totale ovaiole/broiler/ altri avicoli | c | C | 4 | 3 | 100% | 100% |
| Controllo sul benessere animale durante il trasporto (Reg. 1/2005 – DPR 320/54) | C | C | 4 | 4 | 100% | 100% |
| Tenuta anagrafe canina: iscrizione all’anagrafe canina di cani di proprietà e randagi/totale (L.R. 46/18) | a | A | 4.063 | 4.063 | 100% | 100% |
| Tenuta anagrafe canina: Passaggi di proprietà, decessi, affidamenti cessioni (L.R. 46/18) | a | A | 3744 | 3744 | 100% | 100% |
| Interventi chirurgici di sterilizzazione gatti (L.R. 46/18) | c | C | 10 | 10 | 100% | 100% |
| Interventi chirurgici per di sterilizzazione di gatti e cani privati. (L.R. n.46/2018, art. 17) | c | C | 73 | 73 | 100% | 100% |
| Interventi chirurgici di sterilizzazione cani randagi (L.R. 46/18) | c | C | 485 | 485 | 100% | 100% |
| Interventi chirurgici per finalità terapeutiche e sterilizzazioni di cani e gatti/totale (L.R. 46/18) | c | C | 47 | 47 | 100% | 100% |
| Controlli canili sanitari-rifugi pubblici/totale (L.R. 46/18) | c | C | 18 | 10 | 100% | 100% |
| Controllo colonie feline (L.R. n.46/2018) | c | C | 21 | 21 | 100% | 100% |
| Controllo e vigilanza igienica sulla qualità del latte relativamente alla fase di produzione nell' allevamento/totale (Reg. 825/2004 – Reg. 853/2004) | c | C | 32 | 127 | 25% | 20% |
| Controllo distributori registrati per la vendita di latte crudo (Reg. 825/2004 – Reg. 853/2004) | c | C | 1 | 1 | 100% | 100% |
| Controllo e vigilanza sulla trasformazione ed immissione sul mercato di rifiuti di origine animale con esclusione dei trattamenti (trasformazione, incenerimento, infossamento) presso opifici o siti operativi di competenza dei servizi di cui alle tabelle nn. 5 e 6/totale (Reg. 1069/2009) | a | A | 1 | 1 | 100% | 100% |
| Certificazioni export pet food in Paesi Extracomunitari (Reg. 1069/2009) | a | A | 80 | 80 | 100% | 100% |
| Educazione sanitaria per Distretto (Aggiornamento, formazione ed informazione) | a | A | 438 | 2331 | 18.8% | 10% |
| Accertamenti ai fini della prevenzione ed eliminazione degli effetti negativi sull’igiene urbana e rurale derivanti da presenza di animali | a | A | 53 | 53 | 100% | 100% |
| Incontri/conferenze di servizio | b | B | 3 | 3 | 100% | 100% |
| Illeciti amministrativi | c | C | 7 | 7 | 100% | 100% |
| Illeciti penali | c | C | 0 | 0 | | |

2.5 I RISULTATI ECONOMICO FINANZIARI

L'esercizio 2022 dell'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera sotto il profilo economico si è chiuso evidenziando una perdita pari a € 3.627.911, che riflette le dinamiche dei costi e dei ricavi di competenza relativi all'anno 2022, così come fedelmente riportati nel bilancio economico.

In particolare, pare doveroso sottolineare che, come già anticipato nella premessa, le risultanze economiche dell'ASM per l'anno 2022 siano state determinate alla luce delle risorse del F.S.R. 2022 alla stessa assegnate e comunicate dalla Regione Basilicata con nota PEC - Protocollo nr. 218255 del 23/10/2023, tenendo conto delle indicazioni fornite dal MEF agli esiti della Verifica dei Conti Sanitari - consuntivo 2022, inoltrate dalla Regione Basilicata con nota Protocollo nr. 209103 del 10/10/2023, a seguito della riunione tenutasi in data 28 settembre 2023, presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze- Ragioneria Stato- Dip. IGESPE, del Tavolo degli Adempimenti per l'esame dei conti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) consuntivo 2022 (CE/SP).

Con la suddetta nota è stata disposta, tra l'altro, la contabilizzazione di una serie di contributi regionali in favore dell'ASM di competenza 2022, anziché tra i ricavi del conto economico aziendale 2022, come da procedura ordinaria, alcuni nel Capitale Netto dello Stato Patrimoniale 2022, a copertura delle perdite pregresse, altri tra le sopravvenienze attive del conto economico relativo all'anno 2023. Tale modalità di contabilizzazione ha comportato inevitabilmente una riduzione dei ricavi di competenza 2022, incidendo conseguentemente sulla formazione della perdita economica.

Pare altrettanto opportuno stigmatizzare come l'individuazione della quota del Fondo Sanitario Indistinto assegnata all'ASM per l'anno 2022 si caratterizzi per la rilevazione nella specifica colonna denominata "Riequilibrio" di una decurtazione economica pari a circa -17,8 milioni di euro, che ha ridotto sensibilmente l'ammontare di risorse destinato all'ASM, così come riveniente dalla mera applicazione dell'algoritmo di calcolo del riparto regionale, in cui figura la determinazione del finanziamento distinto per i macro livelli assistenziali della prevenzione, dell'assistenza ospedaliera e di quella territoriale, a cui si aggiungono le altre risorse e le quote finalizzate.

La suddetta costatazione assume una valenza rilevante nell'esegesi delle cause e degli effetti che hanno determinato il risultato d'esercizio dell'ASM per l'anno 2022 e, come tale, non può essere trascurata, in considerazione del valore intrinseco del "Riequilibrio" nell'ambito del riparto del Fondo Sanitario Indistinto, il cui significato è strettamente connesso all'esigenza di "riequilibrare" le risultanze economiche del Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso e nelle partizioni in cui lo stesso si articola.

In altri termini, come risulta dalla successiva analisi dei ricavi, emerge un significativo sottodimensionamento dei contributi in conto esercizio per la quota del Fondo Sanitario Regionale Indistinto erogati all'ASM nel 2022, che ha inciso sensibilmente sulla determinazione della perdita di esercizio dell'ASM, con una riduzione netta rispetto al valore dell'anno precedente, che non trova giustificazione nel trend del FSR a livello complessivo, né nel totale della assegnazione indistinta, rimasta sostanzialmente invariata rispetto al 2021, né tantomeno nella assegnazione totale in competenza del FSR da parte dello Stato, che di converso nel 2022 ha fatto registrare un significativo incremento rispetto all'anno scorso.

Ciò premesso, nel corso del 2022 è proseguita la rilevazione dei costi determinati dall'adozione da parte dell'Azienda di misure per far fronte all'epidemia da Covid-19, a fronte dei quali sono stati stanziati finanziamenti straordinari da parte della Regione che hanno inciso sul risultato d'esercizio.

Nello specifico, come puntualmente riportato nel modello CE, in cui è stata inserita una specifica colonna riguardante esclusivamente le voci economiche riferite al COVID, sono stati rilevati:

- tra i ricavi di produzione circa 6,5 milioni di euro, di cui circa 5,4 milioni di euro quali contributi in conto esercizio finalizzati al COVID stanziati dalla Regione e circa 1,2 milioni di euro quali utilizzo di fondi per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti, oltre ai ricavi straordinari relativi alle insussistenze attive, pari a circa 2,3 milioni di euro;

- tra i costi di produzione circa 6,32 milioni di euro, connessi fundamentalmente agli acquisti di beni sanitari (dispositivi, prodotti farmaceutici, ecc.), ai compensi dei Medici delle Unità Speciali per il COVID (USCO), ai rimborsi assegni e contributi, alle consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro sanitario e socio-sanitario, agli acquisti di servizi non sanitari (elettricità, premi di assicurazione, ecc.), alle manutenzioni, al godimento beni di terzi, al personale, agli ammortamenti, oltre ai costi straordinari relativi alle sopravvenienze passive pari a circa 39 mila euro.

La differenza tra i suddetti ricavi e costi per la gestione del COVID è stata pari a +2,338 milioni di euro, evidenziando per l'anno 2022 un surplus dei ricavi sui costi.

Prima di soffermarsi sulle risultanze contabili è opportuno precisare che l'analisi comparativa del bilancio d'esercizio 2022 con il consuntivo 2021, è stata effettuata prendendo in considerazione lo schema del modello CE, che prevede un'articolazione delle voci economiche più analitica e dettagliata rispetto a quella contemplata nello schema di bilancio.

Si riporta di seguito, espresso in migliaia di euro, il raffronto sintetico delle principali componenti del bilancio economico relativo al consuntivo 2022, preventivo 2022 e consuntivo 2021.

| Migliaia di euro | Consuntivo 2021 | Preventivo 2022 | Consuntivo 2022 | Scostamento | |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|-------------|
| | | | | cons. '22 - cons. '21 | |
| Valore della produzione | 409.764 | 392.964 | 408.755 | -938 | 0% |
| Costi di produzione | 403.868 | 385.089 | 407.184 | 3.316 | 1% |
| Proventi e oneri finanziari | | | | 0 | |
| Proventi e oneri straordinari | -185 | 0 | 2.608 | 2.793 | 1.510% |
| Imposte e tasse | 7.943 | 7.874 | 7.807 | -136 | -2% |
| Risultato d'esercizio | - 2.303 | 0 | -3.628 | 1.325 | -58% |

In riferimento all'obiettivo di **riduzione dei tempi di pagamento**, perseguito da quest'Azienda nel corso del 2022, si riporta di seguito la tabella pubblicata, ai sensi dell'art. 10 del DPCM 22/09/14, sul sito aziendale relativa all'indicatore di tempestività dei pagamenti afferente all'anno 2022, calcolato ai sensi dell'art. 9 del DPCM 22/09/14.

| Totale importo per indicatore (numeratore) | Totale importo pagato (denominatore) | Indicatore di tempestività Anno 2021 |
|---|---|---|
| € 1.091.391.637,30 | € 126.262.808,58 | 8,65 |

2.6 LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA – “CUSTOMER SATISFACTION”

Con deliberazione n. 1135 del 19/12/2019, con il conferimento al Dr. Achille Spada, Dirigente Amministrativo dell'ASM, dell'incarico triennale di Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale “Urp – Comunicazione – Ufficio Stampa – Privacy”, gli sono state demandate anche le funzioni di Responsabile ASM per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione.

La valutazione della qualità dei servizi espressa dal cittadino è lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria di Matera si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale per far coincidere i servizi offerti con le richieste dei cittadini, ottimizzando le risorse disponibili e intervenendo con azioni mirate e progetti specifici. Un'analisi della valutazione della qualità dei servizi serve ad ascoltare e comprendere fino in fondo i bisogni del cittadino, ponendo attenzione al suo giudizio, sviluppando e migliorando la capacità di dialogo e costruendo un modello di relazione basato sulla fiducia e sul confronto. Nelle organizzazioni sanitarie attivare la partecipazione dei cittadini alla progettazione e valutazione delle prestazioni erogate significa avviare in primo luogo un cambiamento nella cultura organizzativa, ovvero un passaggio a una cultura di rete e di miglioramento dei servizi che valorizzi sia le potenzialità interne, in termini di condivisione da parte degli operatori degli obiettivi aziendali e di definizione/monitoraggio dei livelli qualitativi dei servizi erogati, sia la disponibilità a condividere tali potenzialità con attori esterni attraverso una efficace comunicazione.

Pertanto, su impulso della UOSD “U.R.P. – Comunicazione – Ufficio Stampa – Privacy” – Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'Azienda Sanitaria di Matera” dal 5 al 15 dicembre 2022 è stata avviata la consueta “Customer satisfaction” sui servizi erogati dall'Azienda. I reparti, ambulatori e sedi distrettuali oggetto dell'indagine sono stati scelti a campione, in collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale e con la UOSD “Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali” e sono di seguito riportati:

- ✓ per il Dipartimento Medico: Reparto di Medicina Generale e Ambulatori di Medicina per i PO di Matera e Policoro;
- ✓ per il Dipartimento Chirurgico: reparti di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Generale e Ambulatori annessi per i PO di Matera e Policoro;
- ✓ per il Dipartimento Materno Infantile: reparto di Pediatria e Neonatologia e Ambulatori annessi per i PO di Matera e Policoro;
- ✓ per i Distretti di Matera e Policoro: Consultori di Matera e Policoro.

Il report integrale sull'indagine è stato pubblicato nella pagina dedicata della sezione “Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità” di Amministrazione Trasparente, consultabile a questo link:

<https://www.asmbasilicata.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezione=17695&idArea=17697&idCat=17730&ID=18169&TipoElemento=pagina>

REPORT RECLAMI/ SEGNALAZIONI E NOTE DI SODDISFAZIONE - ANNO 2022

Dall'analisi dei Reclami/Segnalazioni e Note di Soddisfazione relativi all'Anno 2022 si evince che n. 124 cittadini hanno inoltrato Reclami/Segnalazioni e Note di Soddisfazione. Tuttavia tre cittadini hanno inoltrato ciascuno il reclamo riguardante n. 2 Unità Operative differenti e due tipologie differenti, un cittadino ha inoltrato il reclamo riguardante n. 2 Unità Operative con la stessa tipologia, un cittadino ha inoltrato il reclamo riguardante 2 tipologie per la stessa Unità Operativa. Il totale pertanto è n. 129 così suddiviso:

- n. 123 Reclami/Segnalazioni
- n. 3 Note di Soddisfazione
- n. 3 classificati come Impropri.

Nello specifico:

- n. 1 Reclamo riguarda la Direzione Generale;
- n. 6 Reclami riguardano la Direzione Amministrativa;
- n. 107 Reclami e n. 3 Note di Soddisfazione riguardano la Direzione Sanitaria;
- n. 9 Reclami riguardano il CUP;
- n. 3 Reclami sono classificati come Impropri: note inviate erroneamente all'URP oppure segnalazioni che pur evidenziando un disagio non attengono all'Azienda.

Inoltre, dal 1 Gennaio al 31 Dicembre dell'anno 2022 sono state svolte n. 153 attività riguardanti il Progetto Argento CIAS: Centro di Informazione, Ascolto e Sostegno (Attività di Supporto Diretto al Cittadino).

Gli operatori dell'URP, attraverso contatti con gli Uffici della ASM, sono stati impegnati a risolvere situazioni problematiche derivanti da richieste di cittadini che lamentavano difficoltà e richiedevano assistenza di vario genere e informazioni.

Si riporta di seguito il link della pagina web contenente il Report completo dei reclami / segnalazioni e note di soddisfazione anno 2022:

https://www.asmbasilicata.it/upload/asm_matera/gestionedocumentale/ReportRecl.Anno2022_784_16937.pdf

3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

Nel corso del 2022 l'Azienda ha provveduto a dare attuazione al sistema di misurazione e valutazione della Performance, approvato con deliberazione aziendale n. 1089 del 12/12/2019 che tiene conto dell'evoluzione del quadro di riferimento normativo oltre che delle esigenze da parte dell'Azienda di miglioramento della qualità dei servizi offerti nonché della crescita delle competenze professionali, attraverso l'implementazione di strumenti in grado di favorire la valorizzazione del merito.

In particolare con il Nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della ASM – ANNO 2020-2022, sono stati approvati:

- il Regolamento per la valutazione dei Dirigenti con annesse le seguenti schede:
 - scheda di valutazione annuale per i Direttori di Dipartimento;
 - scheda di valutazione annuale per i Direttori di Unità Operativa Complessa;
 - scheda di valutazione annuale per i Dirigenti di Struttura semplice dipartimentale;
 - scheda di valutazione annuale per i Dirigenti con incarico di alta specializzazione;
 - scheda di valutazione annuale per i Dirigenti con incarico professionale;
- il Regolamento per la valutazione del personale del Comparto, con annesse le seguenti schede:
 - scheda di valutazione annuale per personale comparto con incarichi di funzione;
 - scheda di valutazione annuale per personale comparto

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

Oggetto della valutazione della componente organizzativa della performance è la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati alla Azienda nel suo complesso, esplicitati nel Piano della Performance e successivamente declinati alle varie articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali) nell'ambito del Processo di Budgeting.

Con la DGR n. 272 del 11/05/2022, ad oggetto "Obiettivi di Salute e di Programmazione Economica Finanziaria per i Direttori Generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali per gli anni 2021 – 2023, la Regione Basilicata ha provveduto ad assegnare alle Aziende Sanitarie/Ospedaliere regionali gli obiettivi triennali 2021 – 2023.

Conseguentemente, con deliberazione aziendale n. 405 del 24/06/2022 l'ASM ha provveduto ad adottare il Piano della Performance 2022-2024 (annualità 2022), recependo i nuovi indirizzi programmatici regionali sopra descritti.

Con successiva DDG n. 474 del 15/07/2022 è stato approvato il Piano Integrato di attività e Organizzazione PIAO – Triennio 2022 – 2024, che ha coordinato i provvedimenti di pianificazione e programmazione approvati, all'interno dello schema tipo definito con il decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113.

Le finalità, le fasi, i soggetti interessati ed i momenti in cui si articola la misurazione e la valutazione della performance organizzativa, così come disciplinati nel Regolamento Aziendale sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, approvato con deliberazione aziendale n. 1089/2019, sono ampiamente descritti nel Piano della Performance adottato con deliberazione aziendale n. 405/2022.

Contestualmente all'adozione del Piano della Performance 2022, l'Azienda ha avviato il processo di budgeting, attraverso la condivisione con tutti i Direttori di Dipartimento dell'ASM degli obiettivi aziendali per l'anno 2022.

Il processo di budgeting ha avuto seguito, dapprima, con la negoziazione degli obiettivi tra i Direttori di Dipartimento e i direttori/Responsabili delle singole UOC/UOSD afferenti a ciascun Dipartimento Aziendale e, successivamente tra questi ultimi e il Comitato di Budget Aziendale. Il processo si è, quindi, concluso con la sottoscrizione delle schede di budget anno 2022 per ciascuna UOC/UOSD aziendale.

Infine con deliberazione aziendale n. 646 del 26/09/2022, l’Azienda ha approvato e sottoscritto gli obiettivi operativi per l’anno 2022, così come concordati con i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti Responsabili delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali, contenuti nelle schede di budget - anno 2022.

Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica imposti in passato e le conseguenti azioni di contenimento dei costi poste in essere dall’Azienda negli ultimi 15 anni, come il blocco delle assunzioni e tutti gli interventi di spending review e razionalizzazione dei servizi, per assicurare le condizioni di sostenibilità dell’intero sistema sanitario, in ottemperanza agli indirizzi programmatici regionali e nazionali, hanno contribuito a produrre sofferenze all’interno delle varie articolazioni aziendali e un depauperamento del patrimonio di risorse umane e strumentali determinando un indebolimento complessivo del sistema aziendale di offerta di servizi sanitari, che anche a seguito dell’emergenza connessa alla diffusione della pandemia, si presenta ancora molto fragile anche se in ripresa e gli sforzi sono profusi verso il superamento delle varie criticità per far fronte al soddisfacimento delle esigenze di tutela della salute dei cittadini, cui l’Azienda è istituzionalmente preposta.

Il sistema dell’offerta di servizi sanitari da parte della ASM sarà adeguato alle nuove necessità emerse dalla gestione della fase emergenziale oltre che ai nuovi modelli assistenziali delineati dal PNRR, attraverso l’implementazione delle nuove strutture assistenziali oltre al potenziamento di quei settori, quelle aree, quei percorsi assistenziali che oggi versano in condizioni di grande sofferenza, in conformità alle linee programmatiche nazionali e regionali ed al conseguente complesso delle azioni predefinite nei piani operativi.

In questo contesto assume un ruolo sempre più centrale l’integrazione Ospedale – territorio, con la necessità sempre più cogente di potenziare l’assistenza sul territorio, che appare sempre più come la chiave di volta per far fronte con successo a situazioni di emergenza pandemica, oltre che lo snodo centrale delle moderne politiche sanitarie, così come previsto nel PNRR.

L’Azienda è chiamata ad affrontare le sfide emerse dalla post pandemia, prima fra tutte la carenza di personale medico che nel 2022 ha palesato la propria criticità condizionando di fatto l’operatività aziendale, incidendo sulla tipologia e sulla quantità delle prestazioni erogate..

Tale criticità ha notevolmente condizionato il raggiungimento degli obiettivi ordinari, sia con riferimento alle Unità Operative ospedaliere, sia a quelle territoriali, sia anche a tutte le Unità Operative tecniche e amministrative.

Come già precedentemente effettuato nel 2022, si è proceduto a “sterilizzare” quegli obiettivi il cui raggiungimento è stato di fatto inficiato dalle condizioni di contesto descritte che hanno inevitabilmente penalizzato l’operatività delle singole strutture, compromettendo di fatto i livelli quali-quantitativi dei servizi erogati.

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

Ai fine della valutazione della performance individuale per l’anno 2022 valgono le stesse considerazioni rappresentate al paragrafo precedente.

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

Gli obiettivi, le fasi, i soggetti interessati ed i momenti in cui si articola la misurazione e la valutazione della performance individuale, così come disciplinati nel Regolamento Aziendale sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, approvato con deliberazione aziendale n. 1089/2019, sono ampiamente descritti nel Piano della Performance adottato con deliberazione aziendale n. 405/2022.

4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA: OBIETTIVI DI MANDATO – OBIETTIVI OPERATIVI

4.1 OBIETTIVI DI MANDATO

Di seguito in tabella sono riportati il grado di raggiungimento degli obiettivi di mandato del Direttore Generale dell'ASM recepiti come obiettivi aziendali col Piano delle Performance 2022/2024.

| AREA STRATEGICA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | INDICATORE | TARGET | RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO |
|---|--|--|--|------------------------------------|---|
| Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) | Garantire l'erogazione livelli essenziali di assistenza (LEA) | Miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni offerte attraverso l'individuazione e la messa in atto di soluzioni organizzative per ottimizzare l'efficacia e l'efficienza della risposta assistenziale | Percentuale di raggiungimento degli indicatori della Griglia LEA | 100% | La misurazione del grado di raggiungimento del presente obiettivo è a cura del Dipartimento Politiche della Regione Basilicata. La scarsa dotazione del personale sanitario ha sicuramente condizionato negativamente i livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate |
| Garantire l'equilibrio economico - finanziario del SSR | Garanzia dell' equilibrio economico finanziario della gestione aziendale | Assicurare l'equilibrio economico in sede di approvazione del bilancio preventivo e consuntivo nel rispetto delle procedure amministrative e contabili | Risultato di bilancio | Pareggio bilancio d'esercizio 2022 | Il Bilancio d'esercizio 2022 si è chiuso con una perdita di esercizio pari ad € - 3.628.000,00 |
| Rispetto tempistica prevista per le Liste di attesa in classi di priorità e non in classi di priorità | Garantire il rispetto della tempistica prevista per le prestazioni specialistiche in RAO e non in classi di priorità | Realizzazione delle azioni previste nel PAAGLA 2019 – 2021 adottato con deliberazione aziendale | Percentuale di prestazioni erogate entro i tempi di attesa definiti nel PAAGLA 2019 – 2021 | 90% | Il raggiungimento del presente obiettivo, condizionato dalla carenza di personale, nel corso del 2022 è stato monitorato dall'Ufficio prestazioni ambulatoriali con funzioni di CUP Manager e le risultanze degli obiettivi perseguiti sono state rendicontate puntualmente al Ministero. |
| Contenimento del saldo economico di | Garantire la riduzione del saldo di mobilità sanitaria | Riduzione del saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale | Valore economico mobilità interregionale attiva / | ➤ 60% | Nel 2022 è aumentato il valore della mobilità passiva e quello della mobilità attiva, riportando un saldo della |

| AREA STRATEGICA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | INDICATORE | TARGET | RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO |
|--|---|--|--|--|---|
| mobilità ospedaliera | | | Valore economico mobilità interregionale passiva | | mobilità sempre negativo. Il valore dell'indicatore per il 2022 è stato pari a 22% |
| Attuazione della Sanità digitale | Garantire l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e il processo di dematerializzazione della documentazione clinico – medica ecc. | Sviluppo di un percorso strutturato al fine di garantire l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del completamento del processo di dematerializzazione | Implementazione Sanità digitale | Implementazione Sanità digitale | L'ASM ha messo in atto le attività necessarie nell'ambito del CRASH PROGRAM per l'alimentazione del FSE ed ha raggiunto risultati incrementali soddisfacenti. |
| Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione | Realizzare gli obiettivi centrali del Piano Regionale della Prevenzione | Aumento % della copertura vaccinale | Copertura delle vaccinazioni previste nel Piano | >= all'anno precedente | La copertura delle vaccinazioni previste nel Piano nel 2022 è stata superiore a quello del 2021, nonostante il perdurare delle gravi criticità connesse alla diffusione della pandemia da COVID-19 |
| Favorire la trasparenza e la lotta alla corruzione | 100% adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza e anticorruzione | Publicazione dei dati di interesse di immediata comprensione e consultazione per il cittadino/utente Aggiornamento del Piano Aziendale di lotta alla corruzione | Publicazione sul sito aziendale di tutti i dati di interesse, compresi dati di bilancio, sulle spese e costi del personale, ecc. Predisposizione Piano Di Prevenzione della corruzione | Publicazione sul sito aziendale di tutti i dati di interesse, compresi dati di bilancio, sulle spese e costi del personale, ecc. Predisposizione Piano di Prevenzione della corruzione | Nel 2022 si è dato corso agli adempimenti relativi alla pubblicazione dei dati di interesse sul sito aziendale |
| Contrasto alla pandemia | Adozione tempestiva delle misure di contrasto alla pandemia Attuazione del Piano Vaccinale | Adozione tempestiva delle misure di contrasto alla pandemia Attuazione del Piano Vaccinale | Attuazione misure di contrasto Percentuale di vaccini anticovid effettuati | 100% >80% | Nel corso del 2022 l'ASM ha provveduto ad adottare tutte le misure di sicurezza per evitare la diffusione del contagio sia tra gli operatori che tra i pazienti, ponendo in essere durante i picchi pandemici la sospensione delle attività di ricovero e specialistiche ambulatoriali, eccezion fatta per le urgenze. Le percentuali di copertura al 31/12/2022 sono indicate nelle tabelle successive. |

4.2 RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI COME DECLINATI CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE

Si riporta di seguito il grado di raggiungimento di ogni obiettivo declinato nel Piano delle performance anni 2022-2024, così come approvato con deliberazione aziendale n. 405/2022, in cui sono recepiti gli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria regionali 2021 – 2023, assegnati all’ASM con DGR n. 272/2022.

Si fa presente che i dati di seguito riportati sono stati desunti dai sistemi di rilevazione aziendali, dalle relazioni di attività predisposte dalle singole Unità Operative Aziendali, oltre che dai dati comunicati dalla Regione Basilicata.

Non tutti gli indicatori sono attualmente misurabili da parte dell’Azienda, in quanto non si dispone di tutte le informazioni necessarie per il calcolo (ad es. il numero di ricoveri di mobilità passiva che concorre a determinare il valore del tasso di ospedalizzazione sia a livello complessivo, sia per le patologie specifiche quali lo scompenso cardiaco, il diabete e la BPCO), e comunque la misurazione definitiva dei risultati raggiunti è effettuata, a posteriori dalla Regione Basilicata.

TUTELA DELLA SALUTE

PREVENZIONE PRIMARIA

1.a.1 Copertura per vaccino MPR

| Definizione | Copertura per vaccino MPR (Morbillo – Parotite – Rosolia) | | |
|--|---|--------------------|---------------|
| Numeratore | Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (ciclo base completo 1 dose) per MPR | | |
| Denominatore | n. di bambini che compiono 24 mesi nell’anno di rilevazione | | |
| Formola matematica | Cicli vaccinali per MPR completati nell’anno (1.091) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1.212) *100 = 90% | | |
| Fonte | Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM | | |
| Intervalli di raggiungimento dell’obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | <90 | tra 90 a 95 | >95 |

Nel 2022 i cicli vaccinali per MPR completati tra i bambini nati nel 2020 dell’ASM sono stati 1.091, a fronte di una coorte di bambini che compiono 2 anni pari complessivamente a 1.212 soggetti.

Ne deriva che nel 2022 la copertura vaccinale per MPR nei bambini di 2 anni nell’ASM è stata pari a 90%, raggiungendo al 50% l’obiettivo definito dalla programmazione regionale.

1.a.2 Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)

| Definizione | Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| Numeratore | Soggetti vaccinati di età pari o superiore ai 65 anni | | |
| Denominatore | Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni residente | | |
| Formola matematica | Vaccinazioni antinfluenzale ai soggetti di età pari o superiore ai 65 (34.097) / popolazione residente con età pari o superiore ai 65 anni (45.462) *100 34.097/ 45.462 *100 = 75 % | | |
| Fonte | Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM | | |
| Intervalli di raggiungimento dell’obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | <60 | Tra 60 e 75 | >75,00 |

Nel 2022 i soggetti (di età pari o sup. ai 65 anni) cui è stata effettuata la vaccinazione antiinfluenzale nell’ASM sono stati 34.097, in riferimento alla popolazione residente di età pari o superiore ai 65 anni pari a 45.462

soggetti, con una percentuale pari al 75% ed il raggiungimento dell'obiettivo definito dalla programmazione aziendale.

1.a.3 Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV)

| Definizione | Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) | | |
|--|---|--------------------|---------------|
| Numeratore | Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (2° dose registrata entro l'anno) entro il 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento | | |
| Denominatore | n. di bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il tredicesimo anno di età (coorte bambine nate nel 2009) | | |
| Formula matematica | Cicli vaccinali completati al 31 dicembre (261) / Corte di bambine residenti nate nel 2009 $261 / 738 * 100 = 35\%$ | | |
| | Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | <60 | tra 60 e 75 | >75 |

Nel 2022, per la bassa copertura rilevata nel 2021, si è riproposto l'obiettivo della vaccinazione HPV della coorte delle bambine, residenti nell'ASM, nate nel 2009. I cicli completati sono stati 261, a fronte di una coorte pari a 738, corrispondente ad una copertura pari al 35%, molto superiore al dato dell'anno 2021, pari all'11%, ma ancora distante dal target definito dalla programmazione regionale (>75%).

Pare opportuno far presente che, in riferimento al raggiungimento del suddetto obiettivo, le percentuali target di raggiungimento assegnate dalla programmazione regionale, risultano troppo elevate, sia perché si discostano notevolmente dalle coperture vaccinali raggiunte negli anni passati a livello regionale, sia perché risultano anche molto più alte dai valori medi nazionali di copertura per questo tipo di vaccinazioni. Ad ogni buon conto, la bassa percentuale di vaccinazioni effettuate sulla popolazione è stata senza dubbio ancora influenzata dalla diffusione della pandemia da COVID-19, che ha inevitabilmente condizionato i comportamenti della popolazione.

1.a.5 Grado di Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi

| Definizione | Copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi | | |
|--|---|--------------------|---------------|
| Numeratore | Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre x antimeningococcica | | |
| Denominatore | n. bambini residenti nella ASM con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre | | |
| Formula matematica | Cicli vaccinali completati tra i bambini residenti nella ASM nati nel 2020 al 31 dicembre (1.031) / Corte di bambini che compiono 2 anni (1.212) * 100 $1.031 / 1.212 * 100 = 85\%$ | | |
| Fonte | Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM | | |
| Note | | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | < 90 | Tra 90 e 95 | >95 |

Nel 2022 la copertura vaccinale antimeningococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari all'85%, continuando a discostarsi dal target ottimale definito dalla programmazione regionale (>95%).

Pare opportuno far presente che, in riferimento al raggiungimento di questo obiettivo, le percentuali target di raggiungimento assegnate dalla programmazione regionale, risultano troppo elevate, sia perché si discostano notevolmente dalle coperture vaccinali raggiunte negli anni passati a livello regionale, sia perché risultano anche molto più alte dai valori medi nazionali di copertura per questo tipo di vaccinazioni.

Al mancato raggiungimento della copertura target ha sicuramente influito la diffusione della pandemia da COVID-19, che ha senza dubbio condizionato i comportamenti della popolazione.

1.a.6 Grado di Copertura vaccinale antipneumococcica

| Definizione | Copertura vaccinale antipneumococcica | | |
|--|---|-------------------|---------------|
| Numeratore | Cicli vaccinali (III dose) completati al 31 dicembre x antipneumococcica | | |
| Denominatore | Corte di bambini residenti nel territorio con età inferiore ai 24 mesi al 31 dicembre | | |
| Formula matematica | Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2020 (1.125) / Corte di bambini nati nel 2020 (1.212) *100 = 93% | | |
| Fonte | Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | <90 | Da 90 a 95 | >95 |

Nel 2022 la copertura vaccinale pneumococcica nella popolazione di bambini residenti nell'ASM con età inferiore a 2 anni, è stata pari al 93%, raggiungendo al 50% l'obiettivo ottimale definito dalla programmazione regionale (>95%).

Al mancato raggiungimento della piena copertura target ha sicuramente influito la diffusione della pandemia da COVID-19, che ha senza dubbio condizionato i comportamenti della popolazione.

1.a.7 Grado di Copertura vaccinale esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)

| | | | |
|--|--|-------------------|---------------|
| Numeratore | Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per esavalente | | |
| Denominatore | Corte di bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi | | |
| Formula matematica | Cicli vaccinali completati tra i bambini nati nel 2020 (1.131) / Corte di bambini di età < 24 mesi (1.212) *100 (1.131 / 1.212) *100 = 93 % | | |
| Fonte | Flusso informativo delle vaccinazioni del Dipartim. Aziendale di Prevenzione Umana ASM | | |
| Note | Vaccino pediatrico esavalente (anti Difterite – Pertosse – Polio – Tetano - Epatite B e HIB) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | <90 | Da 90 a 95 | >95 |

Nel 2022 la copertura vaccinale esavalente nei bambini a 24 mesi per ciclo di base (3 dosi) nell'ASM è stata pari al 93%, di poco inferiore al target ottimale definito dalla programmazione regionale (>95%).

Al mancato raggiungimento della piena copertura target ha sicuramente influito la diffusione della pandemia da COVID-19, che ha senza dubbio condizionato i comportamenti della popolazione.

PROMOZIONE STILI DI VITA SANI

Gli obiettivi sotto riportati fanno riferimento al Progetto "PASSI" gestito dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Regione Basilicata che vi aderisce e li monitora.

1.b.1 % di persone intervistate consigliate dal medico a fare attività fisica

| Codice | Indicatore | Anno di riferimento Bersaglio 2021 | Valore % | Numeratore | Denominatore | Intervallo di confidenza |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|------------|-------------|--------------|-----------------------------|
| 1.b.1 | Suggerimento di fare attività fisica | | 21,94% | 323 | 1503 | 19,84 - 24,20 |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | | | 0% | 50% | | 100% |
| Risultato | | | Meno di 23 | Tra 23 e 33 | | Più di 33 |

1.b.2 % di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico a perdere peso o mantenere peso

| Codice | Indicatore | Anno di riferimento Bersaglio 2021 | Valore % | Numeratore | Denominatore | Intervallo di confidenza |
|---|------------------------------|---------------------------------------|------------|-------------|--------------|-----------------------------|
| 1.b.2 | Suggerimento di perdere peso | | 40,94% | 38 | 93 | 31,12 - 51,54 |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | | | 0% | 50% | | 100% |
| Risultato | | | Meno di 25 | Tra 25 e 45 | | Più di 45 |

1.b.3 % di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico a fare attività fisica x perdere peso

| Codice | Indicatore | Anno di riferimento Bersaglio 2021 | Valore % | Numeratore | Denominatore | Intervallo di confidenza |
|---|---|---------------------------------------|------------|-------------|--------------|-----------------------------|
| 1.b.3 | Suggerimento: fare attività fisica per perdere peso | | 27,61% | 194 | 706 | 24,42 - 31,05 |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | | | 0% | 50% | | 100% |
| Risultato | | | Meno di 25 | Tra 25 e 35 | | Più di 35 |

1.b.4 % di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico a bere meno

| Codice | Indicatore | Anno di riferimento Bersaglio 2021 | Valore % | Numeratore | Denominatore | Intervallo di confidenza |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|-----------|------------|--------------|-----------------------------|
| 1.b.4 | Suggerimento a bere di meno | | 5,90% | 3 | 59 | 2,67 - 11,20 |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | | | 0% | 50% | | 100% |
| Risultato | | | Meno di 3 | Tra 3 e 9 | | Più di 9 |

1.b.5 % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

| Codice | Indicatore | Anno di riferimento Bersaglio 2021 | Valore % | Numeratore | Denominatore | Intervallo di confidenza |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|------------|-------------|--------------|-----------------------------|
| 1.b.5 | Suggerimento a smettere di fumare | | 51,25% | 85 | 175 | 43,31 - 59,13 |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | | | 0% | 50% | | 100% |
| Risultato | | | Meno di 35 | Tra 35 e 55 | | Più di 55 |

SCREENING ONCOLOGICI

1.c.1 Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina

| | | | |
|--|--|-------------|------------|
| Definizione | Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | | |
| Numeratore | Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina n. 2959 | | |
| Denominatore | donne residenti nella ASM (donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni) nel periodo di riferimento (2 - 3 anni) n. 18127 (riferito all'anno 2022) | | |
| Formola matematica | n. esami (25 -64) che eseguono il test / popolazione di riferimento anno 2022 x 100 = 16,32% | | |
| Fonte | Referente Regionale per lo Screening Cervico Uterino | | |
| Note | Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 25 | Tra 25 e 50 | Più del 50 |

I dati di sopra e di seguito riportati si riferiscono al 2022 e sono gli ultimi disponibili. La percentuale di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello per cervice uterina, così come comunicato da parte del Referente Regionale per lo Screening Cervico Uterino, è stata pari al 16,32%, non consentendo il raggiungimento dell'obiettivo del target regionale.

1.c.2 Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per mammella

| | | | |
|--|--|-------------|---------|
| Definizione | Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per mammella | | |
| Numeratore | N. esami x donne in età target (50-69 anni) che eseguono il test di screening per carcinoma mammella n.6515 (Per esami s'intendono i primi inviti + le adesioni spontanee) | | |
| Denominatore | N. donne residenti (50-69 anni) nel periodo di riferimento (due anni) n. 13000 | | |
| Formola matematica | n. esami x donne (50-69 anni) che hanno effettuato il test di screening / (N. donne residenti nel periodo di riferimento (due anni)6515/13000 (diviso 2 a anni)*100 =50,11% % | | |
| Fonte | Referente Regionale per lo Screening Mammografico | | |
| Note | Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | < 35 | tra 35 e 60 | > di 60 |

I dati di sopra e di seguito riportati si riferiscono al 2022 e sono gli ultimi disponibili. La percentuale di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello per mammella, così come comunicato dal Referente Regionale per lo screening mammario, è stata pari al 50,11%, consentendo il raggiungimento al 50% del target regionale.

1.c.3 Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per colon retto

| Definizione | Proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per colon retto | | |
|---|--|-------------|---------|
| Numeratore | Persone in età target che seguono il test screening per tumore colon n.9148 (Per esami s'intendono i primi inviti + le adesioni spontanee) | | |
| Denominatore | Persone residenti (50-69 anni) nel periodo di riferimento (due anni) n. 22914 | | |
| Formula matematica | n. esami x residenti (50-69 anni) che hanno effettuato il test di screening / (N. donne residenti nel periodo di riferimento (due anni) 9148/ 22914 (diviso 2 a anni)*100 =39,92% | | |
| Fonte | Referente Regionale per lo Screening Colon retto | | |
| Note | Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni). | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | < 25 | tra 25 e 50 | > di 50 |

I dati di seguito riportati si riferiscono al 2022 e sono gli ultimi disponibili. La percentuale di persone che hanno effettuato il test di screening di I livello per colon retto, così come comunicato da parte del Referente Regionale per lo Screening Colon retto, è stata pari al 39,92%, consentendo il raggiungimento del 50% dell'obiettivo del target regionale.

SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

1.d.1. Percentuale di copertura sul territorio delle aziende sottoposte a controllo rapportato al n. delle aziende con dipendenti

| Definizione | Percentuale di aziende ispezionate / n. di aziende con dipendenti presenti sul territorio | | |
|---|--|------------|------|
| Numeratore | Numero di aziende ispezionate dal servizio | | |
| Denominatore | N. aziende con dipendenti presenti sul territorio (ultimo dato disponibile 2020) | | |
| Formula matematica | N. di imprese attive sul territorio controllate / n. imprese attive presenti sul territorio (238 / 4500 *100) = 5,3% | | |
| Fonte | Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e Inail | | |
| Note | Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale. | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | < 5 | tra 5 e 10 | >10 |

Nel 2022 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo hanno controllato 238 imprese attive, a fronte di un numero complessivo di imprese presenti nel territorio aziendale pari a 4.500 (tale dato si riferisce al 2020 ed è l'ultimo dato ufficiale disponibile e consultabile sul software). La

percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, con la DGR in oggetto, è stata aumentata rispetto a quanto previsto fino all'anno 2019, passando dall'8% al 10%. Pertanto nel 2022 la percentuale di imprese attive sottoposte a controlli da parte dell'ASM è stata pari al 5,3%, raggiungendo il 50% il target definito dalla programmazione regionale. Nel corso dei controlli sono state accertate contravvenzioni e impartite le relative prescrizioni tutte ottemperate.

1.d.2. Copertura dei cantieri sottoposti a controllo sul territorio

| Definizione | n. di cantieri ispezionati /cantieri notificati | | |
|--|---|-------------|------|
| Numeratore | Numero di cantieri ispezionati dal servizio | | |
| Denominatore | N. cantieri notificati | | |
| Formula matematica | Numero di cantieri ispezionati / n. cantieri notificati (141/700 *100) = 20,14% | | |
| Fonte | Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER – Basilicata) | | |
| Note | Per il numeratore: dati attività trasmessi dalle UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL. Per il denominatore Nuovi flussi informativi INAIL (c/o Dipartimento di salute – ufficio Politiche della prevenzione e le predette UU.OO. per competenza territoriale. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | < 20 | tra 20 e 30 | >30 |

Nel 2022 i servizi aziendali dell'area della prevenzione preposti alle attività di controllo e ispezione hanno ispezionato 141 cantieri su 700 notificati, in aumento rispetto al 2021, tuttavia continuando a discostarsi dal target ottimale definito dalla programmazione regionale, che prevede un numero superiore al 30%.

1.d.3. Valutazione dell'efficienza produttiva

| Definizione | n. di aziende ispezionate /personale UPG SPSAL | | |
|--|--|-------------|------|
| Numeratore | Numero di aziende ispezionate dal servizio nel corso dell'ano | | |
| Denominatore | N. di personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) | | |
| Formula matematica | Numero d aziende ispezionate / n. personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) è del 52,9% (238/n.4,5 ponderato *100) | | |
| Fonte | Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e Inail | | |
| Note | | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | < 40 | tra 40 e 50 | >50 |

Nel 2022, la valutazione dell'efficienza produttiva del servizio, valutata in riferimento al numero delle aziende ispezionate rispetto al personale UPG - - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) ha raggiunto la percentuale del 52,9% raggiungendo pienamente il target definito dalla programmazione regionale, che prevede un numero superiore al 50%.

1.d.4. Valutazione dell'efficienza produttiva

| Definizione | n. di sopralluoghi / n. personale UPG SPSAL | | |
|--|--|--------------------|---------------|
| Numeratore | Numero di sopralluoghi effettuati dal servizio nel corso dell'anno | | |
| Denominatore | N. di personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) | | |
| Formula matematica | Numero di sopralluoghi / n. personale UPG - SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) 91,1% (410/n. 4,5 ponderato *100) | | |
| Fonte | Sistema Informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | < 70 | tra 70 e 90 | >90 |

Nel 2022, la valutazione dell'efficienza produttiva del servizio, valutata in riferimento al numero dei sopralluoghi effettuati dal servizio rispetto al personale UPG-SPSAL (Ufficiali di Polizia giudiziaria – Servizio per la Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) ha prodotto la percentuale del 91,1%, raggiungendo pienamente il target definito dalla programmazione regionale, che prevede un numero superiore al 90%.

SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA

1.e.1 Raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale

| Definizione | Percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale. | | |
|--|--|------------|-------------|
| Numeratore | N. totale di campioni eseguiti n. 16 | | |
| Denominatore | N. di campioni programmati i n. 16 | | |
| Formula matem. | N. totale di campioni effettuati nell'ambito del PNR 53 / N. campioni programmati/ *100 = 100 % | | |
| Fonte | Sistema informativo NSIS – PNR Nuovo Sistema informativo - Piano Naz. Residui | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | NO | | SI |

Il Piano Nazionale per la ricerca di Residui è un piano di sorveglianza del processo di allevamento degli animali e di prima trasformazione dei prodotti di origine animale che, oltre alla valenza in termini di prevenzione per la salute, mira a svelare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate, di somministrazione abusiva di sostanze autorizzate, a verificare la conformità dei residui di medicinali veterinari, di antiparassitari nonché di agenti contaminanti per l'ambiente con i limiti massimi di residui o i tenori massimi fissati dalle normative comunitarie e nazionali.

Nel 2022, a fronte di 16 campioni programmati nell'ambito del Piano Nazionale Residui, il numero totale dei campioni effettuati è stato pari a 16 (100%) consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo regionale, perfettamente in linea con il risultato ottenuto nel 2021.

1.e.2 Raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per scrapie

| Definizione | Percentuale di ovini e caprini morti testati per scrapie | | |
|--|--|--|------|
| Numeratore | numero di capi testati | | |
| Denominatore | N. di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati x SCRAPIE | | |
| Formola matematica | OVINI e CAPRINI: N. totale di capi testati (92) / totale capi morti di età superiore ai 18 mesi 206 (da cui sono stati scorporati i capi per i quali è stato impossibile eseguire il prelievo: n. 86 ovini e n. 28 caprini) pertanto tutti i capi sono stati testati : ovini 66/66 = 100,00%; caprini 26/26 = 100,00% | | |
| Fonte | Banca dati regionale Anagrafe Animali Il Flusso dei dati sarà gestito dal nuovo modulo software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR) | | |
| Note | | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | | 100% |
| Risultato ovini | NO | | SI |
| Risultato caprini | NO | | SI |

Nel 2022 il numero di capi di ovini di età superiore ai 18 mesi morti per scrapie è stato pari a 152, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 66 soggetti, in quanto sui 86 capi non è stato possibile eseguire il prelievo; mentre il numero di capi di caprini di età superiore ai 18 mesi morti per scrapie è stato pari a 54, a fronte dei quali è stato possibile effettuare il controllo solo a 26, in quanto su 28 capi non è stato possibile eseguire il prelievo.

Nel 2022 sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale, aziendale e dipartimentale. L'obiettivo prefissato è stato raggiunto a seguito dell'adozione di una specifica procedura, prevista dal Piano Aziendale di Sorveglianza delle TSE, che definisce le modalità di intervento dei Veterinari Dirigenti nei casi in cui non sia possibile procedere al prelievo del tronco encefalico (es. ovini e caprini deceduti al pascolo, in luoghi inaccessibili, ecc.); nelle predette circostanze è resa obbligatoria la verbalizzazione e la successiva registrazione nel Sistema Informativo Veterinario Regionale (BDR) delle motivazioni che non hanno consentito l'esecuzione dei prelievi.

1.e.3 Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine vegetale (Piano Nazionale Residui).

| Definizione | Copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine vegetale (Piano Nazionale Residui). | | |
|--|---|--|------|
| Numeratore | N. totale di campioni eseguiti e inseriti in NSIS n. 39 | | |
| Denominatore | N. di campioni assegnati 39 | | |
| Formola matematica | N. totale di campioni assegnati 39/ n. campioni eseguiti 39*100 = 100% | | |
| Fonte | Sistema informativo dell'IZS di Puglia e Basilicata. Il flusso dei dati sarà gestito dal nuovo Software integrato con il Nodo regionale dei Servizi veterinari e dei SIAN (BDR) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | | 100% |
| Risultato | NO | | SI |

Nel 2022, a fronte di 39 campioni programmati, il numero totale dei campioni effettuati è stato pari a 39, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo regionale (100%), come accaduto anche nel 2021.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

APPROPRIATEZZA AREA CLINICA

2.a.1 Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici dei LEA standardizzato per età e per sesso

| Definizione | Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici dei LEA standardizzato per età e per sesso | | |
|--|---|----------------------|--------------------|
| Numeratore | N. di ricoveri per DRG medici relativi ai residenti | 1.508 | |
| Denominatore | N. di residenti | 191.283 | |
| Formula matematica | N. ricoveri per DRG medici relativi ai residenti / N. residenti x 10000 abitanti | 78,84 | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | I DRG considerati sono quelli del Patto della Salute 2010 -2012 (con le relative esclusioni indicate nell'allegato B) | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 180 | tra 180 e 135 | Meno di 135 |

Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato sulla base dei dati in possesso della ASM.

I dati relativi ai ricoveri erogati dalle strutture aziendali ai residenti nel territorio della ASM per l'anno 2022 evidenziano un tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA pari a 78.84 ricoveri per 10.000 abitanti, abbondantemente contenuto entro il target definito dalla programmazione regionale, pari a 135.

2.a.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti

| Definizione | Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti | | |
|--|---|--------------------|--------------------|
| Numeratore | N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostiche | 25 | |
| Denominatore | n. residenti | 191.283 | |
| Formula matematica | N. ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostiche/n. residenti *1000 | 0,13 | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in Regione per ricoveri in DH per acuti con finalità diagnostiche. Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diagnostico". Vengono esclusi i codici riportati nella DGR 190/2028 pag. 38. | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 3 | Tra 3 e 1,5 | Meno di 1,5 |

Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato sulla base dei dati in possesso della ASM.

I dati relativi ai ricoveri erogati dalle strutture aziendali ai residenti nella territorio della ASM per l'anno 2022 evidenziano un tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico pari a 0,13 ricoveri per 1.000 residenti abbondantemente contenuto entro il target definito dalla programmazione regionale, pari a <1.5.

2.a.3 Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > = 65 anni

| Definizione | Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > = 65 anni | | |
|--|--|------------------|------------------|
| Numeratore | N. di ricoveri medici oltre soglia | | 272 |
| Denominatore | N. ricoveri medici | | 4.598 |
| Formula matematica | N. di ricoveri medici oltre soglia /N. di ricoveri medici *100 | | 5,91 |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note per l'elaborazione | Si considerano le soglie ministeriali. Si considerano i pazienti di età >=65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri medici ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 4 | Tra 4 e 2 | Meno di 2 |

Il valore del suddetto indicatore è stato calcolato sulla base dei dati in possesso della ASM.

I dati relativi ai ricoveri erogati dalle strutture aziendali per l'anno 2022 evidenziano una percentuale di ricoveri medici oltre soglia sul totale dei ricoveri medici ordinari pari al 5,91%, che comporta il non raggiungimento al 50% del target Regionale.

2.a.4 Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici

| Definizione | Percentuale di ricoveri effettuati in Day surgery per i DRG dei LEA chirurgici | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici | | 286 |
| Denominatore | N. ricoveri effettuati in Day Surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici | | 874 |
| Formula matematica | N. di ricoveri effettuati in D.S./Ricoveri effettuati in D.S. e ricovero ordinario *100 | | 32,79 |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 -2012 (con le relative esclusioni indicate nell'al. B elencati nella DGR n. 190/2018 a pag. 40). Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale: 006 – Decompressione del tunnel carpale 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia 119 – legature e stripping di vene Per ogni azienda si considerano solo i DRG che presentano almeno 30 casi all'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 45 | Tra 45 e 75 | Più di 75 |

La percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici dagli ospedali per acuti dell'ASM nel 2022 è stata pari al 32,79%, confermando una performance non in linea con il target regionale, che prevede un valore > 75%.

2.a.8 Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore (VGP)

| Definizione | Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 gg. (differenza tra la data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni) | | |
| Denominatore | N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore | | |
| Formula matematica | N. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore con durata degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni / N. interventi per frattura di femore 404×100 | | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO- | | |
| Note | Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi. | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 50 | Tra 50 e 60 | Più di 60 |

La percentuale di interventi chirurgici entro 2 giorni per frattura di femore sul totale di interventi per interventi chirurgici per frattura di femore su pazienti anziani effettuati nel 2022 dagli ospedali per acuti dell'ASM è stato pari al 46,92%, evidenziando il mancato raggiungimento dell'obiettivo, in considerazione del target regionale ottimale che prevede un valore $>60\%$.

2.a.14 Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg.

| Definizione | Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. di episodi di IMA in cui il paz. abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. (differenza tra la data del procedura e la data di ricovero ≤ 2 giorni) | | |
| Denominatore | N. di ricoveri per episodi di IMA | | |
| Formula matematica | N. di episodi di IMA in cui il paz. abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. (differenza tra la data del procedura e la data di ricovero ≤ 2 giorni) $120 /$ N. di ricoveri per episodi IMA 373×100 | | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO- | | |
| Note | Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi. | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 34 | Tra 34 e 44 | più di 44 |

La proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 giorni sul totale dei ricoveri per IMA nel 2022 è stato pari a 0,88%, evidenziando una performance inferiore rispetto al target regionale ottimale, che prevede un valore $>44\%$.

2.a.15 Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)

| Definizione | <i>Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)</i> | | |
|--|---|-----------------------|--------------------|
| Numeratore | N. di episodi di IMA in cui il paz. risulta deceduto entro 30 gg. dalla data del ricovero indice | | 15 |
| Denominatore | N. di episodi di IMA | | 113 |
| Formola matematica | N. di episodi di IMA in cui il paz. risulta deceduto entro 30 gg. dalla data del ricovero indice/ N. di episodi di IMA | | 13,27 |
| Fonte | SIS - Flusso SDO- e Anagrafe tributaria | | |
| Note | Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati dalle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 10,5 | Tra 8,5 e 10,5 | Meno di 8,5 |

Il presente indicatore è stato calcolato tenendo conto dei dati a disposizione dell'Azienda, che hanno preso in considerazione solo i decessi registrati nelle strutture ospedaliere aziendali.

Al netto dei limiti sopra evidenziati, il tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale) registrato nel 2022 negli Ospedali per acuti dell'ASM è stato pari a 13,27%, facendo registrare una performance non ottimale, essendo comunque superiore al 10,5%.

2.a.16 Proporzione di ricoveri di colecistectomie laparoscopiche con degenza < 3 giorni (VGP)

| Definizione | <i>Proporzione di ricoveri di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 gg.</i> | | |
|--|--|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 gg. | | 22 |
| Denominatore | N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche | | 110 |
| Formola matematica | N. di ricoveri con intervento di colecistectomie laparoscopiche inf. a 3 gg. / N. di ricoveri con interventi di colecistectomie laparoscopiche x 100 | | 20 |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 50 | Tra 50 e 60 | più di 60 |

La proporzione di ricoveri di colecistectomie laparoscopiche con degenza < 3 giorni effettuati nel 2022 dagli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari a 20%, evidenziando una performance non soddisfacente, rispetto ai target fissati dalla Regione Basilicata.

2.a.17 Percentuale di parti con taglio cesareo primario (VGP)

| | | | |
|--|--|--|-------------------|
| Definizione | Percentuale di parti con taglio cesareo primario | | |
| Numeratore | Numero totale di parti cesarei primari | | 170 |
| Denominatore | n. totale di parti con nessun pregresso cesareo | | 770 |
| Formula matematica | Numero totale di parti cesarei primari / n. totale di parti con nessun pregresso cesareo x 100 | | 22,08% |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | | 100% |
| Risultato | Più di 15 | | Meno di 15 |

La percentuale di parti cesarei primari effettuati nel 2022 dagli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari complessivamente a 22,08%, evidenziando una performance non ottimale a livello aziendale.

EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE

2.c.1 Tasso ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 100 residenti :

| | | | |
|--|---|-------------------|------------------|
| Definizione | Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1000 residenti | | |
| Numeratore | N. di ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti | | 361 |
| Denominatore | Popolazione residente | | 191.283 |
| Formula matematica | N. di ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti / Popolazione residente X 1000 | | 1,89 |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano i ricoveri dei residenti, extra regione inclusi. Vengono esclusi i ricoveri erogati da strutture private non accreditate - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75 - 99) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 10 | Tra 7 e 10 | Meno di 7 |

Il tasso è stato calcolato sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della ASM.

Il tasso di ospedalizzazione per le patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1000 residenti calcolato sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 202 è stato pari a 1,89, rientrando pienamente entro il limite del target ottimale stabilito dalla programmazione regionale pari a 7.

2.c.2 Tasso ospedalizzazione per scompenso cardiaco in residenti della fascia di età: 50 – 74 anni (VGP)

| Definizione | Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni | | |
|--|---|----------------------|--------------------|
| Numeratore | N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni | 82 | |
| Denominatore | Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni | 66.717 | |
| Formula matematica | N. di ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni X 100.000 | 122,90 | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.* , 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 esclusi i dimessi con codici 00.5* , 35.** , 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75,99) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 195 | tra 155 e 195 | Meno di 155 |

Il tasso è stato calcolato sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della ASM.
Ad ogni buon conto il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco in residenti della fascia di età: 50 – 74 anni, calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 2022 è stato pari a 122,90 per 100.000 abitanti, raggiungendo pienamente il target ottimale stabilito dalla programmazione regionale, che deve essere inferiore a 155 per 100.000 residenti.
Tale dato non tiene conto delle rilevazioni relative alla mobilità ospedaliera passiva.

2.c.3 Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 35-74 anni

| Definizione | Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 35-74 anni | | |
|--|--|-------------------|-------------------|
| Numeratore | N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 35 – 74 anni | 18 | |
| Denominatore | N. popolazione residente della fascia di età 35 – 74 | 104.854 | |
| Formula matematica | N. ricoveri x diabete in residenti della fascia di età 35–74 anni /popolazione residente della fascia di età 35– 74 x 100.000 | 17,17% | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi: - i DRG 113 e 114 - i codici di procedura 36.** e 39.5* - i dimessi dai reparti di unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e Neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) - i ricoveri in strutture private non accreditate | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 35 | Da 25 a 35 | Meno di 25 |

Il tasso è stato calcolato sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della ASM.

Analogamente a quello precedente, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2022. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 35 – 74 anni, calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 2022 è stato pari a 17,17 per 100.000 abitanti, rientrando pienamente entro il limite soglia del target ottimale stabilito dalla programmazione regionale pari a 25.

2.c.4 Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni

| Definizione | Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni | | |
|--|---|-------------------|-------------------|
| Numeratore | N. ricoveri per BPCO della fascia di età 50– 74 anni relativi ai residenti | 8 | |
| Denominatore | N. residenti della fascia di età 50 – 74 anni | 66.717 | |
| Formula matematica | N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni / Popolazione residente della fascia di età 50 – 74 anni x 100.000 | 11,99 | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie 494* Bronchiectasie. Sono esclusi: - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75); i ricoveri in strutture private non accreditate. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 35 | Da 25 a 35 | Meno di 25 |

Il tasso è stato calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della ASM. Analogamente a quanto precedentemente sottolineato, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2022. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Nel corso del 2022 l'Azienda, ha consolidato ulteriormente le attività del Servizio di Pneumologia Territoriale, deputato alla presa in carico delle patologie croniche respiratorie, tra cui la BPCO, con lo scopo di ridurre quanto più possibile l'ospedalizzazione per tali patologie. Tale azione unitamente al percorso di integrazione e collaborazione con i MMG in merito alla gestione delle patologie croniche, ha consentito una significativa riduzione dei ricoveri per BPCO.

Il tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età 50 – 74 anni, calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 2021 è stato pari a 9,04 per 100.000 abitanti, evidenziando una performance ottimale, con conseguente percentuale di raggiungimento dell'obiettivo pari al 100%.

2.c.5 Percentuale di over 65 anni trattati in ADI

| Definizione | Percentuale di over 65 anni trattati in ADI | | |
|--|---|------------------|---------------|
| Numeratore | N. di over 65 anni trattati in ADI | | 3.795 |
| Denominatore | popolazione residente over 65 | | 40.000 |
| Formula matematica | N. di over 65 anni trattati in ADI /popolazione residente over 64 x 100 | | 9,48 |
| Fonte | SIS – Flusso ADI | | |
| Note | L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio- sanitario o per un percorso sanitario; sono, quindi, escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | <5 | Da 5 a 10 | >10 |

Il numero di pazienti trattati in ADI con età superiore ai 65 anni nel 2022 è stato pari a 3.795, che rappresentano circa il 9,48% del totale della popolazione residente degli ultrasessantacinquenni. Il target regionale è stato raggiunto per una percentuale pari al 50%.

2.c.6 Percentuale di prese in carico con CIA (coefficiente di intensità assistenziale) maggiore di 0,13 per over 65 in Cure domiciliari

| Definizione | Percentuale di prese in carico con CIA maggiore di 0,13 per over 65 in Cure domiciliari | | |
|--|--|--------------------|---------------|
| Numeratore | N. di prese in carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni | | 2.656 |
| Denominatore | N. prese in carico (PIC) per Cure domiciliari per persone, con età maggiore o uguale a 65 anni | | 3.795 |
| Formula matematica | $2.656/3.795=69,98\%$ | | 69,98% |
| Fonte | SIS – Flusso ADI | | |
| Note | Residenti in Regione, cure domiciliari erogate in Regione incluse le Prese in carico con valutazione e tutti i tipi di Cure Domiciliari. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 50 | Tra 50 e 70 | >70 |

Il numero di pazienti con età > 65 anni presi in carico con Coefficiente d'Intensità Assistenziale > 0,13 (CIA1, CIA2, CIA3) nel 2022 è stato pari a 2656. Ne deriva che la percentuale di prese in carico con CIA > 0,13 nell'ASM nel 2022 è stata pari a 69,98%. Tale percentuale è prossima al raggiungimento del target regionale del 100%.

2.c.7 Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

| Definizione | Tasso std di ospedalizzazione x patologie psichiatriche per residenti maggiorenni | | |
|--|--|----------------------|--------------------|
| Numeratore | N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni | 257 | |
| Denominatore | Popolazione residente maggiorenne | 163.119 | |
| Formula matematica | N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni/ Popolazione residente maggiorenne x 100.000 | 157,55 | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione inclusa la mobilità passiva, con diagnosi principale psichiatriche di età uguale o maggiore ai 18 anni dimessi da qualsiasi reparto: Si considerano le diagnosi principali (codici ICD9 –CM):290.xx -319.xx. Sono esclusi: - i ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x,299.8x,313 -315; i ricoveri erogati da strutture private non accreditate. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 300 | Tra 200 e 300 | Meno di 200 |

Il tasso è stato calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri dell'ASM. Analogamente a quanto precedentemente sottolineato, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2022. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in residenti in Regione Basilicata, calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere per acuti dell'ASM nel 2022 è stato pari a 157,55 ricoveri per 100.000 abitanti, consentendo il raggiungimento del target previsto (< 200) al 100%.

2.c.8 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

| Definizione | percentuale ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche | | |
|--|---|------------------|------------------|
| Numeratore | N. ricoveri ripetuti con diagnosi psichiatriche fra 8 e 30 gg. dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gennaio-30 nov. , evento successivo nel periodo 1 gennaio- 31 dicembre) | 9 | |
| Denominatore | n. ricoveri per patologie psichiatriche da 1 gennaio al 30 novembre | 267 | |
| Formula matematica | Numeratore /denominatore % | 3,37 | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, relativi ai primi 11 mesi dell'anno con codice ICD9 – CM, per patologie psichiatriche in diagnosi principale:290.xx -319.xx. Sono esclusi: - i ricoveri con codice fiscale anonimo; i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x,299.8x,313 -315; i ricoveri che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 6 | Tra 4 e 6 | Meno di 4 |

In numero di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni dalla dimissione negli ospedali della ASM nel 2022 è stato pari a 9 su un totale complessivo di 267 ricoveri con diagnosi psichiatriche. Ne consegue che la percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni per le patologie psichiatriche negli ospedali dell'ASM nel 2022 è stata pari al 3,37% perfettamente in linea target regionale che prevede una percentuale inferiore al 4%, consentendo pertanto il raggiungimento del presente obiettivo al 100%.

2.c.9 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

| Definizione | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (<14 anni) | | |
|--|--|-------------------|------------------|
| Numeratore | N. ricoveri dei residenti in età pediatrica (<14 anni) | | 715 |
| Denominatore | Popolazione residente (<14 anni) | | 20.803 |
| Formola matematica | Numeratore / denominatore x 100 residenti | | 3,44 |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano i ricoveri ordinari ai residenti extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che DH. Sono esclusi: - i ricoveri relativi ai neonati normali (DRG 391); i ricoveri erogati da strutture private non accreditate. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 10 | Tra 7 e 10 | Meno di 7 |

Il presente tasso è stato calcolato esclusivamente sui ricoveri effettuati presso i presidi ospedalieri della ASM. Analogamente a quanto precedentemente sottolineato, al momento non sono disponibili tutti i dati necessari per la determinazione del tasso di ospedalizzazione complessivo aziendale per l'anno 2022. Nello specifico non sono noti i dati relativi alla mobilità ospedaliera passiva che costituisce una componente significativa dei ricoveri effettuati dai residenti nel territorio di competenza della ASM.

Il numero di ricoveri dei residenti con età pediatrica presso gli Ospedali della ASM nel 2022 è stato pari a 715 su un totale della popolazione con età < 14 anni pari a 20.803, con conseguente tasso di ospedalizzazione pari a 3,44 ricoveri per 100 residenti, che ha consentito il pieno raggiungimento del target regionale che prevede una percentuale inferiore a 7 ricoveri per 100 abitanti.

EFFICACIA PERCORSO EMERGENZA - URGENZA

2.d.1 Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti

| Definizione | Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. di accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti | | 7.200 |
| Denominatore | N. accessi in P.S. con codice giallo | | 7.424 |
| Formola matematica | Numeratore / denominatore % | | 96,98 % |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano gli accessi con codice colore al triage giallo. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 minuti e 59 secondi. Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito "giunto cadavere" (codice EMUR = 9) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | meno di 80 | Tra 80 e 93 | Più di 93 |

A fronte di un incremento degli accessi al Pronto Soccorso nel 2022 rispetto al 2021, la percentuale di accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti negli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari al 96,98%, in linea col

target ottimale fissato dalla Regione al 93%, consentendo quindi all'Azienda il pieno raggiungimento dell'obiettivo considerato.

2.d.2 Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora

| Definizione | Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. di accessi in P.S. con codice verde visitati entro 1 ora | 33.031 | |
| Denominatore | N. accessi in P.S. con codice verde | 35.185 | |
| Formola matematica | Numeratore / denominatore % | 93,88 % | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi. Sono esclusi sia al numeratore che al denominatore gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 1440 minuti; con esito "giunto cadavere" (codice EMUR = 9) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | meno di 70 | Tra 70 e 80 | Più di 80 |

La percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora nel 2022 negli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari al 93,88%, consentendo all'Azienda il raggiungimento al 100% dell'obiettivo considerato.

2.d.3 Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore

| Definizione | Percentuale di accessi al pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. di accessi in P.S. con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore | 27.968 | |
| Denominatore | N. accessi in P.S. con codice verde non inviati al ricovero | 28.554 | |
| Formola matematica | Numeratore / denominatore % | 97,95 % | |
| Fonte | SIS - Flusso SDO | | |
| Note | Si considerano gli accessi con codice colore triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di permanenza inferiori o uguali a 239 minuti e 59 secondi. Sono esclusi gli accessi: con tempi di attesa negativi e superiori a 4320 minuti; gli inviati in Osservazione Breve | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | meno di 70 | Tra 70 e 80 | Più di 80 |

La percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore effettuati nel 2022 negli ospedali per acuti dell'ASM è stata pari al 97,95%, raggiungendo al 100% il target fissato dalla Regione, pari a + di 80.

GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

3.a.1 Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto

| Definizione | Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto | | | |
|--|--|-------------------|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza | 3.623.279 | | |
| Denominatore | N. confezioni complessivamente erogate | 3.840.835 | | |
| Formula matematica | Numeratore/denominatore x 100 | 94,34 % | | |
| Fonte | Flusso regionale farmaceutica | | | |
| Note | Si considera l'ultima lista di trasparenza ministeriale dell'anno di riferimento | | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | | Meno di 70 | Tra 70 e 98 | Più di 98 |

La percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza nel 2022 è stata pari al 94,34%, consentendo il raggiungimento parziale al 50% del target regionale, che prevede per il pieno raggiungimento una percentuale superiore al 98%.

3.a.2 Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari

| Definizione | Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari | | |
|--|---|-------------------|--------------------|
| Numeratore | Totale unità posologiche solo biosimilari | 354.152 | |
| Denominatore | Totale unità posologiche (biosimilari +originator) | 427.432 | |
| Formula matematica | Totale unità posologiche solo biosimilari / Totale unità posologiche (biosimilari +originator) x 100 | 82,86% | |
| Fonte | Flusso Nsis e/o Farmastat | | |
| Note | Si considerano al numeratore e al denominatore le unità posologiche relative ai biosimilari dell'ATC 5° livello | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | | 0% | 50% |
| | | Meno di 60 | Tra 60 e 80 |
| | | | Più di 80 |

La percentuale di utilizzo dei farmaci biosimilari nel 2022 è stata pari al 82,86%, consentendo il pieno raggiungimento del target regionale (> 80%).

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA

3.b.2 Incidenza dei Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (Antiipertensivi)

| | | | |
|--|---|--------------------|-------------------|
| Definizione | Incidenza dei Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina–angiotensina (Antiipertensivi) | | |
| Numeratore | N. confezioni di farmaci inibitori dell’angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali | | 310.734 |
| Denominatore | N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle “sostanze ad azione sul sistema renina–angiotensina” erogati dalle farmacie territoriali | | 552.134 |
| Formola matematica | Numeratore/Denominatore x 100 | | 56,28% |
| Fonte | Flusso regionale farmaceutica | | |
| Note | I farmaci antagonisti dell’angiotensina II associati e non associati (Sartani) appartengono ai sottogruppi terapeutici ATC C09C e C09D. L’indicatore considera l’incidenza del consumo di questi sul territorio (erogati in convenzione, direttamente e/o dpc) rispetto al gruppo terapeutico C09. E’ escluso il consumo privato. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell’obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 40 | Tra 40 e 30 | Meno di 30 |

L’incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi) nel 2022 è stata pari al 56,28%, discostandosi significativamente dal target ottimale regionale, che prevede una percentuale inferiore al 30.

3.b.3 Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)

| | | | |
|---------------------------|--|--|---------------------|
| Definizione | Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) | | |
| Numeratore | DDD di farmaci antidepressivi erogate nell’anno per principio attivo | | 1.659.825,10 |
| Denominatore | Popolazione pesata x 365 | | 210.004x365 |
| Formola matematica | (DDD di farmaci antidepressivi erogate nell’anno per principio attivo / Popolaz. pesata x 365) x 1000 | | 21,65% |
| Fonte | Flusso regionale farmaceutica | | |
| Note | I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC N06AB. Il consumo di farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia in soggetti adulti, relativamente all’indicazione | | |

| | | | |
|--|---|--------------------|-------------------|
| | <p>terapeutica principale della sostanza. È un'unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. E' escluso il consumo privato. E' preso in considerazione il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.</p> | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 36 | Tra 36 e 26 | Meno di 26 |

Il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), (prescrizioni di antidepressivi) nel 2022 è stato pari a 21,65, in piena e totale aderenza al target fissato dalla programmazione regionale che prevede un valore inferiore a 26.

3.b.4 Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

| Definizione | Consumo di farmaci antibiotici sul territorio | | |
|--|---|----------------------|-------------------|
| Numeratore | DDD farmaci antibiotici (classe ATC: J01) erogate nell'anno per principio attivo (diretta e convenzionata) | 1.254.753,78 | |
| Denominatore | Popolazione pesata x 365 | 210.004 x 365 | |
| Formula matematica | DDD di farmaci antibiotici (classe ATC: J01) erogate nell'anno / Popolazione pesata x 365 x 1000 | 16,37 | |
| Fonte | Flusso regionale farmaceutica | | |
| Note | <p>I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (Classificazione anatomica – terapeutica) J01. Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' un'unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. E' presa in considerazione l'erogazione degli antibiotici in regime convenzionale, in distribuzione diretta e per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.</p> | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 18 | Tra 18 e 12 | Meno di 12 |

Il consumo dei farmaci antibiotici sul territorio della ASM nel 2022 è stato pari a 16,37, raggiungendo al 50% il target ottimale fissato dall'obiettivo regionale (< 12).

3.b.5 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione

| Definizione | % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione | | |
|---|--|-------------|-----------|
| Numeratore | N. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione | 340 | |
| Denominatore | N. di pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta bloccanti alla dimissione | 340 | |
| Formula matematica | | | |
| Fonte | Dati riferiti dal Direttore UOC Cardiologia e UTIC Matera | | |
| Note | | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 67 | Tra 67 e 67 | Più di 77 |

L'obiettivo è stato raggiunto al 100% secondo il target fissato dall'obiettivo regionale.

3.b.6 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione

| Definizione | % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani | | |
|---|--|-------------|-----------|
| Numeratore | N. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA | 355 | |
| Denominatore | N. di pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con ACE inibitori o Sartani alla dimissione | 355 | |
| Formula matematica | | | |
| Fonte | Dati riferiti dal Direttore UOC Cardiologia e UTIC Matera | | |
| Note | | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 55 | Tra 55 e 75 | Più di 75 |

L'obiettivo è stato raggiunto al 100% secondo il target fissato dall'obiettivo regionale.

3.b.7 % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

| Definizione | % di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti e statine alla dimissione | | |
|---|--|-------------|-----------|
| Numeratore | N. di pz. che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA | 355 | |
| Denominatore | N. di pz. dimessi per IMA eleggibili alla terapia con antiaggreganti e statine alla dimissione | 355 | |
| Formula matematica | | | 100% |
| Fonte | Dati riferiti dal Direttore UOC Cardiologia e UTIC Matera | | |
| Note | | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 60 | Tra 60 e 80 | Più di 80 |

L'obiettivo è stato raggiunto al 100% secondo il target fissato dall'obiettivo regionale.

3.b.8 Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio

| Definizione | Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio | | |
|--|--|----------------------|-----------------|
| Numeratore | DDD di colecalciferolo rappresentate dalla formulazione "soluzione orale gocce" | 2.003.000,00 | |
| Denominatore | DDD di colecalciferolo (tutte le formulazioni) | 9.983.617,50 | |
| Formula matematica | DDD di colecalciferolo rappresentate dalla formulazione "soluzione orale gocce" / DDD di colecalciferolo (tutte le formulazioni) x 100 | 20,06 | |
| Fonte | Flusso regionale farmaceutica | | |
| Note | Il colecalciferolo appartiene alla classe ATC A11CC05. Il punto di partenza per il calcolo del risultato sono i dati di consumo anno 2022. La popolazione è quella pesata secondo i criteri OSMED. | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | < 30% | Tra 30% e 50% | > 50% |

Il consumo del colecalciferolo sul territorio della ASM nel 2022 è stato pari a 20,06, discostandosi dal target ottimale regionale, che prevede una percentuale superiore al 50.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DIAGNOSTICA

3.c.1 Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (> = 65 anni)

| Definizione | Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (< = 65 anni) | | |
|--|--|--------------------|-------------------|
| Numeratore | N. di accessi RM muscolo scheletriche pz. > = 65 anni relative ai residenti | 1.383 | |
| Denominatore | Popolazione residente > = 65 anni | 45.968 | |
| Formula matematica | 1.383/45.968 *1000 | 30,08 | |
| Fonte | Flusso regionale delle prestazioni ambulatoriali | | |
| Note | Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extraregione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il Pronto Soccorso | | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 30 | Tra 20 e 30 | Meno di 20 |

Il tasso di prestazioni RM muscolo scheletrico nel 2022 è stato pari a 30,08 per mille residenti, consentendo il raggiungimento dell'obiettivo al 0%.

3.c.2 Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi (VGP)

| Definizione | % Percentuale di pz. che ripetono le RM lombari entro 12 mesi | | |
|--|---|------------------|------------------|
| Numeratore | n. Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 gg. successivi alla prima prestazione | | 374 |
| Denominatore | n. pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente | | 3533 |
| Formula matematica | $374/3533*100 =$ | | 10,59 |
| Fonte | Flusso regionale delle prestazioni ambulatoriali | | |
| Note | Si considerano che eseguono nell'anno una prestazione con codice : RMN della colonna – RMN della colonna con contrasto e senza contrasto. E' inclusa la mobilità passiva sia al numeratore che al denominatore. Per l'elaborazione del denominatore si fa riferimento all'anno precedente | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 8 | Tra 6 e 8 | Meno di 6 |

Il numero di pazienti che ha ripetuto RM lombari entro 12 mesi nel corso del 2021 è stato pari a 10,59 per 100 residenti, non consentendo il raggiungimento dell'obiettivo.

EFFICIENZA MOBILITA' OSPEDALIERA

3.d.1 Recupero della mobilità passiva ospedaliera

| Definizione | Recupero della mobilità passiva ospedaliera | | |
|--|--|-------------------|------------------|
| | Concorrere alla riduzione della spesa per i DRG selezionati nella DGR n. 287/2021, pagg. 91-92, DRG 544 – 256 – 498 - 012 – 009 - 359 – 224 – 149 – 558 – 569 – 225 – 035 – 518 – 491 – 545 – 570 – 492 – 500 – 503 – 290 – 316 - 203 Ultimi dati disponibili di mobilità passiva sono relativi all'anno 2021 | | 12/22 |
| Fonte | Flusso SDO | | |
| Note | Per ogni Azienda sono stati selezionati alcuni DRG a cui viene attribuito un tetto di valorizzazione annua massima ammissibile, in base alla politica di recupero della spesa prevista. L'indicatore annuale è il n. di DRG per i quali non si è superata la soglia massima ammissibile a livello regionale | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 5 | Tra 5 e 15 | più di 15 |

I dati di seguito riportati riguardano esclusivamente i DRG di mobilità passiva extra regionale dell'ASM relativi al 2022.

Complessivamente la mobilità ospedaliera passiva extraregionale dell'ASM ha fatto registrare nel 2022 un incremento rispetto al 2021, come è evidenziabile dalla valorizzazione economica. Nello specifico nel 2022 il valore della mobilità passiva è pari ad € 29.606.903 con un incremento di oltre + € 1.230.863, pari al +4,2% rispetto al 2021.

Con riferimento specifico all'andamento dei DRG specifici individuati nell'obiettivo considerato, i dati evidenziano come per il 2022 si sia registrato rispetto al 2021 un decremento della mobilità passiva per 12 DRG predefiniti, concorrendo al miglioramento dell'indicatore in questione per tali DRG.

| DRG | Descrizione | Tipo Drg | peso | n° | valore 2022 | valore 2021 | Scostamento |
|-----|---|----------|----------|-----|--------------|--------------|-------------|
| 9 | Malattie e traumatismi del midollo spinale | M | 1,275711 | 30 | 30,00 | 353.980,00 | -353.950,00 |
| 12 | Malattie degenerative del sistema nervoso | M | 0,910313 | 82 | 82,00 | 343.781,00 | -343.699,00 |
| 35 | Altre malattie del sistema nervoso senza CC | M | 0,680714 | 43 | 43,00 | 161.981,00 | -161.938,00 |
| 149 | Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC | C | 1,905676 | 89 | 612.135,56 | 664.442,00 | -52.306,44 |
| 203 | Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas | M | 1,28252 | 69 | 252.151,40 | 318.185,00 | -66.033,60 |
| 224 | Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC | C | 1,037478 | 84 | 322.366,28 | 390.583,00 | -68.216,72 |
| 225 | Interventi sul piede | C | 0,882591 | 112 | 238.972,07 | 178.977,00 | 59.995,07 |
| 256 | Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo | M | 0,622242 | 193 | 841.564,57 | 777.538,00 | 64.026,57 |
| 290 | Interventi sulla tiroide | C | 0,997817 | 69 | 201.673,56 | 208.828,00 | -7.154,44 |
| 316 | Insufficienza renale | M | 1,150054 | 52 | 195.963,80 | 141.268,00 | 54.695,80 |
| 359 | Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC | C | 0,978451 | 246 | 597.473,34 | 453.989,00 | 143.484,34 |
| 491 | Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori | C | 1,982833 | 35 | 303.543,60 | 249.584,00 | 53.959,60 |
| 492 | Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici | M | 1,494486 | 46 | 271.262,43 | 344.504,00 | -73.241,57 |
| 498 | Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC | C | 3,240579 | 64 | 770.183,23 | 797.262,00 | -27.078,77 |
| 500 | Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC | C | 1,258864 | 76 | 229.795,59 | 194.248,00 | 35.547,59 |
| 503 | Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione | C | 0,922161 | 107 | 206.943,46 | 171.973,00 | 34.970,46 |
| 518 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA | C | 1,218471 | 70 | 294.919,28 | 314.472,00 | -19.552,72 |
| 544 | Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori | C | 2,028292 | 379 | 3.272.705,07 | 2.741.907,00 | 530.798,07 |
| 545 | Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio | C | 2,717514 | 26 | 284.321,65 | 157.689,00 | 126.632,65 |
| 558 | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore | C | 1,690743 | 43 | 280.302,62 | 211.608,00 | 68.694,62 |
| 569 | Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore | C | 3,388085 | 17 | 238.343,04 | 185.102,00 | 53.241,04 |
| 570 | Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore | C | 2,740552 | 27 | 355.277,88 | 325.619,00 | 29.658,88 |

3.d.2 Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera

| Definizione | Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera | | |
|--|---|--|--------------------|
| Numeratore | Valore economico della mobilità attiva ospedaliera (solo strutture pubbliche) | (mobilità attiva extra regionale 2022) = € 6.571.671 | |
| Denominatore | Valore economico della mobilità passiva ospedaliera (totale strutture) | Mobilità passiva extra regionale 2021 = € 29.606.903 | |
| Formula matematica | Mobilità Attiva extraregionale/ Mobilità Passiva extraregionale | 0,22 | |
| Fonte | Flusso SDO | | |
| Note | Tutte le Aziende concorrono al miglioramento della mobilità passiva ospedaliera . | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 0,58 | Tra 0,58 e 0,62 | più di 0,62 |

Nel corso del 2022, a fronte del incremento della mobilità passiva extraregionale, già rappresentato al punto precedente, si è registrata un contestuale, sia pur lieve, incremento della mobilità ospedaliera attiva extraregionale, con un peggioramento del saldo negativo che nella corrispondente valorizzazione economica di poco più di 1 milione di euro.

| MOBILITA' OSPEDALIERA EXTREREGIONALE | 2021 | 2022 | SCOST. | | 2021 | 2022 | SCOSTAMENTO | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|--------|--------|----------------------|-----------------------|-------------|-------|
| | NUMERO RICOVERI | | | | VALORE ECONOMICO | | | |
| MOBILITA' ATTIVA EXTRAGIONALE | 2.191 | 2.230 | 39 | 1,78% | € 6.398.083 | € 6.571.671 | 173.588 | 2,71% |
| MOBILITA' PASSIVA EXTRAGIONALE | 6.268 | 7.277 | 1.009 | 16,10% | € 28.376.041 | € 29.606.903 | 1.230.862 | 4,34% |
| SALDO MOBILITA' | -4.077 | -5.047 | | | -€ 21.977.957 | - € 23.035.232 | | |

In merito al presente obiettivo, il rapporto tra mobilità attiva e mobilità passiva per l'anno 2022 è stato pari a 0,22%; per tale motivo l'obiettivo considerato non è stato raggiunto dalla ASM; nello specifico si riscontra un peggioramento del trend rispetto all'anno precedente in cui il suddetto rapporto si attestava allo 0,23.

| RAPPORTO MOBILITA' ATTIVA/MOBILITA'PASSIVA | 2021 | 2022 |
|--|------|------|
| | | 0,23 |

CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

CURE PALLIATIVE

4.b.1 Cure Palliative

| Definizione | % di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice, inferiore o uguale a 3 giorni | | |
|---|--|-------------|-----------|
| Numeratore | N. di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni | 80 | |
| Denominatore | N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa | 80 | |
| Formula matematica | N. di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa | 100% | |
| Fonte | del MES Management e Sanità dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, nell'ambito del Network Regioni anno 2021, | | |
| Note | Per i pz. oncologici dalla rete di cure palliative si considera la patologia di presa in carico ICD9 140 -239 con esclusione dei tumori benigni (210 -229) o anamnesi V580, V581, V5811, V5812, V661, V662, V10 in patologia responsabile. Data segnalazione = data richiesta. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 50 | Tra 50 e 85 | più di 85 |

La percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero inferiore a 3 giorni in Hospice nel 2022 è stata pari al 100 %.

4.b.2 Consumo territoriale di farmaci oppioidi

| Definizione | Consumo territoriale di farmaci oppioidi | | |
|---|--|---------------|------------|
| Numeratore | DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno | 85.328,19 | |
| Denominatore | N. residenti x 365 | 192.640x365 | |
| Formula matematica | DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno /N. residenti x 365 x 1000 | 1,21 | |
| Fonte | Flussi regionali farmaceutica | | |
| Note | I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxicodone-associazioni (ATC N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06). Il consumo di farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi. | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 1,6 | tra 1,6 e 2,1 | Più di 2,1 |

Il consumo di farmaci oppioidi sul territorio della ASM nel 2022 è stato pari a 1,21 in linea con l'anno precedente, discostandosi significativamente dal target ottimale regionale (> 2,1).

UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI

4.c.1 Trasmissione di Flussi inviati in maniera tempestiva e completa

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Definizione | 4.1.1. Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A) | |
| Fonte | SIS | |
| Criterio per la valutazione | Rispetto della completezza e tempistica di invio di tutti i flussi di seguito indicati | |

| Flusso | Modalità Trasmissione | Tempistica Invio | Risultato |
|---|-----------------------|---|----------------------------|
| Assistenza Domiciliare Integrata - DM 17/12/2008 (A.D.I.) | WEB | Mensile (entro 20 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Assistenza Sanitaria Internazionale (ASPE) | WEB | Semestrale (1° semestre entro il 31/5 dell'anno successivo, 2° sem.entra il 30.11.dell'anno successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Assistenza Sanitaria Internazione (TECAS: trasferimenti all'estero x cure ad altissima specializzazione) | WEB | Semestrale (entro il mese successivo al semestre) | Inviato nei tempi previsti |
| Certificati di assistenza al parto (CEDAP) | WEB | Trimestrale (entro il 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Flussi di struttura (FLS 11, FLS 12, STS 11, STS 14, RIA 11, HSP 11, HSP 11bis, HSP 12, HSP 13, HSP 14, HSP 16) | WEB | Annuale (30 aprile dell'anno di riferimento) | Inviato nei tempi previsti |
| Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11) | WEB | Annuale (31 gennaio dell'anno successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP 23, HSP 24) | WEB | Trimestrale (entro il mese successivo al trimestre) | Inviato nei tempi previsti |
| Emergenza(118) Urgenza DM 17/12/2008 (DEA - Pronto Soccorso) | E- mail | Mensile (entro il 20 del mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Farmaceutica (diretta e per conto) | WEB | Mensile (entro il 15 del mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Farmaceutica (ospedaliera) | WEB | Mensile (entro il 15 del mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Flussi economici: conto economico (mod.CE) | WEB | Trimestrale (entro il 30 del mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Flussi economici: stato patrimoniale mod. SP) | WEB | Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Flussi economici: (costi dei presidi (mod. CP) | WEB | Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA) | WEB | Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo) | Inviato nei tempi previsti |

| Flusso | Modalità Trasmissione | Tempistica Invio | Risultato |
|--|-----------------------------|--|----------------------------|
| Monitoraggio consumi Dispositivi medici (Dm 11/12/2009) | Supporto magnetico | Trimestrale (entro il 30 del mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES eventi sentinella) | WEB | Scheda A al verificarsi, scheda B entro 45 giorni (validazione Regione) | Inviato nei tempi previsti |
| Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES denuncia sinistri) | WEB | Annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione) | Inviato nei tempi previsti |
| Monitoraggio tempi di attesa (PNCTA) | WEB | Mensile (entro 20 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Residenziali / semiresidenziali DM 17/12/2008(FAR) | WEB | Mensile (entro 20 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA) | WEB | Riconversione dei dati: entro il 31/10/12 70%, entro il 31/12/12 100%. Successivamente: aggiornamento continuo | Inviato nei tempi previsti |
| Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) - DM 15/10/2010 (SDO) | Supporto magnetico / E-mail | annuale entro il 31/05 anno successivo (Personale) semestrale entro 60 gg successivi (attività) | Inviato nei tempi previsti |
| Schede dimissione ospedaliera | WEB | mensile (entro 15 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| ANAGRAFE OVI CAPRINA – livello minimo dei controlli aziende ovi caprine | WEB | (entro 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| ANAGRAFE BOVINA – livello minimo dei controlli aziende bovine | WEB | Annuale | |
| OGM – Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti anni 2009 - 2011 | WEB | Semestre 31.07 e annuale 31.01 | Inviato nei tempi previsti |
| AUDIT SU STABILIMENTI – Controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale | Cartaceo | annuale 31.gennaio dell’anno | Inviato nei tempi previsti |
| PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006 | WEB | completo al 31/12 | Inviato nei tempi previsti |
| RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti | e-mail | risposta entro 7 giorni | Inviato nei tempi previsti |
| FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23 dicembre 1992 – Controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale | e-mail | annuale 31/03 | Inviato nei tempi previsti |
| Disturbi del comportamento alimentare (SDCA) | Supporto magnetico | Trimestrale (entro 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Emergenza Urgenza (trasporti) | Supporto magnetico | Trimestrale (entro 20 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Farmaceutica (territoriale) | Supporto magnetico | Trimestrale (entro 45 gg. successivi) | Inviato nei tempi previsti |
| Farmaceutica (Mobilità Sanitaria - File F) | Supporto magnetico | Trimestrale (entro il 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |

| Flusso | Modalità Trasmissione | Tempistica Invio | Risultato |
|---|-----------------------|---|----------------------------|
| Medicina (Ass. medica di Base) | Supporto magnetico | Trimestrale (entro il 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Prestazioni ambulatoriali pubbliche (CUP) | Supporto magnetico | Trimestrale (entro il 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Prestazioni ambulatoriali private (CEA) | WEB | Trimestrale (entro il 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Residenziali e semiresidenziali (ex art. 26 – AIAS) | FTP | Trimestrale (entro il 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| Residui manicomiali (MANIC) | E – mail | Annuale | Inviato nei tempi previsti |
| Ruoli professionali | Supporto magnetico | Semestrale (entro il 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |
| PASSI | Supporto magnetico | Trimestrale (entro il 30 mese successivo) | Inviato nei tempi previsti |

| | |
|----------------------------|------|
| % raggiungimento obiettivo | 100% |
| Punteggio relativo | |

4.c.2 Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse

| Definizione | Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse | | |
|--|--|------------------|------------------|
| Numeratore | Numero di schede con errore riscontrate che genera scarto | 10 | |
| Denominatore | Numero totale di schede prodotte | 14.038 | |
| Formola matematica | Numero di schede con errore riscontrate che genera scarto / Numero totale di schede prodotte | 0,07% | |
| Fonte | Flusso SDO | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 5 | Tra 5 e 3 | Meno di 3 |

Attraverso il monitoraggio costante e le correzioni puntuali effettuate sugli errori segnalati dal Ministero della Salute, la percentuale di SDO con errori che generano scarto sul totale delle SDO registrate nell'anno 2022 presso i Presidi Ospedalieri di Matera e Policoro è risultata dello **0,07%**, percentuale significativamente inferiore al limite indicato dal Ministero della Salute per il target del 100%. Il numero complessivo di SDO con errori che generano scarti è stato estremamente contenuto (10).

| Presidi Ospedalieri per acuti Matera-Policoro | Errori che generano scarti |
|---|----------------------------|
| Numero SDO con errore che genera scarto | 10 |
| Numero totale di SDO trasmesse | 14.038 |
| Percentuale di SDO con errori che generano scarto | 0,07 |

4.c.3 Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse

| Definizione | Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse | | |
|--|--|--------------------|-------------------|
| Numeratore | Numero di schede con errore riscontrate che genera anomalie | 299 | |
| Denominatore | Numero totale di schede prodotte | 14.038 | |
| Formula matematica | Numero di schede con errore riscontrate che genera scarto / Numero totale di schede prodotte | 2,1% | |
| Fonte | Flusso SDO | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Più di 20 | Tra 20 e 10 | Meno di 10 |

Come si evince dalla tabella successiva, la percentuale di SDO con errori che generano anomalie registrata nell'anno 2022 presso i Presidi Ospedalieri di Matera e Policoro è stata del 2,1 % ovvero notevolmente contenuta e significativamente inferiore rispetto al limite indicato dal Ministero della Salute per il target del 100%

| Presidi Ospedalieri per acuti Matera-Policoro | Errori che generano scarti |
|---|----------------------------|
| Numero SDO con errore che genera anomalie | 299 |
| Numero totale di SDO trasmesse | 14.038 |
| Percentuale di SDO con errori che generano scarto | 2,1 |

UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI

4.c.4 Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici

| Definizione | Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici | | |
|--|---|--------------------|------------------|
| Numeratore | N. di repertorio / BD presenti nel flusso consumi sia nel flusso che nei contratti | 1.026 | |
| Denominatore | N. di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi | 2.056 | |
| Note | Il calcolo è riferito ai report NSIS "Monitoraggio dispositivi medici CNS CRT 002. verifica completezza invio dati per azienda sanitaria e si confrontano la voce "DM distinti presenti sul tracciato consumi ma non su tracciato consumi" con la voce "DM distinti presenti su tracciato consumi ma non su tracciato contratti". | 49,9% | |
| Fonte | Flusso XML SDO | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 15 | Tra 15 e 25 | Più di 25 |

Al riguardo, la Farmacia Ospedaliera Aziendale, nel 2022 ha inviato puntualmente i flussi NSIS alla Regione rispettando tutte le scadenze ed in particolare per quanto riguarda i dispositivi medici si è raggiunta la percentuale del 49,9% di registrazione di contratti rispetto ai dispositivi presenti nel flusso consumi, consentendo il raggiungimento dell'obiettivo al 100%.

Tale dato, inoltre, confrontato con il dato dell'anno precedente registra nell'anno 2022 una percentuale superiore di 19 punti percentuali.

4.c.5 Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici

| Definizione | Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici | | |
|--|--|--------------------|---------------------|
| Numeratore | Consumi nel periodo gennaio – dicembre rilevati dal flusso “consumi” ministeriale NSIS | € | 9.082.708,47 |
| Denominatore | Costi rilevati dal modello di Conto Economico | € | 9.660.438,43 |
| Fonte | Flusso XML SDO | | 94,02% |
| Note | Il valore riferito al “flusso consumi” ministeriale NSIS – è desunto dal report “CNS_018 Verifica dei dati acquisiti per Azienda Sanitaria e mese”. Il valore riferito ai costi totali è desunto del Modello di conto economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi) | | |
| Intervalli di raggiungimento dell’obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | Meno di 80 | Tra 80 e 95 | Più di 95 |

I consumi dei dispositivi medici relativi al 2022, così come rilevati nel flusso ministeriale NSIS “Consumi”, così come da rilevazione regionale del 09/11/2023, sono pari a 9.082.708,47, mentre il costo dei dispositivi medici rilevati nel modello CE 2021 (voci B.1.A.3.1 Dispositivi Medici + B.1.A.3.2. Dispositivi Medici Impiantabili attivi) è pari a 9.660.438,43. Ne deriva che il relativo indicatore Consumi nel periodo gennaio – dicembre rilevati dal flusso “consumi” ministeriale NSIS / Costi rilevati dal modello di Conto Economico, per l’anno 2022 è stato pari al 94,02%, consentendo il raggiungimento del presente obiettivo al 50%.

RISK MANAGEMENT

4.d.1 Piano di prevenzione del rischio clinico

| Definizione | Piano di prevenzione del rischio clinico | Azioni svolte |
|--|--|---------------|
| Criterio per valutazione positiva | Adozione / attualizzazione e invio entro il 30 giugno dell’anno di riferimento del Piano del risk management alla Regione | |
| Fonte | Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione | |
| Note | La valutazione è positiva (SI) se l’Azienda ha adottato/ attualizzato e inviato entro il 30 giugno (trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona) il proprio piano aziendale in virtù dei contenuti degli Atti Regionali di programmazione. il Piano aziendale deve necessariamente contenere almeno tutte le seguenti condizioni: implementazione delle raccomandazioni ministeriali (almeno l’80% di quelle potenzialmente applicabili in azienda, tenendo conto delle peculiarità dei contesti aziendali); implementazione delle procedure per la riduzione delle infezioni legate all’assistenza (compreso il contesto delle residenze); attuazione dei contenuti del piano nazionale di contrasto alla antibiotico resistenza (accordo REP atti 188 del 2.11.2017) La valutazione è negativa (NO) se l’Azienda non ha adottato/ attualizzato e inviato entro il 30 giugno dell’anno di riferimento il proprio piano aziendale oppure anche in assenza di una sola delle condizioni sopraindicate. | |
| Intervalli di raggiungimento dell’obiettivo | 0% | 100% |
| Risultato | NO | SI |

L’Azienda ha provveduto a predisporre il Piano Aziendale del risk management per l’anno 2022 entro il 30 giugno 2022 e lo ha inviato in Regione con nota prot. n. 30628/22 del 30 giugno 2022.

4.d.2 Relazione di attuazione delle attività di risk management

| | | | |
|--|--|--|-------------|
| Definizione | Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico | | |
| Criterio per valutazione positiva | Entro il 28 febbraio 2023 invio della relazione di attuazione del piano di risk management | | |
| Fonte | Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione | | |
| Note | <p>La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo (per l'anno 2018 la relazione è presentata nell'anno 2019) la relazione sullo stato di attuazione del piano di prevenzione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti al Dipartimento Politiche della Persona. La relazione dovrà contenere specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicati nelle note per la redazione del piano.</p> <p>La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo dell'anno di riferimento la relazione sullo stato di attuazione del piano non contiene specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicati nelle note per la redazione del piano.</p> | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | | 100% |
| Risultato | NO | | SI |

L'Azienda ha provveduto a predisporre la Relazione di attuazione delle attività di risk management effettuate nel 2022, che ha trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata con nota prot. n. 9300/23 del 28 febbraio 2023 in piena aderenza con l'obiettivo assegnato.

CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

4.e.1 Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche

| | | | |
|--|--|------------|-------------|
| Definizione | Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche | | |
| Criterio per valutazione positiva | Realizzazione del programma di controllo deliberato dalla Regione Basilicata e trasmissione degli esiti secondo le modalità e i termini specificati nello stesso programma | | 100% |
| Fonte | Direzioni Sanitarie Ospedaliere | | |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 50% | 100% |
| Risultato | NO | | SI |

Nel corso del 2021 sono stati effettuati controlli e verifiche delle cartelle cliniche-SDO e, nello specifico su un totale di n. 8261 ricoveri ordinari prodotti, sono stati eseguiti:

A) controlli di congruità n.850 pari al 10% circa delle c.cl.

B) controlli sulle performance organizzative e cliniche n.220 pari a circa 2,5% delle c.cl.,

nel rispetto delle modalità e nei termini stabiliti dal Programma di Controllo Regionale, consentendo il pieno raggiungimento dell'obiettivo.

AUTORIZZAZIONE / ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

4.f.1 Verifica dell’Autorizzazione /Accreditamento strutture sanitarie pubbliche

Si riporta di seguito lo stato dell’arte relativo alle procedure adottate dall’Azienda per l’autorizzazione/accreditamento delle strutture indicate dalla Regione

| Struttura | Indirizzo | Comune | Attività | Autorizzaz. e accredit. provvisorio art.16 c. 14 LR 28/00 | Attività svolte | Verifica |
|---|----------------------|----------|----------------------------|---|--|--|
| Ospedale “Madonna delle Grazie” | Contrada Chiancalata | Matera | Presidio Ospedaliero | DGR 1625 del 5./07/ 2004 | Invio in regione della richiesta di autorizzazione definitiva e accreditamento provvisorio | Con D.G.R. n°967/2018 si è ottenuta la Autorizzazione Definitiva all’esercizio dell’Attività Sanitaria |
| U.O. di Ostetricia e Ginecologia | Contrada Chiancalata | Matera | Presidio Ospedaliero | Procreazione medicalmente assistita di I° livello | Invio in regione della richiesta di autorizzazione definitiva e accreditamento provvisorio | Con D.G.R. n°967/2018 si è ottenuta la Autorizzazione Definitiva all’esercizio dell’Attività Sanitaria |
| Presidio ospedaliero | Via Salerno | Policoro | Diagnostica x immagini RMN | DGR 365 del 27/03/2012 | Inviata in Regione della richiesta di autorizzazione definitiva e accreditamento provvisorio | Con D.G.R. n°968/2018 si è ottenuta la Autorizzazione Definitiva all’esercizio dell’Attività Sanitaria |
| Centro Dialisi co/ Ospedale Distrettuale TINCHI | Contrada Tinchi | Pisticci | Centro Dialisi | DGR 971del 25/09/2017 | sono stati realizzati vari incontri con i responsabili sanitari e tecnici, finalizzati ad acquisire la necessaria documentazione | Non inviata in Regione la richiesta di autorizzazione definitiva e accreditamento provvisorio |
| | | | | | | |

| Intervallo di raggiungimento dell’obiettivo | 0% | 50% | 90% |
|---|----|-----|-----------|
| Risultato | | | SI |

Si concluso, per le strutture su menzionate, con il rilascio delle autorizzazioni definitive all’esercizio delle attività sanitarie con le D.G.R. n° 967/2018 e n° 968/2018, tranne che per il centro Dialisi di Tinchi a cui si sta provvedendo.

Si è in attesa delle DGR di autorizzazione definitiva propedeutica all’attivazione dell’istruttoria per l’accreditamento del solo centro Dialisi di Tinchi.

4.h.1 Contenimento della spesa del personale sanitario

| Definizione | Contenimento della spesa del personale sanitario – Anno 2022 | |
|--|--|-------------|
| Criterio per valutazione positiva | Rispetto del tetto di spesa annuale per il personale fissato con DGR n. 219/2023 | |
| Fonte | Ufficio Personale del Sistema Sanitario Regionale | 100% |
| Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo | 0% | 100% |
| Risultato | NO | SI' |

La programmazione dei fabbisogni di personale è stata sviluppata nel rispetto dei vincoli finanziari regionali e degli equilibri di finanza pubblica in materia di spesa del personale, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, con i principi generali di legalità, trasparenza e con la disciplina in materia di anticorruzione.

L'art. 11, comma 1, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 disciplina la determinazione del tetto di spesa per le Aziende e gli Enti del SSR, stabilendo che a decorrere dal 2019 la spesa per il personale delle Aziende del SSN non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018 ovvero, se superiore, il valore della spesa prevista dall'art. 2, comma 71 della legge n. 191/2009.

La norma citata consente di aumentare annualmente tale valore nel limite del 5% dell'incremento del Fondo Sanitario Regionale rispetto a quello dell'anno precedente (limite elevato al 10% per ciascun anno del triennio 2019-2021 e di un ulteriore 5% in presenza di determinati presupposti), includendo, nei predetti incrementi, anche le risorse per il trattamento accessorio del personale.

La Regione Basilicata, con DGR n. 456 del 11.06.2021 ha ridefinito il nuovo limite regionale per il 2018, (pari a € 331,702 mln di euro) e, sulla base dei dati relativi alla consistenza del FSR per gli anni 2018, 2019 e 2020, gli incrementi annuali per gli anni 2019 e 2020, per un importo pari al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, quantificati, rispettivamente, in 752.494,00 euro (che assorbe il 5% di cui alla D.G.R. n. 890 del 04.12.2019) e in 1.029.906,00 euro, per un totale di 1.782.400,00 euro.

Per effetto di tale nuova determinazione, è stato fissato il limite di spesa del personale per le aziende sanitarie del SSR e con DGR n. 302 del 26/05/2022, per l'anno 2021, per l'ASM di Matera è stato stabilito quale limite di spesa l'importo di € 99.343.166,00,00 (al netto degli aumenti contrattuali e del costo del personale escluso di cui alla Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006)

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022-2024, in assenza della determinazione del valore limite per il 2022, è stato sviluppato assumendo tale limite di spesa quale tetto di spesa per il personale per il 2022.

Successivamente, con DGR n. 291 del 23/05/2023 la Regione Basilicata ha definito il limite di spesa per l'anno 2022, che per l'ASM di Matera è di 100.843.000,00 euro.

L'ASM ha rispettato tale limite di spesa per l'esercizio 2022.

4.h.2 Attuazione PTFP 2022 - 2024

| Definizione | Attuazione PTFP 2022 - 2024 – Anno 2022 | | | |
|--|---|------------|-------------|-----------|
| Note | Il concretizzarsi delle previsioni contenute da tali PTFP 2022-2024, pertanto, risulta determinante per il SSR e, dunque, obiettivo della presente scheda è quello di misurarne l'effettiva attuazione in termini quantitativi nell'ambito di ciascuna annualità di riferimento | | | |
| Numeratore: | Numero delle assunzioni effettuate con le procedure di reclutamento del personale indette ed avviate nell'anno | | | |
| Denominatore: | Numero totale delle assunzioni previste dal PTFP 2022-24 per il medesimo anno | | | |
| Fonte | Ufficio Personale del Sistema Sanitario Regionale – ufficio concorsi ASM | | 50% | |
| Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo | | Meno di 50 | Tra 51 e 75 | Più di 75 |
| Risultato | 0% | | 50% | 100% |

Il quadro sinottico di seguito riportato fornisce una rappresentazione sintetica e complessiva della performance dell'Azienda Sanitaria di Matera in riferimento agli obiettivi assegnati con DGR n. 272/2022.

| AREA | NR | OBIETTIVI | INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI | | | RISULTATI 2021 | RISULTATI 2022 |
|---------------------------------|-------|--|--|-------------|------|----------------|----------------|
| | | | 0% | 50% | 100% | | |
| TUTELA DELLA SALUTE – 25 | | | | | | | |
| Prevenzione primaria 10 | 1.a.1 | Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza | < 90 | tra 90 a 95 | > 95 | 94% | 90% |
| | 1.a.2 | Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) | < 60 | tra 60 e 75 | > 75 | 74% | 75% |
| | 1.a.3 | Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio | < 60 | tra 60 e 75 | > 75 | 9% | 35% |
| | 1.a.5 | Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi | < 90 | tra 90 e 95 | > 95 | 86% | 85% |
| | 1.a.6 | Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi | < 90 | tra 90 e 95 | > 95 | 91% | 93% |
| | 1.a.7 | Copertura vaccinale esavalente 24 mesi per bambini residenti nel territorio di competenza | < 90 | tra 90 e 95 | > 95 | 94% | 93% |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|---|--|-------------|-----------|----------------|----------------|
| Promozione stili di vita sani 5 | 1.b.1 | % di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica | < 23 | tra 23 e 33 | > 33 | N.V | 21% |
| | 1.b.2 | % di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso | < 25 | tra 25 e 45 | > 45 | N.V | 41% |
| | 1.b.3 | % di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica | < 25 | tra 25 e 35 | > 35 | N.V | 28% |
| | 1.b.4 | % di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno | < 3 | tra 3 e 9 | > 9 | N.V | 6% |
| | 1.b.5 | % di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare | < 35 | tra 35 e 55 | > 55 | N.V | 51% |
| Screening oncologici 3 | 1.c.1 | Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | < 25 | tra 25 e 50 | > 50 | 29% | 16% |
| | 1.c.2 | Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per mammella | < 35 | tra 35 e 60 | > 60 | 57% | 50% |
| | 1.c.3 | Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per colon retto | < 25 | tra 25 e 50 | > 50 | 57% | 40% |
| AREA | NR | OBIETTIVI | INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI | | | RISULTATI 2021 | RISULTATI 2022 |
| | | | 0% | 50% | 100% | | |
| TUTELA DELLA SALUTE – 25 | | | | | | | |
| Sicurezza sul lavoro 4 | 1.d.1 | Numero aziende ispezionate / numero aziende con dipendenti | meno di 5 | tra 5 e 10 | più di 10 | 8% | 5% |
| | 1.d.2 | Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati | meno di 20 | tra 20 e 30 | più di 30 | 21% | 20% |
| | 1.d.3 | Numero aziende ispezionate / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro) | meno di 40 | tra 40 e 50 | più di 50 | 59% | 53% |

| | | | | | | | |
|--|-------|---|--|--------------|-----------|----------------|----------------|
| | 1.d.4 | Numero sopralluoghi / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro) | meno di 70 | tra 70 e 90 | più di 90 | 92% | 91% |
| Sanità veterinaria 3 | 1.e.1 | Raggiungimento della copertura % dei campioni effettuati per ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale | NO | | SI | SI | SI |
| | 1.e.2 | Raggiungimento della copertura % dei campioni di ovini e caprini testati per scrapie | NO | | SI | SI | SI |
| | 1.e.3 | Raggiungimento della copertura % di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui) | NO | | SI | SI | SI |
| PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 30 | | | | | | | |
| Appropriatezza area clinica 13 | 2.a.1 | Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso – Ricoveri medici potenzialmente inappropriati | > 180 | da 180 a 135 | <135 | 71% | 79% |
| | 2.a.2 | Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti | > 3 | da 3 a 1,5 | < 1,5 | 8% | 0,13% |
| | 2.a.3 | Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età > = 65 anni | > 4 | da 2 a 4 | < 2 | 3% | 5,9% |
| | 2.a.4 | Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici | < 45 | da 45 a 75 | > 75 | 37% | 33% |
| AREA | NR | OBIETTIVI | INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI | | | RISULTATI 2021 | RISULTATI 2022 |
| | | | 0% | 50% | 100% | | |
| PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI – 30 | | | | | | | |
| Appropriatezza area clinica 13 | 2.a.8 | Proporzione di intervento chirurgico entro 2 gg. a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano | < 50 | da 50 a 60 | > 60 | 46% | 47% |

| | | | | | | | |
|--|--------|---|--------|---------------|-------|------|-------|
| | 2.a.14 | Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg. | < 34 | da 34 a 44 | > 44 | 32% | 0,88% |
| | 2.a.15 | Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale) | > 10,5 | da 10,5 a 8,5 | < 8,5 | 12% | 13% |
| | 2.a.16 | Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni | < 50 | da 50 a 60 | > 60 | 18% | 20% |
| | 2.a.17 | Proporzione di parti con taglio cesareo primario | > 15 | | < 15 | 22% | 22% |
| Efficacia assistenziale territoriale 12 | 2.c.1 | Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1000 residenti | > 10 | da 10 a 7 | < 7 | 1,7% | 1,9% |
| | 2.c.2 | Tasso di ricovero per scompenso cardiaco x 100.000 residenti 50 – 74 anni | > 195 | da 195 a 155 | <155 | 104% | 123% |
| | 2.c.3 | Tasso di ricovero per diabete x 100.000 residenti 35– 74 anni | > 35 | da 35 a 25 | < 25 | 19% | 17% |
| | 2.c.4 | Tasso di ospedalizzazione BPCO x 100.000 residenti 50 – 74 anni | > 35 | da 35 a 25 | < 25 | 9% | 12% |
| | 2.c.5 | % di anziani in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della popolazione | < 4 | da 4 a 8 | > 8 | 6% | 9% |
| | 2.c.6 | % di presa in carico con CIA (coef. di intensità assistenziale) > 0,13 per over 65 in C. D. | < 50 | da 50 a 70 | > 70 | 72% | 70% |

| | 2.c.7 | Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni | > 300 | da 300 a 200 | <200 | 150% | 157% |
|--|-------|--|--|--------------|------|----------------|----------------|
| | 2.c.8 | % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg. per patologie psichiatriche | > 6 | da 6 a 4 | < 4 | 2% | 3% |
| | 2.c.9 | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti <14 anni | >10 | da 10 a 7 | <7 | 4% | 3% |
| Efficacia percorso emergenza - urgenza 5 | 2.d.1 | % di accessi in P.Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti | < 80 | da 80 e 93 | > 93 | 97% | 97% |
| | 2.d.2 | % di accessi in P. Soccorso con codice VERDE visitati entro 1 ora | < 50 | da 50 a 70 | > 70 | 97% | 94% |
| | 2.d.3 | % di accessi in P. Soccorso con codice VERDE non inviati al ricovero con tempi di perm. entro le 4 ore | < 70 | da 70 a 80 | >80 | 77% | 98% |
| AREA | NR | OBIETTIVI | INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI | | | RISULTATI 2021 | RISULTATI 2022 |
| | | | 0% | 50% | 100% | | |
| GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA – 25 | | | | | | | |
| Efficienza prescrittiva farmaceutica 11 | 3.a.1 | % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (VGP) | < 70 | da 70 a 98 | >98 | 93% | 94% |
| | 3.a.2 | % di utilizzo di farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo per i attivi elencati) | < 60 | da 60 a 80 | >80 | 82% | 83% |
| Appropriatezza prescrittiva farmaceutica 7 | 3.b.2 | Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi) | >40 | da 40 a 30 | <30 | 54% | 56% |
| | 3.b.3 | Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSR) | >36 | da 36 a 26 | <26 | 22% | 22% |
| | 3.b.4 | Consumo di farmaci antibiotici sul territorio (VGP) | >18 | da 18 a 12 | < 12 | 13% | 16% |

| | | | | | | | |
|--|-------|---|--------|----------------|-------|------|------|
| | 3.b.5 | % di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione | < 67 | da 67 a 77 | > 77 | N.V. | 100% |
| | 3.b.6 | % di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani | < 55 | da 55 a 75 | >75 | N.V. | 100% |
| | 3.b.7 | % di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione | < 60 | da 60 a 80 | >80 | N.V. | 100% |
| | 3.b.8 | Monitoraggio del consumo del colecalciferolo sul territorio | > 30 | da 30 a 50 | >50 | N.V. | 20% |
| Appropriatezza prescrittiva diagnostica 3 | 3.c.1 | Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni) | > 30 | da 30 a 20 | < 20 | 26% | 30% |
| | 3.c.2 | % di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi | > 8 | da 8 a 6 | < 6 | 10% | 10% |
| Efficienza mobilità ospedaliera 4 | 3.d.1 | recupero della mobilità passiva ospedaliera per alcuni ricoveri (elencati nella DGR) eseguiti in mobilità passiva dai residenti | < 5 | da 5 a 15 | > 15 | 6 | 12 |
| | 3.d.2 | miglioramento del saldo di mobilità ospedaliera | < 0,58 | da 0,58 a 0,62 | >0,62 | 0,27 | 0,22 |
| OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI – 20 | | | | | | | |
| Cure Palliative 4 | 4.b.1 | % di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice <= a3 giorni | < 50 | da 50 a 85 | > 85 | 75% | 100% |
| | 4.b.2 | Consumo territoriale di farmaci oppiacei | < 1,6 | da 1,6a 2,1 | > 2,1 | 1,2 | 1,2 |

| | | | | | | | |
|---|-------|--|------|------------|------|------|-------|
| Utilizzo dei flussi informativi 5 | 4.c.1 | Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa | NO | | SI | SI | SI |
| | 4.c.2 | n. % di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse | > 5 | da 5 a 3 | < 3 | 0,4% | 0,07% |
| | 4.c.3 | n. % di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse | >20 | da 20 a 10 | < 10 | 1,8% | 2,1% |
| | 4.c.4 | Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici | < 15 | da 15 a 25 | >25 | N.V. | 50% |
| | 4.c.5 | Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici | < 80 | da 80 a 95 | >95 | 96% | 94% |
| Risk Management 2 | 4.d.1 | Adozione / atualiz. del Piano aziendale per la prev. del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in regione entro il 30 giugno di ogni anno | NO | | SI | SI | SI |
| | 4.d.2 | Relazione annuale stato di attuazione del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico. Trasmissione della relazione annuale entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento | NO | | SI | SI | SI |
| Controllo cartelle cliniche 1 | 4.e.1 | Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche e trasmissione in regione degli esiti nei tempi previsti | NO | | SI | SI | SI |
| Autorizzazione e / Accredimento strutture sanitarie pubbliche 4 | 4.f.1 | Verifica dell' Autorizzazione definitiva e/o di Accredimento per le strutture sanitarie | NO | | SI | SI | SI |
| | | - Centro Dialisi Ospedale distrettuale Tinchi | | | | | |
| | | - Ospedale Matera | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|--|------|-------------|------|----|----|
| | | - Diagnostica per immagini c/o P.O. Policoro | | | | | |
| | | - Procreazione medicalmente assistita c/o P.O. Mt | | | | | |
| Monitoraggio spesa del personale 4 | 4.h.1 | Rispetto della spesa del personale sanitario - Anno 2022 | NO | | SI | SI | SI |
| | 4.h.2 | Attuazione PTFP | < 50 | tra 51 e 75 | > 75 | 50 | 50 |

In merito all'obiettivo relativo al rispetto dei tempi di pagamento da parte dell'Azienda, contenuto nell'Allegato 2 della suddetta DGR n. 287/2021, nel rimandare l'analisi alla sezione 2.5 "Risultati economici finanziari" del presente documento, si riporta di seguito la tabella pubblicata, ai sensi dell'art. 10 del DPCM 22/09/14, sul sito aziendale relativa all'indicatore di tempestività dei pagamenti afferente l'anno 2021, calcolato ai sensi dell'art. 9 del DPCM 22/09/14.

| Totale importo per indicatore (numeratore) | Totale importo pagato (denominatore) | Indicatore di tempestività Anno 2021 |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| € 2.247.707.664,57 | € 119.512.716,11 | 18,81 |

5. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

5.1. COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE E CON IL PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE E RISULTATI RAGGIUNTI NEL 2022

Nelle more dell'aggiornamento e redazione del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e del Piano delle Performance relativi all'anno 2022, il DL 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, ha introdotto per tutte le amministrazioni il Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO). Il principio che ha guidato la definizione del PIAO è dato dalla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa, e creare un piano unico di governance di un ente, rappresentando, quindi, una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

La sottosezione del PIAO "Rischi corruttivi e trasparenza" ha risposto all'obiettivo di protezione del valore pubblico creato/atteso dall'amministrazione quale "miglioramento del livello di benessere economico, sociale, ambientale, culturale di una comunità amministrativa". Di fatti il testo del PIAO "Rischi corruttivi e trasparenza" mira a focalizzare i rischi che potrebbero impedire il raggiungimento dell'obiettivo individuato e le misure necessarie al contenimento dei rischi stessi o alla promozione della trasparenza, in coerenza con le altre sezioni del PIAO, con particolare riferimento alla sottosezione relativa alla Performance.

Pertanto, lo sviluppo coordinato e sinergico della pianificazione dei processi e delle attività dell'organizzazione pubblica in ordine alla performance e all'anticorruzione risulta indispensabile.

L'integrazione in termini di coerenza tra la sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e la sottosezione relativa alla Performance si esplicita sotto un duplice profilo: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò al fine di individuare le misure ben definite in termini di obiettivi, in modo da renderle più efficaci e verificabili; ciò conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa. Il rispetto delle misure ivi stabilite, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce, pertanto, obiettivo di performance organizzativa e individuale per i Dirigenti interessati, ai fini della valutazione della performance, in quanto la creazione di valore pubblico deve essere protetta dall'eventuale offuscamento derivante dal verificarsi di eventi corruttivi.

Il percorso è articolato secondo il seguente modello operativo e funzionale: 1) i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti; 2) il Responsabile della prevenzione della corruzione sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità; 3) il Responsabile della trasparenza sovrintende alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tesse alla concreta attuazione dell'ineludibile obiettivo di introdurre un contributo esterno di controllo da parte degli utenti sullo svolgimento delle attività aziendali; 4) tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C.,

trasposte nella sottosezione del PIAO “Rischi corruttivi e trasparenza”, segnalano le situazioni di illecito e casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione. Il Piano triennale di prevenzione della corruzione recepisce dinamicamente le previsioni del Piano della Performance, al fine di assicurare la integrazione ed il coordinamento tra le rispettive indicazioni”.

L’ASM con deliberazione aziendale n. 258 del 29 aprile 2022 ha adottato il "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e Trasparenza 2021-2023", allegando allo stesso i suddetti documenti:

- Allegato 1 Registro dei processi 2022-2024;
- Allegato 2 Relazione RPCT 2021;
- Allegato 3 Piano Trasparenza 2022-2024;
- Allegato 4 Tabella sugli Obblighi pubblicazione;
- Allegato 5 Settimana della Trasparenza;
- Allegato 6 Consulta Pubblica 2022;
- Allegato 7 Piano formazione Anticorruzione 2022;
- Allegato 8 report monitoraggio 2021.

Con deliberazione aziendale n. 474 del 15 luglio 2022 è stato approvato il “Piano integrato di Attività e Organizzazione PIAO per il Triennio 2022-2024”, allegando allo stesso i suddetti documenti: -

- APPENDICE 1. Allegato 1 PIAO Registro dei Processi 2022-2024;
- APPENDICE 1. Allegato 2 PIAO Relazione RPCT 2022 2024;
- APPENDICE 1. Allegato 3 PIAO Tabella Obblighi Pubblicazione;
- APPENDICE 1. Allegato 4 PIAO Settimana della Trasparenza;
- APPENDICE 1. Allegato 5 PIAO Consulta Pubblica 2022 2024;
- APPENDICE 1. Allegato 6 PIAO Piano Formazione Anticorruzione 2022 2024;
- APPENDICE 1. Allegato 7 PIAO Report Monitoraggio 2021;
- APPENDICE 2 Allegato A Istanza Accesso al lavoro agile;
- APPENDICE 2 Allegato B Accordo individuale modalità agile;
- APPENDICE 3 Allegato 1 PTFP anno 2022-2024.

Ai fini della valutazione della performance organizzativa aziendale complessiva, sono stati individuati e adottati con Delibera 243 del 26 aprile 2022 dalla Direzione Strategica Aziendale gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione contenuti nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2022 – 2024 e riportati nel successivo quadro sinottico. Il rispetto delle misure stabilite nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2022 – 2024, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce obiettivo per i Dirigenti delle Aree definite a rischio, referenti del RPCT, ai fini della valutazione della performance individuale.

| NUMERO OBIETTIVO | OBIETTIVO OPERATIVO | ATTIVITA' | INDICATORE | TARGET 2022 | FONTI E DATI | SOGGETTI COMPETENTI |
|------------------|--|---|---|-------------|---|---|
| 1 | Aggiornamento Piano triennale prevenzione della corruzione (PTPC) 2022 | Redazione, adozione e pubblicazione PTPC 2022 entro il 30/04/2022 | Approvazione formale del PTPC 2021 entro il 30/04/2022 | SI | Sito Aziendale | Direzione Strategica Responsabile Prevenzione Corruzione Dirigenti UU.OO. interessate |
| 2 | Monitoraggio aree a rischio | Monitoraggio dell'attuazione delle misure dal PTPC nelle UU.OO. a rischio previste attraverso la compilazione delle schede informatizzate | Numero U.O. che hanno adempiuto alla compilazione della scheda / Numero U.O. tenute all'adempimento | 1 | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Referenti aree a rischio |
| 3 | Diffusione nuovi Codice Etico e Codice di Comportamento Aziendale | Diffusione e formazione personale inerente il Codice di Comportamento Aziendale | Pubblicazione sul sito Almeno 1 giorno di formazione per tutto il personale dipendente | SI | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione |
| 4 | Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione | Redazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico | Predisposizione del Piano di Formazione | SI | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione |
| 5 | Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione | Attuazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione | Numero corsi-laboratori realizzati / numero totale corsi-laboratori programmati | 1 | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione |

Al fine di migliorare l'attuazione del monitoraggio è stato attivato un sistema di audit programmato a ciclo rotatorio pluriennale per le aree a rischio.

Nel corso del 2022, la parte relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PTPCT è stato trasposto, in uno con gli altri documenti programmatici aziendali, nel **PIAO**, divenendo, così, lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e analizza un processo articolato in fasi, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e di illegalità, in funzione di protezione del valore pubblico creato dall'Amministrazione. Il testo fa diretto riferimento agli obiettivi strategici specifici,

di seguito riportati, individuati dalla Direzione Strategica che, in una logica di integrazione con quelli funzionali alla creazione di valore, generano le condizioni per la tutela e protezione del valore creato.

| NUMERO OBIETTIVO | OBIETTIVO OPERATIVO | ATTIVITA' | INDICATORE | TARGET 2022 | FONTI E DATI | SOGGETTI COMPETENTI |
|------------------|---|--|---|-------------|---|---|
| 1 | Aggiornamento del PTPCT 2022_2024. Aggiornamento della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" alla luce della nuova normativa d'adozione del PIAO 2022_2024 | Redazione, adozione e pubblicazione del PTPCT entro il 30.04.2022. Redazione, adozione e pubblicazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" nei termini previsti per l'adozione del PIAO 2022_2024 | Approvazione formale del PTPCT 2022_2024 entro il 30.4.2022. Approvazione formale del PIAO 2022_2024 entro i termini previsti dalle norme | SI | Sito Aziendale | Direzione Strategica Responsabile Prevenzione Corruzione Dirigenti UU.OO. interessate |
| 2 | Monitoraggio aree a rischio | Monitoraggio dell'attuazione delle misure in tema di prevenzione della corruzione nelle UU.OO. a rischio previste attraverso la compilazione delle schede informatizzate | Numero U.O. che hanno adempiuto alla compilazione della scheda / Numero U.O. tenute all'adempimento | 1 | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Referenti aree a rischio |
| 3 | Diffusione nuovi Codice Etico e Codice di Comportamento Aziendale | Diffusione e formazione personale inerente il Codice di Comportamento Aziendale | Pubblicazione sul sito Almeno 1 giorno di formazione per tutto il personale dipendente | SI | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione |
| 4 | Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione | Attività di formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico | Confluenza delle attività di formazione in tema di prevenzione della corruzione nella sezione del PIAO dedicata alla formazione | SI | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione |
| 5 | Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione | Attuazione e attività di Formazione per la prevenzione della corruzione | Numero corsi realizzati / numero totale corsi programmati | 1 | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione |

Gli obiettivi indicati relativi alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO 2022-2024 sono formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione nel PIAO e negli altri strumenti di programmazione dell'Azienda.

5.2 COERENZA CON IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E RISULTATI RAGGIUNTI NEL CORSO DEL 2022

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica dell'ASM, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza individuati dagli organi di vertice ed indicati nel Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità sono recepiti nell'ambito del Piano della Performance, assicurando il necessario collegamento con lo stesso. La Sezione Trasparenza del Programma Triennale della Prevenzione della Corruzione PTPCT 2022- 2024 rappresenta uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance e permette di rendere pubblici agli stakeholder di riferimento i programmi di attività, il loro stato di attuazione e i risultati conseguiti, al fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività. La trasparenza deve, infatti, essere assicurata, non soltanto sotto un profilo "statico", consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, per finalità di controllo sociale, ma anche sotto il profilo "dinamico" direttamente correlato alla performance. Pertanto, la pubblicazione dei dati relativi all'organizzazione e all'erogazione dei servizi si inserisce nell'ottica di un controllo diffuso che consenta un "miglioramento" dei servizi pubblici, erogati dall'Azienda. I contenuti costituiscono, compatibilmente con le risorse a disposizione, gli impegni definiti dalla Direzione Strategica, da perseguire con la temporalità definita nel Piano della Performance e negli altri strumenti di programmazione annuale e con la finalità di consentire ai cittadini una maggiore conoscenza della gestione aziendale, per valutare i risultati raggiunti anche in rapporto alle risorse impiegate. Le misure adottate sono coordinate anche con quelle previste dal Piano di Prevenzione della Corruzione. Il collegamento tra il Piano di prevenzione della corruzione ed il Piano della Performance aziendale è assicurato attraverso l'individuazione di specifici obiettivi strategici di programmazione, individuati dalla Direzione Strategica Aziendale, articolati in obiettivi operativi e indicatori, assegnati ai Dirigenti che partecipano alla realizzazione del PTPCT. La performance aziendale non può ottimizzarsi se non anche attraverso il perfezionamento e miglioramento del comportamento dei dipendenti. L'art. 10 c. 3 del D. Lgs. 33/2013 "*Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione*" prevede che gli obiettivi indicati nel programma triennale siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita in via generale nel piano della performance e negli analoghi strumenti di programmazione previsti. Si elencano di seguito gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, così come individuati con delibera aziendale n. 243 del 26 aprile 2022.

| NUMERO | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | INDICATORE | TARGET 2022 | FONTE DATI | SOGGETTI COMPETENTI |
|--------|---|--|---|--|---|---|
| 1 | Customer Satisfaction | Produzione indagine sulla soddisfazione degli utenti (customer satisfaction) | Percentuale di risposte al questionario sull' Indagine soddisfazione degli utenti | 1 | Pubblicazione su sito aziendale | URP Aziendale UU.OO Aziendali |
| 2 | Miglioramento performance aziendale | Analisi dei reclami e ricerca e avvio istruttoria per ricerca soluzioni per il cittadino | Numero reclami presi in carico / Numero reclami ricevuti Numero reclami presi in carico / numero risposte al cittadino | 100% presa in carico 95% di riscontri ai cittadini | Pubblicazione su sito aziendale | URP Aziendale UU.OO Aziendali |
| 3 | Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013 | Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati | Dati pubblicati entro il termine normativo/ totale dati pubblicati | Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi di trasparenza | Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM Documento di attestazione trasparenza OIV | Dirigenti delle UU.OO |
| 4 | Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini | Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale | Organizzazione della giornata/settimana della trasparenza | Organizzazione della giornata/ settimana della trasparenza e accesso al blog | Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM | Dirigenti delle UU.OO |
| 5 | Programmazione formazione sulla trasparenza | Redazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico | Predisposizione del Piano di Formazione | Si | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione |
| 6 | Attuazione Formazione | Attuazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione | Numero corsi - laboratori realizzati / numero totale corsi- laboratori programmati | | Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione | Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione |

STATO DI ATTUAZIONE

Nel corso dell'anno 2022 si è provveduto a garantire la corretta esecuzione degli obblighi di trasparenza e un sistema di controllo e vigilanza, in termini di accessibilità totale a dati e informazioni.

Nel dettaglio, sono state trasmesse ai responsabili delle UU.OO. interessate comunicazioni a cadenza semestrale relative alla verifica e all'aggiornamento delle sezioni di "Amministrazione Trasparente":

Nota prot. n. 53698/2022 "Obblighi di pubblicazione sezioni "Amministrazione Trasparente" (Dlgs n. 3372012)_Monitoraggio";

Nota prot. n. 35793/2022 "Obblighi di pubblicazione sezioni "Amministrazione Trasparente" (Dlgs n. 3372012)_Monitoraggio";

E' stata, inoltre, trasmessa nota di richiesta relativa alla "dichiarazione annuale di insussistenza cause di incompatibilità di cui al D. Lgs. n.39/2013 e Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016. Anno 2022" (prot. n. 9816/2022).

Sono state trasmesse ai responsabili delle UU.OO. interessate note di richiesta di revisione dei contenuti delle pagine web attinenti l'articolazione delle UU.OO. aziendali:

Nota prot. n. 23029/2022 "Aggiornamento pagine Dipartimento e UU.OO sito aziendale".

Nota prot. n. 41765/2022 "Aggiornamento pagine Dipartimento e UU.OO sito aziendale".

Le correzioni e gli aggiornamenti trasmessi dagli Uffici (dal Servizio delle Professioni Sanitarie e sociali; dalla UOC Innovazioni tecnologiche e Attività Informatiche; dal Poliambulatorio del Distretto di Matera; dalla UOSD Affari Generali e Legali; dalla UOC Economico Finanziario; dalla UOC Attività tecniche e Gestione Patrimonio; dalla UOSD Controllo di Gestione – CCS – Formazione, ECM e Tirocini; dalla UOSD Farmacia Territoriale)sono stati tempestivamente apportati sulle pagine del sito aziendale.

Nella sezione "Servizi erogati"/Carta dei Servizi e Standard di Qualità" di Amministrazione Trasparente sono stati pubblicati gli opuscoli relativi ai servizi e alle prestazioni di reparti e ambulatori.

Sono stati, altresì, effettuati n. 3 audit (con la UOC "Unità Operativa Complessa - Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche" (Area C), con la UOC "Economato-Provveditorato" e con il "Servizio Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate") per la verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione, per rilevare e colmare eventuali lacune, i cui verbali sono agli atti dell'ufficio del RPCT.

In data 31.05.2022 il RPCT ha effettuato, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle delibere ANAC n. 1310/2016 e n. 201/2022, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.LA - Griglia di rilevazione al 31 maggio 2022 della delibera Anac n. 201/2022.

E' stata, inoltre, avviata la consueta "**Customer satisfaction**" sui servizi erogati, sospesa nel 2020 a causa di una evidente difficoltà a somministrare i questionari in reparti e ambulatori per via delle restrizioni dovute alla pandemia da Covid-19. Per il report sull'indagine si rimanda a questo link: urly.it/3n1hf.

5.3 LA SETTIMANA DELLA TRASPARENZA

L'UOSD "U.R.P. – Comunicazione – Ufficio Stampa – Privacy" – Prevenzione della Corruzione e Trasparenza" ha poi promosso dal 9 al 16 dicembre 2022 "La Settimana della Trasparenza". Utenti assistiti dall'ASM, dipendenti e portatori di interesse hanno partecipato all'indagine di gradimento messa in campo per valutare la capacità dell'Azienda Sanitaria di Matera di fornire dati, documenti e informazioni oggetto degli obblighi di cui al d.lgs 33/2013 (come modificato dal d.lgs. 97/2016) in modo trasparente, agevole e accessibile attraverso la sezione dedicata "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale www.asmbasilicata.it.

L'iniziativa nasce con l'intento di promuovere la trasparenza e la partecipazione, di sondare l'interesse per la Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale ASM e di sensibilizzare e coinvolgere gli stakeholder esterni e interni nel processo di costruzione di un più articolato sistema di trasparenza.

6. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

6.1 IL CUG AZIENDALE (Comitato Unico di Garanzia)

L'art. 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010 ha istituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.). Si tratta di un organismo che sostituisce, unificandone le competenze, il Comitato per le pari opportunità e il Comitato paritetico per il contrasto del fenomeno del mobbing, ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale dirigente e non dirigente. Nell'amministrazione di competenza, il Comitato Unico di Garanzia esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica e persegue i seguenti obiettivi:

- assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici;
- garantire l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica o di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici

Nell'Azienda Sanitaria di Matera è attivo il CUG aziendale istituito con delibera aziendale n. 1202/ 2011, in sostituzione del precedente Comitato per le pari opportunità e Comitato sul fenomeno del mobbing.

Con deliberazione n. 230 del 13/03/2019 l'Azienda ha approvato il proprio Regolamento Interno di funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Nel corso del 2020, con successive deliberazioni n. 741 del 07/08/2020 e n. 881 del 08/10/2020 si è provveduto ad aggiornare la composizione del CUG a seguito della cessazione dal lavoro di taluni componenti.

Con D.D.G. n. 22 del 28 marzo 2023, è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione all'interno del quale è ricompreso l'**Aggiornamento del PTAP 2022-2024 ai sensi della Direttiva n.2/19 del Ministero**

Funzione Pubblica “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di Garanzia delle Amministrazioni pubbliche”

Il piano delle azioni positive l’ASM intende promuovere all’interno dell’Azienda:

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

Il Piano prevede una serie di obiettivi volti:

- alla gestione del personale aziendale in un’ottica di pari opportunità, benessere lavorativo e contrasto delle discriminazioni;
- all’affermazione dei principi dell’integrazione nell’organizzazione del lavoro
- alla prevenzione delle discriminazioni, del mobbing, della violenza
- diffusione di una cultura di collaborazione e rispetto della dignità umana nell’ambiente di lavoro;
- allo sviluppo di un maggior livello di autoefficacia, così da favorire l’efficienza nel lavoro individuale e in equipe, incrementare il livello di soddisfazione del dipendente.

Alcune azioni sono rappresentate:

- dallo sviluppo di progetti per la sensibilizzazione e la formazione del personale volte ad una gestione aziendale paritaria;
- da azioni per la mappatura e la valorizzazione egualitaria delle competenze;
- da politiche idonee a favorire la conciliazione tra la vita lavorativa e le responsabilità familiari anche attraverso
- interventi per la prevenzione delle discriminazioni, della violenza di genere e del mobbing;
- percorsi integrati per la diffusione della cultura della collaborazione e del rispetto della dignità umana nell’ambiente di lavoro.

Pertanto, in ossequio al principio di uguaglianza sostanziale sancito dall’art. 3, comma 2, Cost., l’ASM ha attivato una serie di strumenti per la rimozione di tutti i possibili ostacoli, che, limitando la libertà e l’uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno e sano sviluppo della persona e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori alla vita dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Si fornisce di seguito uno schema di sintesi del bilancio di genere in ASM al 31/12/2022, con riferimento alla dotazione organica ed agli incarichi dirigenziali gestionali strutturati.

| ANALISI DI GENERE ANNO 2022 | |
|--|-----------------------------|
| Indicatori | Valori al 31/12/2022 |
| % donne rispetto al totale del personale | 62% |
| % dirigenti donne sul totale dei dirigenti | 43% |
| % dirigenti donne con incarico di struttura complessa sul totale delle strutture complesse | 25% |
| % dirigenti donne con incarico di struttura semplice dipartimentale sul totale delle strutture semplici dipartimentali | 32% |
| % di personale donna con rapporto a tempo indeterminato | 59% |
| Età media del personale femminile | 51,6 |
| Età media del personale femminile dirigente | 51,5 |
| Età media del personale femminile comparto | 50.8 |

Si fa presente che nella predisposizione della turnazione, è prassi consolidata il rispetto dell'alternanza dei turni tra coniugi con figli minori, specie con riferimento ai turni notturni, a tutela della maternità.

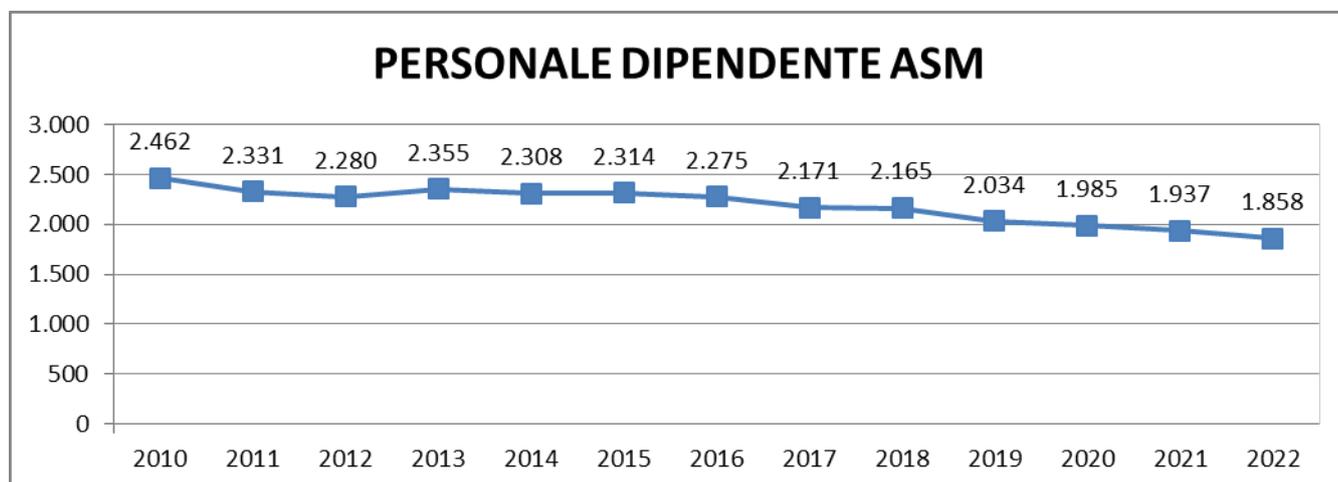
ALLEGATO 1 - LE RISORSE UMANE

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera rappresenta la principale azienda della provincia per numero di dipendenti, cui si aggiunge il personale con rapporto di convenzione.

Le risorse umane dell'ASM, che unitamente a quelle finanziarie, rappresentano le leve principali per il conseguimento della mission aziendale, hanno subito una significativa contrazione sia per effetto dei tetti alla spesa del personale imposti per il contenimento spesa pubblica e sia per le difficoltà, resesi ancora più evidenti durante il periodo Covid, nel reperire le figure professionali (medici, infermieri, oss, tecnici, ecc.) necessarie a garantire l'erogazione delle prestazioni assistenziali distrettuali.

La tabella ed il grafico seguenti rappresentano in maniera efficace il trend decrescente del numero di unità di personale dipendente, che in poco più di un decennio ha evidenziato una contrazione netta di oltre 600 unità nell'area della dirigenza (-148) e, in maggior misura, nell'area del comparto (-456).

| Personale presente al 31/12 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Scost. | |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|------------|
| | | | | | | | | | | | | | | 2022 - 2021 | |
| AREA DIRIGENZA | 557 | 529 | 517 | 514 | 524 | 523 | 515 | 520 | 516 | 488 | 481 | 443 | 409 | -34 | -8% |
| AREA COMPARTO | 1.905 | 1.802 | 1.763 | 1.841 | 1.784 | 1.791 | 1.760 | 1.651 | 1.649 | 1.546 | 1.504 | 1.494 | 1.449 | -45 | -3% |
| Totale complessivo | 2.462 | 2.331 | 2.280 | 2.355 | 2.308 | 2.314 | 2.275 | 2.171 | 2.165 | 2.034 | 1.985 | 1.937 | 1.858 | -79 | -4% |



La progressiva riduzione di personale e la difficoltà ad assicurare il tempestivo turnover delle unità cessate ha determinato crescenti difficoltà la gestione operativa e sanitaria dell'azienda, mettendo a dura prova la capacità dell'ASM di garantire in maniera costante ed efficace l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre, l'avvio a regime dei concorsi unici regionali di cui alla DGR n. 53 del 2021, ha talvolta rallentato il processo di reclutamento che nel 2022, come nel 2021, è stato fortemente condizionato dalla pandemia e dalla necessità di dare priorità alle campagne vaccinali, al recupero delle liste di attesa e al trattamento dei

pazienti Covid, in un contesto di forte competizione nel reclutamento del personale con le altre aziende ed enti del SSN, che ha favorito le realtà più grandi e attrattive, a discapito delle aziende sanitarie di minore dimensione e dei presidi più periferici.

L'acquisizione di nuove unità di personale, in sostituzione di quelle a vario titolo cessate o in via di cessazione, ha evidenziato la carenza di medici specializzati in tutto il paese, in particolare nelle discipline legate all'emergenza urgenza ed al pronto soccorso, costringendo a fare ampio ricorso a medici specializzandi per consentire, sempre più spesso, a medici specializzati di altre unità operative di assicurare i servizi nella Medicina di Accettazione e d'Urgenza e nei reparti Covid (Pneumologia, Malattie infettive, Terapie intensive).

Il PTFP 2022-2024 ha preso in considerazione le esigenze prevedibili nell'ambito della programmazione ordinaria avendo a riferimento gli obiettivi prefissati, ferme restando le azioni che l'Azienda ha attivato per le situazioni straordinarie a fronte delle quali ha comunque garantito la erogazione delle prestazioni LEA nel rispetto dei vincoli di spesa sopra richiamati.

L'attuazione del PTFP, sotto il profilo delle capacità assunzionali rimane, tuttavia, subordinata al rigoroso rispetto delle determinazioni della Regione Basilicata in ordine alla indicazione dei limiti di spesa di cui all'art. 20 comma 4 della L.R. n. 16/2012 di cui alla citata deliberazione di Giunta Regionale n. 798/2019 ed al rispetto delle procedure individuate con il protocollo di intesa tra le aziende del SSR per l'attuazione dei concorsi unici regionali (CUR), in attuazione DGR n. 53 del 2021 sui concorsi unici regionali.

In tale contesto l'ASM, a seguito dell'approvazione regionale intervenuta con DGR 221 del 29.04.2022, con deliberazione aziendale n. 267 del 3/05/2022 ha approvato in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni di personale 2022-2024, successivamente aggiornato e integrato, per l'annualità 2022, con la deliberazione aziendale n. 859 del 13.12.2022.

Inoltre, l'art. 1, comma 268, lett. b) della L. 234 del 30.12.2021, al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza da COVID-19, nei limiti di spesa consentiti per il personale, ha consentito alle aziende del SSN la stabilizzazione del personale sanitario e socio sanitario utilizzato durante la fase emergenziale.

A tal fine l'ASM, con la deliberazione n. 497 del 25.07.2022, ha indetto un Avviso pubblico di ricognizione del personale del ruolo sanitario, appartenente a tutti i profili, sia del comparto che della dirigenza, e degli operatori socio sanitari, in possesso dei requisiti di cui all'art.1, comma 268, lett. b) della L. 234 del 30.12.2021 e con deliberazione n. 876 del 22.12.2022, ha proceduto a stabilizzare tutti gli aventi diritto, così come indicati nella tabella che segue:

| PROSPETTO STABILIZZAZIONI | | | |
|-----------------------------|----------------|------------------------------|--------------|
| | Totale ammessi | N. stabilizzati sottoscritti | Rinunciatori |
| OSS | | 4 | 4 |
| INFERMIERI | | 19 | 2 |
| ASS. SANITARIO | | 1 | 1 |
| OSTETRICHE | | 3 | |
| TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA | | 1 | |
| PSICHIATRI | | 2 | |
| BIOLOGI | | 3 | |
| MEDICINA INTERNA | | 1 | |
| TOT | 41 | 34 | 7 |

Per quanto concerne l'articolazione interna delle risorse umane presenti all'interno dell'ASM per il 2022, utile anche ai fini delle opportune valutazioni in merito alla performance aziendale, si riportano, di seguito, in maniera analitica, i profili, le classi di età del personale dipendente, la distribuzione per ruoli di appartenenza del personale al 31.12.2022.

Come evidenziato nella tabella successiva, le donne costituiscono il 62% del personale dipendente complessivo. La fascia di età più rappresentata è 55 – 64, corrispondente al 34,23% del totale dei dipendenti, che sommata alla fascia immediatamente precedente e a quella immediatamente successiva costituisce il 73,09% del personale complessivo, evidenziando il progressivo invecchiamento delle risorse umane, i dipendenti con età inferiore a 35 anni rappresentano circa il 6,73%.

| COMPOSIZIONE DEL PERSONALE ASM AL 31/12/2022 | | | | | | |
|--|--------------|------------|-------------|------------|------------|----------------|
| PER FASCE D'ETA' E GENERE | | | | | | |
| Età | Femmine | Maschi | Totale | % Femmine | % Maschi | % su Totale |
| < 35 | 87 | 38 | 125 | 70% | 30% | 6,73% |
| 35 – 44 | 228 | 147 | 375 | 61% | 39% | 20,18% |
| 45 – 54 | 405 | 200 | 605 | 67% | 33% | 32,56% |
| 55 – 64 | 385 | 251 | 636 | 61% | 39% | 34,23% |
| >=65 | 52 | 65 | 117 | 44% | 56% | 6,30% |
| Totale | 1.157 | 701 | 1858 | 62% | 38% | 100,00% |

Si fornisce di seguito l'elenco di tutto il personale dipendente classificato per ruolo e figura professionale.

| RUOLO | QUALIFICA | NUMERO |
|-----------------------|--|--------|
| RUOLO AMMINISTRATIVO | ASSISTENTE AMMINISTRATIVO-C | 50 |
| | COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO -BS | 16 |
| | COADIUTORE AMMINISTRATIVO-B | 35 |
| | COLL.RE AMMINISTRATIVO PROF.LE -D | 40 |
| | COLL.RE AMMINISTRATIVO PROF.LE ESPERTO -DS | 4 |
| | COMMESSO-A | 7 |
| | DIRETTORE S.C. AMMINISTRATIVO | 3 |
| | DIRIGENTE AMMINISTRATIVO | 6 |
| TOTALE | 161 | |
| RUOLO PROFESSIONALE | DIRETTORE INGEGNERE | 3 |
| | DIRIGENTE ARCHITETTO | 1 |
| | DIRIGENTE AVVOCATO | 1 |
| | DIRIGENTE INGEGNERE | 2 |
| TOTALE | 7 | |
| RUOLO SANITARIO | COLL.PROF.SAN-INFIERMIERE-D | 738 |
| | COLL.RE PROF. SAN.- FISIOTERAPISTA-D | 37 |
| | COLL.RE PROF. SAN.- RIAB.-D EDUC. PROF.LE | 5 |
| | COLL.RE PROF. SAN.-LOGOPEDISTA-D | 13 |
| | COLL.RE PROF. SAN.-ORTOTTISTA-D | 1 |
| | COLL.RE PROF. SAN.-TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA | 4 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D ASS SANITARIO | 8 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D DIETISTA | 3 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D TEC. AUDIOME | 4 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-PERS. TECNICO -D TEC. PREVENZ. | 21 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.-D OSTETRICA | 33 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.-D PEDIATR | 5 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-PERS.INFERM.ESPERTO-DS | 3 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-TECNICO LABOR. BIOMED-D | 46 |
| | COLL.RE PROF.LE SAN-TECNICO RADIOLOGIA ME-D | 46 |
| | DIRETTORE FARMACISTA | 1 |
| | DIRETTORE MEDICO | 24 |
| | DIRETTORE VETERINARIO | 3 |
| | DIRIG. DELLE PROF. SANITARIE INFERMIER. E OSTETR. | 1 |
| | DIRIGENTE BIOLOGO | 13 |
| | DIRIGENTE CHIMICO | 1 |
| | DIRIGENTE FARMACISTA | 12 |
| | DIRIGENTE MEDICO | 293 |
| | DIRIGENTE PSICOLOGO | 9 |
| DIRIGENTE VETERINARIO | 35 | |
| TOTALE | 1359 | |
| RUOLO TECNICO | ASSISTENTE TECNICO -C | 12 |
| | AUSILIARIO SPECIALIZZATO -A | 11 |
| | COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE -D | 16 |

| RUOLO | QUALIFICA | NUMERO |
|-------------------|---|--------------|
| | COLL.RE TECNICO-PROF.LE -D | 8 |
| | DIRIGENTE SOCIOLOGO | 1 |
| | OPE.RE SOCIO SANITARIO -BS | 227 |
| | OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO -BS | 5 |
| | OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS- AUTISTA AMB | 6 |
| | OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO -BS CALD VAP | 1 |
| | OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-COORDINATORE | 1 |
| | OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-ELETTRICISTA | 2 |
| | OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-IDRAULICO | 1 |
| | OPE.RE TECNICO SPECIALIZZATO BS-PITTORE EDILE | 1 |
| | OPERATORE TECNICO -B | 38 |
| | OPERATORE TECNICO B - AUTISTA | 1 |
| | TOTALE | 331 |
| TOTALE ASM | | 1.858 |

Con riferimento al turn over del personale dipendente, nel 2022 si sono registrate 166 uscite e 87 ingressi. La quota più rilevante sia delle uscite che degli ingressi ha riguardato il personale medico e quello infermieristico. In particolare, con riferimento ai medici, il numero degli usciti è pari a 46, a fronte di 22 entrati, mentre il personale del comparto sanitario in uscita è stato pari a 61 a fronte di 43 in entrata.

Si fornisce di seguito la tabella riepilogativa degli entrati e degli usciti nel 2022 distinti per singolo profilo professionale.

| Profilo professionale | Entrati/Assunti | Usciti/Dimessi |
|---------------------------------------|-----------------|----------------|
| DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO | 0 | 1 |
| DIRIGENTI RUOLO TECNICO | 0 | 0 |
| DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE | 2 | 2 |
| DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI | 5 | 9 |
| DIRIGENTI MEDICI | 22 | 46 |
| DIRIGENTI VETERINARI | 1 | 3 |
| PROFILI COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO | 10 | 18 |
| PROFILI COMPARTO RUOLO SANITARIO | 43 | 61 |
| PROFILI COMPARTO RUOLO TECNICO | 4 | 26 |
| Totale complessivo | 87 | 166 |

Con riferimento alla tipologia del rapporto di lavoro al 31/12/2022, il personale dell'ASM risulta composto da 1.802 dipendenti a tempo indeterminato e 56 dipendenti a tempo determinato.

| PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2022 | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------|---------------|--------------------|
| Tipo Assunzione | RUOLO AMMINISTRATIVO | RUOLO PROFESSIONALE | RUOLO SANITARIO | RUOLO TECNICO | TOTALE COMPLESSIVO |
| A Tempo Determinato | 6 | 1 | 46 | 3 | 56 |
| A Tempo Indeterminato | 155 | 6 | 1.313 | 328 | 1802 |
| Totale complessivo | 161 | 7 | 1359 | 331 | 1858 |

ALLEGATO 2 - IL MODELLO ORGANIZZATIVO E L'ORGANIGRAMMA

Nelle more dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale, nel 2021 e 2022 si è mantenuto in essere lo stesso assetto strutturale definito nell'Atto Aziendale, adottato con successive deliberazioni n. 773/2015, n. 1123/2015 e n. 1161/2015, ed approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1077 del 10/08/2015, così come aggiornato con deliberazione aziendale n. 906 del 28/09/2017, così come modificata ed integrata con delibera n. n. 1099 del 21/11/2017 ed approvata dalla Regione Basilicata con D.G.R. n. 132 del 14/02/2018, recepita a sua volta dall'ASM con propria deliberazione n. 169 del 20/02/2018. Nel corso del 2020, con deliberazione aziendale n. 1186 del 24/12/2020 l'Azienda ha provveduto ad un aggiornamento dell'Atto Aziendale, attraverso la rifunzionalizzazione dell'UOC Medicina di Policoro, riconvertita in Medicina d'Urgenza, in conformità alla mission del P.O. di Policoro.

L'assetto strutturale previsto nell'Atto Aziendale vigente nel 2022 riflette il modello derivante dal processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata, avviato con la L.R. n. 2 del 12/01/2017. La citata Legge ha ridefinito l'assetto strutturale, organizzativo e funzionale della rete sanitaria lucana, in risposta alla rapida evoluzione degli scenari sociali, economici e normativi, che hanno caratterizzato gli ultimi anni, con l'obiettivo di coniugare la sostenibilità economica con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza, in una logica e secondo una prospettiva di difesa dell'identità regionale e di adeguamento alle disposizioni normative vigenti.

Nello specifico il Piano di riordino del Sistema Sanitario Regionale:

- ha accentrato le funzioni ospedaliere per acuti in due soli Ospedali, uno per provincia, attraverso, da una parte, lo scorporo dei 3 presidi per acuti dall'ASP e l'incorporazione degli stessi nell'AOR San Carlo, per costituire un'unica struttura ospedaliera per la provincia di Potenza, articolata in più plessi e, dall'altra attraverso l'unificazione dei due presidi per acuti attestati all'ASM per costituire un'unica articolazione ospedaliera per acuti con due distinti plessi sul territorio della provincia di Matera;
- ha ridefinito l'assetto dell'Emergenza Urgenza coordinato da un'unica cabina di regia, attestata presso l'ASP, in grado di assicurare maggiore flessibilità organizzativa e maggiore efficienza all'intero sistema.

In applicazione della L.R. n. 2/2017, la Giunta Regionale di Basilicata:

- con D.G.R. n. 604 del 21/06/2017, ha aggiornato gli "standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata", già definiti con precedenti DD.GG.RR. n. 205 del 27/02/2015 e n. 179 del 01/03/2016;
- con D.G.R. n. 779 del 26/07/2017, ha aggiornato l'Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale, già definito con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015, che ha previsto, tra l'altro, l'adesione al modello organizzativo integrato i cui strumenti sono rappresentati da Dipartimenti Interaziendali, Reti Interaziendali, Strutture Complesse Interaziendali, Coordinamenti e Programmi Interaziendali.

Conseguentemente l'organigramma dell'ASM riflette ancora in maniera esplicita, sia sul piano formale che su quello sostanziale, la configurazione organizzativa dell'assistenza ospedaliera per acuti prevista dalla L.R. n. 2/2017, caratterizzata dall'unico Ospedale per Acuti della Provincia di Matera, dotato dei due plessi di Matera e Policoro, in cui si è provveduto ad accorpare le Unità Operative Complesse per così dire "gemelle", con la sola eccezione di quelle strutture compatibili con gli standard previsti dal D.M. n. 70/2015 (Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia, Radiologia).

In linea di massima l'assetto organizzativo mantenuto dall'ASM è preposto a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dei principi di efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

In particolare, l'impianto organizzativo assunto dall'Azienda a seguito del Riordino del SSR ex L.R. 2/2017, si fonda sulla netta distinzione tra funzioni direzionali relative al potere di indirizzo strategico, al governo ed al controllo e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni, con chiara determinazione delle

competenze e delle responsabilità della direzione generale e strategica dell'Azienda e competenze e responsabilità della dirigenza dei vari livelli organizzativi e operativi.

Il modello organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera si ispira ai seguenti principi:

- separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;
- adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali;
- assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso;
- adesione al modello organizzativo integrato definito nell'Accordo Programmatico Interaziendale, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015 e s.m.i., i cui strumenti sono rappresentati da:
 - o Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;
 - o Reti Integrate Interaziendali;
 - o Strutture Complesse Interaziendali;
 - o Coordinamenti o Programmi Interaziendali.

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.

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macro livelli:

- la direzione strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche;
- la tecnostruttura a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo decisionale ed al processo produttivo;
- il management con il compito di fungere da collegamento tra direzione strategica e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni territoriali ed organizzative dell'Azienda previste dalla L.R. 39/2001 e s.m.i., ossia con i Direttori di Presidio, di Distretto e di Dipartimento;
- il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali.

Sotto il profilo strutturale, l'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici, sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.).

Per struttura organizzativa si intende ogni articolazione interna dell'Azienda caratterizzata da:

- autonomia definita nell'ambito delle competenze stabilite dalla programmazione aziendale;
- responsabilità funzionale e/o gestionale;
- attribuzione di risorse (umane, tecniche o finanziarie) dedicate ed amministrare in spazi fisici definiti ed omogenei.

Al loro interno, le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità corrispondenti agli incarichi dirigenziali di tipo professionale. Tale graduazione degli incarichi dirigenziali è definita con appositi e separati atti.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati come Incarichi di Funzione (IDF)

per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione. L'Azienda sviluppa il modello dipartimentale di cui all'art. 29 della L.R. 31 agosto 2001 n. 39 aggregando il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee (AFO) e per strutture multi-presidio comprendendo in ogni caso l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici.

In conformità alle indicazioni programmatiche regionali, l'Atto Aziendale dell'ASM ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale, prevedendo accanto alla fase a regime, una fase transitoria, da attuare nell'immediato, per consentire il graduale passaggio al nuovo modello organizzativo, evitando ripercussioni negative sull'operatività e funzionalità dei servizi, con particolare riferimento a quelli assistenziali.

Si riporta di seguito l'articolazione organizzativa dell'ASM prevista per la fase transitoria dall'Atto Aziendale, vigente per tutto il 2022 che la Regione Basilicata, dapprima con D.G.R. n. 494 del 08/06/2018 ha esteso fino al 31/12/2020 e successivamente con DGR n. 895 del 04/12/2020 ha prolungato fino al 31/12/2022:

Dipartimento Emergenza Accettazione

U.O.C. Cardiologia e UTIC Matera

U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera

U.O.C. Area Critica Intensiva Policoro

U.O.C. Pronto Soccorso

U.O.S.D. Degenza Cardiologia

U.O.S.D. UTIC Matera

U.O.S.D. UTIC Policoro

U.O.S.D. Scopenso Cardiaco e Cardiologia Riab.

U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Matera

U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Matera

U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Policoro

U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Policoro

U.O.S.D. Gestione Emergenza Accettazione

Dipartimento Multidisciplinare Medico

U.O.C. Medicina Generale Matera

U.O.C. Medicina Generale Policoro

U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo

U.O.C. Neurologia

U.O.C. Pneumologia

U.O.C. Geriatria

U.O.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche

U.O.C. Ematologia (a termine)

U.O.S.D. Reumatologia

U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera

U.O.S.D. Dialisi Tinchì

U.O.S.D. UTIIR

U.O.S.D. Oncologia Medica

U.O.S.D. Diabetologia Territoriale

U.O.S.D. Stroke Unit

U.O.S.D. Epatologia

U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti
U.O.S.D. Chemioterapia e Ematologia

Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico
U.O.C. Chirurgia Generale Matera
U.O.C. Chirurgia Generale Policoro
U.O.C. Ortopedia Matera
U.O.C. Ortopedia Policoro
U.O.C. Otorinolaringoiatria
U.O.C. Oculistica
S.I.C. Urologia (ASM - AOR S. Carlo - IRCCS CROB)

U.O.C. Chirurgia Plastica (a termine)
U.O.C. Chirurgia Vascolare (a termine)
U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche
U.O.S.D. Vestibologia e Gestione Integrata Attività di Otorinolaringoiatria
U.O.S.D. Gastroenterologia Interventistica
U.O.S.D. Day Surgery Ortopedia
U.O.S.D. Chirurgia Senologica
U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale
U.O.S.D. Endoscopia Digestiva
U.O.S.D. Attività chirurgiche laparoscopiche Matera

Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto
U.O.C. Patologia Clinica
U.O.C. Radiologia Matera
U.O.C. Radiologia Policoro
U.O.C. Anatomia Patologica
U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale
U.O.C. Farmacia Ospedaliera
U.O.S.D. Laboratorio di Genetica
U.O.S.D. Laboratorio Analisi Policoro/Tinchi
U.O.S.D. Senologia Diagnostica
U.O.S.D. Medicina Nucleare
U.O.S.D. SIT Matera e Policoro – Centro Trombosi ed Emostasi

Dipartimento Materno Infantile
U.O.C. Ostetricia e ginecologia Matera
U.O.C. Ostetricia e ginecologia Policoro (a termine)
U.O.C. Pediatria e neonatologia
U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Pediatriche
U.O.S.D. Ecografia Ostetrico Ginecologica
U.O.S.D. Endoscopia ginecologica e fisiopatologia della riproduzione

Dipartimento Salute Mentale
U.O.C. Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura
U.O.C. Centro Salute Mentale

U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
U.O.C. Ser.D. - Servizio Dipendenze Patologiche
U.O.C. Psicologia Clinica
U.O.S.D. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e Centri Diurni Matera
U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare
U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale

Dipartimento Integrazione Ospedale – Territorio

U.O.C. Direzione Sanitaria Ospedali per Acuti
U.O.C. Direzione Distretto Matera
U.O.C. Direzione Distretto Bradanica - Medio Basento
U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana – Metapontina
U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
U.O.C. Lungodegenza Medica Stigliano
U.O.C. Organizzazione Servizi Sanitari di Base
U.O.C. Prevenzione e Trattamento Malattie Apparato Respiratorio
U.O.S.D. Pneumologia Territoriale
U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS
U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari e Palliative e Ricoveri
U.O.S.D. Cure Palliative - Hospice
U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriately Percorsi Riabilitativi
U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
U.O.S.D. Servizio Farmaceutico territoriale
U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale – Territorio
U.O.S.D. Assistenza Integrativa

Dipartimento Prevenzione Salute Umana

U.O.C. Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
U.O.C. Prevenzione Protezione e Impiantistica nei luoghi di Lavoro
U.O.S.D. Coordinamento attività Igiene e Sanità Pubblica aree distrettuali
U.O.S.D. Coordinamento attività Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro aree distrettuali

Dipartimento Prevenzione Sanità Animale

U.O.C. Sanità Animale (Area A)
U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e loro Derivati (Area B)
U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)
U.O.S.D. Coordinamento attività gestionali - sanitarie di emergenza veterinaria

Dipartimento Amministrativo

U.O.C. Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane

U.O.C. Direzione Economico - Finanziaria
U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio
U.O.C. Direzione Provveditorato ed Economato
U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedale per acuti
U.O.C. Direzione Attività Amministrative Distrettuali
U.O.C. Innovazione Tecnologica ed attività informatiche
U.O.S.D Gestione Bilancio

Staff Direzione Generale

U.O.S.D. Gestione Affari Generali e Legali
U.O.S.D. URP - Comunicazione - Ufficio Stampa - Privacy
U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico/Formazione - ECM – Tirocini

Staff Direzione Sanitaria

U.O.S.D. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico
U.O.S.D. Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

Come anticipato, per tutto il 2022 quest’Azienda, pur mantenendo l’assetto strutturale definito nell’Atto Aziendale vigente, tenendo conto delle modifiche e delle integrazioni dell’accordo programmatico interaziendale per la rimodulazione dei dipartimenti e delle strutture complesse interaziendali recepite di intesa con le altre Aziende del SSR, ha assistito alla programmazione di un importante riassetto dell’assistenza territoriale.

Infatti, con DGR n. 202200948 del 30/12/2022 è stato adottato il Piano Operativo Territoriale, inteso quale Provvedimento generale di programmazione regionale dell’assistenza sanitaria territoriale che provvede all’adeguamento dell’organizzazione dell’assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al D.M. 77/2022, in coerenza con gli investimenti previsti dalla Missione 6 componente 1 del PNRR. Tale piano, mira a rafforzare l’assistenza territoriale attraverso l’attuazione di tutti gli interventi previsti nell’ambito del PNRR.

L’atto programmatico regionale, ha previsto l’istituzione di due ambiti distrettuali:

il Distretto 5 – Matera – Medio Basento (ATD Tricarico) composto dai comuni di Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Matera, Montescaglioso, Miglionico, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra, Tricarico con sede in MATERA in Via Montescaglioso snc;

il Distretto 6 METAPONTO-COLLINA MATERANA composto dai Comuni di Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Pag. 3 a 5 Gorgoglione, Montalbano Jonico, Nova Siri, Pisticci, Policoro, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tursi, Valsinni con sede in Policoro in Via Moncenisio n.1.

Tale atto prevede che nel livello di assistenza distrettuale rientrino le seguenti attività assistenziali:

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

6. CONCLUSIONI

La fase di valutazione è stata effettuata sulla base di un giudizio complessivo sulla performance secondo il livello di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target (anno 2022) degli indicatori associati all'obiettivo stesso e stabiliti in fase di programmazione e considerando l'influenza di fattori endogeni ed esogeni che hanno inciso sul grado di raggiungimento degli stessi.

In linea con le previsioni legislative, nonostante la pianificazione strategica aziendale sia stata condizionata, anche per l'anno 2022, dalla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19, le risorse disponibili sono state utilizzate in maniera efficace garantendo la tutela, la valorizzazione e la fruizione della salute pubblica. L'ASM è riuscita a garantire un discreto livello di efficienza ed efficacia dell'azione di governance sanitaria, seppur in netto calo raffrontato a quello registrato prima della pandemia, dimostrando al contempo la capacità di affrontare i cambiamenti richiesti dalla mutata situazione socio-assistenziale.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance risponderà sempre più alla logica di valorizzazione delle competenze e della professionalità del personale dell'Azienda e mirerà a rafforzare l'equità dei processi di valutazione e la cultura olistica di sanità pubblica.

I risultati rilevati nel conseguimento del segmento annuale dei più ampi obiettivi specifici triennali, sono pressoché in linea con la pianificazione aziendale, rispondenti agli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria approvati con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2072 del 11 maggio 2022'.

Il Commissario
con i poteri di Direttore Generale
Avv. Maurizio Nunzio Cesare Friolo



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
ASM MATERA

